

*La ricerca empirica in psicoanalisi e psicoterapia
analitica. Paradossi e provocazioni*
Fabrizio Alfani*

[Ricevuto il 9 febbraio 2019
Accettato per la pubblicazione il 16 marzo 2019]

Riassunto

L'autore, dopo una breve sintesi storica degli approcci teorici alla ricerca in psicoterapia, sottolinea alcuni aspetti problematici della *Evidence Based Medicine* applicata alla psicoterapia analitica. Vengono inoltre descritti i risultati di alcune ricerche sugli esiti delle terapie analitiche che ne dimostrano l'efficacia, confermata negli studi di follow-up. Vengono infine presentate alcune riflessioni su quale possa essere il ruolo della ricerca empirica nello sviluppo della conoscenza in psicoanalisi e psicologia analitica.

Parole chiave: *ricerca empirica, psicoanalisi, psicologia analitica, medicina basata sull'evidenza, Randomized Controlled Trials, efficacia*

Abstract. *Empirical research in Psychoanalysis and Analytical Psychotherapy. Paradoxes and Provocations*

The author, after a brief historical summary of the theoretical approaches to psychotherapy research, underlines some problematic aspects of Evidence Based Medicine applied to analytic psychotherapy. Are also described the results of some research studies on outcome of analytic psychotherapy that demonstrate its efficacy,

* Psichiatra, psicoterapeuta, è membro ordinario con funzione didattica dell'Associazione Italiana di Psicologia Analitica (AIPA) e dell'International Association for Analytical Psychology (IAAP). Vive e lavora a Roma e Modena. Email: fab.alfani@gmail.com

Studi Junghiani (ISSN 1828-5147, ISSN 1971-8411), vol. 25, n. 1, 2019

confirmed in follow-up studies. Some reflections are presented on the role of empirical research in the development of knowledge in psychoanalysis and analytical psychology.

Key words: *empirical research, psychoanalysis, analytical psychology, evidence based medicine, randomized controlled trials, effectiveness*

Il tema della ricerca in psicoanalisi e in psicoterapia analitica suscita spesso opposte reazioni, che qualora fossero espresse nelle loro forme più radicali suonerebbero più o meno così: “La ricerca è necessaria alla sopravvivenza della psicoanalisi, poiché le permetterebbe di essere riconosciuta come disciplina scientifica e come trattamento psicologico la cui validità è scientificamente accertata”; sull’altro versante l’obiezione radicale alla ricerca in psicoanalisi potrebbe essere espressa con queste parole: “La ricerca scientifica rappresenta la morte della psicoanalisi. La totale difformità epistemologica tra ricerca scientifica, tesa al raggiungimento di una oggettività dei dati ottenuta attraverso procedure statistiche, ed esperienza analitica, che si fonda sulla peculiare individualità di ogni singola esperienza, rappresenta un contrasto irrisolvibile, ed ogni cedimento alla mentalità scientifica è inevitabilmente un colpo assestato allo specifico valore culturale ed esperienziale della psicoanalisi”.

Uno dei problemi è che spesso si ha la sensazione che negli articoli dedicati alla ricerca empirica in psicoanalisi ciò che si perda sia proprio lo specifico dell’esperienza analitica. Si potrebbe fare un’analogia con l’affermazione di Robert Frost riguardo alla poesia. Una volta, nel corso di un’intervista, Frost affermò che la poesia è ciò che viene perso nella traduzione, *lost in translation*. In modo analogo si potrebbe affermare che l’analisi è ciò che si perde nella valutazione quantitativa, *lost in evaluation*.

E dunque cosa valuta la ricerca empirica, se ciò che è più specifico dell’analisi si perde quando si prova a misurarlo? Ed è poi sempre vero che l’uso di strumenti quantitativi “dissolva” quel *quid*, non facilmente dicibile, che rappresenta però lo specifico dell’esperienza analitica? E ancora, ricordando il verso di un altro poeta, Attilio Bertolucci (*Assenza, più acuta presenza*): potrebbe darsi che anche qui, nel lutto che la ricerca empirica provoca in molti di noi rispetto alla perdita di ciò che ci sembra essere più specificamente analitico, se ne possa avvertire maggiormente la presenza, si possa cioè affinare meglio la nostra sensibilità nel tentativo di cogliere gli aspetti essenziali di un “modo analitico” di porsi in ascolto dell’altro?

Non essendo un ricercatore, ma un clinico interessato a un confronto con la ricerca, il mio discorso affronterà in maniera piuttosto generale alcuni ar-

gomenti relativi alla ricerca empirica in psicoterapia. L'importanza dell'argomento è però tale che il dibattito su di esso non può essere limitato agli esperti del settore, ma è necessario un linguaggio che possa coinvolgere tutti i professionisti che dedicano il loro lavoro alla psicoanalisi e alla psicoterapia analitica. L'importanza dell'argomento ha a che fare sia con questioni politiche relative a una cultura condivisa della salute mentale, sia con il fatto che ogni forma di ricerca rappresenta un'opportunità di sviluppo della conoscenza, in ogni ambito del sapere umano.

Alcuni cenni storici¹

Una delle prime ricerche sugli esiti dei trattamenti psicoanalitici fu quella svolta da Fenichel negli anni venti, presso l'Istituto di Psicoanalisi di Berlino. Freud era scettico riguardo all'utilità di questi studi: per lui non era necessario dimostrare che l'analisi funziona, poiché l'analisi lo dimostra da sé. Semmai secondo Freud sarebbe interessante capire per quale motivo e in quali condizioni l'analisi *non* funziona (1937).

Comunque per molto tempo questo genere di ricerche non ebbe molta diffusione, poiché non se ne avvertiva l'esigenza. Poi la situazione cominciò a cambiare negli anni cinquanta. Nel 1952 Eysenk pubblicò un lavoro nel quale contestava l'utilità della psicoterapia in generale, e in particolare della psicoanalisi. A suo giudizio era completamente inutile dal momento che, secondo la sua valutazione statistica, i pazienti nevrotici non sottoposti a psicoterapia ma a trattamenti non specialistici da parte del proprio medico curante oppure a nessun trattamento, avevano percentuali di guarigione o di miglioramento superiori a quelli che praticavano una psicoterapia, soprattutto se psicoanalitica (Eysenk, 1952). A questa drastica critica si associò, soprattutto negli Stati Uniti, l'esigenza di fornire alle terze parti paganti (società assicurative, servizi sanitari pubblici, ecc.) una dimostrazione dell'efficacia dei trattamenti attuati. Iniziò pertanto un periodo di ricerca essenzialmente condizionato dalla necessità di mostrare l'efficacia della psicoterapia (non solo la psicoanalisi, ma tutte le psicoterapie) attraverso lo studio degli esiti, al fine di poterne rivendicare l'efficacia clinica (Lingiardi, 2002).

Successivamente, negli anni settanta, iniziò un nuovo capitolo di questa storia, il capitolo della Medicina Basata sull'Evidenza. Nel 1972 Archie Cochrane pubblicò un libro intitolato *Effectiveness and Efficiency. Random Re-*

1. Per rassegne storiche più ampie e particolareggiate rimando ai volumi di De Coro e Andreassi (2004) e di Dazzi, Lingiardi e Colli (2006).

flections on Health Services. Cochrane era un medico epidemiologo scozzese, strenuo sostenitore del Servizio Sanitario Nazionale. L'assistenza sanitaria era gratuita e Cochrane si era battuto affinché lo fosse. Però ora cominciava a essere preoccupato che le risorse non fossero sufficienti: se i medici prescrivono terapie di dubbia efficacia, tutto ciò, oltre a sottoporre i pazienti a terapie forse inutili se non perniciose, rischia di depauperare i fondi a disposizione, con il rischio che poi non si riescano a finanziare neanche le terapie efficaci. Per permettere che il sistema sia efficiente è dunque necessario capire quali terapie siano efficaci e quali no: efficacia delle terapie ed efficienza del sistema sono strettamente correlate. La sua opera pose le basi per lo sviluppo della medicina basata sull'evidenza: per verificare l'efficacia di un trattamento non è sufficiente il giudizio clinico dei professionisti della salute; è necessario testarlo attraverso studi clinici controllati con gruppi randomizzati di pazienti, un gruppo trattato e un gruppo di controllo non trattato o trattato con placebo. Ben presto questo modello di valutazione dell'efficacia dei trattamenti si trasferì anche alla psichiatria e alla psicoterapia, ma è facilmente comprensibile come si trattasse di un contesto completamente diverso. Già valutare l'efficacia di un farmaco in psichiatria pone problemi diversi rispetto a un antibiotico o a un farmaco per il diabete. Quando poi si passa alla psicoterapia il problema diventa enorme. Ciononostante si è andato sviluppando un approccio allo studio dell'efficacia delle psicoterapie profondamente condizionato dai parametri imposti dalla medicina basata sull'evidenza, come se una psicoterapia fosse analoga a un farmaco, il che significa innanzitutto valutare l'efficacia di un trattamento "sterilizzandolo" quanto più possibile da ogni componente suggestiva o comunque correlata alla personalità degli individui coinvolti. Progressivamente si è andato dunque costituendo un modello sperimentale caratterizzato da: trattamenti terapeutici rappresentati da procedure manualizzate, ripetibili in maniera analoga in contesti diversi e idealmente non condizionate dalla personalità del terapeuta o del paziente; trattamenti di durata breve e prefissata; una popolazione di pazienti che presentino una diagnosi singola di disturbo psichico, che consenta una valutazione pre e post trattamento riguardo le modificazioni avvenute; tale popolazione deve essere suddivisa in un gruppo trattato e in un gruppo di controllo non trattato o trattato con altra terapia, in modo da permettere un confronto sugli esiti. Questo è il modello degli studi clinici controllati (*RCT, Randomized Controlled Trials*), a cui è stata riconosciuta la maggiore affidabilità nel valutare l'efficacia di un particolare tipo di trattamento.

Nel 1995 vennero pubblicati i documenti preliminari di una *task force* incaricata dall'APA (*American Psychological Association*) di studiare l'efficacia delle psicoterapie (*Task Force, 1995*). Successivamente furono pubblicati altri lavori che approfondivano le metodiche di studio e i risultati

(Chambless *et al.* 1998; Chambless e Hollon, 1998; Chambless e Ollendick, 2001). Il motivo di tale studio era quello di contestare l'approccio prevalentemente o esclusivamente farmacologico ai disturbi mentali da parte della psichiatria medica, dimostrando che anche le psicoterapie erano efficaci, spesso anche più dei farmaci. Il problema è che al fine di contestare le critiche del mondo medico, si adottò una metodologia di ricerca talmente appiattita sul modello farmacologico da perdere il contatto con la pratica clinica psicoterapeutica. I documenti pubblicati elencavano i trattamenti supportati empiricamente (EST, *Empirically Supported Treatment*), la cui efficacia era stata valutata tramite RCT oppure tramite studi *single-case* che presentassero però una chiara manualizzazione del trattamento e una esatta definizione delle condizioni dei pazienti. Essi venivano distinti in trattamenti *well-established* e trattamenti *probably efficacious*. Sia quelli *well-established* che quelli probabilmente efficaci erano prevalentemente di breve durata e di stampo cognitivo-comportamentale. Altre forme di psicoterapia, in particolare di impostazione psicodinamica, non venivano menzionate, cioè non se ne negava per principio l'efficacia, ma si riconosceva che gli studi che le riguardavano non soddisfacevano i requisiti necessari per la Evidence-Based Medicine. La task force si augurava pertanto che i nuovi terapeuti venissero formati in trattamenti *EST certified*.

Come è facilmente comprensibile, tali raccomandazioni suscitarono immediatamente reazioni molto veementi.

Una delle critiche più articolate e approfondite alla metodologia degli EST è quella sviluppata da Westen e collaboratori (Westen, Morrison e Thompson-Brenner, 2004). Questi autori non hanno criticato i risultati degli studi da un punto di vista culturale, ma hanno dimostrato che molto spesso essi “non reggevano” da un punto di vista scientifico, o che perlomeno la metodologia mostrava notevoli lacune, nonostante l'asserita “scientificità” del modello sperimentale. Nelle prime pagine del loro lavoro affermano infatti: «È venuto il momento di avviare una verifica davvero radicale dello statuto empirico *non solo dei dati ma anche dei metodi* usati per definire ciò che è o non è empiricamente validato» (Westen, Morrison, Thompson-Brenner, 2004, p.10, corsivo mio). Infatti, uno dei problemi principali degli studi clinici controllati (RCT), e dunque anche dei trattamenti supportati empiricamente (EST) tramite il ricorso agli RCT, è che il metodo sperimentale utilizzato condiziona profondamente la scelta dei campioni di pazienti, le procedure da applicare e la durata dei trattamenti, tanto da creare un modello di trattamento che ha poco a che fare con ciò che viene svolto nella pratica clinica quotidiana. Diviene qui evidente la differenza tra *efficacy* (efficacia di un trattamento in condizioni sperimentali) ed *effectiveness* (efficacia di un

trattamento in condizioni cliniche). Le condizioni nelle quali si attua una psicoterapia possono essere condizionate da molteplici fattori esterni, per cui un trattamento svolto nella quotidianità del lavoro clinico ha caratteristiche molto diverse da quello attuato all'interno di un setting sperimentale.

Vale la pena soffermarsi un poco sui contenuti del lavoro di Westen e coll., poiché aiuta a comprendere in maniera approfondita alcuni aspetti problematici presenti in tutta la politica culturale legata agli EST.

Nella prima parte dell'articolo vengono presi approfonditamente in esame gli aspetti metodologici sperimentali che possono condizionare l'applicabilità clinica dei risultati delle ricerche.

Innanzitutto la durata delle terapie utilizzate nei lavori presi in esame da Westen e coll. era compresa generalmente tra 6 e 16 sedute. Questo non dipendeva dal fatto che si fosse constatato che quello è un periodo sufficiente per ottenere risultati terapeutici soddisfacenti, ma dipendeva in buona misura da questioni di tipo metodologico, come la necessità di paragonare la durata dei trattamenti alla durata degli studi farmacologici, o il fatto che l'aumento della durata della psicoterapia aumenta parallelamente la quantità di variabili in gioco che diminuirebbe la validità interna della ricerca: più si prolunga il trattamento e maggiore è il numero di variabili che possono condizionarne l'esito di cui tenere conto al momento della valutazione dei dati finali. Sempre a proposito del tempo è anche da notare che normalmente molti pazienti ottengono un miglioramento sintomatico già nel corso delle prime 5, 6 sedute (come è esperienza comune, capita spesso che un paziente abbia un miglioramento dei sintomi addirittura dopo la prima telefonata fatta per prendere appuntamento; secondo Kopta *et al.* 1994, questo, a seconda dei sintomi presi in considerazione, accade tra il 15 e il 30% di coloro che si rivolgono a uno psicoterapeuta). Questo fenomeno è ubiquitario e non dipende da fattori specifici legati a un certo tipo di psicoterapia: se so che c'è qualcuno che mi ascolta e al quale mi posso rivolgere per essere aiutato, sto già meglio! Se questo effetto positivo persiste fino alla fine del trattamento previsto dallo studio clinico controllato (cioè per circa un'altra decina di sedute) la ricerca finirà col dimostrare di aver ottenuto un risultato positivo per quel tipo di psicoterapia, anche se buona parte del risultato è stato verosimilmente provocato da fattori aspecifici, che si sono attivati automaticamente fin dalle prime sedute. La brevità dei trattamenti presenta poi un altro problema, facilmente intuibile: quasi tutti i disturbi, trattati per un periodo di tempo così breve, presentano tassi di recidive molto elevati, mentre invece i trattamenti che durano uno o due anni, o anche più di due anni, dimostrano al *follow up* di essere più efficaci. Questi dati però possono essere più facilmente ottenuti

tramite studi naturalistici² ma non con gli RCT, la cui validità sperimentale mal si coniuga con una durata così lunga. In realtà, come vedremo in seguito, sono stati svolti anche RCT di più lunga durata (12-18 mesi) per valutare l'efficacia di trattamenti analiticamente orientati per soggetti con disturbi di personalità (Bateman e Fonagy, 2001; Clarkin *et al.* 2007). Il problema naturalmente è che RCT di così lunga durata sono molto più difficili da svolgere, sia dal punto di vista organizzativo che finanziario.

Un secondo aspetto riguarda la scelta del campione di pazienti sul quale effettuare la ricerca, notevolmente influenzata dalla necessità di avere pazienti con una singola diagnosi, in modo da avere un numero non troppo elevato di variabili da misurare. Come dicono gli autori: «La valutazione delle condizioni comorbide ha generalmente la funzione di scartare i pazienti che non soddisfano i criteri dello studio» (Westen, Morrison e Thompson-Brenner, 2004, p.18) Cioè in molti RCT, nella fase iniziale di valutazione diagnostica, il riscontro di una comorbidità non era tanto finalizzata a definire nel modo più completo possibile il quadro clinico di quel particolare soggetto, ma piuttosto a scartare dal campione coloro che presentavano due o più diagnosi contemporanee. Pertanto, se un paziente aveva una diagnosi multipla (ad esempio depressione, abuso di sostanze e disturbo borderline di personalità) aveva buone possibilità di essere scartato dal campione prescelto. Tutto questo rendeva il campione sperimentale scarsamente sovrapponibile alla popolazione che normalmente richiede una psicoterapia.

Un altro aspetto importante è la necessità di manualizzare il trattamento: per svolgere una ricerca (ad esempio per valutare l'efficacia di un tipo di psicoterapia per un certo tipo di disturbo) è necessario che i pazienti abbiano un trattamento standardizzato, simile per tutti; un trattamento, per l'appunto, manualizzato. Però «i vincoli imposti dalla metodologia degli EST ai modi di mettere in atto la manualizzazione limitano la sua flessibilità e la sua utilità nel generare dati scientificamente e clinicamente utili» (*ibidem*, p. 24). Il paradosso è che il trattamento manualizzato, utilizzato in origine per operationalizzare l'oggetto della ricerca, si è trasformato in un trattamento supportato empiricamente:

2. Negli studi naturalistici i dati raccolti provengono da gruppi di pazienti in cura presso servizi di psicoterapia pubblici o privati. Le diagnosi cliniche vengono effettivamente formulate dagli operatori e non dagli sperimentatori. L'intervento effettuato è così come viene somministrato di routine in quelle situazioni e la valutazione di esito offerta dagli stessi clinici viene confrontata con altre valutazioni ottenute o attraverso strumenti standardizzati o attraverso misure indirette del cambiamento (ad esempio successo lavorativo del paziente, inserimento sociale, frequenza con cui il paziente si rivolge ai servizi, ecc.) (De Coro, Andreassi 2004).

Nel momento in cui la metodologia degli RCT si è trasformata nella metodologia degli EST, si è assistito a un mutamento di prospettiva [...] noi siamo testimoni di un'inversione tra mezzi e fini, in cui i manuali non sono più soltanto un modo conveniente di operazionalizzare i trattamenti in laboratorio, ma rappresentano ormai l'insieme delle caratteristiche che definiscono il trattamento stesso (*ibidem*, p. 25).

Ciò che in origine è stato schematicamente operazionalizzato al fine di poter svolgere una ricerca sperimentale, si è poi trasformato in un procedimento terapeutico da applicare nella clinica in quanto validato empiricamente nel corso di quella ricerca.

I commenti degli autori circa i dati che emergono da queste ricerche sono in sintonia con gli appunti fatti alla metodologia di ricerca: l'efficacia di terapie così brevi è parziale (i soggetti presentano spesso una riduzione dei sintomi, ma non una guarigione completa) e tale efficacia si riduce ulteriormente al *follow up* ad un anno e a due anni. Inoltre, i criteri di esclusione dei pazienti non adatti allo studio fanno sì che la percentuale di esclusi tra i pazienti che potrebbero essere candidati a quel trattamento è tra il 40% e 70%, e proprio gli esclusi sono quelli che presentano patologie di più lungo e difficile trattamento (*ibidem*, p. 58).

Più recentemente anche uno dei più prestigiosi rappresentanti della medicina basata sull'evidenza, Sir Michael Rawlins, Direttore del NICE (*National Institute of Health and Clinical Excellence*)³, ha espresso seri dubbi sulla asserita superiorità degli RCT nel permettere una valutazione appropriata dell'efficacia di un trattamento psicoterapeutico per una particolare forma di disturbo psichico (Fonagy, 2010).

Analoghe critiche sulla consistenza dei dati a supporto delle terapie *evidence-based* sono formulate da Colli e Gagliardini (2018, p. 393) che affermano perentoriamente: «A questo punto possiamo affermare che la superiorità delle terapie *evidence-based* non solo non è dimostrata ma è un vero e proprio “mito”, utilizzando questa espressione sia nell'accezione di narrazione fantastica che di rappresentazione ideologica che viene accolta con fede quasi mistica».

Gli studi che erano stati effettuati per individuare i trattamenti *evidence-based* avevano come loro corollario quello di stilare una sorta di classifica: da una parte i trattamenti EST, dall'altra quelli non-EST. Questo approccio implicitamente tendeva a dimostrare che esistevano fattori specifici, propri

3. Il NICE è un organismo governativo del Regno Unito che si occupa di valutazione della efficacia degli interventi sanitari, dell'analisi costo-benefici e della pubblicazione di linee guida per i vari ambiti della cura della salute. Ha acquisito grande autorevolezza internazionale e rappresenta un punto di riferimento per la metodologia di valutazione e formulazione di linee guida in campo sanitario.

di ogni singolo approccio psicoterapeutico, più o meno efficaci nel trattare un certo tipo di patologia. Però, a seguito delle controversie suscitate dalle raccomandazioni sugli EST e a seguito di una serie di lavori che affermavano che ciò che agisce in psicoterapia non sono le diverse procedure tecniche proprie di ogni singolo approccio, ma piuttosto il terreno comune costituito dalla qualità della relazione e dall'alleanza terapeutica, venne istituito dalla APA un nuovo gruppo di lavoro il cui compito era quello di individuare le caratteristiche delle ESR (*Empirically Supported Relationships*), le relazioni terapeutiche supportate empiricamente. Si passò dunque dai *trattamenti supportati empiricamente* al tipo di *relazioni terapeutiche supportate empiricamente*, un approccio questo che travalica i confini di ogni singolo tipo di psicoterapia (psicodinamica, cognitivo-comportamentale, sistemica, umanistica ecc.), per rivolgere l'attenzione a quella componente transteorica di ogni psicoterapia, che è la relazione (Norcross, 2001).

La *task force* dimostra un dato assodato della clinica, ovvero la dimensione curativa della relazione, che diviene, in tal modo, il *medium* dei fattori comuni attraverso il quale differenti aspetti del processo terapeutico operano in differenti momenti della terapia. L'alleanza rappresenta una componente fondamentale della relazione terapeutica, insieme ad altri costrutti interpersonali (Fissi, 2017, pp. 45 sg).

L'alleanza terapeutica è così divenuta una delle componenti della relazione terapeutica maggiormente studiate, in particolare nelle sue vicissitudini di rottura e riparazione (Safran e Muran, 2000) anche con l'uso di specifici strumenti di valutazione (Lingiardi, 2002).

Nel 2012 l'APA ha pubblicato un nuovo documento sull'efficacia della psicoterapia: la *Recognition of Psychotherapy Effectiveness* (APA, 2012). In essa viene affermato che la psicoterapia è efficace nell'affrontare diversi disturbi psichici; essa si radica nell'alleanza terapeutica che si stabilisce tra terapeuta e paziente e da questa viene rinforzata; la sua efficacia dipende soprattutto dalle caratteristiche del paziente e del terapeuta. Forme diverse di psicoterapia non producono risultati significativamente diversi, mentre le caratteristiche del paziente e del terapeuta (caratteristiche che prescindono dalla diagnosi del disturbo del paziente e dal tipo di trattamento utilizzato dal terapeuta) incidono in maniera significativa sugli esiti. Inoltre, viene affermato che le percentuali di miglioramento sintomatico ottenute con la psicoterapia sono statisticamente simili ma più spesso superiori a quelle ottenute con i farmaci, che presentano d'altro canto il problema degli effetti collaterali.

Dunque nel corso di circa venti anni le opinioni espresse dall'*American Psychological Association* si sono modificate in maniera significativa: mentre negli anni Novanta l'approccio della ricerca sull'efficacia era volto ad

individuare quali fossero i trattamenti che, in base a protocolli di ricerca RCT, dimostrassero di essere efficaci in condizioni sperimentali (*efficacy*), successivamente si è andato sempre più riconoscendo che l'efficacia clinica (*effectiveness*) di una psicoterapia non può essere valutata facendo ricorso esclusivamente a modelli sperimentali di tipo prevalentemente medico, come gli RCT. Inoltre i vari tipi di psicoterapie sono tutti efficaci dal momento che i fattori che sembrano condizionarne l'esito sono la qualità della relazione e le caratteristiche personali di paziente e terapeuta⁴.

Può sembrare paradossale che, per definire in maniera scientifica gli elementi che agiscono in una psicoterapia, la ricerca empirica abbia utilizzato modelli sperimentali il cui scopo era quello di eliminare quanto più possibile l'influenza della soggettività dai risultati ottenuti, salvo poi riconoscere che ciò che è efficace a livello transteorico è una sorta di "costellazione trinitaria" di cui fanno parte due soggetti motivati ad incontrarsi e la relazione che si instaura tra di loro al momento dell'incontro. La soggettività, che era stata accompagnata neanche tanto gentilmente alla porta per esigenze scientifiche di rigore sperimentale, è rientrata dalla finestra proprio grazie ad un uso meno ideologico e strumentale del metodo scientifico!

È però necessario chiarire un punto essenziale: le ricerche che riguardano gli esiti di una psicoterapia sono spesso prevalentemente *symptom-oriented*, cioè mirano a valutare l'efficacia della psicoterapia nel ridurre o eliminare i sintomi presentati dal paziente prima del trattamento, considerando anche i cambiamenti più facilmente osservabili nella vita quotidiana, come il benessere soggettivo dei pazienti, la qualità dei rapporti interpersonali e dell'inserimento sociale e lavorativo, la frequenza di ricorso ai servizi ecc. Quando si afferma che tutte le psicoterapie sono efficaci bisognerebbe dunque aggiungere "nel ridurre o eliminare i sintomi". Questo può essere un elemento molto importante per i servizi pubblici di salute mentale, per le compagnie assicurative, ed anche per molte persone che si rivolgono ad un professionista nella comprensibile speranza di ridurre la sintomatologia di cui soffrono. Ma il valore di una psicoterapia è solo questo? Negli *Studi sull'isteria* (1892-95) Breuer e Freud descrissero i casi clinici di alcune donne che presentavano sintomi isterici molto eclatanti. Il loro fine era quello di curare quei sintomi: la *talking cure* (secondo la definizione di Anna O., la paziente di Breuer) doveva servire proprio a questo. Però ci si rese ben presto conto che nella gran parte dei casi, qualora non si verificassero modificazioni significative

4. A tale proposito vale la pena ricordare l'affermazione di Jung, risalente ai primi decenni del secolo scorso, secondo la quale un elemento fondamentale di ogni psicoterapia è «l'equazione personale del terapeuta» (Jung, 1921, p. 21).

nella personalità, i sintomi (gli stessi o di tipo diverso) finivano con il ripresentarsi. Inoltre è esperienza comune che molte persone che si rivolgono a un analista o a uno psicoterapeuta lo facciano spinte da una sofferenza che, pur esprimendosi attraverso i sintomi, è radicata nel desiderio, più o meno consapevole, di cambiare qualcosa nella propria vita, cambiamento che non corrisponde semplicemente alla riduzione dei sintomi.

Ma cosa è questo desiderio? E di quale cambiamento si tratta? Qui iniziano le domande alle quali non è facile dare una risposta. Però quanto più una domanda è in grado di interrogarci in maniera stimolante, tanto più essa è efficace, anche se non siamo in grado di rispondere. La ricerca potrebbe allora svolgere quella funzione di “perturbante cognitivo” cui fa riferimento Fava (2017): non tanto un mezzo per affermare verità incontrovertibili, “scientificamente fondate”, ma piuttosto un modo per stimolare la nostra curiosità, i nostri dubbi, che ci possa aiutare a riconoscere quanto alcune nostre certezze teoriche e cliniche possano essere frutto di abitudine, di comoda accondiscendenza all’ autorità della tradizione. Allora potremmo chiederci: e se una delle possibili funzioni della ricerca empirica fosse anche quella di aiutarci a formulare in maniera più essenziale alcune domande che riguardano la nostra professione? Potrebbe darsi che l’ empiria della ricerca ci possa aiutare a riconoscere meglio alcuni aspetti del modo in cui noi ci poniamo in ascolto del desiderio dell’ altro? E potrebbe darsi che alcuni aspetti di tale ascolto, che la tradizione analitica ci ha trasmesso, potrebbero essere messi opportunamente e creativamente in discussione dal confronto con la ricerca empirica? Come afferma Fava:

I metodi della ricerca scientifica, se ben conosciuti e utilizzati, non portano a conclusioni definitive, intrinsecamente dogmatiche, ma a continue aperture e domande che lasciano spazio a nuove, più “strutturate” e finalizzate intuizioni [...]. In definitiva penso che la ricerca sia “forte” se viene considerata in modo relativamente “debole” e viceversa (2017).

La ricerca in psicoanalisi e in psicoterapia analitica

Anche in ambito psicoanalitico ci si è dedicati alla ricerca empirica, volta a valutare l’ efficacia della psicoanalisi e a studiare il processo terapeutico nelle sue principali componenti. Però la cultura psicoanalitica è sempre stata poco incline alla ricerca empirica, e molti considerano i metodi di valutazione quantitativi non solo estranei alla psicoanalisi, ma anche potenzialmente nocivi, in grado cioè di snaturare il carattere peculiare dell’ esperienza

analitica (Green, 1996, 2000; Bonaminio e Fabozzi, 2002). Si tratta di questioni complesse, sia dal punto di vista teorico che epistemologico. Tenuto conto di queste premesse, occorre però chiarire in modo molto deciso che, contrariamente alla narrazione prevalente, esistono risultati molto consistenti circa l'efficacia clinica e sperimentale della psicoanalisi e delle psicoterapie analitiche.

Tali risultati hanno inoltre il vantaggio di poter essere confrontati con quelli che emergono da ricerche analoghe dedicate a forme diverse di psicoterapia, e pur persistendo alcune perplessità di ordine epistemologico ("Che tipo di risultati sono quelli di cui si parla in questi studi? E di che genere di psicoanalisi stiamo parlando?"), è pur vero che essi possono avere un ruolo non secondario nel contestare alcune narrazioni prevalenti non solo in ambito psichiatrico, ma anche a livello della cultura generale. Come afferma Shedler:

In alcuni ambienti, si ritiene che i concetti e i trattamenti psicodinamici manchino di un supporto empirico, oppure che vi siano evidenze scientifiche a supporto di una maggiore efficacia di altre forme di trattamento. Si tratta di una convinzione che sembra essersi sviluppata senza riferimenti oggettivi. Gli accademici la ripetono l'un l'altro così come fanno i responsabili delle politiche sanitarie. Ogni volta la sua apparente credibilità cresce. A un certo punto, sembra che non vi sia la necessità di mettere in discussione o riflettere su di essa, perché "tutti" sanno che è così. Le evidenze scientifiche dicono un'altra cosa: un numero considerevole di ricerche supporta l'efficacia empirica e clinica (*efficacy* ed *effectiveness*) della psicoterapia psicodinamica (Shedler, 2012, p.19).

Sebbene la quantità di studi pubblicati sia ormai molto ampia, essa è pur sempre notevolmente inferiore alla massa di studi di ricerca empirica dedicati ad altre forme di psicoterapia, soprattutto cognitivo-comportamentale. Ciononostante i risultati sono molto significativi sia per quanto riguarda gli esiti (*outcome research*), il processo (*process research*) e la correlazione tra esito e processo (*process-outcome research*).

Per quanto riguarda gli esiti delle psicoterapie psicodinamiche a breve termine (trattamenti di impostazione psicodinamica condotti con una frequenza di una o due sedute settimanali, per una durata inferiore a 40 sedute) uno studio metanalitico, riportato da Shedler (2012), ha mostrato che esse sono efficaci in numerose forme di disturbo psichico, sia nella valutazione pre e post trattamento, sia in confronto con gruppi di controllo, e la loro efficacia aumenta al *follow-up* invece che diminuire, come se gli effetti della psicoterapia fornissero a molti soggetti la capacità di un'ulteriore elaborazione dei propri vissuti psicologici anche dopo la fine della terapia.

Inoltre Leichsenring e Rabung (2008) hanno svolto una metanalisi su studi riguardanti gruppi di pazienti che avevano praticato una psicoterapia

psicodinamica di più lunga durata (complessivamente 1053 soggetti valutati in 23 differenti studi, con psicoterapie della durata di almeno un anno o comunque superiori a 50 sedute, con una media di 151 sedute) e diagnosi di vario genere, con prevalenza di disturbi di personalità e diagnosi multiple, quindi pazienti diversi rispetto a quelli studiati negli RCT degli anni Novanta, che presentavano prevalentemente una diagnosi singola (Leichsenring e Rabung, 2008). È da notare che tra i 23 studi analizzati ben 11 soddisfacevano le condizioni di RCT, erano quindi svolti con un gruppo di controllo. I risultati della metanalisi hanno mostrato che la psicoterapia psicodinamica a lungo termine produce «effetti ampi e stabili, sia trasversalmente a vari disturbi mentali, sia in pazienti con disturbi mentali complessi» (Rabung e Leichsenring, 2012). Inoltre «se confrontata con altri metodi di psicoterapia, prevalentemente meno intensivi o di più breve termine, la LTPP [psicoterapia psicodinamica a lungo termine] ha dimostrato di essere significativamente superiore riguardo all'outcome complessivo, i problemi target del trattamento e il funzionamento di personalità» (*ibidem*), con un incremento dell'efficacia anche dopo la fine del trattamento.

Uno studio molto interessante, non metanalitico come i precedenti, ma naturalistico di follow-up (cioè condotto intervistando ex-pazienti a distanza di circa sei anni dalla conclusione dell'analisi) è stato svolto in Germania sotto il patrocinio della Società Psicoanalitica Tedesca. Il disegno di ricerca prevedeva due colloqui di follow-up condotti da psicoanalisti esperti con ex-pazienti di altri psicoanalisti dell'Associazione. Tali colloqui venivano audioregistrati e poi sia le registrazioni che i commenti dell'intervistatore venivano sottoposti alla valutazione di un gruppo di ricercatori. Il disegno di ricerca, sicuramente complesso, permetteva però di formulare interessanti riflessioni retrospettive su trattamenti che si erano svolti anni prima, sia per quanto riguardava i successi terapeutici che gli insuccessi (questi ultimi ammontavano all'11% del totale). Complessivamente la grande maggioranza dei pazienti aveva tratto notevole beneficio dalla terapia svolta, anche pazienti con diagnosi iniziali di maggiore gravità (border-line, psicosi) con esiti positivi che si mantenevano a distanza di tempo (Leuzinger-Bohleber, 2002).

I dati che emergono da tutti questi studi confermano l'efficacia dei trattamenti analitici, che tendono ad essere di durata più lunga rispetto ad altre forme di psicoterapia, ma in grado di produrre risultati più ampi e più duraturi. «In estrema sintesi i trattamenti a lungo termine, sembrano: a) produrre cambiamenti maggiori, nelle fasi iniziali più lenti rispetto a trattamenti a breve termine ma duraturi nel tempo anche a distanza di anni; b) in alcuni casi i pazienti continuano a migliorare anche alla fine del trattamento; c) costano di più nel breve termine e meno a lungo termine» (Colli e Gagliardini

2018, p.397)⁵. Molti analisti possono considerare questi risultati di importanza relativa rispetto alla propria professione, nel senso che li ritengono una superflua conferma di ciò che già sapevano. E per molti, come Green, la ricerca empirica rappresenta una minaccia per la psicoanalisi. Sono questioni che, a mio parere, non possono essere risolte sbrigativamente secondo giudizi dicotomici per i quali tutto il bene sta da una parte e tutto il male sta dall'altra. Penso però che sia utile sapere che questi studi esistono, e che forniscono risultati non solo comparabili, ma in taluni casi anche più lusinghieri rispetto ad altre forme di psicoterapia. Ad esempio il lavoro di Clarkin *et al.* (2007), che riguardava pazienti con disturbo borderline di personalità, ha paragonato gli esiti di una psicoterapia psicodinamica centrata sul transfert con un gruppo di controllo trattato con *Dialectical-Behavior Therapy* – DBT – di Linehan, e ha dimostrato che i benefici della psicoterapia psicodinamica da loro praticata erano superiori a quelli ottenuti con la DBT. Naturalmente questi risultati riguardano un singolo studio e non sono da considerare come se affermassero verità incontrovertibili, altrimenti si ricadrebbe in un atteggiamento ingenuo dal punto di vista scientifico. Però è comunque da notare che la DBT compariva nell'elenco dell'APA del 1995 dei trattamenti EST *certified* come modello di psicoterapia probabilmente efficace per il disturbo borderline di personalità ed è presente in molte linee guida come trattamento d'elezione per questa popolazione di pazienti.

Per certi versi si potrebbe dunque affermare che la ricerca sugli esiti abbia una connotazione più “politica”: è necessaria per poter riconoscere, secondo paradigmi scientifici, l'efficacia di un trattamento analitico. Ma la ricerca empirica non ha e non può avere solo queste motivazioni. Infatti, l'interesse dei ricercatori si è rivolto anche a ciò che accade durante una terapia, si è cioè dedicato a studiare il *processo*, e il *rapporto tra processo ed esito*, per cercare di comprendere in che modo si potesse valutare il cambiamento ot-

5. Per una più ampia trattazione dei risultati della ricerca in psicoanalisi e psicoterapia dinamica si rimanda ai testi di Leuzinger-Bohleber e Target (2002), e Levy, Ablon e Kächele, (2012). Molto utili, per avere un quadro d'insieme dei progetti di ricerca portati avanti da psicoanalisti di varie regioni del mondo, sono le rassegne pubblicate dall'*International Psychoanalytic Association, Open Door Review*. Le prime due edizioni (1999 e 2002) si intitolavano *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* e vi erano riportati anche i risultati di due studi retrospettivi condotti da analisti junghiani in Germania (a Berlino e Costanza). La terza edizione (2015), completamente rinnovata, si intitola *An Open Door Review of Outcome and Process Studies in Psychoanalysis*, sottolineando come in questa ultima edizione si presti attenzione non solo agli esiti ma anche allo studio del processo e del rapporto processo-esito. Per una rassegna di lavori junghiani dedicati alla ricerca in psicoterapia analitica si veda Roesler (2013), dove vengono descritti alcuni studi svolti in Germania (presenti anche nell'*Open Door Review*), in Svizzera e a San Francisco.

tenuto con una psicoterapia e quali fossero i fattori terapeutici che lo facilitano o viceversa lo ostacolano. Come affermano Lingiardi e Ponsi: «L'attuale ricerca empirica in psicoanalisi non discute l'efficacia dei trattamenti analitici, ormai ampiamente comprovata [...] ma si propone di capire come e per chi il trattamento analitico funziona e di chiarire quali siano i fattori terapeutici realmente attivi» (Lingiardi e Ponsi, 2013, p. 891).

Mentre la ricerca sugli esiti tende a far emergere dati complessivi riferibili ad un campione più ampio possibile, la ricerca sul processo è volta a cogliere le peculiarità delle singole situazioni cliniche: «L'attenzione alla variabilità interna al trattamento è il vero nucleo della ricerca sul processo terapeutico» (Jones, 2002, p.184).

Gli studi sul processo e sul rapporto processo-outcome possono riguardare molteplici aspetti di una psicoterapia analitica. La terza edizione dell'*Open Door Review* (2015) li raccoglie all'interno di otto categorie: l'alleanza terapeutica, il transfert, il controtransfert, l'attaccamento, le caratteristiche del terapeuta, le difese, i sogni e il cambiamento, considerato anche dal punto di vista della coppia terapeutica. L'effetto della terapia è spesso valutato attraverso strumenti che non si limitano a verificare la remissione dei sintomi, ma piuttosto il funzionamento mentale globale e i tratti di personalità. Sono state inoltre sviluppate metodiche per indagare alcune funzioni come ad esempio l'attività referenziale (Bucci,1997; De Coro e Mariani, 2006) e la mentalizzazione (Bateman e Fonagy, 2004).

Un altro interessante campo di ricerca è volto a individuare modi condizionali per presentare e discutere casi clinici all'interno di gruppi di supervisione e intervizione, con l'obiettivo di «migliorare l'osservazione clinica sistematica della trasformazione dei pazienti durante la psicoanalisi» (Leuzinger-Bohleber, 2018, p. 278). Il metodo messo a punto da un gruppo di ricerca dell'IPA è quello del *Three Level Model* (3-LM), nel quale il lavoro sul caso clinico presentato avviene a tre livelli: descrizione fenomenologica delle trasformazioni da parte del presentatore del caso; identificazione e chiarificazione da parte dei partecipanti al gruppo dei principali indicatori di funzionamento psichico che permettano di comprendere quali trasformazioni si verificano e quali invece non avvengono; il terzo livello riguarda la formulazione di ipotesi teoriche circa il processo di cambiamento verificatosi (o non verificatosi) confrontando anche diverse prospettive teoriche (Bernardi 2014; Altmann De Litvan, 2014; Leuzinger-Bohleber, 2018). L'intenzione è quella di creare un modello di presentazione e discussione dei casi clinici che faciliti il confronto tra analisti di diversa formazione e che permetta anche di confrontare tra loro diversi casi clinici, per poter individuare i fattori e i parametri dei processi trasformativi.

Conclusioni

Quando si parla di ricerca in psicoanalisi si corre il rischio di un fraintendimento linguistico. O meglio: questo termine viene per lo più riferito a ricerche empiriche, il cui scopo è quello di dimostrare, attraverso l'uso di metodi statistici, l'efficacia di un trattamento, valutarne gli esiti e cercare di comprendere gli aspetti essenziali del processo attraverso cui si svolge. Però ricerca significa anche altro. Significa innanzitutto interrogarsi sul sapere costituito, riconoscerne i punti critici, verificare in che misura quel sapere costituito permetta di leggere la realtà in un modo sufficientemente sintonico rispetto alla propria esperienza.

A me sembra che il mondo delle psicoterapie analitiche (che non è per nulla uniforme ma anzi estremamente variegato) potrebbe essere interessato alla ricerca empirica a patto che questa non si proponga come un mezzo per ottenere un attestato di scientificità necessario a poter dialogare con il mondo, una sorta di *dover essere scientifici per poter sopravvivere*. Anche perché, come abbiamo visto in precedenza, la scientificità della ricerca empirica in psicoterapia lascia molto spesso a desiderare. Anzi, l'impressione che se ne trae è che proprio quando la ricerca è motivata non dalla curiosità di scoprire cose nuove o metterle alla prova, ma dal bisogno di dimostrare che il proprio metodo funziona, proprio allora la ricerca rischia maggiormente di essere condizionata da bias metodologici ed epistemologici, cioè di essere molto poco scientifica ma di fare un uso strumentale e inadeguato del metodo scientifico. Io non credo che per noi analisti essere "scientifici" dovrebbe essere un dovere morale che ci *dobbiamo imporre*, poiché questo funziona raramente, nella professione come nella vita. Credo che però noi *avremmo un grande desiderio* di essere scientifici se questo ci aiutasse a pensare meglio a ciò che avviene quando lavoriamo ed anche a mettere in discussione alcuni aspetti del nostro lavoro che la tradizione dà per scontati e immutabili, ma che probabilmente, nello spazio privato del proprio studio, molti analisti trasgrediscono quotidianamente.

Bibliografia

- Altmann De Litvan M.A., ed., (2014). *Time for Change: Tracking Transformations in Psychoanalysis. The Three-Level Model*. London: Karnac Books.
- American Psychological Association (2012). Recognition of Psychotherapy Effectiveness (trad. it. Riconoscimento dell'efficacia della psicoterapia. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2013, 3: 407-422.
- Bateman A., Fonagy P. (2001). Treatment of Borderline Personality Disorder with Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: An 18-Month Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*; 158: 36-42. DOI 10.1176/appi.ajp.158.1.36

- Bateman A., Fonagy P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford: Oxford University Press (trad. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. Milano: R. Cortina, 2006).
- Bernardi R. (2014). The Three-Level Model (3-LM) for Observing Patient Transformations. In: Altmann De Litvan, ed., *Time for Change: Tracking Transformations in Psychoanalysis. The Three-Level Model*. London: Karnac Books.
- Bonaminio V., Fabozzi P., a cura di (2002). *Quale ricerca per la psicoanalisi?* Milano: Franco Angeli.
- Breuer J., Freud S. (1892-95). Studien über Hysterie (trad. it. Studi sull'isteria. In: *Opere*, vol.1, Torino: Bollati Boringhieri, 1989).
- Bucci W. (1997). *Psicoanalisi e Scienza Cognitiva*. Roma: Fioriti, 1999.
- Chambless D.L. et al. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 1: 3-16.
- Chambless D.L., Hollon S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 1: 7-18.
- Chambless D., Ollendick T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52: 685-716. DOI 10.1146/annurev.psych.52.1.685 (trad. it. Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie ed evidenze empiriche. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2001, 35, 3: 5-46).
- Clarkin J.F., Levy K.N., Lenzenweger M.F., Kernberg O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am. J. Psychiatry*; 164, 6: 922-928.
- Colli A., Gagliardini G. (2018). La ricerca empirica in psicoanalisi può contrastare la narrazione dominante del movimento delle psicoterapie basate sull'evidenza? *Rivista di Psicoanalisi*, 44, 2: 387-405.
- Dazzi N., Lingiardi V., Colli A., a cura di (2006). *La ricerca in psicoterapia*. Milano: R. Cortina.
- De Coro A., Andreassi S. (2004). *La ricerca empirica in psicoterapia*. Roma: Carocci.
- De Coro A., Mariani R. (2006). *L'attività referenziale*. In: Dazzi N., Lingiardi V., Colli A., a cura di, *La ricerca in psicoterapia*. Milano: R. Cortina.
- Eysenck H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *J. Consult. Clin. Psychol.* 16: 319-24. DOI 10.1037/h0063633.
- Fava E. (2017). *Ricerca empirica in psicoterapia*. Intervista a cura di G. Mattana. <http://www.spiweb.it/ricerca/ricerca-empirica/ricerca-empirica-in-psicoterapia-intervista-a-emilio-fava-a-cura-di-g-mattana>.
- Fissi S. (2017). Il verdetto del Dodo e il mito dell'Araba Fenice. *Psicobiettivo*, 37: 37-54. DOI 10.3280/PSOB2017-001003.
- Fonagy P., ed. (1999). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. London: International Psychoanalytical Association.
- Fonagy P., ed. (2002). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. Second Revised Edition. London: International Psychoanalytical Association.
- Fonagy P. (2010). The changing shape of clinical practice: Driven by science or by pragmatics? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24, 1: 22-43. DOI 0.1080/02668731003590139.
- Freud S. (1937). Die endliche und die unendliche Analyse (trad. it. Analisi terminabile e interminabile. In: *Opere*, vol. 11. Torino: Bollati Boringhieri, 1989).
- Green A. (1996). Quale ricerca per la psicoanalisi? In: Bonaminio V., Fabozzi P. a cura di, *Quale ricerca per la psicoanalisi?* Milano: Franco Angeli.
- Green A. (2000). Storia e fantascienza nella ricerca sull'infanzia. In: Bonaminio V., Fabozzi P., a cura di, *Quale ricerca per la psicoanalisi?* Milano: Franco Angeli.

- Jones E.E. (2002). Interazione e cambiamento nella psicoterapia psicoanalitica a lungo termine. In: Leuzinger-Bohleber M., Target M., a cura di, *I risultati della psicoanalisi*. Bologna: Il Mulino, 2006.
- Jung C.G. (1921). Psychologischen Typen (trad. it. Tipi Psicologici. In: *Opere*, vol. 6. Torino: Boringhieri, 1969).
- Jung C.G. (1946). Die Psychologie der Übertragung erläutert anhand einer alchemistischen Bildserie (trad. it. Psicologia del Transfert. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Boringhieri, 1981).
- Kopta S., Howard K., Lowry J. and Beutler L. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *J. Consult. and Clinical Psychology*, 62: 1009-1016. DOI 10.1037/0022-006X.62.5.1009.
- Leichsenring F., Rabung S. (2008). The effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *J. Am. Medical Ass.*, 300: 1551-1564. DOI 10.1001/jama.300.13.1551.
- Leuzinger-Bohleber M. (2002). *Uno studio di follow-up e la sua rilevanza rispetto alla pratica clinica*. In: Leuzinger-Bohleber M., Target M., a cura di, *I risultati della psicoanalisi*. Bologna: Il Mulino, 2006.
- Leuzinger-Bohleber M. (2018). La ricchezza della ricerca psicoanalitica contemporanea. *Rivista di Psicoanalisi*, 64, 2: 269-296.
- Leuzinger-Bohleber M., Target M., a cura di (2002). *I risultati della psicoanalisi*. Bologna: Il Mulino, 2006.
- Leuzinger-Bohleber M., Kächele H., eds. (2015). *An Open Door Review of Outcome and Process Studies in Psychoanalysis*. London: International Psychoanalytical Association.
- Levy R.A., Ablon J.S., Kächele H., eds. (2012). *Psychodynamic psychotherapy research*. New York: Human Press (trad. it. *La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca*. Milano: R. Cortina, 2015).
- Lingiardi V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Milano: R. Cortina.
- Lingiardi V., Ponsi M. (2013). L'utilità della ricerca empirica per la psicoanalisi. *Rivista di Psicoanalisi*, 59, 4: 885-909.
- Norcross J.C. (2001). Purposes, Processes, and Products of the Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships. *Psychotherapy*, 38, 4: 345-356. DOI 10.1037/0033-3204.38.4.345.
- Rabung S., Leichsenring F. (2012). L'efficacia clinica della psicoterapia psicodinamica a lungo termine. In: Levy R.A., Ablon J.S., Kächele H., a cura di, *La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca*. Milano: R. Cortina, 2015.
- Roesler Ch. (2013). Evidence for the Effectiveness of Jungian Psychotherapy: A Review of Empirical Studies. *Behav. Sci.*, 3: 562-575. DOI 10.3390/bs3040562.
- Safran J.D., Muran J.C. (2000). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Roma-Bari: Laterza, 2003.
- Shedler J. (2012). L'efficacia sperimentale della psicoterapia psicodinamica. In: Levy R.A., Ablon J.S., Kächele H., a cura di, *La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca*, Milano: R. Cortina, 2015.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and Dissemination of Empirically-Validated Psychological Treatments: Report and Recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 1: 3-23.
- Westen D.M., Thompson Brenner (2004). Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 39, 1: 7-90.