

Efficacia delle psicoterapie: alcuni miti da sfatare

Lucio Sibia - Dipartimento di Scienze Cliniche, Università degli Studi di Roma Sapienza

Sommario

Una mole di ricerche sperimentali è andata cumulandosi negli ultimi 60 anni sull'efficacia curativa di alcune delle psicoterapie offerte nella pratica clinica, e sui processi di cambiamento psicologico che queste attivano. Tuttavia, per molti clinici, tale maturo filone di ricerca sembra contenere più di una minaccia, nonostante indubbiamente consenta di migliorare le risposte fornite ai pazienti in termini di qualità dei trattamenti psicoterapici ed ampliare la scelta degli interventi proponibili. Sono infatti presenti in letteratura una serie di posizioni apparentemente favorevoli all'uso della verifica sperimentale dell'efficacia in psicoterapia, ma sostanzialmente diffidenti delle prove che tale ricerca ha fornito, oppure chiaramente distorsive delle sue conclusioni. Qui si vuole evidenziare come tali posizioni critiche, ben identificabili negli scritti di autori anche bene informati, non siano corroborate da prove empiriche, oppure siano in netto contrasto con esse, e abbiano invece fondamento in alcuni stereotipi diffusi. Si è cercato quindi di definire tali stereotipi, che risultano assimilabili a vere e proprie mitologie per alcune loro caratteristiche: la trasmissione invariante, l'indipendenza dalle risultanze e dal controllo empirico, o la loro somiglianza con altre costruzioni mitiche radicate nella nostra cultura. L'effetto convergente di tali stereotipi purtroppo sembra essere quello di limitare l'uso delle conoscenze derivate da questo filone di ricerche scientifiche da parte dei clinici, nonché ostacolarne la diffusione tramite l'insegnamento e la formazione degli psicoterapeuti. Si ritiene invece che la definizione di tali miti possa essere utile per un loro migliore e più immediato riconoscimento.

Abstract

A bulk of experimental research studies has been cumulated in the last six decades on the therapeutic effectiveness of some of the psychotherapies offered in clinical practice, and on the subsequent processes of psychological change. Nonetheless, for many clinicians, such full-grown research field seems to hide more than a threat, albeit it unquestionably allows both to improve the quality of treatments provided to patients and to widen the range of recommended choices. A few critical positions exist in fact in the field, which are apparently open to the use of experimental tests of psychotherapy effectiveness, but basically skeptical about the evidence this research studies have provided, or clearly misrepresenting its conclusions. Here it will be shown how as these critical stances, well noticeable in the writings of otherwise well informed Authors, are not supported by empirical evidence, or are clashing with them, and are grounded instead on common stereotypes. The aim of this work has been to clarify such scientifically untenable attitudes, which appear to be akin to mythologies, owing to some of their features, such as unchanging transmission, independence from empirically controlled results, or their resemblance with other myths rooted in our culture. Unfortunately, the convergent effect of such stereotypes is that of limiting the use by clinicians of knowledge deriving from this research field, and of hampering its dissemination in the teaching and training of psychotherapists. We propose that it can be fruitful to define such myths to better detect them.

*"The difficulty lies, not in the new ideas, but in escaping from the old ones,
which ramify, ... into every corner of our minds."
(J.M. Keynes)*

Le ricerche

Come è noto, la ricerca scientifica sulle psicoterapie, che abbraccia un insieme di studi iniziati in forma sistematica negli anni '50 del secolo scorso, è ormai molto sviluppata. Si tratta di un filone di studi di carattere eminentemente sperimentale, che comprende sia le "ricerche sui processi", cioè sui cambiamenti psicologici evidenziabili durante lo svolgimento delle psicoterapie, che le "ricerche sugli esiti", cioè sull'efficacia curativa dei procedimenti stessi.

Oltre alle ricerche sui processi e sugli esiti, un terzo "ramo" della ricerca in psicoterapia va menzionato: quello che mette in relazione le variabili-paziente valutate all'inizio o al termine del trattamento con le variabili intermedie misurate durante il percorso. Domande cui si indirizzano gli studi di questo tipo sono ad esempio: "Che quota di varianza dell'esito del trattamento X è spiegata dalla qualità della relazione terapeutica?"; oppure: "Che quota di varianza della qualità della relazione terapeutica è spiegata dalla gravità della psicopatologia iniziale dei pazienti?". Chiamerei questo genere di studi, anch'esso sviluppato, di tipo "intermedio".

Per quanto le ricerche sui processi siano importanti, sono indubbiamente le ricerche sugli esiti di metodi e procedure psicoterapiche che si prestano meglio a verificare la loro validità terapeutica. Quindi, indirettamente, ad avvalorare o indebolire i modelli teorici da cui quelle procedure discendono e sono giustificate. Un esempio di ipotesi sulla validità dei procedimenti può essere la seguente: "Può incidere

maggiormente in un disturbo Y un metodo fondato sulle interpretazioni o uno fondato sull'apprendimento di comportamenti alternativi?", oppure "I pazienti con disturbi di ansia si possono avvantaggiare della psicoterapia X quando coesiste un disturbo di personalità?"

Questo sapere così prodotto promette oggi di trasformare non solo la psicoterapia come prassi clinica, così come è andata conformandosi nel secolo scorso, ma anche come disciplina scientifica, consolidandone lo status e l'importanza. Oltre alle loro implicazioni etiche, sanitarie, organizzative e professionali, infatti, sono evidenti le implicazioni delle conferme o delle smentite che queste ricerche possono apportare ai principali orientamenti teorici presenti in psicologia.

L'inizio di questo filone di studi si può far risalire storicamente al tentativo di H. J. Eysenck (1952) di verificare i risultati osservati nei pazienti trattati con le psicoterapie praticate fino ad allora, prevalentemente di tipo psicodinamico, tramite gruppi di controllo. Eysenck utilizzò un confronto tra i benefici clinici registrati in questi gruppi di pazienti con quelli ottenuti in pazienti paragonabili, ma non trattati (ad es. soltanto ricoverati in ospedale); ciò consentiva di attribuire al trattamento ricevuto i cambiamenti ottenuti, sottraendo l'influenza di fattori intercorrenti e indipendenti. Si poteva così verificare l'inferenza causale che i cambiamenti fossero dovuti al trattamento. Si iniziò anche a mettere in evidenza e quindi affrontare problemi nuovi e tipici di questo ambito scientifico: il problema della guarigione spontanea, potenziale fonte di errore di valutazione degli esiti, oppure il deterioramento attribuibile alla psicoterapia; si aggiunsero poi altri problemi, come quelli relativi alla selezione del campione, alla reattività delle misure psicometriche e della loro regressione verso la media, ecc., che furono regolarmente affrontati dalle ricerche successive.

Era comunque stato stabilito definitivamente il principio che anche la psicoterapia fosse un'attività i cui effetti potessero essere sottoposti a indagine empirica, alla pari di qualunque altro intervento (ad esempio in medicina, in pedagogia, così come nelle scienze naturali). In questo modo, l'attività psicoterapica entrava finalmente nell'ambito della impresa scientifica, con questa intendendo, con Kerlinger (1973), una "indagine sistematica, controllata, empirica e critica di proposizioni ipotetiche circa presunte relazioni tra fenomeni naturali". In questo campo, la relazione indagata si focalizza sul rapporto tra la modificazione della psicopatologia di un paziente da un lato ed i procedimenti adottati in psicoterapia a questo scopo, o le interazioni con il terapeuta osservabili nel corso del trattamento, dall'altro. Il formato degli studi controllati randomizzati (detti SCR) è il miglior metodo oggi riconosciuto in grado di fornire garanzie di poter giungere a validare o smentire ipotesi di tipo causale, o scegliere tra ipotesi alternative, minimizzando le fonti di errore (Borkovec e Miranda, 1999). Con gli anni, si sono estesi anche gli ambiti applicativi di tali studi, abbracciando nelle decadi successive una vasta gamma dei problemi clinici descritti in psichiatria.

Inizialmente, la corsa a raccogliere dati per mostrare gli effetti delle psicoterapie mirava soprattutto a corroborare le prospettive stesse su cui i metodi erano fondati, legittimandole. Ciò era di particolare importanza in un periodo iniziale: in sintonia con il modello biomedico dominante, i metodi psicoterapici, come anche i fattori psicosociali, erano ancora ignorati o ampiamente trascurati in psichiatria, e gli psicologi clinici, che, almeno nei paesi anglosassoni, mal tolleravano la subordinazione agli psichiatri nei servizi (Borgo e Sibilia, 1978), potevano individuare nella psicoterapia un campo di azione indipendente. Mostrare gli effetti dei trattamenti è diventato in seguito importante anche per quelle forme di psicoterapia che non si erano sviluppate inizialmente da basi sperimentali, quali le psicoterapie psicodinamiche, quelle umanistiche o le terapie di più recente proposta.

Nell'epoca attuale, tuttavia, la psicoterapia ha conseguito la sua legittimazione, al punto che è ormai un servizio fornito agli utenti anche in alcune istituzioni pubbliche, o coperto da assicurazioni, e si prospetta di poterlo fornire gratuitamente in futuro alla popolazione. Pertanto, anche in ambito psicoterapico, non risultano più accettabili pratiche che non siano basate su saperi trasparenti, cioè pubblicamente accessibili e, laddove possibile, verificabili. Alla pari di qualunque altro servizio offerto dalle istituzioni di una società moderna per soddisfare i bisogni dei cittadini, non si accetta più che ci si ispiri all'autorità o alla tradizione, come avveniva in epoca premoderna.

Le resistenze

È piuttosto sorprendente che le risultanze di queste ricerche ancora incontrino forti resistenze ad essere accolte. Tali resistenze si manifestano con critiche di varia natura. Un primo tipo di critiche, tuttavia, è di natura teorico-metodologica. Queste critiche hanno in genere un effetto positivo, in quanto spingono ad affinare i metodi di verifica, ampliando il controllo dei possibili fattori di confondimento e pertanto inducono a ridurre i margini di errore potenzialmente sempre presente nelle osservazioni e nelle inferenze. Queste critiche, tutt'altro che indurre al rigetto del metodo sperimentale, ne richiedono invece un uso più rigoroso, e

rimangono quindi all'interno del dibattito scientifico, stimolando ad avviare nuove ricerche. Come risultato, fin dalla prima fase, di ambizione cioè alla legittimazione delle psicoterapie, i ricercatori sono diventati gradualmente più consapevoli dei problemi metodologici, che sono stati puntualmente affrontati in seguito. Grazie a questa dialettica, le ricerche delle ultime due decadi sono generalmente più raffinate sul piano metodologico delle precedenti. Ma, come vedremo, la presenza di limiti o debolezze nelle ricerche iniziali è utilizzata purtroppo per squalificare l'importanza anche delle successive.

Altre critiche, invece, mettono in forse l'applicazione stessa del metodo sperimentale alla psicoterapia; pertanto, sono queste a meritare il nome di "resistenze". Questi critici, che sarebbe più corretto chiamare avversari, fanno uso di numerose argomentazioni, che esprimono per lo più posizioni pregiudiziali, quando non tradiscono una scarsa competenza metodologica o una limitata conoscenza di questa letteratura. Tali posizioni si possono considerare come veri e propri stereotipi scientifici, cioè opinioni diffuse ma non fondate su elementi fattuali controllati, piuttosto sostenute da argomentazioni pseudo-scientifiche, oppure episodiche e personali esperienze o osservazioni cliniche.

Vorrei qui descrivere alcuni di questi stereotipi, diffusi nella letteratura non soltanto italiana, riguardo lo sviluppo delle ricerche sugli esiti. Chiamerò "miti" questi stereotipi, seguendo Beutler et al. (2000), non tanto per il grado di certezza con cui vengono affermati (anzi talvolta sono espressi in modo insidiosamente "coperto"), né per la loro carenza di prove empiriche, perché anzi vi sono autori che hanno creduto di trovarle (v. Margison et al., 2000, in Hunsley e Di Giulio, 2002), ma soprattutto per il loro radicamento nella cultura scientifico-professionale, nonché la presenza di fallacie logiche, la trasmissione invariante ed impermeabile all'esperienza, in analogia, come vedremo, con altre costruzioni mitiche radicate nella nostra cultura.

I Miti

Mito della Proscrizione. In questo mito si crede che la ricerca sugli esiti sia finalizzata a creare liste di "psicoterapie che non funzionano", quasi fossero delle liste di proscrizione. In particolare, si teme che quelle forme di psicoterapia che non hanno avuto modo di mostrare un'efficacia vengano bandite e che questo sia l'obiettivo voluto.

Comprensibilmente, quindi, il metodo sperimentale viene da taluni visto come una minaccia o quantomeno con sospetto quando applicato alla psicoterapia, per la possibile delegittimazione professionale che comporterebbe l'essere inclusi in tali liste. Questo timore traspare, in particolare, per gli autori di formazione psicodinamica. È nota, d'altra parte, l'avversione del fondatore della psicoanalisi a sottoporre la sua pratica clinica ad un esame empirico: qui basta ricordare la posizione di S. Freud che fosse sufficiente l'accettazione stessa da parte del paziente a dimostrare la correttezza e quindi l'efficacia dell'interpretazione dell'analista.

Questo mito, che concepisce la ricerca sugli esiti finalizzata ad emarginare alcune prospettive psicoterapiche, si alimenta anche di una visione dicotomica dell'efficacia stessa, come se fosse un fenomeno tutto-o-nulla. Le ricerche sugli esiti hanno invece dimostrato empiricamente la presenza di gradi diversi di effetti terapeutici, denominati appunto "gradi di effetto", per qualunque tipo di variabile misurata negli studi. Inoltre, trattamenti che non hanno dimostrato efficacia oggi potrebbero mostrarla domani, con adeguate modifiche o applicandoli a nuovi problemi clinici. Infatti, la letteratura è piena di prove a favore della specificità dei metodi psicoterapici, al punto che oggi non ha più senso chiedersi genericamente se una determinata psicoterapia (intesa come prospettiva psicoterapica) sia efficace, ma quali particolari metodi siano efficaci per ogni specifico problema clinico (Roth e Fonagy, 1996). Un esempio della falsa antinomia, implicita nel mito della proscrizione, è fornito da P. Migone (2005):

“Sappiamo che negli ultimi tempi si parla sempre più della necessità di verificare empiricamente l'efficacia della psicoterapia, cioè di differenziare il più possibile le terapie che "funzionano" da quelle che "non funzionano" [...]

Una delle conseguenze di questi sviluppi è la compilazione degli elenchi dei cosiddetti *Empirically Supported Treatments* (EST), cioè dei trattamenti supportati empiricamente o *evidence-based* (basati sulle evidenze), che sarebbero le uniche terapie che funzionano mentre tutte le altre non dovrebbero più essere praticate.”

Talvolta i timori generati da questo mito sono espressi in termini molto cauti, talaltra invece sono espressi in forma apertamente ostile, come in questo esempio di Shore (2005) a proposito del progetto CLPⁱⁱ, scorgendovi perfino una minaccia di tipo autoritario, ed evocando l'avvento di una sorta di totalitarismo culturale alla Orwell:

“The aim of making psychotherapy a better “science” could bring a very restricted view of science and research, resulting in the marginalizing of psychoanalytic, feminist, and humanistic work. [...] George Orwell, in 1984, warned us that one of the things authoritarian organizations try to do is narrow the range of thought through the use of language.”

A mio avviso, siamo chiaramente di fronte ad una distorsione dello spirito scientifico, che si fonda invece sull'esame e la libera discussione critica di teorie, ipotesi e osservazioni empiriche. Il risultato comunque è quello di infondere diffidenza verso questi questi sviluppi scientifici, in particolare sulla validità delle ricerche sull'efficacia dei trattamenti, esaminata mediante gli SCR.

Mito dell'Economicismo. Vi sono pochi dubbi che la ricerca empirica sugli esiti, iniziata negli anni '50, sia stata recentemente favorita anche dalla diffusione del movimento cosiddetto della "Medicina basata su prove d'efficacia"ⁱⁱⁱⁱ. Tale movimento, a sua volta, è la logica evoluzione dell'alto livello di diffusione della ricerca sperimentale in medicina, anche se in realtà non rappresenta in ambito biomedico una novità concettuale. Alcuni autori attribuiscono invece la diffusione del movimento che promuove la ricerca sperimentale in psicoterapia alle pure necessità economiche di contenere i costi dell'assistenza, sia pubblica che gestita.

Naturalmente, non sarebbe la prima volta che il contesto socio-economico fornisce uno stimolo a orientare la direzione della ricerca scientifica. Qui però si afferma l'idea, senza tuttavia il sostegno di prove fattuali, che le finalità di contenere i costi delle psicoterapie siano state la motivazione primaria di questa tradizione di ricerca. È noto invece che fu la Divisione 12 della American Psychological Association (APA) a stimolare la pubblicazione di elenchi di trattamenti sostenuti da prove, ovvero i TSP, allo scopo di difendere lo status delle psicoterapie, e quindi la legittimità del lavoro degli psicologi, in un contesto culturalmente dominato dalla psichiatria biologica (Castelnuovo et al., 2004).

Una seconda idea, consonante con il mito, è che le necessità economiche favoriscano le terapie brevi e perciò vadano a detrimento della cura del paziente, fornendo delle soluzioni a buon mercato ma di breve durata, che non possono costituire "vere guarigioni" (v. più avanti il Mito della Guarigione Definitiva e Mito della Lunga Durata). Bisogna escludere che il fondamento di questa idea sia empirico, non essendo stato ancora dimostrato, né in medicina né in psicoterapia, che trattamenti meno onerosi non possano essere altrettanto o anche più efficaci di altri, più dissipativi di risorse. Al contrario, si potrebbero citare innumerevoli esempi che smentiscono tale posizione.

È comunque difficile ignorare il fatto che questo tipo di indagine scientifica sia iniziato molto prima che i costi dell'assistenza pubblica premessero sulle politiche sanitarie e favorissero così l'emergenza della EBM. Si prende quindi spunto dalle possibilità offerte dalla ricerca di evidenziare trattamenti economicamente più vantaggiosi o più brevi, a parità di efficacia, per squalificare, grazie a questo mito, le finalità di tali studi.

Mito della Guarigione Definitiva.

Si deve supporre da molti scritti di questi avversari delle ricerche sugli esiti che le problematiche cliniche poste dai pazienti possano essere risolte esclusivamente con una guarigione definitiva; solo così infatti si può comprendere come si tendano a sottovalutare esiti diversi, magari più realistici anche se meno brillanti. Infatti, solo se consideriamo realistica una guarigione definitiva per i pazienti (e in tempi ragionevoli) allora possiamo scartare altri obiettivi terapeutici, eventualmente in competizione, come inferiori, in quanto parziali, incompleti, o non abbastanza persistenti, e preferire invece psicoterapie che perseguano i primi.

La guarigione definitiva in questo senso è intesa come uno stato di salute mentale ideale, in cui il soggetto non solo si libererebbe dalla sofferenza della psicopatologia, ma diventerebbe anche immune da altri disturbi psicopatologici per il resto della vita, qualunque siano le condizioni cui verrà esposto in seguito. La guarigione definitiva, in altri termini, equivarrebbe non soltanto alla risoluzione della psicopatologia ma anche delle eventuali vulnerabilità o diatesi.

Curiosamente, i difensori di questo mito di solito provengono da orientamenti le cui procedure non hanno ancora potuto mostrare un'efficacia. Sembra bizzarra l'idea che una terapia che non fornisca neanche prove di produrre una risposta iniziale possa invece essere efficace se più prolungata: i risultati delle ricerche sugli esiti mostrano, al contrario, come una buona risposta iniziale alla terapia sia di solito predittiva di un risultato migliore o in tempi più rapidi (Barkham et al., 2006).

Non si ci può nascondere naturalmente che, in linea generale, la guarigione non possa essere perseguita almeno come traguardo ideale; questa può anzi costituire una motivazione importante per paziente e terapeuta ad impegnarsi. Bisogna riconoscere però che non abbiamo ricerche catamnestiche abbastanza lunghe per avere conferma che una guarigione definitiva intesa come sopra detto davvero esista. La psicoterapia invece, secondo questo mito, sembrerebbe dover conferire una immunità permanente da disturbi psicopatologici, caratteristica che non trova facili confronti con altre terapie in medicina.

Questo concetto, invece, ha un parallelo molto immediato con il concetto religioso di "salvezza dell'anima". Purtroppo, la stessa carenza di adeguata documentazione a sostegno della rispettabilissima credenza religiosa

è condivisa anche dalla seconda credenza, sulle finalità che la psicoterapia dovrebbe proporsi. Inoltre, il mito della guarigione definitiva è tutto interno al contesto bio-medico, in cui non è concepibile uno stato migliore della buona salute, considerata come lo stato normale e naturale dell'individuo. Ciò è in contrasto invece con alcuni orientamenti attuali, quali ad esempio quelli della psicologia positiva (Seligman et al., 2005): è noto che questa prospettiva sta fornendo ampia documentazione che uno stato di equilibrio migliore, caratteristiche personali più positive di quelle considerate "normali" o livelli di funzionamento più elevato, siano comunque obiettivi perseguibili.

Soprattutto, si può facilmente immaginare come questo mito possa essere potenzialmente pericoloso: mirando a perseguire obiettivi presunti "definitivi", è possibile che le possibilità di aiutare il paziente nell'immediata attualità vengano ridotte.

Comunque, lungi dal poter escludere l'esistenza o meno di una "guarigione definitiva", mi sembra che sia il lavoro clinico che quello di ricerca mostrino come molti pazienti possano essere aiutati in misura sostanziale pur se non raggiungono questo stato ideale. Infine, nel caso di psicoterapie croniche (qui si pensi solo alle terapie cosiddette "interminabili"), è dubbio che una guarigione stabile possa essere osservabile, per la carenza di un arco di tempo sufficientemente lungo, dopo il termine, per consentirne la semplice osservazione.

Mito dell'Unicità. Questo mito prende molte forme, ognuna delle quali ha proprie caratteristiche. Mi sembra che sostanzialmente tali forme siano accomunate dal concetto di assoluta incomparabilità: le ovvie e molteplici differenze osservabili tra i pazienti, nonché tra i vari problemi clinici, tra le diverse psicoterapie, o tra i terapeuti stessi vengono utilizzate per ignorare o sottovalutare le importanti somiglianze che gli elementi all'interno delle rispettive classi possono mostrare tra loro. Tali somiglianze sono appunto le caratteristiche utilizzate nelle ricerche per raggruppare gli elementi stessi, siano essi i pazienti, i metodi psicoterapici, i terapeuti, i problemi o le condizioni cliniche.

Una prima forma è il mito dell'incomparabilità dei pazienti. Poiché ogni paziente, per la sua stessa individualità, rappresenta un caso unico, se ne deduce semplicemente che non sarebbe confrontabile con altri. Qualunque differenza che la clinica possa mettere in evidenza, ad esempio tra due pazienti peraltro confrontabili su altre variabili, può essere amplificata al punto di costituire una base per dimostrarne la sostanziale unicità. Ne consegue l'impossibilità di fare generalizzazioni su gruppi di pazienti omogenei ad esempio per età, sesso, status, personalità, comorbidità, condizione clinica, o altro.

È evidente come questo mito consenta di considerare seriamente soltanto studi idiografici, magari approfonditi, sul caso singolo: viene di fatto vanificata la possibilità di controllare - attraverso un confronto con altri pazienti con caratteristiche comuni - eventuali fonti di errore, derivanti proprio dalle caratteristiche idiosincratice del paziente studiato.

Un'altra forma dello stesso mito è l'unicità delle psicoterapie. Si suppone che ogni caso di psicoterapia abbia un suo proprio ed unico "significato". Questo mito è poco esplicitato, ma sembrerebbe riferirsi a qualcosa - inerente ad ogni esperienza psicoterapica - che va al di là del descrivibile: per esempio, al di là dei metodi utilizzati o della loro combinazione, al di là dal *setting*, del formato della terapia, della personalità del paziente o del terapeuta, ecc. Secondo alcuni autori sarebbe dimostrato che "una psicoterapia non può essere "smantellata", nel senso che il suo significato è diverso dalla semplice somma delle sue parti"(Migone, 2005). Non si comprende bene tuttavia come questo "significato" sia stato indagato e quali siano le prove che si tratti di un *unicum* indivisibile.

Al contrario, tutta la ricerca in psicoterapia sta a dimostrare che i metodi terapeutici sono scomponibili in elementi più semplici, o quantomeno separatamente analizzabili e descrivibili, cosa che, tra l'altro, consente di insegnarli. Molte forme di psicoterapia, inoltre, prevedono delle "fasi" o sono costituite da "pacchetti" di metodi diversi. Molti metodi sono composti da una combinazione di procedure. Dare salienza, invece, a questo "significato" idiosincratice di ogni trattamento potrebbe semplicemente precludere la possibilità di fare generalizzazioni sulla prospettiva da cui derivano i trattamenti studiati.

Una forma diversa dello stesso mito è quello dell'incomparabilità delle condizioni cliniche. Qui si invocano i limiti della classificazione nosografica, ampiamente riconosciuti, oppure la frequente presenza di comorbidità diverse nei pazienti osservati nella pratica clinica. La grande variabilità delle forme di psicopatologia e le conseguenti difficoltà di classificazione sono usati quindi a giustificare le "cautele" nell'accettare i risultati degli studi di esito basati su criteri di selezione nosografici. Tali cautele circa la classificazione nosografica, possono condurre ad affermare l'inaffidabilità di tali studi, squalificandoli; curiosamente, però, vengono ignorati o criticati anche quegli studi mirati a valutare metodi volti alla risoluzione di singoli sintomi, quali erano tipicamente quelli sulle prime terapie comportamentali (v. Borgo e Sibia, 1978).

Il mito dell'Unicità, dunque, svuota il significato di tali raggruppamenti, qualunque sia il criterio di inclusione considerato: proprio in quanto ogni elemento sarebbe un "unicum" incomparabile con gli altri, gli eventuali aspetti comuni agli altri elementi in ogni gruppo non sarebbero sufficienti a rendere omogeneo il gruppo stesso. Tale impostazione può minare direttamente la possibilità di generalizzare i risultati dei confronti tra gruppi di elementi, rendendo così molto problematica l'applicazione stessa del metodo sperimentale.

Mito della Lunga Durata. Si tratta della convinzione che la psicoterapia, quanto più sia protratta nel tempo, tanto più è efficace. Questo assunto è legato anche alla convinzione che le modificazioni psicologiche rilevanti per la clinica siano resistenti al cambiamento in quanto molto lente e graduali.

Perciò si assume che soltanto psicoterapie di lunga durata (quali sono tipicamente i trattamenti psicoanalitici) possano avere effetti risolutivi, in quanto agirebbero sulla cosiddetta "patologia sottostante", pur non essendovi alcuna prova empirica di ciò. Psicoterapie brevi, al contrario, sono viste come "toppe", in quanto si assume abbiano un effetto sintomatico, vale a dire superficiale e transitorio. La "patologia sottostante" consisterebbe in vari aspetti, di volta in volta individuati in aspetti di personalità, in sintomi subclinici, in "conflitti inconsci", in vulnerabilità psicologiche, in disturbi di asse II, etc. Per esempio, per molti autori, la "personalità sottostante" si ritiene sia all'origine di una vasta gamma di disturbi psicopatologici e, conseguentemente, si ritiene che questa debba essere l'obiettivo del trattamento, nonostante nessuno studio abbia mai mostrato in modo convincente che una psicoterapia sia in grado di modificare la personalità di base.

Il mito della lunga durata potrebbe derivare da una erronea generalizzazione, apparentemente giustificata dall'ovvia osservazione che una psicoterapia, alla pari di altri trattamenti ad esempio in medicina interna, se abbandonata o interrotta nelle fasi iniziali, possa fornire risultati insoddisfacenti. Da questa osservazione, il rapporto durata-effetto viene però estrapolato indebitamente: si stabilisce così una proporzionalità lineare e indefinita nel tempo tra la durata del trattamento e la stabilità (o validità) nel lungo termine dei suoi risultati, anche se di fatto tale relazione può esser valida solo in una prima fase.

La ricerca ha infatti mostrato (Barkham M. et al., 2006) come un buon modello per prevedere il termine di una psicoterapia, almeno nei trattamenti condotti a scopo di assistenza, sia quello del "livello abbastanza buono" (LAB): in media, cioè, il trattamento mostra un effetto positivo linearmente crescente col tempo, ma solo fintantoché non si raggiunge un livello soddisfacente, appunto il LAB, a giudizio del paziente e del terapeuta. Da quel momento, in genere non si osservano ulteriori miglioramenti, e paziente e terapeuta decidono di dedicarsi ad un nuovo problema o di interrompere.

Il mito della Lunga Durata rivela la sua presenza soprattutto nelle interpretazioni dei risultati delle ricerche: allorquando uno studio dimostri un effetto terapeutico di una psicoterapia definita "breve" (ma talvolta di durata annuale), questo viene imputato ad una "risposta iniziale" del paziente, transitoria e superficiale, ben diversa dalla "vera" efficacia, cioè appunto la presunta capacità di produrre una guarigione definitiva. Ancora una volta, Migone (op. cit.) esprime meglio di altri questo punto: "... nella ricerca in psicoterapia una buona risposta iniziale è stata spesso confusa con una genuina efficacia."

Coerentemente, eventuali ricadute a distanza di anni sono interpretate come prove di una mancata guarigione, che invece sarebbe conseguibile attraverso una terapia più lunga, pur non essendo ancora stata adeguatamente dimostrata una stabilità degli esiti di alcun trattamento psicoterapico per periodi maggiori di pochi anni.

Questo errore logico, se applicato in medicina, porterebbe a conclusioni paradossali. Ad esempio, un intervento chirurgico bisognerebbe supporre che non possa avere effetti definitivi, proprio per la sua breve durata, nonostante le eventuali prove della sua efficacia clinica: il mito indurrebbe a interpretare tali prove come apparenti. Oppure, porterebbe a pensare che una terapia insulinica per il diabete, allorquando fosse protratta abbastanza a lungo, possa avere effetti persistenti, portando il paziente a guarigione, cioè all'indipendenza dall'insulina!

Il mito dell'Irrelevanza. Questo mito consiste nella convinzione che le psicoterapie eseguite a scopo di ricerca siano sostanzialmente irrilevanti per il lavoro clinico, per sostanziali diversità nelle condizioni applicative. Pertanto, le conclusioni tratte dagli SCR non sarebbero applicabili alla clinica. Si crede cioè che le psicoterapie studiate siano sostanzialmente diverse da quelle praticate, in quanto le tipiche ricerche sull'efficacia: A) escluderebbero la maggioranza dei pazienti che si presentano nella pratica clinica, a causa dei criteri utilizzati per la selezione, B) assegnerebbero a caso i pazienti al trattamento in studio o al controllo, C) valuterrebbero solo terapie "manualizzate", D) sono di durata prefissata, E) sarebbero praticate "in laboratorio", F) valuterrebbero come parametri di esito soltanto i sintomi psichiatrici.

Questo mito è stato difeso in particolare da alcuni noti ricercatori come Westen ed altri (Westen e Morrison, 2001). È facile invece mostrare come le condizioni suddette sono per lo più immaginarie, oppure, anche se reali, non inficiano affatto le conclusioni che possono trarsi per le psicoterapie praticate a soli scopi clinici. Prenderò in esame ciascuna delle caratteristiche sopra indicate.

A) I criteri di esclusione adottati negli SCR sono molto vari e dipendono dagli scopi di ogni studio: ciò fa sì che i pazienti esclusi per un determinato studio possano invece essere inclusi in altro. Inoltre, esistono molti studi che arruolano pazienti con comorbidità psichiatriche varie, quindi pazienti con disturbi concomitanti a quello su cui si sta valutando la psicoterapia, come se ne trovano frequentemente nella pratica clinica.

B) L'assegnazione dei pazienti a caso ha l'obiettivo di rendere comparabili i gruppi di confronto, rendendone omogenea la composizione; tuttavia in alcuni studi, sempre più spesso, se il beneficio della randomizzazione non viene perduto, si accetta che i pazienti rifiutino l'assegnazione ad uno specifico trattamento o esprimano preferenze; i pazienti, cioè, vengono riassegnati al trattamento preferito, a patto che i gruppi così risultanti non differiscano significativamente (v. Sibilìa, 2001). Anche nella clinica, comunque, i pazienti vengono inviati a terapeuti che per lo più non conoscono, e per affrontare terapie che non conoscono, che spesso sono le uniche disponibili; pertanto, anche nella pratica clinica abitualmente si realizza un'assegnazione indipendente non solo dalle preferenze del paziente ma anche da criteri clinici.

C) È vero che la manualizzazione può ridurre la flessibilità applicativa di vari metodi psicoterapici. Tuttavia, non tutti gli studi adottano manuali di trattamento allo scopo di controllare l'adesione da parte del terapeuta alla specifica terapia in studio. La manualizzazione infatti non è il solo modo di perseguire questo scopo, nonostante questo sia un requisito privilegiato dalla Div. 12 dell'APA: altre forme come l'osservazione diretta dietro lo specchio, la supervisione, l'uso di terapeuti esperti, ecc.. possono essere altrettanto se non più valide, e vengono di fatto usate in molti altri studi.

D) La durata prefissata di una terapia è una caratteristica effettivamente tipica delle psicoterapie empiricamente studiate, ma di rado è talmente breve da impedire che si manifesti comunque un effetto terapeutico clinicamente significativo; quando ciò può accadere, viene prontamente segnalato da altri ricercatori, e la critica può stimolare a ripetere lo studio con durate più lunghe. È vero tuttavia che alcune terapie ancora oggi praticate hanno durate così lunghe da non poter essere soggette a studi di esito per ovvi motivi pratici ed economici. Si tratta però solo di una frazione dell'ampia gamma delle psicoterapie oggi proposte.

E) L'idea che gli SCR riguardino psicoterapie condotte "in laboratorio" semplicemente riflette la scarsa conoscenza delle reali condizioni in cui tali terapie si svolgono, probabilmente legata alla scarsa familiarità con la ricerca di chi crede in questo mito. Se in alcuni trattamenti si studiano parametri psicofisiologici di esito, inevitabilmente in laboratorio, ciò non significa che terapia stessa si svolga in laboratorio; se invece la terapia richiede l'uso di apparecchi una volta usati solo in laboratorio, come il *bio-feedback*, non significa che oggi gli stessi apparecchi non siano diventati trasportabili (Scrimali, 2007) e non possano essere usati anche nella clinica.

F) Che lo studio dei parametri di esito sia limitato esclusivamente ai sintomi del disturbo oggetto del trattamento può esser vero per alcuni dei primi SCR, ma è falso per la maggior parte degli studi più recenti. L'ampiezza della gamma dei parametri su cui viene misurato l'esito di un trattamento è andata infatti aumentando nel tempo, da quando cioè (anni '70) si è riconosciuto in quest'ampiezza uno specifico criterio di buona qualità metodologica dello studio (Sibilìa, 1992).

Mito dell'Equivalenza delle psicoterapie. Identifica la persuasione che tutte le psicoterapie, qualunque ne sia l'orientamento, abbiano un'efficacia sostanzialmente equivalente, nonostante la diversità degli assunti teorici (per questo è chiamato anche "paradosso dell'equivalenza"). Si tratta del cosiddetto "Responso del Dodo" ("*The Dodo's verdict*"), espressione utilizzata per la prima volta da Rozensweig nel 1936, in un'epoca ancora precedente allo studio sistematico delle psicoterapie, per indicare che tutte le psicoterapie fornirebbero benefici positivi e del tutto comparabili. Su questa base, tra l'altro, Rosenzweig avanzò per la prima volta la proposta che fossero responsabili dell'efficacia delle psicoterapie i fattori comuni ai vari approcci, senza tuttavia fornire elementi fattuali a sostegno di tale posizione. Il Dodo è un personaggio del romanzo di L. Carroll "Le avventure di Alice nel paese delle meraviglie" (1946), il quale, al termine di una gara di corsa tra animali diversi, per placare le furiose zuffe insorte al momento di stabilire la vittoria, pronunciò il verdetto: "Ha vinto Ognuno, e tutti devono avere premi!".

Chiamata "mito" già da Beutler (1991), questa convinzione può essere un esempio di conformismo scientifico, cioè di adeguamento ad una credenza accettata senza esame critico, in quanto sostenuta da pochi ma autorevoli ricercatori. Come hanno evidenziato Hunsley e Di Giulio (2002), il verdetto del Dodo ha "dormito"

per molti anni dopo la prima enunciazione di Rosenzweig, fino a quando Luborsky e coll. (1975) pubblicarono un lavoro in cui si concludeva che non vi erano prove di effetti differenziali dei trattamenti, sulla base di una rassegna di alcuni studi di confronto tra diverse psicoterapie. Molti dei confronti, tra l'altro, erano eseguiti tra metodi psicoterapici appartenenti alla stessa "famiglia" di psicoterapie, quali le terapie comportamentali, cognitive e cognitivo-comportamentali. Luborsky e coll. ribadirono negli anni successivi la loro posizione, pur riconoscendo che in alcuni confronti tra terapie diverse si evidenziavano differenze di esito (Hunsley e Di Giulio, 2002).

Il responso del Dodo comunque era ormai diffuso: alla sua luce, era facile trovare risultati di conferma. Per esempio, si utilizzò la prima ed influente metanalisi compiuta da Smith, Glass e Miller (1980) sugli SCR, che pur mostrava chiare prove di differenze significative tra diversi tipi di terapie, anche quando scomposti per gruppi diagnostici. Per effetto del mito dell'equivalenza, questo risultato venne tuttavia ignorato. Nella stessa ricerca era infatti possibile evidenziare un risultato opposto, a favore del responso del Dodo, ottenuto mediante un arbitrario raggruppamento di psicoterapie: vennero infatti creati due principali mega-gruppi, uno chiamato "comportamentale", comprendente le terapie comportamentali, comportamentali-cognitive ed altri metodi comportamentali, ed un altro, chiamato gruppo "verbale", comprendente invece tutte le altre psicoterapie, comprese quelle psicomodinamiche ed esistenziali, includendovi però anche le terapie cognitive. La grande varianza dei gradi di effetto nel secondo gruppo rendeva così impossibile evidenziare una differenza significativa tra i due raggruppamenti.

Man mano, tuttavia, che la ricerca confermava le prove di effetti differenziali tra varie psicoterapie, il gruppo di Luborsky trovò un *escamotage*: gli evidenti effetti differenziali tra psicoterapie di diversa impostazione erano dovute alla "fedeltà" dei ricercatori all'orientamento da loro preferito. Si sostenne cioè che i trattamenti riferiti ad uno specifico orientamento teorico, qualora fosse lo stesso cui i ricercatori sono "affiliati", sarebbero stati eseguiti in modo più accurato e quindi più efficace. Correggendo statisticamente il fattore affiliazione ("*allegiance*"), il gruppo di Luborsky mostrò che le differenze scomparivano. Questa "correzione" penalizzava naturalmente quelle terapie che avevano una più lunga tradizione di ricerca, in quanto più frequentemente sottoposte a controllo empirico dai propri "affiliati" rispetto a quelle di altri orientamenti.

Il mito dell'equivalenza ha guidato l'interpretazione della ricerca sugli esiti da circa 70 anni, nonostante le ampie smentite: se si esamina l'efficacia, nelle diverse sindromi cliniche, dei metodi psicoterapici finora studiati, la superiore efficacia di alcuni metodi rispetto ad altri risulta chiaramente^{iv}. Una delle opere più rilevanti in questo campo, "What works for whom?" di Roth e Fonagy (2006), un'ampia rassegna sugli studi di efficacia delle psicoterapie, non lascia più dubbi a proposito della specificità di efficacia dei metodi di trattamento afferenti a prospettive diverse. Eppure, sorprendentemente, la forza del Mito dell'Equivalenza è tale che, proprio nella prefazione alla prima edizione di questa opera, Shapiro (1996) suggeriva che vi fossero scarse prove che il verdetto del Dodo fosse sbagliato.

Mito della relazione terapeutica. E' convinzione diffusa che gli effetti positivi delle psicoterapie in generale siano da attribuirsi alla qualità della relazione tra paziente e terapeuta, ovvero alla "alleanza terapeutica". Effettivamente, la qualità della relazione, quando misurata accuratamente all'inizio del trattamento, consente di spiegare una certa quota di varianza del risultato finale. Ciò, d'altra parte, non deve sorprendere, in quanto, quasi per definizione, tutte le psicoterapie comportano qualche forma di relazione umana, ed in tutte le relazioni umane è impossibile che non vi sia un'influenza reciproca, particolarmente quando la relazione è definita "terapeutica" (v. Haley, 1990, in Bowers e Farvolden, 1996).

Questo effetto della relazione terapeutica sull'esito, tuttavia, risulta essere di grado piuttosto modesto, corrispondente, in media, a circa 0.20-0.25 deviazioni standard, per qualunque parametro di esito utilizzato: una misura insufficiente per risolvere la maggior parte dei problemi clinici. Questo grado di effetto è comparabile in generale a quello che è ottenuto con la pillola-placebo, oppure con le psicoterapie placebo, le "false psicoterapie" usate come controllo. Queste sono procedimenti che hanno solo l'apparenza di psicoterapie, ma in cui i terapeuti sono tenuti ad astenersi dal fare alcun intervento che si riferisca a specifici orientamenti.

Questo mito vuole, invece, che tutto l'effetto delle psicoterapie o una parte preponderante di esso sia ascrivibile alla buona qualità della relazione. Da qui nasce la grande attenzione di molte ricerche alla varietà di aspetti (affettivi, cognitivi, interpersonali, etc.) della relazione terapeutica, ognuno con una potenziale capacità di spiegare il risultato finale del trattamento.

Per quanto importante sia la relazione terapeutica, questo mito tende ad oscurare l'efficacia delle specifiche metodiche, e quindi delle abilità terapeutiche necessarie per attuarle, che producono buona parte della varianza degli esiti: abilità "tecniche", che oggi vengono nettamente distinte dalle "abilità sociali" del terapeuta.

Conclusioni

Le ricerche sui processi e sugli esiti delle psicoterapie, oltre a fornire informazioni preziose per i clinici, stanno oggi contribuendo alla costituzione di un corpus di conoscenze empiricamente fondate, anche se ancora molto incomplete e talvolta controverse, sulla genesi e risoluzione dei problemi psicoemotivi e comportamentali.

In alcune prospettive psicoterapiche questa tradizione di ricerca ha introdotto un elemento di misura e di verifica che inizialmente mancava, in altre invece ha aggiunto un controllo "a valle" della validità di interventi complessi, i cui componenti e presupposti già erano saldamente ancorati alla metodica sperimentale.

Tuttavia, nonostante vi sia un generale accordo che la clinica debba essere basata sulla ricerca empirica (v. Westen e Morrison, 2001), la presenza dei miti descritti in queste pagine circa gli esiti delle psicoterapie svuota di fatto il portato di tali ricerche. Ciò accade in vari modi: attraverso una squalifica, delegittimazione, o distorsione dei suoi risultati, o una semplice induzione di diffidenza verso di essi.

Ciò che mi sembra importante evidenziare è come ognuno di questi miti, alla pari delle "convinzioni irrazionali" di A. Ellis (Ellis, 1957; De Silvestri, 1981), sembra avere qualche giustificazione in occasionali osservazioni: isolati esempi clinici, singoli studi, "ristrutturazioni" ad hoc di particolari risultati, o risultati di poche ricerche, magari superate da studi successivi più accurati. Ma l'aspetto che li contrassegna è la generalizzazione di tali osservazioni o risultati oltre il giustificabile, l'impermeabilità a prove empiriche dissonanti, anche se ingenti e ripetute, o la disattenzione selettiva verso di queste, nonché la loro citazione per lunghi archi di tempo, alla pari della letteratura "devozionale". Castelnuovo e coll. (2004) ci ricordano giustamente come lo scarto tra ricerca e pratica clinica sia attribuibile alla popolarità di quelli che Herbert chiama i "paradigmi teorici che abbracciano epistemologie basate su esperienze personali piuttosto che su dati controllati".

Infine, questa breve rassegna non pretende affatto di esaurire i miti relativi a questo campo di indagine. Ve ne sono certamente altri, su cui non mi soffermo per mancanza di spazio, quale ad esempio quello che l'effetto delle psicoterapie sia da attribuire alle caratteristiche di personalità del terapeuta, o del paziente. Credo che altri miti potranno essere messi in luce in seguito. Qui mi preme sottolineare come l'effetto convergente di questi miti e della loro diffusione sia stato ed ancora oggi sia quello di mantenere nella comunità scientifico-professionale delle generiche diffidenze; ciò può mantenere la disattenzione non solo agli esiti degli SCR, ma anche ai presupposti teorici su cui si fondano le procedure più efficaci. Solo così, infatti, queste ricerche possono essere ignorate da molti clinici, nonostante le loro evidenti implicazioni.

Biblio-sitografia

1. Barkham M. and Connell J., Stiles B., Miles J. N.V., Margison F., Evans C. e Mellor-Clark J. (2006) Dose-Effect Relations and Responsive Regulation of Treatment Duration: The Good Enough Level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 74, No. 1, 160-167.
2. Benjafield J.G. (2008) George Kelly: Cognitive Psychologist, Humanistic Psychologist, or Something Else Entirely? *History of Psychology*, Vol. 11, No. 4, 239-262.
3. Beutler, L. E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 226-232.
4. Beutler, L. (2000) David and Goliath: When empirical and clinical standards of practice meet. *The American Psychologist* Volume: 55 Issue: 9 p. 997-1007.
5. Borgo S. e Sibilìa L., a cura di (1978). *Analisi e Modificazione del Comportamento*. Bulzoni Editore, Roma.
6. Borkovec T.D. e Miranda J. (1999) Between-Group Psychotherapy Outcome Research and Basic Science. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 55(2), 147-158.
7. Bowers K.S. e Farvolden P. (1996) The Search for the Canonical Experience: Reply to Pennebaker and Memon. *Psychological Bulletin*, 1996. Vol. 119. No. 3. 386-389.
8. Carroll L. (1946). *Alice's Adventures in Wonderland*. Random House: New York.
9. Castelnuovo G., Faccio E., Molinari E., Nardone G., Salvini A. (2004) Un'analisi critica degli "Empirically Supported Treatments" (ESTs) e della prospettiva dei "fattori comuni" in psicoterapia. *Rivista Europea di Terapia Breve Strategica e Sistemica* N. 1, 215-232.
10. Chambless D.L., Baker M.J., Baucom D.H., Beutler L.E., Calhoun K.S., Crits-Christoph P., Daiuto A.,

- DeRubeis R.J., Detweiler J., Haaga D.A., Bennett Johnson S., McCurry S, Mueser K.T., Pope K.S., Sanderson W.C., Shoham V., Stickle T., Williams D.A. & Woody S.R. (1998) Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 1: 3-16.
11. De Silvestri C. (1981) *I fondamenti teorici e clinici della Terapia razionale emotiva*. Roma: Astrolabio.
12. Ellis, A. (1957). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 13, 344-350.
13. Eysenck H.J. (1952) The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 16, pp. 319-324.
14. Hunsley J. & Di Giulio G. (2002). Dodo bird, Phoenix, or Urban Legend? *The Scientific Review of Mental Health Practice*, vol. 1, no. 1 (Spring/Summer), in- <http://www.srmhp.org/0101/psychotherapy-equivalence.html>
15. Kerlinger F.N. (1973). *Foundations of Behavioral Research*, Holt, Rinehart, Winston Inc., London.
16. Keynes J.M. (1937) The general theory of employment. *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 51, No. 2, pp. 209-223.
17. Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, E. (1975) Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everybody has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
18. Mahoney M. (1993) Introduction to special section: theoretical developments in cognitive psychotherapies. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 61(2):187-193.
19. Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clark, J. M., Audin, K., & Connell, J. (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.
20. Migone P. (2005) Sono veramente efficaci le psicoterapie evidence-based? *Il Ruolo Terapeutico*, 98: 103-114.
21. Rogers, C. R. (1951) A research program in client-centered therapy. *Publications of the Association for Research in Nervous & Mental Disease*, 31, pp. 106-113.
22. Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
23. Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
24. Seligman M.E. P., Steen T.A., Park N. e Peterson C. (2005) Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Intervention. *American Psychologist*, Vol. 60, No. 5, 410-421.
25. Scrimali T. (2007). *MindLAB Set. Sistema Integrato per Psicofisiologia Clinica*. Istituto Superiore per le Scienze Cognitive, Enna.
26. Shapiro, D. A. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* [Foreword] (pp. viii-x). New York: Guilford.
27. Shore K. (2005) Dream of a common language, *Psychologist-Psychoanalyst*, (summer), p.10.
28. Sibilìa L., Ceccanti M., Deiana L., Di Girolamo E. (2000) Il progetto Agata: psicologia cognitivo-comportamentale per la prevenzione secondaria dell'abuso alcolico. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, vol. 6, 2 (123-137).
29. Sibilìa L., Vonken E. & Nardi A.M. (1992). Efficacia delle psicoterapie: metanalisi delle terapie comportamentali e cognitive dagli anni '80. *Boll. di Psicologia Applicata*. 204, 17-29.
30. Sibilìa L. (1994). Meta-analysis in the assessment of psychotherapy outcomes: limits and results. *Psychologie Europe*, 1, 4 (45-60).
31. Smith, Glass e Miller (1980) *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
32. Wampold B.E., Mondin G.W., Moody M., Stich F., Benson K. e H. Ahn (1997) A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, "All Must Have Prizes" *Psychological Bulletin*, Vol. 122, No. 3, 203-215.
33. Westen D. e Morrison K. (2001) A Multidimensional Meta-Analysis of Treatments for Depression, Panic, and Generalized Anxiety Disorder: An Empirical Examination of the Status of Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 69. No. 6. 875-899.
34. Whiston S.C. e Sexton T.L. (1993) An Overview of Psychotherapy Outcome Research: Implications for Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 24, No. 1, 43-51.

Parole chiave: Psicoterapia, ricerca sugli esiti, metodo sperimentale, efficacia, stereotipi.
Keywords: Psychotherapy, outcome research, experimental method, efficacy, stereotypes.

- i In inglese: *effect sizes*, (v. Sibia et al., 1992)
- ii Si tratta del *Project for a Common Language for Psychotherapy Procedures*, un progetto collaborativo internazionale che mira a definire un lessico universalmente condiviso delle procedure ed interventi in psicoterapia di ogni orientamento (v. <http://www.commonlanguagepsychotherapy.org>).
- iii Questa infatti è la corretta traduzione dell'espressione inglese "*evidence based medicine*" o EBM, laddove invece "evidenza" è una traduzione italiana diffusa ma errata, in quanto maccheronica, dell'inglese *evidence*, termine che significa piuttosto "prova" (nell'ambito legale, "corpo del reato").
- iv Hunsley e Di Giulio (2002), dopo un accurato esame degli studi metanalitici, affermano: "In conclusione, quando le prove meta-analitiche vengono esaminate criticamente, non vi è alcun sostegno al verdetto del Dodo. [...] Visto in questa luce, questo Dodo non è un uccello simile a una fenice, ma somiglia piuttosto ad una diceria ripetuta ed infondata circa l'avvistamento di un uccello da tempo estinto. In altre parole, il verdetto del Dodo è più plausibilmente una leggenda urbana che una posizione scientificamente fondata."