

Un’analisi critica degli “Empirically Supported Treatments” (ESTs) e della prospettiva dei “fattori comuni” in psicoterapia

Gianluca Castelnuovo ¹⁻²

Elena Faccio ³

Enrico Molinari ¹⁻⁴

Giorgio Nardone ⁵

Alessandro Salvini ³

Abstract

Negli ultimi anni il campo della ricerca e della pratica in psicoterapia sono stati profondamente influenzati da due differenti approcci: il movimento chiamato “Empirically Supported Treatments (ESTs)”, legato alla diffusione della moda della Evidence Based Medicine (EBM) anche nel campo della salute mentale, e la prospettiva dei “fattori comuni”, supportata da chi sostiene il “Verdetto di Dodo” e l’importanza dei fattori comuni nella spiegazione del processo terapeutico. Questo articolo si propone di fornire una visione critica dei due differenti approcci in psicoterapia evidenziando possibili aree critiche da prospettive epistemologiche e metodologiche non evitando di considerare questioni pratiche ed economiche. Una possibile soluzione per uscire da tale dibattito, senza evitare di condurre ricerche in psicoterapia, è discussa nell’ultima parte dell’articolo.

¹ *Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano, Italia*

² *ATN-P Lab, Applied Technology for NeuroPsychology Lab,
Istituto Auxologico Italiano, Milano Italia*

³ *Dipartimento di Psicologia, Università di Padova, Italia*

⁴ *Istituto Auxologico Italiano, Verbania, Italia*

⁵ *Centro di Terapia Strategica, Arezzo, Italia*

Introduzione

Per costruire il ponte fra la ricerca e la pratica in psicologia clinica, i ricercatori in psicoterapia hanno sempre di più focalizzato la loro attenzione sugli studi circa l'efficacia e l'efficienza dei differenti trattamenti terapeutici. In questa ricerca nel campo della salute mentale sono soprattutto due gli approcci più comuni tra i ricercatori ed i clinici. Da un lato è possibile notare lo sviluppo dei cosiddetti "Empirically Supported Treatments", che si basano su trials clinici controllati e randomizzati (RCTs) (Herbert, 2003; Morrison, Bradley, & Westen, 2003); dall'altro lato sottolineiamo il sorgere di studi relativi alla prospettiva dei "fattori comuni", tesi alla conferma del cosiddetto "Verdetto di Dodo" (Luborsky et al., 2004; Luborsky & Singer, 1975). La differenza fra questi due così diversi approcci è dovuta alla presenza di basi epistemologiche e filosofiche, verso la psicoterapia e la ricerca, completamente differenti.

Questi due differenti approcci sono ben descritti da Tracey (2003): "una visione è che ciascun modello di terapia ha distinti effetti sui clienti. Questo assunto di differenziazione fra i trattamenti conduce naturalmente all'inferenza che alcuni modelli sono più efficienti di altri con un certo tipo di clienti ... Una visione competitiva e forse complementare è che diversi approcci teorici sono ugualmente efficaci" (p. 401).

Nei prossimi paragrafi vogliamo porre l'attenzione su questi due differenti approcci indicando anche una terza possibile posizione per uscire dall'attualissimo dibattito.

Gli "Empirically Supported Treatments (ESTs)": lo stato dell'arte

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" (p. 415, Herbert, 2003). Per esempio l'approccio psicoanalitico si è tradizionalmente basato sull'assunto che i principi teorici potessero essere sviluppati solo con studi di casi individuali in setting clinici non controllati (Safran, 2001). Dall'altro lato, anche le terapie esistenziali ed umanistiche percepiscono gli RCTs come una procedura deumanizzante incapace di catturare i fattori critici responsabili del cambiamento e la critica relazione terapeuta-paziente (Bohart, O'Hara, & Leitner, 1998).

Per capire quest'attitudine negativa verso la ricerca empirica, è importante considerare "la recente crescita del post-modernismo negli ambiti sia clinici sia accademici, che rifugge i metodi della scienza naturale in favore di verità narrative soggettive" (Herbert, 2003).

Come indicato da Sanderson, "l'emergere dell'approccio manageriale nella cura e dei relativi sistemi di rimborso, che richiedono una maggiore responsabilità nel rendere conto delle proprie prestazioni, e lo sviluppo delle linee-guida per la pratica clinica hanno aumentato l'importanza dei trattamenti basati su evidenze. Come risultato di questi due trend, sembra che il futuro della psicoterapia richiederà clinici che dispensino interventi psicologici supportati dalla ricerca" (p. 290, Sanderson, 2003).

La "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 (Sanderson, 2003). La data ufficiale di inizio di tale approccio in psicoterapia è stata il 1995, quando la "Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures of Division 12 (Clinical Psychology)" della

American Psychological Association (APA) identificò “un numero di interventi psicologici considerati empirically validated treatments, più tardi chiamati *empirically supported treatments (ESTs)*” (Chambless & Ollendick, 2001; 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. Un importante esempio è rappresentato dall'*Evidence-Based Practices (EBPs) Project*, sviluppato per aumentare l'accesso dei pazienti agli interventi supportati empiricamente (Mueser, Torrey, Lynde, Singer, & Drake, 2003). In particolare, “ il progetto EBP punta 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 ed autorità nel campo della salute mentale” (p. 387, Mueser et al., 2003).

Aspetti critici relativi all'ESTs da una prospettiva epistemologica, metodologica ed economica.

*Cercate i fatti e classificateli, sarete gli uomini della scienza.
Concepte o accettate teorie, sarete gli uomini politici schiavi di tali teorie.*

Nicholas Maurice Arthus (1862–1945)

Nonostante l'enfasi evidenziata dall'APA, tali psicoterapie basate sull'evidenza non sono ampiamente utilizzate da chi lavora sul campo. Herbert ha notato che questo sforzo è stato accolto da critiche sia dai clinici sia dai ricercatori in psicoterapia (Herbert, 2003). Inoltre un consenso sui criteri per determinare cosa è empiricamente supportato non è stato ancora raggiunto (Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000).

Molti aspetti critici sono stati evidenziati relativamente all'approccio con ESTs. Prima di tutto una considerazione generale ci permette di notare che lo sviluppo della “Evidence-based medicine” è divenuto un vero e proprio “fenomeno sociale”: “EBM ha acquisito un potente ruolo di imporre “verdetti” circa che cosa sia un buon trattamento e che cosa non lo sia” (p. 278, Starcevic, 2003). E' importante tenere in considerazione che le procedure EBM standard sono spesso non applicabili nel campo della psicoterapia, considerando che le procedure di evidenza sono basate sull'osservazione e la ricerca che mai sono libere da teorie o valori di riferimento. Ma l'assunzione base dell'EBM è il realismo scientifico, “che postula che esiste una realtà indipendente e che la verità è raggiungibile attraverso le metodologie scientifiche” (p. 279, Starcevic, 2003).

Alcuni autori hanno rilevato che nel campo clinico c'è “un rigetto dell'epistemologia empirica in generale e dei trials clinici randomizzati in particolare, come metodo legittimo per valutare le psicoterapie” (p. 413, Herbert, 2003). E' scientifico lo status delle specifiche procedure per identificare gli ESTs? L'approccio degli ESTs è costruito sulla base del

modello medico dove la procedura verso il miglioramento del sintomo è caratterizzata dalla diagnosi e dalla prescrizione di un trattamento (Bohart et al., 1998). In accordo con Albee (1998), 50 anni fa la psicologia commise un pesante errore perchè essa acriticamente accettò la richiesta di fornire servizi psichiatrici ai veterani della Guerra usando un modello medico certificato. Inoltre il “National Institute of Mental Health (NIMH)”, la principale fonte di finanziamento per la ricerca in psicoterapia, decise di applicare la stessa metodologia usata nella ricerca sui farmaci per valutare la psicoterapia e quindi i trials controllati e randomizzati (RCT)” (p. 45, Duncan, 2002). Anche Goldfried and Wolfe (1996) suggeriscono che i ricercatori degli effetti sulla psicoterapia sono diventati sempre più dipendenti dal metodo dei trials clinici per determinare i migliori trattamenti. “In aggiunta alla scusa della medicalizzazione della psicoterapia, i ricercatori potrebbero involontariamente giocare a vantaggio di terze parti interessate a porre una enfasi ingiustificata sui presunti effetti stabiliti di specifici interventi” (p. 1007, M. R. Goldfried & Wolfe, 1996).

In questo scenario, adottando la metodologia degli RCTs per valutare la psicoterapia, possono essere ottenuti anche effetti negativi. Una lucida descrizione di queste conseguenze è riportata in Duncan (2002): “ciò significa che uno studio può includere terapie manualizzate (per avvicinarsi ai protocolli farmacologici) e disturbi basati sul *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (4th ed., *DSM-IV*; American Psychiatric Association, 1994) per ottenere una sponsorizzazione dall’NIMH ... Il risultato: i fondi per studi non relazionati a specifici disturbi sono drasticamente diminuiti di circa il 200% dalla seconda metà degli anni ’80 fino agli anni ’90 ... Oltre a questi effetti limitanti, il forzare a tutti i costi la metodologia degli RCTs alla psicoterapia è praticamente una tirannia priva di ogni ragionevolezza scientifica” (p. 45). Il modello cognitivo-comportamentale ha tratto vantaggio imponendo una certa supremazia nelle liste ESTs. I rigidi criteri degli EVTs possono limitare l’ampio utilizzo di qualificati trattamenti così che “quelli in grado di essere facilmente specificati in manuali e protocolli di trattamento possono essere indirizzati verso specifiche problematiche o popolazioni” (p. 266, Brunswik, 1952).

Un altro effetto negativo, accanto all’omissione di molti trattamenti non di orientamento cognitivo-comportamentale, è la limitazione dell’innovazione clinica nella pratica e ricerca in psicoterapia (Chwalisz, 2001). Anche Jacobson (1996) sottolinea questo limite: “Inoltre gli RCTs possono valutare solo gli attuali trattamenti: essi non possono svilupparne di nuovi e migliori” (p. 1038, Jacobson & Christensen, 1996).

In accordo con gli attuali criteri, perchè sia indicato come “probabilmente efficace”, un trattamento ha solo bisogno di mostrare la sua superiorità in confronto con la condizione di non-trattamento (per esempio la condizione della lista di attesa). Molti autori hanno criticato questo approccio (Herbert, 2000; Klein, 2002). Usando questo pericoloso criterio, “virtualmente ogni intervento è superiore ad un non-trattamento, specialmente per i disturbi d’ansia e dell’umore” (p. 417, Herbert, 2003), e quindi anche le preghiere ed il placebo possono essere inclusi nella lista.

Un’altra critica questione metodologica è che un trattamento può essere considerato efficace solo con lo standard minimo di 2 studi a favore, “anche se 50 altri studi hanno fallito nel dimostrare effetti positivi” (p. 418, Herbert, 2003). “Per creare la lista degli EVT, un approccio ha bisogno di dimostrare la sua efficacia, o superiorità nei confronti del placebo, in 2 studi” (p. 44, Duncan, 2002). Così, come indicato molti anni fa da R. Rosenthal (1979), esiste un bias contro la pubblicazione di risultati nulli.

Un'altra questione critica è come distinguere fra loro trattamenti apparentemente simili. Infatti adesso il confine fra i differenti approcci riportati come ESTs sono troppo basati sull'apparenza superficiale (frequentemente si considera solo il nome) ed una conseguenza negativa di ciò può essere che "un numero potenzialmente infinito di variazioni dei trattamenti stabiliti potrebbe essere aggiunto alla lista" (p. 419, Herbert, 2003). Per esempio molti studi hanno mostrato che le peculiarità che possono distinguere l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), incluso come EST, dall'esposizione immaginativa sono superflue (Davidson & Parker, 2001).

Inoltre i criteri attuali usati non includono l'eventualità di rimuovere un trattamento dalla lista anche se procedure alternative hanno dimostrato la loro superiorità rispetto al trattamento originariamente incluso. In accordo con il principio del *primum non nocere* (prima di tutto evitare di nuocere), è importante evitare l'inclusione di trattamenti potenzialmente dannosi. Esempi tipici sono certi interventi di gruppo con adolescenti che possono addirittura aumentare i comportamenti delinquenti (Dishion, McCord, & Poulin, 1999).

Un altro limite dell'approccio EST è l'enfasi sull'"efficacia" più che sull'"efficienza", per esempio quando l'ipnosi è coinvolta come indicato da Amundson, Alladin, & Eamon, 2003): "la ricerca basata sull'efficacia è contrastata nella pratica clinica con l'approccio centrato sull'efficienza ... la prospettiva dell'efficienza serve anche come cartina tornasole per l'ipnosi in contrasto con il dubbioso approccio basato sull'efficacia proposto come standard per la terapia in generale e l'ipnosi in particolare" (p. 11, Amundson et al., 2003).

Un altro aspetto importante da tenere in considerazione sono le conseguenze economiche della definizione di una lista di ESTs. Alcuni autori hanno sottolineato gli effetti negativi dovuti ad "una ulteriore battuta di arresto della psicoterapia a lungo termine" (p. 413, Herbert, 2003) e l'eccessiva focalizzazione sulla riduzione dei sintomi piuttosto che sulla realizzazione di sé ed il miglioramento percepito nella qualità della vita (Fensterheim & Raw, 1996).

Inoltre non solo gli psicologi di mentalità scientifica, ma anche i finanziatori e terze parti interessate supportano questo approccio dell'EST. "Le risorse sanitarie sono allocate sulla base di evidenze, cosicché le imprese non sponsorizzate dalla EBM, come la psicoterapia, sono spesso lasciate senza finanziamenti" (p. 280, Starcevic, 2003). In accordo con Beutler (1998), la frequente conseguenza degli standard sarebbe un "sistema imposto legalmente" per determinare quali psicoterapie sarebbero accettabili o meno e, conseguentemente, rimborsabili. Il risultato finale è che "il sistema sanitario sempre più detta legge nell'indicare agli psicoterapeuti quali approcci devono usare con specifiche diagnosi per ottenere i rimborsi" (p. 47, Duncan, 2002).

Sono gli RCTs così adatti nella ricerca in psicoterapia?

Circa l'uso degli RCTs, considerati come il miglior standard nella ricerca in psicoterapia, molta critica è stata espressa da parte di chi lavora sul campo. Una interessante descrizione delle principali caratteristiche di questa procedura metodologica, con le relative aree critiche, è stata preparata da Starcevic (2003) (si veda Tabella 1).

**Tabella 1. Caratteristiche degli RCTs e relative aree critiche
(modificato da Starcevic 2003)**

Caratteristiche degli RCTs	Aree critiche degli RCTs
I "Trials Randomizzati Controllati" (RCTs) sono una procedura metodologica che consiste nel confronto fra il gruppo di pazienti in cui l'utilità del trattamento viene esaminata (gruppo sperimentale) con un gruppo di pazienti che non ricevono un trattamento attivo (ad esempio <i>placebo o gruppo di controllo</i>).	Negli studi sulla psicoterapia non vi è un equivalente del placebo utilizzato negli studi farmacologici. I trattamenti psicologici non specifici (e presumibilmente simili al placebo) impartiti ai pazienti nei gruppi di controllo, non sono "neutrali" nel senso del placebo farmacologico poiché essi producono effetti psicologici indipendentemente dal loro significato clinico.
Gli RCTs si focalizzano sulla <i>rigida omogeneità della diagnosi</i> dei gruppi di pazienti ed enfatizzano la precisione diagnostica.	La diagnosi psichiatrica non è solitamente il fattore principale che determina l'impiego di un certo trattamento e la precisione diagnostica non è solitamente enfatizzata in psicoterapia. Come risultato, i pazienti reali in psicoterapia non sono così omogenei a livello diagnostico quanto i pazienti negli RCTs e spesso presentano disturbi addizionali che potrebbero escluderli dagli RCTs stessi.
Un'altra caratteristica chiave è rappresentata dalla <i>randomizzazione</i> dei pazienti nel gruppo sperimentale e di controllo;	La randomizzazione dei pazienti negli studi sulla psicoterapia crea molti problemi dal momento che la pratica clinica non è randomizzata; inoltre la randomizzazione crea una situazione artificiale poiché ignora il fatto che i pazienti in psicoterapia scelgono attivamente il loro trattamento.
E' importante condurre <i>disegni di ricerca doppio-cieco</i> .	Un disegno doppio-cieco è impossibile nella ricerca in psicoterapia. I pazienti non possono essere "ciechi" alla tipologia di trattamento che essi stanno ricevendo poiché essi attivamente partecipano ad esso; allo stesso modo i terapeuti non possono essere "ciechi" dal momento che conoscono quale trattamento dovranno condurre.
Un altro "gold standard" delle procedure RCTs è rappresentato dall'uso della <i>standardizzazione delle procedure di trattamento</i> in modo tale che tutti i pazienti possano ricevere (o si presume che ricevano) il trattamento nello stesso modo.	La pratica psicoterapeutica è estremamente difficile da "standardizzare" in maniera tale che le procedure e le tecniche siano usate nello stesso modo da tutti i terapeuti indipendentemente dalla loro formazione e dal loro stile personale. Ciascun incontro fra un paziente ed un terapeuta possiede alcune caratteristiche uniche con la possibilità di produrre qualcosa che non può essere predetto o completamente standardizzato.

In accordo con le critiche sopra riportate, gli RCTs possono essere definiti come una procedura per testare un qualsivoglia trattamento artificiale in un contesto clinico controllato artificialmente con pazienti atipici (Ablon & Jones, 2002).

Anche Garfield (1998) ha sottolineato che l'utilizzo dell'attuale approccio basato su ESTs può essere deleterio per lo sviluppo della psicoterapia: gli ESTs sottostimano molte variabili (per esempio l'aderenza del terapeuta ad un certo modello), sono dipendenti da terapie manualizzate, non rappresentano la pratica terapeutica e possono indurre l'imposizione di rigide costrizioni sulle manovre dei clinici attraverso la specificazioni di specifici trattamenti per specifiche diagnosi (Deegear & Lawson, 2003; Garfield, 1998).

Inoltre l'efficacia dimostrata negli RCTs non corrisponde all'efficienza dei setting clinici; così la validità interna non necessariamente assicura la validità esterna (Duncan, 2002; M. Goldfried & Wolfe, 1998). Così gli RCTs non rappresentano la più adeguata procedura metodologica per la validazione empirica della psicoterapia in accordo con la pratica nel mondo reale (Seligman, 1995). Duncan (2002) ha notato che "diversamente da quanto auspicato dagli RCTs, nell'attuale pratica clinica, i manuali non sono usati, le terapie non sono mai puramente praticate, i pazienti non sono mai casualmente assegnati ai trattamenti ed i clienti raramente, se non mai, entrano in terapia per un singolo disturbo da DSM o sperimentano un miglioramento solamente come riduzione del sintomo diagnosticato" (p. 47, Duncan, 2002).

Un ultimo ma non meno importante problema legato agli RCTs è la possibilità di generalizzare i risultati dai trials clinici dove i soggetti sono reclutati con annunci (soggetti volontari). "I ricercatori si chiedono se questi soggetti sono rappresentativi delle tipologie di individui che effettivamente richiedono trattamenti nella pratica clinica" (p. 242, Rapaport et al., 1996). Inoltre l'uso di volontari anziani è stato analizzato e criticato in uno studio sulla presunta utilità dei trattamenti cognitivo-comportamentali (Stanley & Novy, 2000).

Problemi legati all'uso del Placebo come controllo e delle condizioni di "Lista d'attesa" e "non trattamento"

All'interno dell'approccio degli ESTs ed anche della prospettiva sui fattori comuni, gli studi sull'esito della psicoterapia hanno utilizzato il *double-blind randomized placebo control design* per valutare gli effetti dei vari fattori terapeutici (M. R. Goldfried & Wolfe, 1996).

Storicamente, partendo dagli anni '30, questa impostazione metodologica fu originariamente sviluppata negli USA e Gran Bretagna per il campo medico (Shapiro & Shapiro, 1997; Wampold, 2001a) con l'"obiettivo di mantenere costanti tutti i fattori eccetto il principio attivo della medicazione" (p.973, Baskin, Tierney, Minami, & Wampold, 2003). Dopo essere stato adottato in medicina, Rosenthal and Frank (1956) suggerirono che il "randomized double-blind placebo control group design" potesse essere utilizzato nella ricerca in psicoterapia. Così la conseguenza fu che, per esempio, se "la terapia cognitivo comportamentale (CBT) per la depressione veniva confrontata con un adeguato gruppo di controllo placebo e si fosse trovato che la CBT aveva prodotto risultati superiori al placebo, questi esiti avrebbero supportato l'ipotesi che i principi attivi implicati nella CBT (per esempio il cambiamento degli schemi cognitivi o la messa in discussione di

pensieri irrazionali) fossero responsabili dei benefici del trattamento” (p. 973, Baskin et al., 2003).

Ma per applicare proficuamente questo disegno metodologico in psicoterapia, parecchie condizioni devono essere soddisfatte. In accordo con Baskin (2003), nella tabella sottostante tutte queste condizioni sono riportate.

Tabella 2. Condizioni per applicare fruttuosamente il “double-blind placebo control group design” nella ricerca in psicoterapia (p. 974, Baskin 2003)

<i>1) Tutti i fattori, eccetto quelli implicati per essere gli ingredienti attivi di quel trattamento, devono essere resi equivalenti (ad esempio mantenuti costanti). Cioè il controllo tramite placebo deve essere strutturalmente indistinguibile dallo specifico trattamento (ad esempio lo stesso numero di sessioni e la stessa modalità di trattamento)</i>
<i>2) I partecipanti, i ricercatori e le altre figure coinvolte nella somministrazione e nell'analisi della ricerca devono essere tutte in situazione di “cieco” nei confronti delle condizioni di trattamento.</i>
<i>3) Gli altri fattori psicologici, come le aspettative dei partecipanti, la credenza nel trattamento e la credibilità dello stesso, hanno bisogno di essere controllate (ad esempio rese comparabili fra il trattamento attivo ed il placebo).</i>

Ma sfortunatamente ci sono alcuni problemi che riducono l'impatto positivo delle procedure di controllo basate sul placebo nella clinica. Prima di tutto gli studi in psicoterapia non possono essere ciechi nello stesso senso degli studi con il placebo in medicina (basta pensare alla ricerca farmacologica) (Baskin et al., 2003). Infatti il terapeuta deve conoscere la natura del trattamento selezionato per poter seguire ed applicare un certo protocollo clinico (Seligman, 1995; Wampold, 2001b).

Inoltre il placebo è spesso differenziabile dal trattamento attivo: “Se i partecipanti allo studio sono informati del fatto che saranno casualmente assegnati ad un trattamento attivo o ad un placebo senza principi attivi di trattamento, le differenze apparenti fra i gruppi dovrebbero permettere ai partecipanti di riconoscere che sono stati assegnati al trattamento meno desiderabile. Quindi la qualità della procedura sperimentale è accresciuta dall'informare i partecipanti che ambedue i trattamenti sono egualmente efficaci, creando però un inganno” (p. 974, Baskin et al., 2003). Ma anche usando un inganno, alcune differenze tra il controllo con il placebo ed il trattamento attivo rimangono. Per esempio il razionale per il trattamento differisce e quindi la credibilità del trattamento attivo e delle relative aspettative dei partecipanti potrebbe essere differente tenendo in considerazione che un rationale credibile di trattamento ha un potente effetto benefico (Baskin et al., 2003; Wampold, 2001a, 2001b). Borkovec and Nau (1972) trovarono che i razionali per le

condizioni di controllo erano considerati meno credibili che quelli per le vari condizioni attive.

Un'altra considerazione chiave è che una condizione di controllo con placebo ben costruito (in accordo con i criteri sopra riportati) è molto più simile ad un trattamento attivo che alle condizioni di controllo. Così il placebo, per essere usato nella ricerca in psicoterapia, deve diventare un vero trattamento terapeutico. Infatti, in accordo con Baskin (2003), "quando le condizioni di controllo con il placebo sono ben costruite, la presente meta analisi ha trovato che i benefici prodotti da tali trattamenti non erano sostanzialmente differenti dai trattamenti attivi ai quali veniva comparato" (p. 976).

Un altro limite all'uso delle condizioni di controllo con placebo è indicato da Wampold (2001b) che ha notato le imperfezioni delle procedure con placebo in psicoterapia. Come riportato da Baskin (2003), Wampold ha sottolineato questo fatto sostenendo che "la superiorità dei trattamenti attivi sul placebo non ha sufficiente evidenza per stabilire effetti specifici" (p. 977).

Un'altra nota critica più legata alle condizioni "waiting-list/no-treatment" concerne maggiormente questioni etiche. Wesley & Waring (1996), in una review critica sulla ricerca degli esiti nella terapia di coppia, notò che "c'è una certa evidenza che porta a dire che i futuri studi in psicoterapia dovrebbero evitare l'uso di "waiting list control groups", dal momento che il loro uso appare non essere né etico né umano..." (p. 421).

Il reale impatto degli ESTs sulla pratica clinica

Molti autori hanno sottolineato che il reale impatto delle liste di ESTs sulla pratica clinica non sia stato significativo. Per esempio, nel caso dei disturbi di ansia, solo una minoranza di pazienti aveva ricevuto un trattamento ESTs nonostante un numero significativo di articoli, rapporti e documenti supportasse l'efficienza di tali trattamenti (Goisman et al., 1993; Goisman, Warshaw, & Keller, 1999). E' inoltre importante tenere in considerazione che, in accordo con l'approccio degli RCTs, i "supporters" dell'EBM considerano gli studi sull'efficacia come più appropriati nel campo clinico, mentre invece gli psicoterapeuti valutano le ricerche sull'efficienza come più adatte considerandole come un accurato riflesso della reale pratica clinica (Starcevic, 2003).

Circa l'applicazione di protocolli "liberi" o "manualizzati", i manuali alla base di molti trattamenti sono considerati restrittivi, non capaci di cogliere le differenti sfumature di ciascun paziente e non utili nella maggior parte dei casi (Herbert, 2003). Inoltre l'uso di un approccio EST tende a favorire terapie cognitivo-comportamentali (15 dei 16 trattamenti identificati come efficaci nel 1998 erano comportamentali o cognitivo-comportamentali) ed a limitare altri modelli che sono meno disponibili ad una presentazione manualizzata (Beutler, 1998; Deegear & Lawson, 2003).

E' anche importante tenere in considerazione che i manuali per il trattamento non sono molto flessibili di fronte alla eterogeneità esistente in ogni categoria di disturbi basata sul DSM. Infatti "rimane un ampio grado di variabilità del terapeuta ed inter-trattamento all'interno di un dato modello di terapia, anche quando un manuale è pedissequamente seguito, e gli effetti del terapeuta sono spesso abbastanza ampi" (p. 151, Malik, Beutler, Alimohamed, Gallagher-Thompson, & Thompson, 2003).

Una possibile frase conclusiva circa lo stato dell'arte degli ESTs in psicoterapia, potrebbe essere una frase riportata in Deegear & Lawson (2003): "Sebbene ci siano spinte

politiche, sociali ed economiche per far accettare l'approccio degli ESTs, una sufficiente evidenza ha gettato dubbi su tale movimento così come adesso esiste" (p. 276).

La prospettiva dei "fattori comuni": una introduzione

Duncan (2002) ha raccomandato di non assumere un modello medico in psicopatologia: "un invito è aperto per l'applicazione dei fattori comuni basati su un modello relazionale delle abilità del cliente" (p. 32, Duncan, 2002). Il *Dodo Bird Verdict* da "Alice nel paese delle meraviglie" (Lewis Carroll) ("Tutti hanno vinto e tutti hanno diritto ad un premio") è diventato una metafora per rappresentare lo stato dell'arte della ricerca in psicoterapia (Luborsky et al., 2002; Luborsky & Singer, 1975) ed "un simbolo di una agguerrita controversia relativa al privilegio di specifici approcci per specifiche patologie basati sugli RCTs" (p. 33, Duncan, 2002).

Weimberger (1995) notò che, dopo il 1980, cominciarono ad apparire scritti relativi ai fattori comuni e così proposte significative circa essi sono apparse (Garfield, 1996; M. R. Goldfried, 1982; Miller, Duncan, & Hubble, 1997; Patterson, 1989; Weinberger, 1993). Ma forse il più rilevante contributo relativo ai fattori comuni è stato fornito da Michael Lambert. Questo autore ha scritto importanti review relative a molti anni di ricerca in psicoterapia. Nel 1992 Lambert (confronta Lambert, 1992) ha identificato 4 fattori terapeutici come i principali elementi per ottenere miglioramenti in psicoterapia: *fattori extraterapeutici, fattori comuni, aspettativa o placebo, tecniche*.

Un buon riassunto dei principali punti in comune di tali fattori terapeutici è riportato da Tracey (2003) in accordo con la classificazione originale di Grencavage & Norcross, (1990) (confronta tabella 3)

Come ben riassunto da Duncan 2002, "Miller et al. (1997) hanno esteso l'uso del termine *common factors* dal significato originale di fattori non specifici o fattori relazionali fino ad includere quattro specifici fattori: *il cliente* (40%), *la relazione* (30%), *il placebo* (15%) e *la tecnica* (15%). Le percentuali di influenza indicate fra parentesi nella frase precedente sono riportate in Assay e Lambert (1999). Anche se vi è un generale assenso circa queste quattro aree, "i fattori specifici all'interno di ciascuna di queste categorie variano considerevolmente in tipologia e numerosità con un "limitato ed apparente accordo" (p. 373, Grencavage & Norcross, 1990) fra i ricercatori circa quali essi realmente siano" (p. 402, Tracey et al., 2003).

Considerazioni relative alla prospettiva dei "fattori comuni"

Un possibile punto critico relativo a questa prospettiva è la limitazione dell'apporto delle *tecniche* nella spiegazione del miglioramento in psicoterapia (solo il 15% di tutti i fattori comuni secondo Assay & Lambert, 1999). Infatti, secondo noi, una specifica tecnica può caratterizzare e profondamente influenzare il ruolo degli altri tre fattori.

Tabella 3. Caratteristiche comuni in relazione ai fattori terapeutici ed alle cinque categorie superordinate identificate da Grencavage and Norcross (1990) (come indicate in Tracey, 2003)

Categorie superordinate	Punti in comune
1. Caratteristiche del cliente	1. Aspettative positive/speranza o fede 2. Paziente in una situazione di sofferenza e disfunzionalità 3. Paziente che attivamente ricerca aiuto
2. Qualità del terapeuta	4. Rappresentazione/raffigurazione generale positiva 5. Aumento delle aspettative, della speranza 6. Calorosità/considerazione positiva 7. Comprensione empatica 8. Persona socialmente riconosciuta e rispettata 9. Accettazione/accoglienza/approvazione
3. Processi di cambiamento	10. Opportunità di catarsi/discussione 11. Acquisizione e pratica di nuovi comportamenti 12. Disposizione di un rationale 13. Lavoro sull'insight/consapevolezza 14. Apprendimento emozionale ed interpersonale 15. Presenza di feedback/test di realtà 16. Suggestione 17. Successo ed esperienze di controllo 18. Persuasione 19. Effetto Placebo 20. Identificazione con il terapeuta 21. Gestione delle contingenze 22. Riduzione della tensione 23. Modellamento del terapeuta 24. Desensibilizzazione 25. Educazione/trasmissione di informazioni
4. Caratteristiche del trattamento	26. Uso di tecniche/rituali 27. Focus sul mondo interno del paziente ed esplorazione di nodi emotivi 28. Aderenza alla teoria 29. Un setting salutare 30. Presenza di partecipanti/interazione 31. Comunicazione (verbale e non) 32. Spiegazione della terapia e dei ruoli dei partecipanti
5. Elementi della relazione	33. Sviluppo di alleanza/relazione (generale) 34. Impegno 35. "Trasporto"

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. Così per permettere ai pazienti di fornire il principale contributo al cambiamento in psicoterapia (Bohart & Tallman, 1999; Duncan, 2002; Duncan & Miller, 2000b), l'approccio selezionato deve dare loro il ruolo di attore protagonista nel processo terapeutico. Ciò è possibile solo con un particolare tipo di tecnica che influenza la relazione e la comunicazione con i pazienti trasmettendo loro l'idea che essi hanno il merito di ogni miglioramento. Non tutti gli approcci trasmettono tale idea ai pazienti, soprattutto se l'epistemologia di fondo è più deterministica che costruttivista. Così se il modello medico caratterizza i fondamenti teorici di un particolare approccio, il paziente non si sentirà più "l'eroico cliente" (Duncan, 2002; Duncan & Miller, 2000b), ma solo un oggetto sottomesso all'azione di fattori esterni come i farmaci o l'abilità-esperienza di un famoso 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. può rapidamente soddisfare tale obiettivo. Ma per selezionare il miglior tipo di comunicazione e relazione, in accordo con lo specifico paziente ed i differenti passaggi della psicoterapia, è necessario l'uso di particolari tecniche. Infatti solo un loro avanzato uso può permettere ai terapeuti di "cucire" l'approccio sulle caratteristiche e logiche dei diversi pazienti. "Alcuni clienti, per esempio, preferiranno una maniera formale o professionale rispetto ad una più "casual" o calorosa. Altri potrebbero preferire più aperture dai loro terapeuti o un atteggiamento più direttivo" (p. 39, Duncan, 2002).

Anche per ciò che concerne i fattori legati al *placebo*, *speranze ed aspettative*, Duncan (2002) ha notato che la consapevolezza dei clienti di essere trattati non è l'unico elemento che può condurre la componente placebo ad un miglioramento terapeutico significativo: perché il placebo funziona è necessaria anche "la valutazione della credibilità del rationale del terapeuta e delle relative *tecniche*" (p. 40, Duncan, 2002).

Circa i fattori legati alle *tecniche* e al *modello*, Assay and Lambert (1999) li hanno definiti come credenze e procedure uniche per ciascun specifico trattamento. Rosenzweig (1936; 1940) propose che il punto critico delle tecniche fosse la coerenza formale con la teoria di riferimento, sia che l'approccio fosse la psicoanalisi o una religione. Un altro importante punto di vista è che il principale contributo delle tecniche e del modello alla terapia è semplicemente relazionale al rafforzamento degli altri fattori comuni (Hubble, Duncan, & Miller, 1999a). Dal nostro punto di vista, *i fattori legati alle tecniche ed al modello non sono gli ultimi ed i meno rilevanti per il processo terapeutico, ma rappresentano l'elemento fondamentale* poiché, come indicato prima, *essi influenzano pesantemente la realizzazione dell'effetto degli altri fattori comuni*. Quindi senza una tecnica funzionale un terapeuta non può facilmente costruire una relazione, una comunicazione ed una strategia orientate al cambiamento.

Prima di chiudere questa sezione dedicata ai differenti fattori comuni ed all'importanza della *tecnica/modello* in particolare, vorremmo sottolineare alcune riflessioni per evitare eccessiva enfasi circa la tecnica ed un possibile nuovo tipo di riduzionismo: *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 un più efficace ed efficiente processo terapeutico. 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 ed irrisolte) piuttosto che la ripetizione di tecniche ben apprese.

Tornando indietro ai bias metodologici, questi ultimi non sono solo presenti negli studi ESTs, ma anche nella ricerca sui fattori comuni in psicoterapia. Per esempio il problema delle condizioni di controllo è riportato da Chambless (2002) relativamente agli studi di Luborsky. Infatti Chambless (2002), sottolineando un significativo numero di problemi con le metanalisi di Luborsky et al. (2002) sugli effetti riportati da alcuni studi comparativi sulla psicoterapia, ha notato che “l'accettazione del verdetto di Dodo è dannosa. Malgrado il mio grande rispetto per Lester Luborsky ed i suoi colleghi, devo esprimere il mio disaccordo con la loro conclusione che non vi siano differenze significative nei risultati di differenti approcci in psicoterapia” (Chambless, 2002). Le più importanti criticità metodologiche circa il verdetto di Dodo di Luborsky sono ben riassunte dallo stesso Chambless (2002): “le conclusioni di Luborsky et al. 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 (e.g., ragazzi ed adolescenti), (c) lacunosa generalizzazione di paragoni fra terapie che mai sono state realizzate (d) assunto erroneo 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 clienti richiede che gli psicologi siano molto diffidenti dall'accettare il verdetto di Dodo” (Chambless, 2002).

Criticità circa i contributi della metanalisi

Una delle principali risorse metodologiche usate all'interno della prospettiva dei “fattori comuni” è la metanalisi. Per esempio un recente ed ampio studio progettato per la verifica del verdetto di Dodo, ha confermato ancora una volta tale verdetto (Duncan, 2002; Wampold, 1997). Wilson and Lipsey (2001), nella loro sintesi di 319 metanalisi di ricerche su trattamenti psicologici, comportamentali ed orientati all'educazione, hanno sottolineato che “tali risultati enfatizzano la difficoltà di individuare i veri esiti di un trattamento, l'importanza di interpretare con cautela i risultati di un singolo studio e l'importanza delle metanalisi nel riassumere i risultati dispersi in più studi” (p. 413).

Una buona riflessione sulla metanalisi come strumento in psicoterapia è riportata in Koch e Ziegler (2000): “in questi giorni, più di un trial clinico viene principalmente realizzato per valutare un nuovo trattamento o un intervento terapeutico. Ciò necessita una valutazione combinata di tali risultati. Una integrazione di evidenza da parecchi trials è anche utile per stabilire l'attuale conoscenza. Ci sono molti obiettivi per una metanalisi. Fin dalla fine degli anni '80, le metanalisi sono ampiamente utilizzate nella ricerca clinica. All'inizio di una metanalisi, bisogna sviluppare un protocollo. Allo stesso modo del protocollo del trial clinico, i criteri di inclusione ed esclusione per i trials, l'ipotesi e l'analisi pianificata devono essere fissati. Dopo una attenta localizzazione dei trials, viene

eseguita una congiunta analisi statistica. E' inoltre indispensabile uno studio sull'eterogeneità (ad esempio sulle differenze fra i risultati degli studi). Durante gli ultimi anni, lo strumento della metanalisi è stato criticato. Tali critiche principalmente emergono da quelle metanalisi mal condotte che generano risultati senza prespecificare le ipotesi o che si limitano a combinare diversi studi. Metanalisi ben pianificate, al contrario, hanno una crescente influenza nella ricerca clinica" (p. 109).

Le principali caratteristiche positive delle procedure della metanalisi sono ben riassunte da Rosenthal (2001): "I vantaggi delle procedure metanalitiche includono la possibilità di cogliere tutto il panorama di un certo ambito di ricerca, mantenendo la significatività statistica in prospettiva, riducendo la perdita di dati, avvicinandosi maggiormente ai dati riassunti, puntando a ben focalizzati quesiti di ricerca e trovando variabili intermedie, moderate" (p.59).

Una più critica disamina di questo strumento metodologico considera che "i trials dall'esito negativo sono spesso non riportati in letteratura e perciò possono non essere considerati dalle metanalisi. Inoltre, quanta eterogeneità fra i trials è accettabile? Una recente critica è che gli ampi trials randomizzati non sempre si conciliano con uno studio metanalitico. Né i trials individuali né le metanalisi, riportando quali elementi producono effetto sulla popolazione, ci dicono come trattare il paziente individuale" (p. 123, Lau, Ioannidis, & Schmid, 1998). O'Rourke (1989) ha riportato un interessante commento relativo alle difficoltà correnti nell'ottenere risultati solidi basati su metanalisi, ma sottolineando buone aspettative circa le future applicazioni nell'aiutare i clinici ed i politici a rispondere a tali interrogativi.

Nonostante questi promettenti risultati, tali metanalisi spesso includono studi con difetti metodologici che possono invalidare i risultati ottenuti: a tal proposito si prenda come esempio l'analisi di due importanti metanalisi condotte sullo studio degli effetti delle psicoterapie a bambini ed adolescenti (Weiss & Weisz, 1990).

Inoltre in accordo a Shadish, Matt, Navarro, & Phillips, (2000), "è sorta una certa preoccupazione circa il fatto che la metanalisi possa sovrastimare gli effetti delle terapie psicologiche e che tali terapie non riescano a funzionare in condizioni cliniche rappresentative" (p. 512).

Soluzioni alternative per uscire dal dibattito: verso un approccio più clinicamente valido nella ricerca in psicoterapia

Due culture (scientifica e clinica), che parlano 2 differenti linguaggi teorici, sono ambedue incluse nella psicologia. La struttura categoriale del linguaggio scientifico è basata su processi cognitivi di tipo sensoriale, lineare ed analitico (senso comune) La categoria strutturale del linguaggio clinico è invece basata su processi cognitivi che includono informazioni non sensoriali e non lineari relative ai processi di personalità. Gli psicologi con un orientamento clinico e scientifico hanno difficoltà a comunicare tra loro a causa di sottostanti differenze paradigmatiche nei loro linguaggi. Sfortunatamente, ambedue le culture usano lo stesso vocabolario, che conduce all'inconsapevole ma depistante assunto che stiano parlando lo stesso linguaggio.

Zoltan Gross (2001)

Morrison et al. hanno indicato due possibilità complementari in cui la ricerca clinica può essere condotta: “tramite un inizio con trials clinici sull’efficacia si può giungere a testare trattamenti con promettenti risultati in laboratorio usando più ampi campioni di pazienti; oppure iniziando con la pratica clinica quotidiana, esaminando modelli di covariazione tra specifiche forme di intervento e risultati ai vari follow-up, organizzati tenendo conto di una sensatezza clinica, con diversi ed “ecologicamente validi” campioni, usando tali dati per generare prototipi di trattamento che possono essere utilizzati per guidare la prossima generazione di studi sperimentali” (p. 109, Morrison et al., 2003).

Un’altra possibilità è il passaggio dalle pratiche *evidence-based* alle evidenze *practice-based evidences* (Margison, Barkham, Evans, & al., 2000) esaminando gli esiti della psicoterapia in contesti naturali con trattamenti di durata variabile condotti con più flessibilità, permettendo al terapeuta di esercitare una maggiore influenza clinica ed un ruolo attivo” (Margison et al., 2000). Le misurazioni degli esiti dovrebbero tenere in considerazione non solo la riduzione del sintomo, ma anche i “costrutti come il funzionamento, le disabilità e la qualità della vita”.

Un’altra possibile via d’uscita dal dibattito è rappresentata dalla valutazione dell’efficacia e dell’efficienza dello stesso approccio-trattamento nelle mani di differenti terapeuti. In accordo con Starcevic (2003), una possibilità di adempiere a tale possibilità potrebbe essere “la valutazione della performance del terapeuta sia dal punto di vista del paziente che del terapeuta” (p. 280, Starcevic, 2003).

La validità clinica della ricerca è stata fortemente compromessa dalla “medicalizzazione della ricerca sugli esiti, l’uso dell’assegnazione randomizzata dei pazienti senza tenere in considerazione l’appropriatezza del trattamento, un numero fissato di sedute terapeutiche, la natura dei manuali di terapia e l’uso di terapie pure da un punto di vista teorico” (p. 143, M. Goldfried & Wolfe, 1998). Così da un lato “la ricerca sugli esiti è divenuta trials clinici” ed “i problemi sulla definizione degli obiettivi in terapia sono stati sostituiti dalle diagnosi DSM” (p. 144, M. Goldfried & Wolfe, 1998); dall’altro lato una estrema posizione “negoziatoria” e generalista secondo cui “tutto funziona con la stessa efficacia” potrebbe interrompere lo sviluppo della ricerca clinica (con ovvie ripercussioni sulla pratica).

Nel campo della ricerca attualmente caratterizzato dall’attenzione all’efficacia ed alla validità interna, “la sfida per la ricerca sull’efficienza ... consiste nell’aggiungere la componente di validità esterna preservando comunque ancora la validità interna” (p. 144, M. Goldfried & Wolfe, 1998). Dobbiamo anche ricordare la lezione di Brunswik (1952): i *disegni sistematici* sono quelli che hanno come primo loro vincolo rigorosi controlli sperimentali, mentre i *disegni rappresentativi* più accuratamente campionano l’universo a cui ciascun vuole generalizzare i propri risultati.

Secondo noi la psicoterapia potrebbe e dovrebbe offrire una alternativa al modello medico e “riduzionista” ed alla prospettiva “diplomatica” dei fattori comuni per la valutazione dei servizi clinici. La nostra proposta consiste nell’utilizzare solo trattamenti attivi (“attivo” vs “attivo” e non “attivo” vs “control”) usando differenti tipologie di valutazione in accordo con ciascun approccio (non solo test di stampo cognitivo-comportmentale o “autoriferiti”, ma anche audio e videoregistrazioni delle sedute). L’efficacia e l’efficienza, (in particolare il numero di sessioni dell’iter terapeutico completo) devono essere valutate non evitando di raccogliere anche i preziosi dati del follow-up.

Proponiamo dunque di tornare ad un approccio clinicamente ed ecologicamente valido nella ricerca in psicoterapia, dove alcuni pazienti (con la stessa diagnosi da DSM) possano seguire differenti trattamenti "attivi" (senza controllo, placebo o procedure con liste di attesa), con la misurazione dei differenti miglioramenti utilizzando non solo i test tradizionali (troppo spesso basati sulla CBT), ma anche la cosiddetta "tecnica della scala" (de Jong & Berg, 2001; Nardone, 1996; Nardone & Watzlawick, 1993, 2004) per rilevare la soddisfazione congiunta tra terapeuta e paziente relativamente ai risultati terapeutici. Questa tecnica è molto semplice da gestire e consiste nel dare una valutazione numerica alla situazione del paziente. Ciò può trasmetterci dati chiari circa le convergenti o divergenti opinioni relative alla psicoterapia dai punti di vista del cliente e del professionista clinico (Nardone, 1996; Nardone & Watzlawick, 1993, 2004).

References

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy. Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*(159), 775-783.
- Albee, G. (1998). Fifty years of clinical psychology: Selling our soul to the devil. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 189-194.
- Amundson, J. K., Alladin, A., & Eamon, G. (2003). Efficacy vs. effectiveness research in psychotherapy: implications for clinical hypnosis. *Am J Clin Hypn*, 46(1), 11-29.
- Assay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Qualitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The hearth and soule of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Baskin, T. W., Tierney, S. C., Minami, T., & Wampold, B. E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: a meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *J Consult Clin Psychol*, 71(6), 973-979.
- Beutler, L. E. (1998). Identifying empirically supported treatments: what if we didn't? *J Consult Clin Psychol*, 66(1), 113-120.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. F., & Bongar, B. (2000). *Guidelines for systematic treating of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.
- Bohart, A. C., O'Hara, M., & Leitner, L. M. (1998). Empirically violated treatment: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research*(8), 141-157.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *What clients do to make therapy work*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260.
- Brunswik, E. (1952). *The conceptual framework of psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Chambless, D. L. (2002). Beware the Dodo Bird: The Dangers of Overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1).
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol*, 52, 685-716.
- Chwalisz, K. (2001). A Common Factors Revolution: Let's Not "Cut Off Our Discipline's Nose to Spite Its Face". *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 262-267.
- Davidson, P. R., & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*(69), 305-316.
- de Jong, P., & Berg, I. K. (2001). *Interviewing for Solutions*. Stanford: Wadsworth Publishing.
- Deegear, J., & Lawson, D. M. (2003). The Utility of Empirical Supported Treatments. *Professional Psychology: Research and Practice*, 54(3), 271-277.
- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*(54), 755-764.
- Duncan, B. L. (2002). The Legacy of Saul Rosenzweig: The Profundity of the Dodo Bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 32-57.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000b). *The heroic client*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Fensterheim, H., & Raw, S. D. (1996). Psychotherapy research is not psychotherapy practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 168-171.
- Garfield, S. L. (1996). Some problems associated with "validated" forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 218-229.
- Garfield, S. L. (1998). Some comments on empirically supported treatments. *J Consult Clin Psychol*, 66(1), 121-125.
- Goisman, R. M., Rogers, M. P., Steketee, G. S., Warshaw, M. G., Cuneo, P., & Keller, M. B. (1993). Utilization of behavioural methods in a multicenter anxiety disorders study. *Journal of Clinical Psychiatry*(54), 213-218.
- Goisman, R. M., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1999). Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. *American Journal of Psychiatry*(156), 1819-1821.
- Goldfried, M., & Wolfe, B. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *American Psychologist*, 66., 143-150.
- Goldfried, M. R. (1982). *Converging themes in psychotherapy*. New York: Springer.
- Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1996). Psychotherapy practice and research: Repairing a strained alliance. *American Psychologist*, 51, 1007-1016.
- Grencavage, L., & Norcross, J. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
- Gross, Z. (2001). Two Languages, One Vocabulary. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(4), 481-505.
- Herbert, J. D. (2000). Defining empirically supported treatments: Pitfalls and possible solutions. *The Behavior Therapist*(23), 113-134.
- Herbert, J. D. (2003). The science and practice of empirically supported treatments. *Behav Modif*, 27(3), 412-430.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999a). Directing attention to that works. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The hearth and souls of cahnge: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). Studying the Effectiveness of Psychotherapy: How Well Can Clinical Trials Do the Job? *American Psychologist*, 51(10), 1031-1039.
- Klein, D. F. (2002). Dodo deliberations. *Clinical Psychology: Science and Practice*(9), 28-29.
- Koch, A., & Ziegler, S. (2000). [Meta-analysis as a tool for evaluation of evidence]. *Med Klin (Munich)*, 95(2), 109-116.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lau, J., Ioannidis, J. P., & Schmid, C. H. (1998). Summing up evidence: one answer is not always enough. *Lancet*, 351(9096), 123-127.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyana, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., et al. (2002). The dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyana, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., et al. (2004). The dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*(in press).
- Luborsky, L., & Singer, B. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everywon has one and all must have prizes"? *Arch Gen Psychiatry*, 32(8), 995-1008.
- Malik, M. L., Beutler, L. E., Alimohamed, S., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2003). Are all cognitive therapies alike? A comparison of cognitive and noncognitive therapy process and implications for the application of empirically supported treatments. *J Consult Clin Psychol*, 71(1), 150-158.
- Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., & al., e. (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based medicine. *British Journal of Psychiatry*(177), 123-130.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel*. New York: Norton.
- Morrison, K. H., Bradley, R., & Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: a naturalistic study. *Psychol Psychother*, 76(Pt 2), 109-132.
- Mueser, K. T., Torrey, W. C., Lynde, D., Singer, P., & Drake, R. E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behav Modif*, 27(3), 387-411.
- Nardone, G. (1996). *Brief Strategic Solution-Oriented Therapy of Phobic and Obsessive Disorders*. New Jersey: Aronson.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1993). *The Art of Change. Strategic Therapy and Hypnotherapy Without Trance*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (2004). Advanced Brief Therapy. In Aronson. New Jersey.
- O'Rourke, K., & Detsky, A. S. (1989). Meta-analysis in medical research: strong encouragement for higher quality in individual research efforts. *J Clin Epidemiol*, 42(10), 1021-1024.

- Patterson, C. H. (1989). Foundations for a systematic eclectic psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 427-435.
- Rapaport, M. H., Zisook, S., Frevert, T., Seymour, S., Kelsoe, J. R., & Judd, L. L. (1996). A comparison of descriptive variables for clinical patients and symptomatic volunteers with depressive disorders. *J Clin Psychopharmacol*, 16(3), 242-246.
- Rosenthal, D., & Frank, J. D. (1956). Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53, 294-302.
- Rosenthal, R. (1979). The "file drawer problem" and tolerance for null results. *Psychological Bulletin*(86), 638-641.
- Rosenthal, R., & DiMatteo, M. R. (2001). Meta-analysis: recent developments in quantitative methods for literature reviews. *Annu Rev Psychol*, 52, 59-82.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Rosenzweig, S. (1940). Areas of agreement in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 10, 703-704.
- Sackett, D. L. (1997). Evidence-based medicine. *Semin Perinatol*, 21(1), 3-5.
- Safran, J. D. (2001). When worlds collide: Psychoanalysis and the empirically supported treatment movement. *Psychoanalytic dialogues*(11), 659-681.
- Sanderson, W. C. (2003). Why empirically supported psychological treatments are important. *Behav Modif*, 27(3), 290-299.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports survey. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 126(4), 512-529.
- Shapiro, A. K., & Shapiro, E. S. (1997). *The powerful placebo: From ancient priest to modern medicine*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stanley, M. A., & Novy, D. M. (2000). Cognitive-behavior therapy for generalized anxiety in late life: an evaluative overview. *J Anxiety Disord*, 14(2), 191-207.
- Starcevic, V. (2003). Psychotherapy in the era of evidence-based medicine. *Australian Psychiatry*, 11(3), 278-281.
- Tracey, T. J. G., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K., Claiborn, C. D., & Wampold, B. E. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research*, 13(4), 401-413.
- Wampold, B. E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 21-44.
- Wampold, B. E. (2001a). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied and Preventive Psychology*, 10, 69-86.
- Wampold, B. E. (2001b). *The great psychotherapy debate: Model, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Weinberger, J. (1993). Common factors in psychotherapy. In G. Stricker & J. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 43-56). New York: Plenum Press.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 45-69.
- Weiss, B., & Weisz, J. R. (1990). The impact of methodological factors on child psychotherapy outcome research: a meta-analysis for researchers. *J Abnorm Child Psychol*, 18(6), 639-670.
- Wesley, S., & Waring, E. M. (1996). A critical review of marital therapy outcome research. *Can J Psychiatry*, 41(7), 421-428.
- Wilson, D. B., & Lipsey, M. W. (2001). The role of method in treatment effectiveness research: evidence from meta-analysis. *Psychol Methods*, 6(4), 413-429.

Address reprint requests to:
Gianluca Castelnuovo
Dipartimento di Psicologia,
Università Cattolica di Milano
Milano, Italia
gianluca.castelnuovo@unicatt.it