

Psicoterapia integrata

Il modello

Evidence-Based Practice (EBP)

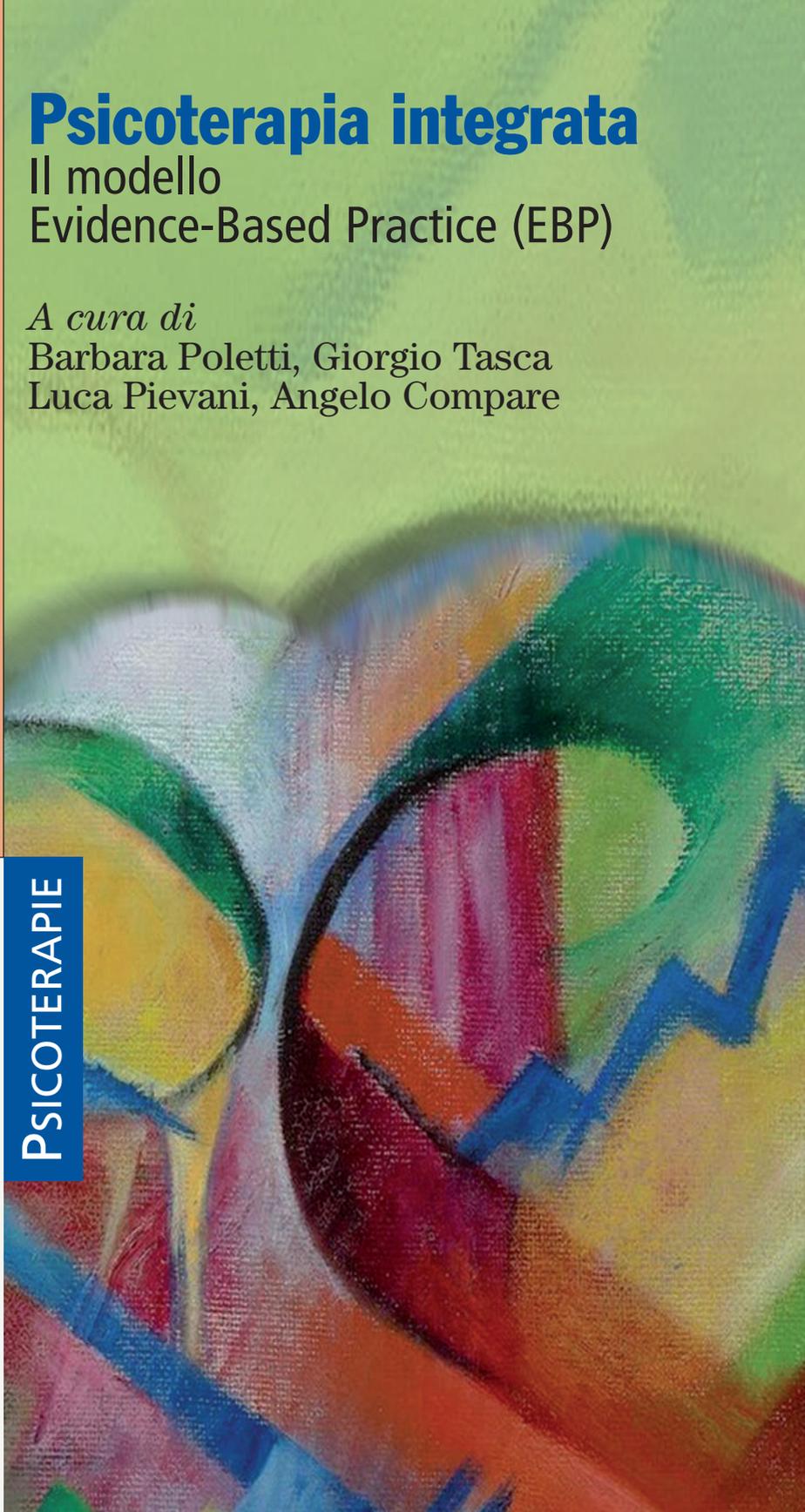
A cura di

Barbara Poletti, Giorgio Tasca

Luca Pievani, Angelo Compare

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Psicoterapia integrata

Il modello

Evidence-Based Practice (EBP)

A cura di

Barbara Poletti, Giorgio Tasca,

Luca Pievani, Angelo Compare

FrancoAngeli

Il volume è stato realizzato con il contributo del Dipartimento di Scienze Umane e Sociali dell'Università degli Studi di Bergamo.

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Immagine di copertina: Franz Marc, *Das Schaf* (particolare), 1913-1914

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione , di <i>David Lazzari</i>	pag.	9
Gli Autori	»	11
Introduzione , di <i>Angelo Compare</i>	»	13
1. Per un approccio integrato alle pratiche Evidence-Based in psicoterapia , di <i>Angelo Compare, Laura Carelli, Sofia Tagini</i>	»	17
1. La ricerca in psicoterapia: il ruolo dei fattori comuni	»	17
2. L'integrazione in psicoterapia: modelli	»	23
3. Il modello in psicoterapia integrato basato sulla ricerca in psicoterapia	»	25
4. Il ruolo dell'alleanza terapeutica	»	27
5. Il ruolo delle tecniche Evidence-Based in base al tipo di problema presentato dal paziente	»	31
6. La personalizzazione basata sulle preferenze e bisogni del paziente	»	33
7. Mettere il paziente e i suoi problemi al centro della pratica clinica	»	35
Riferimenti bibliografici	»	37
2. La valutazione dell'attaccamento per la formulazione dei casi , di <i>Patricia M. Crittenden, Giuliana Florit, Andrea Landini, Susan J. Spieker</i>	»	41
1. Perché valutare l'attaccamento	»	41
2. Come valutare l'attaccamento	»	52

3. Come applicare la valutazione dell'attaccamento alla formulazione del caso	pag. 64
4. Conclusioni	» 76
Riferimenti bibliografici	» 79
3. La relazione terapeutica come relazione di attaccamento e la fiducia epistemica, di <i>Alessandro Talia</i>	» 84
1. I compiti del terapeuta secondo Bowlby	» 85
2. Un punto di vista tradizionale sulla funzione delle relazioni di attaccamento: la protezione	» 86
3. Un'altra funzione delle relazioni di attaccamento: favorire la trasmissione di informazione	» 88
4. La fiducia epistemica e i nuovi compiti della terapia informata dall'attaccamento	» 90
5. Conclusioni: l'obiettivo della psicoterapia	» 96
Riferimenti bibliografici	» 98
4. Mentalizzazione nella relazione terapeutica, di <i>Paula Ravitz, Giorgio A. Tasca</i>	» 100
1. Caso esemplificativo	» 103
2. Mentalizzazione e alleanza terapeutica	» 105
3. Rotture dell'alleanza e controtransfert	» 106
4. L'uso della mentalizzazione per identificare una rottura dell'alleanza	» 107
5. Ripristinare la mentalizzazione per riparare una rottura dell'alleanza	» 108
6. Interventi basati sulla mentalizzazione	» 110
7. Caso esemplificativo – continua	» 111
Riferimenti bibliografici	» 117
5. Il ruolo del trauma nella relazione terapeutica, di <i>Luca Pievani, Cristina Mapelli, Isabel Fernandez</i>	» 119
1. Il trauma	» 119
2. Il trauma nella relazione terapeutica	» 125
3. L'intervento clinico nel paziente con trauma	» 135
4. Il costo per il terapeuta nel lavoro con il trauma	» 150
5. Psicopatologia post-traumatica	» 151
Riferimenti bibliografici	» 156
6. Formulazione del caso: costruire una comprensione condivisa del mondo relazionale del paziente, di <i>Giorgio A. Tasca, Barbara Poletti</i>	» 166
1. Caso esemplificativo: Joel	» 167

2.	Teoria dell'attaccamento	pag. 167
3.	Attaccamento del paziente e atteggiamento interpersonale del terapeuta	» 169
4.	Caso esemplificativo: lo stato mentale dello stile di attaccamento di Joel	» 171
5.	Il modello di formulazione del caso	» 172
6.	Caso esemplificativo: la formulazione del caso di Joel con i due triangoli	» 175
7.	Comunicare la formulazione del caso con il paziente	» 177
8.	Utilizzare la formulazione del caso per guidare il trattamento	» 178
9.	Caso esemplificativo: la capacità di Joel di mentalizzare	» 183
10.	Conclusioni	» 184
	Riferimenti bibliografici	» 191
7.	Intrecciare tecniche e lavoro sulla relazione terapeutica per il trattamento dei disturbi di personalità, di Antonella Centonze, Tiziana Passarella, Raffaele Popolo, Paolo Ottavi, Giancarlo Dimaggio	» 193
1.	Introduzione	» 193
2.	L'impatto della patologia di personalità sulla relazione terapeutica	» 195
3.	Le tecniche esperienziali in TMI	» 200
4.	L'incrocio tra tecniche e relazione terapeutica	» 201
5.	Risultati	» 215
6.	Conclusioni	» 215
	Riferimenti bibliografici	» 218
8.	Rotture e riparazioni dell'alleanza, di Laura E. Captari, Catherine F. Eubanks	» 222
1.	Che cosa è una rottura dell'alleanza?	» 225
2.	Riconoscimento e tracciamento dei processi di rottura	» 226
3.	I marcatori della rottura interpersonale	» 227
4.	Marcatori della rottura intrapersonale	» 231
5.	Percorsi di riparazione dell'alleanza	» 233
6.	Costruire l'alleanza: riavvicinarsi ai sentimenti e alle intenzioni	» 234
7.	Strategie di riparazione legate al compito	» 235
8.	Esplorando l'esperienza di rottura	» 235

9. Percorsi di riparazione nel caso di George	pag.	237
10. Riparare le rotture della supervisione	»	239
11. Formazione e supervisione incentrate sull'alleanza	»	240
12. Considerazioni sistemiche e multiculturali	»	243
13. Conclusioni	»	245
Riferimenti bibliografici	»	251
9. I feedback in psicoterapia e in formazione, di Katie		
<i>Aaffjes Van Doorn</i>	»	254
1. Introduzione	»	254
2. Razionale per il monitoraggio del paziente	»	255
3. Strumenti di misura dell'MP	»	259
4. Progressi tecnologici nell'MP	»	263
5. Come e quando usare l'MP?	»	263
6. Situazioni cliniche che potrebbero verificarsi quando si usa l'MP	»	265
7. Discutere l'MP in supervisione	»	269
Riferimenti bibliografici	»	272

Prefazione

di *David Lazzari**

Nell'introduzione a un volume da me curato qualche anno fa, *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici*, sottolineavo come da anni si è intrapreso un percorso sui fattori comuni che incidono nelle diverse forme di psicoterapia e nei diversi approcci e sul loro peso specifico nel determinare i risultati del trattamento, su qual è il peso della relazione e delle aspettative dell'utente. Scrivevo: "I risultati di queste ricerche indicano che le variabili presenti in tutti gli approcci, anche se variamente denominate, costituiscono non solo una base unitaria e meta-modellistica comune ma ne rappresentano la maggior parte degli elementi di efficacia [...] Questo tuttavia non può condurre a banalizzazioni dei diversi modelli o a generalizzazioni inutili e improduttive, semmai a sollecitare una revisione critica dei modelli teorici e operativi".

In effetti il tema delle evidenze di efficacia e di cambiamento, sia in relazione agli effetti clinicamente e sintomatologicamente rilevanti, sia in relazione agli effetti rintracciabili sul piano del funzionamento nel contesto che sul piano dei processi e delle strutture biologiche, ci mostra un panorama che va nella direzione di una terapia basata sul concetto di appropriatezza in relazione alle necessità e alle caratteristiche del paziente.

Provenendo dal campo della psiconeuroendocrinoimmunologia ho sempre nutrito un interesse per gli effetti non solo psichici delle psicoterapie. I dati di ricerca ci mostrano come l'idea tradizionale che la psicoterapia agisca sulla mente e i farmaci sul cervello, e quindi sul corpo, sia ormai obsoleta e giustificano in pieno la proposta che qui ripropongo: considerare la psicoterapia come "cura attraverso la psiche" e non solo come "cura della psiche".

* Presidente Nazionale dell'Ordine degli Psicologi Italiano, Past president SIPNEI - Società Italiana di Psico Neuro Endocrino Immunologia.

I recenti progressi nel campo della genetica ci hanno mostrato il ruolo modulatore della dimensione psichica e come la cura attraverso la psiche sia a tutti gli effetti considerabile come un “farmaco epigenetico”, capace cioè di incidere sull’espressione genica e quindi sulla regolazione fisiologica.

Il dato fondamentale che ci consegna la ricerca, anche se sempre di più appare necessaria l’adozione di un più adeguato set di indicatori quantitativi e il maggiore utilizzo di indicatori qualitativi per cogliere il reale rapporto tra cure e benefici sulla salute e qualità della vita, è quello della possibilità crescente di disporre di metodiche in relazione alle problematiche e caratteristiche del paziente, potendo quindi usare trattamenti basati sulle evidenze e personalizzati sulle specifiche necessità.

Ricordiamo che il concetto di “appropriatezza” nelle cure si riferisce all’utilizzo del “trattamento migliore disponibile per quella persona in quella specifica situazione” e che la legge 24/2017 prevede che i professionisti sanitari si attengano per quanto possibile alle linee guida e alle buone prassi nella loro attività.

L’orizzonte è quello di una transizione da una cura centrata sulla teoria a una psicoterapia centrata sul paziente, che non vuol dire affatto fare a meno delle teorie ma utilizzarle in relazione a una prassi operativa che deve essere declinata in relazione alle situazioni da affrontare.

Anche perché le responsabilità sociali della psicoterapia sono crescenti: un numero sempre maggiore di persone si affida a queste cure e noi ne rivendichiamo l’utilizzo e la disponibilità nei contesti pubblici. Il panorama e l’evoluzione dei bisogni sociali è tale che è del tutto anacronistico considerare la psicoterapia una cura di nicchia privatistica piuttosto che un trattamento di elezione per molti. Considerando anche che i nuovi “Livelli Essenziali di Assistenza”, ovvero le prestazioni che lo Stato si impegna garantire ai cittadini, contemplano la psicoterapia per tutti coloro che ne hanno bisogno.

In questo orizzonte il libro che avete tra le mani è uno strumento prezioso, frutto del lavoro di molte colleghe e colleghi di chiara fama e di provata esperienza, che mi fa molto piacere presentare. Facendo riferimento a modelli teorici consolidati come la teoria dell’attaccamento e al ruolo della relazione terapeutica offre uno scenario di integrazione tra teorie e tecniche diverse basato sulle evidenze, per offrire concretamente la possibilità di un agire appropriato al professionista.

Il mio augurio è che questo non sia solo un importante strumento applicativo pratico ma anche un significativo percorso di riflessione per legare teorie e operatività in modo flessibile e in relazione all’obiettivo primario: aiutare la persona, le persone, che a noi si rivolgono.

Gli Autori

Laura E. Captari: PhD, è assegnista di ricerca all'*Albert and Jessie Danielsen Institute* dell'Università di Boston (USA).

Laura Carelli: psicologa, psicoterapeuta, neuropsicologa. Svolge attività di ricerca in neuroscienze presso l'Istituto Auxologico Italiano.

Antonella Centonze: psicologa, psicoterapeuta, didatta e supervisore TMI. Lavora presso il Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale di Roma.

Angelo Compare: PhD, psicologo, psicoterapeuta, docente di Psicologia Clinica e della Salute presso l'Università di Bergamo. Responsabile Servizio di Psicologia del Centro Diagnostico Italiano.

Patricia M. Crittenden: psicopatologa dello sviluppo presso l'Università della Virginia (USA).

Giancarlo Dimaggio: psichiatra, psicoterapeuta, fondatore del Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale di Roma.

Catherine F. Eubanks: PhD, è docente di Psicologia alla *Ferkauf Graduate School of Psychology* dell'Università di Yeshiva (New York, USA).

Isabel Fernandez: psicologa, psicoterapeuta, dirige il Centro Ricerca e Studi in Psicotraumatologia.

Giuliana Florit: psicologa, psicoterapeuta, docente della Scuola di Psicoterapia Integrata, giudice onorario del Tribunale per i Minorenni di Milano.

Andrea Landini: neuropsichiatra infantile, psicoterapeuta, e didatta SITCC, dirige il *Family Relationship Institute*.

Cristina Mapelli: PhD, psicologa, psicoterapeuta, terapeuta EMDR di II livello, è formata in psicoterapia sensomotoria di I livello.

Paolo Ottavi: psicologo, psicoterapeuta, didatta e supervisore TMI. Lavora presso il Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale di Roma.

Tiziana Passarella: psicologa, psicoterapeuta, didatta e supervisore TMI. Lavora presso il Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale di Roma.

Luca Pievani: psicologo, psicoterapeuta, direttore didattico della Scuola di Psicoterapia Integrata e cultore della materia di Psicologia Clinica presso l'Università di Bergamo.

- Barbara Poletti:** PhD, psicologa, psicoterapeuta, docente di Psicologia Clinica presso l'Università di Milano, direttore didattico della Scuola di Psicoterapia Integrata. Coordina il Servizio di Neuropsicologia e Psicologia Clinica presso l'IRCCS Istituto Auxologico Italiano di Milano.
- Raffaele Popolo:** psichiatra, psicoterapeuta, fondatore del Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale di Roma.
- Paula Ravitz:** laureata in medicina, è docente di Psichiatria e ricercatrice presso l'Università di Toronto e il *Lunenfeld-Tanenbaum Research Institute* (Canada).
- Susan J. Spieker:** professore emerito di salute mentale della prima infanzia presso la *School of Nursing* dell'Università di Washington (USA).
- Sofia Tagini:** PhD, psicologa e psicoterapeuta in formazione, assegnista di ricerca presso l'Università di Torino.
- Alessandro Talia:** PhD, ricercatore all'Università di Cambridge (UK) dove si occupa di attaccamento, fiducia epistemica e comunicazione terapeutica.
- Giorgio Tasca:** PhD, docente presso la *School of Psychology* dell'Università di Ottawa (Canada) e direttore scientifico della Scuola di Psicoterapia Integrata.
- Katie Aafjies Van Doorn:** PhD, svolge attività di ricerca in psicologia presso l'Università di Oxford (UK).

Introduzione

di *Angelo Compare*

- Questo testo introduce per la prima volta in Italia il modello integrato in psicoterapia basato sull'Evidence-Based Practice (EBP). Il modello integrato EBP in psicoterapia è il risultato finale della ricerca in psicoterapia sull'esito e sul processo e si basa su 3 aspetti chiave: **Tecniche Evidence-Based**: l'utilizzo di tecniche Evidence-Based aggiornate, provenienti da orientamenti diversi (sistemico, cognitivo, comportamentale, psicodinamico, psico-corporeo), specifiche per diagnosi e sintomatologia, applicate in una logica stepped-care (Bower, Gilbody, 2005).
- **Alleanza terapeutica**: lo sviluppo di una relazione con il paziente che promuove l'alleanza terapeutica, attraverso tecniche di riparazione del rischio di rottura dell'alleanza, all'interno di una prospettiva di lettura della relazione terapeutica basata sulla teoria dell'attaccamento.
- **Personalizzazione**: la personalizzazione del trattamento in base alle preferenze/bisogni del paziente, utilizzando i feedback di esito e di processo della terapia in ogni seduta, mediante un approccio collaborativo basato su una prospettiva di "epistemic trust" (Fonagy, Campbell, 2017).

La storia della ricerca in psicoterapia (Braakmann, 2015) è articolata in quattro fasi:

- prima fase (1920-1954): i fenomeni delle pratiche cliniche private divennero oggetto di indagine scientifica e fu "inventata" la ricerca di base sui risultati;
- seconda fase (1955-1969): furono sviluppati i disegni di ricerca pre-post-follow-up e si introdussero le metodologie basate sui trial clinici randomizzati (RCT) per verificare il rapporto di causa effetto tra le tecniche e gli outcome. In questa fase si iniziò a parlare di "tecniche" e non più solo di teorie: le tecniche rappresentavano l'espressione pratica

della psicoterapia, ovvero cosa fa nella pratica clinica il terapeuta con il paziente. In questa fase si iniziò a descrivere le tecniche nei protocolli clinici di trattamento testati negli RCT;

- terza fase (1970-1983): si introdussero le meta-analisi come metodologie statistiche utili per sintetizzare le ricerche basate sugli RCT e produrre linee guida per il trattamento. Inoltre, in questa fase si sviluppò la ricerca dedicata al comprendere come incrementare l'alleanza terapeutica, che fu identificata come fattore comune alle diverse psicoterapie e aspetto fondamentale per l'efficacia;
- quarta fase (dal 1984 a oggi): è caratterizzata dalla necessità di superare la limitazione dell'applicazione dei risultati degli RCT nella pratica clinica (l'efficacia di un trattamento risultante da un RCT si riduce in modo drastico nella pratica clinica). All'interno di questa fase vengono testate e sviluppate le metodologie stepped-care di trattamento e l'utilizzo dei feedback di esito e di processo in psicoterapia, aspetti centrali del modello EBP in psicoterapia.

Il modello integrato EBP in psicoterapia nasce come risposta a un bisogno/domanda centrale del professionista, operatore sanitario, psicologo-psicoterapeuta: come affrontare e risolvere il problema psicologico/psichiatrico del paziente in modo efficace (remissione dei sintomi al termine del trattamento e nel lungo periodo dopo la fine del trattamento) ed efficiente (raggiungere i risultati del trattamento nel minore tempo possibile, massimizzando il rapporto costi/benefici).

In Italia, da quando lo psicologo è diventata una professione sanitaria¹ questo bisogno/domanda è diventato anche una richiesta dello Stato italiano al professionista psicologo-psicoterapeuta, sia quando presta servizio in una struttura pubblica che quando esercita come libero professionista.

Infine, questa domanda/bisogno è anche sostenuta da un cittadino-utente-paziente che vuole essere sempre più informato e partecipe attivamente al processo di cura in ambito sanitario, compreso l'ambito psicologico-psicoterapico.

1. Il 22 dicembre 2017 il Senato della Repubblica ha convertito in legge il DdL Lorenzin "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute", che prevede all'art. 7 (Ordinamento delle professioni di biologo e di psicologo), punto 4. All'articolo 1 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, è premesso il seguente: "Art. 1 (Categoria professionale degli psicologi) – 1. **La professione di psicologo di cui alla presente legge è ricompresa tra le professioni sanitarie** di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato dalla legge 17 aprile 1956, n. 561". La professione di psicologo è annoverata tra le professioni sanitarie, attraverso cui si dà piena applicazione all'**articolo 32 della Costituzione Italiana**.

Partendo da questa premessa, tenuto conto che è quindi cruciale formare psicoterapeuti capaci di erogare prestazioni efficaci/efficienti ai loro pazienti, questo volume descrive per la prima volta per il lettore italiano la formazione in psicoterapia secondo il modello integrato EBP in psicoterapia. Nello specifico questo volume è dedicato alla formulazione del caso clinico e alla gestione della relazione terapeutica, improntata all'alleanza terapeutica, secondo il modello integrato EBP in psicoterapia descrivendo il percorso formativo per lo sviluppo delle abilità e competenze. Nel capitolo 1 verrà descritto in modo dettagliato il modello integrato in psicoterapia basato sull'approccio EBP. Nel capitolo 2 e 3 verrà descritta la prospettiva dell'attaccamento come riferimento per la formulazione del caso clinico e per l'analisi della relazione terapeutica. Nel capitolo 4 verranno descritte le tecniche di mentalizzazione per la promozione dell'alleanza terapeutica. Nel capitolo 5 verrà approfondito l'effetto del trauma sulla relazione terapeutica e le tecniche di intervento sul trauma. Nel capitolo 6 verranno integrati gli aspetti descritti nei capitoli precedenti, dal 2 al 5, per descrivere come sviluppare la formulazione del caso clinico del paziente in un'ottica relazionale. Nel capitolo 7 verrà approfondita nello specifico l'applicazione della tecnica TMI per la gestione della relazione terapeutica nei pazienti con disturbo di personalità. Nel capitolo 8 verrà descritto il protocollo 3RS per intervenire e riparare i rischi di rottura dell'alleanza terapeutica. Nel capitolo 9 verrà descritta la modalità di utilizzo dei feedback del paziente in psicoterapia.

Riferimenti bibliografici

- Bower P., Gilbody S. (2005), "Stepped Care in Psychological Therapies: Access, Effectiveness and Efficiency – Narrative Literature Review", *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17.
- Braakmann D. (2015), "Historical paths in psychotherapy research", in Gelo O., Pritz A., Rieken B. (Eds.), *Psychotherapy research*, 39-65, Springer.
- Fonagy P., Campbell C. (2017), "Mentalizing, attachment and epistemic trust: how psychotherapy can promote resilience", *Psychiatria Hungarica*, 32:3, 283-287.

1. Per un approccio integrato alle pratiche Evidence-Based in psicoterapia

di Angelo Compare, Laura Carelli, Sofia Tagini

1. La ricerca in psicoterapia: il ruolo dei fattori comuni

La psicoterapia come strumento di cura ha riscontrato storicamente delle difficoltà a rientrare pienamente nel panorama delle professioni orientate alla promozione della salute, in quanto si occupa di fattori non facilmente quantificabili e analizzabili nei termini scientifici classici. Un esempio di questo annoso dibattito è relativo alla diatriba circa l'evidenza empirica dei risultati della psicoterapia, il cui incipit può essere fatto risalire all'articolo/provocazione di Eysenck (1952) che ha ripercorso la storia della psicoterapia nella seconda metà del XX secolo. Sin dalle primissime concettualizzazioni teoretiche sulla psicologia applicata articolate da Lightner Witmer (McReynolds, 1997), che istituì la prima clinica psicologica nel 1896, gli psicologi clinici sono stati associati in modo univoco a un approccio scientifico alla cura del paziente. Come ha più volte sottolineato Witmer (McReynolds, 1997) "le scienze pure e applicate avanzano su un unico fronte. Ciò che ritarda il progresso dell'uno, ritarda il progresso dell'altro; ciò che favorisce l'uno, favorisce l'altro" (p. 249). Già nel 1947, l'idea che i giovani psicologi avessero dovuto conseguire una formazione bilaterale sia come scienziati/ricercatori che, come professionisti della salute, divenne una politica funzionale dell'American Psychological Association (APA) (Hilgard *et al.*, 1947). I primi professionisti della salute mentale, come Frederick C. Thorne (1947), sottolinearono l'importanza di metodologie scientifiche e funzionali con cui abbinare nella loro pratica clinica l'applicazione dell'approccio sperimentale al caso individuale e alla propria esperienza.

Per costruire un ponte fra la ricerca e la pratica in psicologia clinica, negli ultimi quarant'anni i ricercatori che si sono occupati di psicoterapia hanno sempre maggiormente focalizzato la loro attenzione sugli studi cir-

ca l'efficacia e l'efficienza dei differenti trattamenti terapeutici. In questo delicato e affascinante ambito della ricerca nel campo della salute mentale sono soprattutto due gli approcci più diffusi tra i ricercatori e i clinici. Da un lato è stato possibile notare lo sviluppo dei cosiddetti “empirically supported treatments”, che si basano su trials clinici controllati e randomizzati (RCT) volti a stabilire l'efficacia di uno specifico trattamento per un determinato disturbo clinico, e il peso di fattori terapeutici/tecnici specifici a un modello di trattamento (Westen, Novotny, Thompson-Brenner, 2004); dall'altro lato vi è stato l'emergere di studi relativi alla prospettiva sui fattori comuni, tesi alla conferma del cosiddetto “verdetto di Dodo” (Luborsky, 1995), cioè la sostanziale equivalenza di efficacia delle diverse psicoterapie. La differenza fra questi due diversi approcci è legata alla presenza di basi sia epistemologiche che concettuali differenti nei riguardi di psicoterapia e ricerca. Un fattore che ha storicamente contribuito ad amplificare lo scarto fra ricerca e pratica clinica è “la popolarità dei paradigmi teorici che abbracciano epistemologie basate su esperienze personali piuttosto che su dati controllati” (Herbert, 2003). L'American Psychological Association Society of Clinical Psychology's committee on science and practice ha enfatizzato l'importanza di identificare, studiare e diffondere le terapie supportate dall'evidenza empirica.

La data ufficiale di inizio di tale approccio in psicoterapia è stata il 1995, quando la task force sulla promozione e disseminazione delle procedure psicologiche (Division 12-clinical psychology) dell'APA identificò un numero di interventi psicologici considerati validati empiricamente più tardi chiamati “empirically supported treatments” (ESTs) (Herbert, 2003) o “empirically validated treatments” (EVTs). Questo interesse nel promuovere l'importanza degli ESTs probabilmente risale al più ampio movimento, nato in Gran Bretagna, inizialmente chiamato Evidence-Based medicine (EBM) (Sackett, 1997). In un rapporto del 1995, la task force indicò i criteri per selezionare un EST e riportò una lista preliminare di 25 trattamenti selezionati che raggiunsero la somma di 71 nel 1998 (Chambless, Ollendick, 2001). In accordo con le linee-guida dell'APA, molti progetti sono stati sviluppati per diffondere l'approccio basato su evidenze nel campo della salute mentale, anche se spesso i risultati di tale sforzo non sono stati di reale impatto nell'ambito clinico-professionale. Il terapeuta che lavora quotidianamente con i pazienti nei contesti di cura routinari rimane prevalentemente scettico dei risultati ottenuti da studi RCT altamente controllati, in cui i pazienti vengono rigidamente selezionati in base a specifiche caratteristiche sintomatico-diagnostiche, e i terapeuti seguono strettamente dei modelli di protocollo terapeutico fortemente standardizzati (Del Corno, Lo Coco, 2018). Nella pratica clinica routinaria, il terapeuta si confronta

sempre maggiormente con situazioni cliniche caratterizzate da quadri diagnostici molto multiformi e che poco rientrano nelle rigide classificazioni dei manuali diagnostici di psichiatria (Rossi Monti, 2012). È importante però sottolineare che lo psicoterapeuta non è pregiudizialmente contrario alla ricerca empirica, ma chiede che questa possa rispondere a domande ritenute utili e/o essenziali nella gestione della propria pratica quotidiana. Un esempio è rappresentato dalla survey condotta in Canada da Tasca e colleghi (2015), che ha mostrato che i temi della comprensione dei meccanismi di cambiamento in psicoterapia, le componenti della relazione terapeutica, i metodi efficaci per formare terapeuti in grado di curare realmente i pazienti, sono ritenuti argomenti centrali per una ricerca “utile” per il professionista. Negli ultimi decenni si è diffusa una strategia volta a favorire una maggiore integrazione tra ricerca e clinica, capace di costruire un ponte di comunicazione tra due realtà necessariamente comunicanti. È emersa una consapevolezza professionale che il dialogo arricchente tra ricerca e pratica clinica possa basarsi su una ricerca che parta dalla pratica terapeutica e che sia in grado di elaborare proposte di lavoro fortemente rilevanti per il clinico (Levy, Ablon, Kachele, 2015).

Storicamente, l’Evidence-Based research si è proposta di esaminare se un trattamento terapeutico sia efficace nella cura del paziente. La ricerca basata sulla pratica (practice-based research) prova invece a valutare se una specifica relazione terapeutica, a partire dalle caratteristiche del terapeuta, del paziente e de loro incontro relazionale, possa essere di aiuto per superare i problemi che presenta un soggetto (Lo Coco, 2021). Nei primi anni 2000, l’Evidence-Based Practice (EBP) project fu sviluppato per aumentare l’accesso dei pazienti agli interventi supportati empiricamente (Mueser, Torrey, Lynde, Singer, Drake, 2003). In particolare, il progetto EBP puntava a migliorare l’accesso attraverso lo sviluppo di “pacchetti” di intervento standardizzati, creati in collaborazione con differenti figure, tra cui clinici, pazienti, familiari, supervisori della terapia, responsabili di progetto nel campo della salute mentale. Più recentemente, l’approccio EBP sta segnalando la necessità di andare verso una maggiore personalizzazione del trattamento. Norcross, Wampold (2018) hanno sottolineato come la ricerca stia supportando come nessun trattamento terapeutico funzioni per tutti i pazienti, e ciò che funziona con un paziente può non essere indicato per un altro. Il terapeuta è portato a modificare il proprio approccio terapeutico con il paziente, in funzione dei suoi bisogni. Inoltre, i terapeuti maggiormente efficaci con i propri pazienti riescono a essere responsivi e flessibili nella relazione terapeutica con uno specifico paziente, e anche in differenti momenti del percorso terapeutico con lo stesso paziente

(Norcross, Wampold, 2019). Già negli anni '90 la ricerca in psicoterapia tendeva a spostare il proprio focus conoscitivo più che sull'efficacia dei trattamenti, sui meccanismi di cambiamento che vengono messi in atto per facilitare la guarigione del paziente. Nel 1992 M. Lambert descrisse alcuni fattori terapeutici come i principali elementi associati al miglioramento del paziente in psicoterapia: fattori extra terapeutici, fattori comuni/relazionali, aspettativa/placebo, tecniche terapeutiche, persona del terapeuta (Lambert, Bergin, 1992). Come ben riassunto da Duncan (2002), Miller e Hubble (1997) hanno esteso l'uso del termine "common factor" dal significato originale di fattore non specifico o fattore relazionale fino a includere quattro specifici fattori: il cliente (40%), la relazione terapeutica (30%), il placebo (15%) e la tecnica (15%). Le percentuali di influenza riportate tra parentesi sono riportate in Assay e Lambert (1999). Anche se vi è un generale assenso circa la rilevanza di queste quattro aree processuali, i fattori specifici all'interno di ciascuna di queste categorie variano considerevolmente in tipologia e numerosità, con un "limitato e apparente accordo" (Grencavage, Norcross, 1990) fra i ricercatori.

Prima di tutto la possibile e concreta azione dei fattori legati al cliente è strettamente legata al particolare tipo di epistemologia (ed alle relative tecniche retrostanti) tipica di ciascun approccio clinico-terapeutico. Così per permettere ai pazienti di fornire il principale contributo al cambiamento in psicoterapia (Duncan, 2002), l'approccio selezionato deve dare loro il ruolo di attori protagonisti nel processo terapeutico stesso. Questo risulta essere possibile solo trasmettendo loro l'idea di essere al centro di un processo di miglioramento possibile: lo spazio terapeutico non si configura tanto come relazione tra un terapeuta "esperto" che suggerisce al cliente come risolvere i propri problemi, ma come un processo dialogico capace di attivare le risorse interne e relazionali del cliente, che saranno la guida del cambiamento. Non tutti gli approcci trasmettono tale idea ai pazienti, soprattutto se l'epistemologia di fondo è maggiormente orientata in senso deterministico piuttosto che costruttivista. Così se il modello medico caratterizza i fondamenti teorici di un particolare approccio, il paziente non si sentirà tanto "l'eroico cliente" (Duncan, 2002) ma solo un oggetto sottomesso all'azione di fattori esterni come i farmaci o l'abilità-esperienza di uno psicoterapeuta o "guru". Nello stesso tempo, per permettere al fattore relazione di giocare un ruolo trasformativo in psicoterapia, il terapeuta deve costruire un particolare legame che abbia come obiettivo il cambiamento di una situazione disfunzionale del cliente. L'uso di una comunicazione diretta o indiretta, di una posizione one-down o one-up, domande aperte o chiuse, brevi aforismi o lunghe ristrutturazioni, suggestione o razionalità nella prescrizione di compiti a casa, ecc. possono rapidamente

soddisfare gli obiettivi terapeutici, ma per selezionare il miglior tipo di comunicazione e relazione, in accordo con lo specifico paziente e i differenti passaggi della psicoterapia, è necessario l'utilizzo flessibile delle tecniche terapeutiche. Da questo punto di vista, ha acquisito sempre maggiore rilevanza il costrutto di responsività (responsiveness) del terapeuta (Stiles, Horvath, 2017). Ad esempio, si è visto che nelle terapie psicodinamiche si ottengono risultati migliori con i pazienti quando il terapeuta non segue in maniera rigida il proprio modello di trattamento, ma si avvale di una flessibilità (adherence flexibility) capace di andare incontro alle caratteristiche del paziente (Owen, Hilsenroth, 2014). Ulteriori evidenze hanno mostrato l'importanza che il terapeuta sia flessibile nel proprio approccio terapeutico per gestire rotture e riparazioni nell'alleanza (Safran, Muran, Savi, 2000) e adattarsi alle caratteristiche del paziente (livello di motivazione, stile interpersonale, autostima) (Høglend, Hersoug, Bøgwald, 2011).

Anche per quanto concerne i fattori legati al placebo, speranze e aspettative, Duncan (2002) ha notato che la consapevolezza dei clienti di essere curati non è l'unico elemento che possa rendere efficace la componente placebo per un miglioramento terapeutico significativo: affinché il placebo funzioni, è necessaria anche "la valutazione della credibilità del terapeuta e delle relative tecniche" (*ibid.*). Circa i fattori legati alle tecniche e al modello, Assay e Lambert (1999) li hanno definiti come credenze e procedure uniche per ciascun specifico trattamento. I fattori legati alle tecniche e al modello non sono gli ultimi e i meno rilevanti per il processo terapeutico, ma rappresentano un elemento fondamentale poiché, come indicato prima, essi influenzano pesantemente la realizzazione dell'effetto degli altri fattori comuni. Recentemente una review di Mulder, Murray e Rucklidge (2017), dal titolo "Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box", ha provato a sintetizzare le evidenze disponibili su questo tema. Gli Autori esordiscono sottolineando un dato apparentemente contraddittorio: esistono sia evidenze a supporto del fatto che le diverse psicoterapie funzionano "allo stesso modo", ovvero producono effetti di dimensioni del tutto paragonabili, sia evidenze di superiorità di certe psicoterapie specifiche su altre, quantomeno per certi disturbi. In sostanza, esistono dati a sufficienza per sostenere sia che le psicoterapie funzionino sulla base di fattori comuni, da cui ne deriverebbe grossomodo la medesima efficacia, sia che esistano differenze specifiche legate a fattori specifici di trattamento. Non solo entrambe queste posizioni sembrano plausibili sul piano teorico, ma vi sono dati sufficienti a confermarle entrambe. Come sottolineato più volte (Mulder *et al.*, 2017), questa dicotomia di posizioni non è affatto nuova, anzi, si potrebbe citare un famoso dibattito tra Skinner e Rogers (1956) (rispettivamente, i padri del comportamentismo e della terapia cen-

trata sul cliente), nel quale il primo sosteneva che specifiche componenti di apprendimento attivino specifici cambiamenti, mentre il secondo sosteneva che una relazione terapeutica genuina, sana, fosse necessaria e sufficiente. Tale dicotomia, alla luce delle evidenze a sostegno di entrambe le posizioni, ha ancora senso? Oppure, a beneficio dell'avanzamento di questo affascinante campo, è possibile (quanto necessario) superarla? Forse, in linea con le evidenze di cui sopra, le differenze tra queste posizioni sono meno rilevanti in concreto di quanto appaiano in teoria. Gli autori sottolineano come sembri esserci un riconoscimento reciproco, da parte dei teorici dei due poli, della rilevanza “dell'altra parte”. Sostenitori dei fattori specifici riconoscono l'importanza di fattori aspecifici quali il coinvolgimento del paziente, l'ottimismo e la collaborazione attiva ed esplicita al raggiungimento di obiettivi chiari e condivisi. Viceversa, teorici dei fattori comuni riconoscono come in alcuni contesti clinici molto specifici, come i disturbi d'ansia di stampo fobico, interventi per nulla “comuni”, ma piuttosto molto limitati/specifici, come l'esposizione del paziente allo stimolo fobico, siano necessari. Inoltre, punto fondamentale, gli autori (Mulder *et al.*, 2017) sottolineano come i fattori comuni non siano più considerati come un contenitore generico: quando si parla di fattori comuni non si parla di un “va bene tutto”, ma piuttosto di interventi che per quanto comuni a diverse psicoterapie sono del tutto specifici nella loro funzione, e che potrebbero possedere un loro distinto potere curativo. In sostanza, il dibattito sulla dicotomia fattori comuni versus fattori specifici sembra essere oggi più che altro una distrazione rispetto alla “semplice” e unica domanda che bisognerebbe porsi: “Quali sono i meccanismi che producono un effetto in psicoterapia?” (Goldfried, 2019).

Concludendo questa breve disamina, risulta importante evidenziare come alcune delle più importanti criticità metodologiche relative al verdetto di Dodo di Luborsky siano state evidenziate dai sostenitori dell'approccio EST (Chambless, Ollendick, 2001): “Le conclusioni di Luborsky (1995) relativamente al fatto che non ci siano differenze significative nell'efficacia delle diverse psicoterapie dovrebbe essere riconsiderata per le seguenti ragioni: (a) errori nell'analisi dei dati, (b) esclusione dalla sperimentazione di molte tipologie di pazienti (ad es. ragazzi e adolescenti), (c) lacunosa generalizzazione di paragoni fra terapie che mai sono state realizzate, (d) assunto erraneo che la media della differenza fra tutti i trattamenti considerati con tutte le problematiche possa essere assunta come differenza fra qualsiasi due tipi di trattamento per uno specifico disturbo. L'interesse per il benessere dei pazienti richiede che gli psicologi siano molto diffidenti dall'accettare il verdetto di Dodo” (Chambless, Ollendick, 2001).

2. L'integrazione in psicoterapia: modelli

Sin dai suoi albori, l'integrazione in psicoterapia è stata caratterizzata dall'insoddisfazione per gli approcci specialistici e il desiderio di guardare oltre i confini della propria scuola/teoria per vedere cosa si possa imparare, e in che modo i pazienti possono beneficiare, da altre forme di cambiamento scientifico del comportamento.

Il primo esempio appare al congresso dell'American Psychiatric Association del 1932 dove lo psichiatra French tracciò alcuni parallelismi tra processi di tipo psicodinamico e del condizionamento pavloviano, in particolare, tra repressione ed estinzione. L'intervento fu pubblicato negli atti, insieme a dei commenti (French, 1933). Similmente, Kubie (1934) propose che alcuni aspetti della stessa tecnica psicoanalitica potevano essere spiegati in termini di riflesso condizionato. Emerge qui una prima strategia di integrazione: assumere che scuole diverse abbiano chiamato con nomi diversi processi simili se non uguali, ed esplorarne le somiglianze.

Nel 1936, Sol Rosenzweig (Wampold, Imel, 2017) andò oltre questa posizione in quello che è un famoso articolo che parla fin dal titolo di fattori comuni, sostenendo che l'efficacia di vari approcci terapeutici secondo lui aveva più a che fare con i loro elementi comuni che con le spiegazioni teoriche su cui erano basati. Fu proprio in questo articolo che fu citato l'ancora più famoso verdetto di Dodo, vero e proprio slogan del movimento integrazionista. Il verdetto era infatti il sottotitolo dell'articolo: *At last the Dodo said, "Everybody has won and all must have prizes"* (Alla fine il Dodo disse: "Tutti hanno vinto e tutti devono essere premiati"). Rosenzweig non si limitò a lanciare l'idea dei fattori comuni ma ne propose tre ben precisi: (a) la personalità del terapeuta; (b) le "interpretazioni" ovvero gli interventi attivi; (c) la sinergia tra aspetti bersaglio di diversi orientamenti (Wampold, Imel, 2017). Qui però emerge una prima difficoltà: è possibile avere visioni diverse sui fattori comuni? Possono essere i fattori "comuni" non comuni? La risposta è assolutamente positiva, e infatti delle tre classi di fattori individuati da Rosenzweig forse solo la prima classe confluirà nei fattori comuni aspecifici del giorno d'oggi, fattori aspecifici nel senso che non fanno parte di nessun orientamento teorico ma sono presenti seppur non teorizzati e ritenuti comuni a tutti gli orientamenti (Tracey, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn, Wampold, 2003). Si tratta tendenzialmente dei futuri fattori relazionali. La seconda classe contiene interventi specifici ma denominati diversamente nei vari orientamenti (French, 1933), mentre la terza classe propone un'ulteriore strategia integrativa, l'analisi delle sinergie, ovvero l'esistenza di interventi differenti e specifici che poi interagiscono a vicenda rafforzandosi. Si tratta quindi di

tre idee diverse di integrazione: interventi comuni non previsti dalla teoria e quindi aspecifici, interventi comuni, previsti dalle teorie ma denominati in maniera diversa, e infine interazioni tra interventi specifici e oggettivamente diversi. Per un po' prevalse la seconda strategia, ovvero l'idea che i terapeuti facessero cose simili denominandole diversamente. Woodworth (1958) introdusse un altro argomento che spiegava l'insoddisfazione dei clinici e incoraggiava a cercare la soluzione nell'integrazione: nessun approccio psicoterapeutico sembrava sufficientemente potente da sovrastare gli altri in termini di efficacia "no one [school] is good enough". Circoscrivere l'esperienza psichica all'interno di una sola cornice teorico-interpretativa rischiava di rendere la psicoterapia ascientifica in quanto incline a selezionare i fenomeni naturali (in questo caso la presenza dell'inconscio e il determinismo comportamentale) in base a una scelta culturale più che scientifica. Il rischio quindi è quello di adattare l'individuo alla teoria e non il contrario, generando degli artefatti nell'esperienza della relazione terapeutica. Uno dei temi più interessanti degli ultimi anni nell'ambito di ricerca in psicoterapia ha riguardato il tema della trattabilità dei pazienti, soprattutto con disturbi di personalità (Stone, 2007); l'accento è stato posto su un ventaglio di caratteristiche attinenti non soltanto al paziente che prescindono dalla psicopatologia e fanno capo a fattori caratteriali, temperamentali, ambientali o culturali, ma anche a come questi aspetti si coniugano con i medesimi fattori appartenenti al terapeuta, sottolineando come l'esperienza psicoterapeutica si sviluppi all'interno di una dimensione relazionale non solo comunicativa (cioè le informazioni che si scambiano paziente e terapeuta), ma anche su come le caratteristiche di entrambi entrano in gioco nel campo di questa dimensione relazionale.

C'è da chiedersi quindi che ruolo occupa la psicoterapia in questo scenario? Lo psicoterapeuta a sua volta è fruitore di questa evoluzione e la sfida attuale per la psicoterapia integrata risiede anche nella necessità di costituire un equilibrio più adeguato tra epistemologia clinica e cambiamento culturale e sociale. Da questo punto di vista, la nuova sfida sta quindi nella necessità di comprendere se la psicoterapia debba adeguarsi a questa nuova modalità di comunicazione e quindi utilizzare nuovi codici relazionali, oppure se la psicoterapia possa rappresentare una dimensione in cui ciò che pone come terapeutico sia il ripristino di una narrazione dell'esperienza dell'individuo mediante un codice verbale ormai sbiadito. L'asincronia tra cambiamento e adattamento che mette in crisi la configurazione della linearità del tempo evolutivo riguarda quindi anche la psicoterapia. Questi interrogativi impongono più di quanto sia mai accaduto nella storia della psicologia, una riflessione sul senso di un approccio integrato che qualifichi più accuratamente la funzione dei fattori comuni di efficacia relativamente

alla loro configurazione trans-teorica conferendo alle funzioni verbali, in un futuro che appare non lontano, il ruolo di ulteriore fattore comune di efficacia terapeutica.

3. Il modello in psicoterapia integrato basato sulla ricerca in psicoterapia

L'integrazione della psicoterapia è caratterizzata dall'insoddisfazione per gli approcci basati su un singolo modello e dal desiderio concomitante di guardare oltre i confini della scuola per vedere come i pazienti possono trarre beneficio da altri modi di condurre la psicoterapia (Norcross, Goldfried, 2005). Tramite questa prospettiva teoretica si cerca di adattare i trattamenti psicologici e le relazioni terapeutiche alle esigenze specifiche e variegata dei singoli pazienti, come definito da una moltitudine di considerazioni diagnostiche e in particolare trans-diagnostiche. La psicoterapia deve tener conto delle differenze individuali, e delle caratteristiche sociali e culturali dei pazienti. La realtà clinica è che nessuna singola psicoterapia si dimostra efficace per tutti i pazienti e tutte le situazioni (Norcross, Lambert, 2018). Non è facile dare una risposta alla domanda che da decenni la comunità scientifica si pone intorno alla possibilità di dare origine a una forma di psicoterapia trans-teorica che si focalizzi essenzialmente sull'esperienza della relazione terapeutica, che ricordiamo, è considerato il fattore comune di efficacia più importante e su tutte quelle variabili che caratterizzano il processo clinico (Norcross, Goldfried, 2005).

Questa è la forza trainante dell'integrazione: la flessibilità e l'adattamento strumentale e funzionale alle esigenze del paziente. Ciò risulta chiaro facendo anche delle analogie con altri ambiti clinici, per esempio, affideresti la tua salute a un medico che prescrive a ogni paziente lo stesso trattamento non analizzando la persona che si trova davanti o il tipo di patologia? O, per fare un'analogia educativa, premieresti degli educatori che hanno impiegato lo stesso metodo pedagogico (diciamo, una lezione frontale) per ogni sessione educativa? Oppure affideresti tuo figlio a un assistente per l'infanzia che fornisca la stessa risposta (ad esempio, un atteggiamento non direttivo o un rimprovero) a ogni bambino e a ogni comportamento scorretto? La risposta è molto probabilmente no. I pazienti in psicoterapia non meritano meno considerazione. Risulta quanto mai difficile contestare un approccio eterogeneo e funzionale, come esemplificato dalle possibilità introdotte dall'integrazione in psicoterapia. Dopo tutto, chi può seriamente contestare l'idea che il trattamento psicologico debba essere adattato alle esigenze specifiche del paziente? Il modello di psicoterapia integrato attin-

ge dalla ricerca sui processi e outcome della terapia piuttosto che da una teoria idiosincratica o da un sincretismo ideologico. Il numero di psicoterapeuti che identifica il proprio orientamento nell'approccio integrato è in continua crescita, eppure sono ancora pochi i programmi di formazione in psicoterapia che prevedono lo sviluppo di una pratica integrata.

Boswell, Nelson, Nordberg, McAleavey e Castonguay (2010) della Pennsylvania State University, hanno evidenziato gli elementi principali della psicoterapia integrata, specificando come questa possa essere appresa durante la formazione e la supervisione clinica. L'approccio proposto da Boswell e colleghi (2010) è basato sull'integrazione assimilativa e sui fattori comuni. Gli autori cercano di identificare i fattori terapeutici comuni e i principi di cambiamento trasversali ai vari approcci e, partendo da un orientamento principale di riferimento, assimilano tecniche di altri orientamenti. Ad esempio, partendo da un approccio umanistico, si possono integrare delle tecniche cognitivo-comportamentali compatibili, rimanendo comunque nella cornice teorica dell'orientamento. Secondo gli autori, la facilitazione del processo del cambiamento può essere considerata la competenza di base della psicoterapia. Goldfried (1980) ha individuato cinque fattori comuni che rappresentano cinque processi specifici del cambiamento:

- promuovere un'aspettativa di utilità del percorso terapeutico;
- stabilire un'alleanza terapeutica ottimale;
- facilitare la consapevolezza del paziente;
- fornire esperienze correttive;
- promuovere una continua prova di realtà.

Questi processi possono essere promossi in modi diversi e con diversa efficacia dai differenti orientamenti. Ogni approccio, generalmente, è più centrato su alcuni processi e meno su altri. Ad esempio, le tecniche rogersiane possono stimolare una solida alleanza (Castonguay, Beutler, 2006), mentre l'uso degli homework, tipico della terapia comportamentale ma estraneo alla terapia rogersiana, può fornire un'esperienza correttiva. Inoltre, la ricerca clinica dimostra che possono esserci delle tecniche funzionali per una data coppia paziente-terapeuta, ma inefficaci per un'altra.

Secondo gli autori, quindi, la competenza principale del terapeuta ad approccio integrato riguarda la comprensione del cambiamento all'interno e all'esterno della propria cornice di riferimento primaria, unita alla conoscenza di un vasto repertorio clinico (Castonguay, Beutler, 2006). Un terapeuta ad approccio integrato competente è consapevole del processo di cambiamento che sta facilitando e delle caratteristiche del cliente che influenzano la scelta delle tecniche da utilizzare. Ad esempio, un cliente con un alto livello di conflittualità interpersonale potrebbe non trarre beneficio

da una tecnica cognitiva come il dialogo socratico, ma potrebbe rispondere bene a un approccio umanistico basato sulla riflessione empatica. È importante, quindi, che il professionista sappia riconoscere questi aspetti e sia aggiornato e informato sulle evidenze cliniche riscontrate dalla ricerca, in modo da adattare le tecniche e le modalità terapeutiche al cliente con cui è in relazione (Prochaska, Norcross, 2018).

4. Il ruolo dell'alleanza terapeutica

Alla luce di quanto descritto, la capacità di stabilire una buona alleanza terapeutica è un elemento essenziale per un terapeuta ad approccio integrato, vista l'importanza riconosciuta a questo fattore dai vari orientamenti teorici e dalla ricerca scientifica (Flückiger, Del Re, Wampold, Horvath, 2018).

L'alleanza non va semplicemente promossa, ma anche costantemente valutata. Un terapeuta deve saper riconoscere e fronteggiare le inevitabili rotture della relazione utilizzando i contributi sul tema apportati dai diversi approcci. Risulta altresì importante che un terapeuta ad approccio integrato sappia formulare una diagnosi, concettualizzare il caso clinico e pianificare il trattamento all'interno di un approccio multidimensionale. L'attenzione del terapeuta non deve fermarsi al sintomo, ma a tutto ciò che può essere utile per una buona riuscita del trattamento. Le fondamenta dell'applicazione delle diverse tecniche si basano in primis su un approccio centrato sull'EBP e successivamente sulla relazione terapeutica, con l'obiettivo clinico di aumentare la consapevolezza del paziente sugli schemi di funzionamento nella relazione sé-altro, in particolare quelli di tipo disadattivo, e di imparare a leggere i significati soggettivi dell'esperienza emotiva, cognitiva e comportamentale. Risulta fondamentale per un futuro terapeuta sperimentare delle specifiche competenze che consentiranno di sviluppare una relazione terapeutica efficace che favorisca un'elevata alleanza terapeutica, rendendo il clinico capace di intervenire in modo preciso e efficace in tutte quelle situazioni in cui si ha un rischio di rottura dell'alleanza.

La psicoterapia integrata è un modello di terapia trasversale, che usa di volta in volta teorie e strumenti diversi (cognitivi, comportamentali, sistemici, psico-corporei, psicomodinamici, focalizzati sulle emozioni), in relazione alle evidenze della letteratura scientifica (EBP), fornendo strumenti al terapeuta per meglio intervenire strategicamente in ogni singolo caso e non applicando un univoco modello a svariate situazioni o problematiche cliniche. Quindi senza una tecnica funzionale un terapeuta incontrerà delle

difficoltà nel costruire una relazione, una comunicazione e una strategia orientate al cambiamento. Alla luce di quanto descritto, risulta importante sottolineare che: la tecnica è importante ma non è tutto. In particolare, durante la formazione di un giovane terapeuta, l'apprendimento di uno specifico gruppo di tecniche, e la relativa aderenza, è un punto chiave; ma attraverso anni di esperienza, la tecnica deve modificarsi in accordo con lo stile personale di ciascun terapeuta. Solo con una personale evoluzione le tecniche possono essere cambiate e migliorate permettendo che il processo terapeutico sia più efficiente. Dobbiamo anche considerare che alcuni passaggi della psicoterapia sono più legati ad applicazioni “cucite” su misura di intuizioni e percezioni personali (anche con una percentuale di mistero e di questioni inspiegate e irrisolte) piuttosto che la ripetizione di tecniche ben apprese. Wampold (2015) sostiene che i fattori che influenzano maggiormente l'efficacia delle psicoterapie sono relativi ad alcune caratteristiche tipicamente umane (che lui definisce nel loro complesso la “componente umanistica” della psicoterapia):

1. la tendenza ad attribuire un significato al mondo (attraverso l'interpretazione, la spiegazione, l'attribuzione di un nesso causale, la mentalizzazione di sé e degli altri, l'organizzazione dell'esperienza in forma di narrazione);
2. la tendenza a influenzare e a essere influenzati dagli altri (cioè a vivere in relazione con le altre persone, ad agire su di loro e a essere soggetti a un'influenza sociale);
3. la tendenza a cambiare nel corso del tempo attraverso:
 - a) una relazione significativa (in particolare i legami di attaccamento, come quello tra genitori e figli, tra i partner all'interno di un legame di coppia, e tra psicoterapeuta e paziente);
 - b) la creazione di aspettative (che spiega la grande influenza in ambito terapeutico della suggestione, dell'effetto placebo e dei rituali);
 - c) acquisire una nuova capacità (mastery) (cioè sviluppare un senso di autoefficacia e di controllo nei confronti degli eventi, in particolare quelli interni legati a reazioni emotive come la paura, la rabbia, l'ansia e la depressione).

Per quanto riguarda la relazione terapeutica, come già accennato, il costruito di alleanza di lavoro (working alliance, WA) o alleanza terapeutica (therapeutic alliance) si è posto come elemento trasversale ai diversi approcci psicoterapeutici. Vari studiosi si sono sforzati di operationalizzare questo concetto, distinguendo all'interno di esso varie dimensioni e sviluppando strumenti psicometrici specifici per la sua valutazione. Il costruito di alleanza terapeutica si riferisce alla collaborazione e al legame

tra paziente e terapeuta, considerato uno dei fattori comuni più importanti nelle psicoterapie. Un risultato ormai condiviso nella ricerca è l'aver dimostrato la relazione tra alleanza terapeutica ed esito positivo di una terapia (Horvath, Gaston, Luborsky, 1993). La meta-analisi più recente sull'alleanza (Flückiger *et al.*, 2018) ha confermato (includendo 295 studi e più di 30.000 pazienti) che questa è un elemento importante nel predire il cambiamento del paziente in terapia, al di là del modello teorico di riferimento. Inoltre, si è evidenziato che il miglioramento dell'alleanza terapeutica predice il miglioramento del paziente nelle sedute successive (Zilcha-Mano, 2017).

In generale dai dati delle ricerche risulta evidente che la particolare combinazione tra le caratteristiche dell'attaccamento del terapeuta e quello del paziente influenza significativamente la qualità della relazione, il processo terapeutico e l'esito della cura, ma le modalità di espressione di questa interazione sono ancora da chiarire. Il legame di attaccamento tra terapeuta e paziente, inoltre, non deve essere inteso in modo statico, ma come un processo dinamico, che si modifica nel tempo sulla base dei diversi bisogni del paziente. Una relazione di cura efficace, infatti tende a organizzarsi in almeno tre momenti diversi (Mallinckrodt, Porter, Kivlighan, 2005):

1. una prima fase (corrispondente alle prime sedute) di iniziale concordanza da parte del terapeuta con il modello di attaccamento del paziente (accettazione del ruolo assegnatogli inconsciamente dal paziente e gratificazione delle sue aspettative). Ad esempio: assumere un atteggiamento più razionale con pazienti distanzianti e una maggiore flessibilità e partecipazione emotiva con quelli preoccupati (accettare lievi violazioni del setting, sedute supplementari o spostamenti di appuntamenti, lettere e messaggi, ecc.);
2. una seconda fase (quando la relazione di attaccamento è consolidata e offre una sufficiente base sicura), in cui le rappresentazioni distorte e difensive del paziente possono essere gradualmente analizzate mettendolo di fronte alle sue contraddizioni e aiutandolo a mettersi in discussione;
3. una terza fase di riorganizzazione psicologica del paziente con lo sviluppo di una nuova visione più equilibrata e adattiva di sé e dei propri problemi.

In sintesi, potremmo affermare che i terapeuti più sicuri e che manifestano migliori capacità empatiche e relazionali possono sviluppare con i propri pazienti un'alleanza di lavoro più solida e duratura e sono maggiormente in grado di condurre terapie a breve e lungo termine adattandosi

alle esigenze personali dei diversi pazienti. Inoltre, è interesse del clinico sapere come gestire situazioni cliniche in cui non si sviluppa una positiva alleanza col paziente. La ricerca sulle rotture e riparazioni dell'alleanza ha evidenziato che i segnali interpersonali di una debole alleanza non siano necessariamente predittori di un esito negativo della terapia. Non sembra quindi la qualità negativa dell'alleanza in sé a essere predittiva di un peggiore outcome, ma piuttosto la scarsa capacità della diade paziente-terapeuta a gestire i processi di alleanza, intervenendo per riparare episodi di rottura nel corso della seduta (Eubanks, Muran, Safran, 2018). Nel modello di rotture e riparazioni dell'alleanza (Safran *et al.*, 2000) si attribuisce una grande enfasi alla capacità del terapeuta di affrontare in modo costruttivo tali situazioni difficili nella seduta. In questo modello, si riconosce l'importanza che il terapeuta sappia individuare i segnali o "markers" comportamentali e interpersonali di rottura dell'alleanza, ma l'elemento terapeutico risiede nelle modalità che questi mette in atto quando deve gestire elementi di tensione nella seduta, di fronte al riconoscimento nel paziente di sentimenti negativi nei confronti della terapia o del terapeuta (Muran, Eubanks, 2021).

Hentschel (2005) ha sottolineato come un aspetto problematico degli studi empirici che indagano l'alleanza sia la loro tendenza a vedere il costruito come una strategia di trattamento e un predittore di esito terapeutico: se il terapeuta viene istruito, ad esempio, sui metodi per aumentare il livello di alleanza, e viene quindi chiesto di valutare l'alleanza, questo può portare a una contaminazione dei risultati. Si raccomanda pertanto l'uso di osservatori neutrali o la creazione di studi controintuitivi. La maggioranza di studi disponibili si basa però su questionari di alleanza self-report. Per ovviare a questo importante limite metodologico, abbiamo oggi a disposizione importanti strumenti di valutazione dei processi di alleanza terapeutica a partire dalla codifica dei trascritti delle sedute di psicoterapia, come la 3RS (Muran, Eubanks, 2021) e l'IVAT (Colli *et al.*, 2019).

Infine, è importante ricordare che oltre l'alleanza terapeutica, altri elementi processuali sono associati all'esito della psicoterapia (Norcross, Lambert, 2018), riferibili alla qualità della relazione clinica e alle caratteristiche del terapeuta, piuttosto che ad aspetti inerenti la tecnica: ad esempio, le capacità empatiche, la condivisione degli obiettivi con il paziente, l'assumere un atteggiamento positivo e assertivo (cioè riuscire a esprimere in modo efficace le proprie emozioni e opinioni senza prevaricare il paziente), risultare coerenti e autentici nella relazione reale.