

La ricerca in psicoterapia: alcune riflessioni sulla scientificità¹

di Santo Di Nuovo*

Il dibattito sulla psicoterapia come scienza, acceso dalle critiche di Eysenck alla psicoanalisi a metà del secolo scorso, è stato esteso fino a coinvolgere in generale la scientificità di tutti i trattamenti che tentano di modificare la psiche usando mezzi psichici. Quest'ultima specificazione appare essenziale perché i trattamenti che modificano la psiche mediante mezzi chimici (le terapie farmacologiche sono oggi le più diffuse) non vengono messi in discussione quanto a scientificità, dato che ai *trials* clinici sull'efficacia dei farmaci viene attribuita una validità tanto scontata quanto (a parere di molti) non sempre meritata.

Con riferimento alla psicoterapia, occorre chiedersi preliminarmente se i criteri di scientificità che vengono richiesti alla verifica dei trattamenti possono essere gli stessi usati in altre scienze.

In generale, *scientifica* si può definire una prassi di ricerca aperta al controllo intersoggettivo, che dà definizioni chiare dei concetti e dei postulati ed usa procedure leggibili e ripetibili, avvalendosi di un metodo razionalmente fondato per la convalida delle ipotesi teoriche. Secondo la ben nota definizione di Ajdukiewicz, la conoscenza è scientifica quando è controllabile e comunicabile intersoggettivamente.

La psicoterapia risponde ai requisiti delle altre discipline scientifiche? Per farlo, dovrebbe:

- dare definizioni chiare dei concetti e dei postulati;
- usare procedure leggibili e ripetibili;
- essere aperta al controllo intersoggettivo;
- avvalersi di un metodo razionalmente fondato per la convalida delle ipotesi.

Una psicoterapia come scienza, di conseguenza, dovrebbe fondarsi sui seguenti presupposti epistemologici:

- il processo psicoterapeutico è un agire mirato, in generale, al cambiamento delle componenti della mente che creano sofferenza e/o disadattamento, con delle mete specifiche che derivano dal modello teorico cui il terapeuta fa riferimento;
- le mete definite vengono perseguite in ciascun modello teorico usando tecniche specificamente utili, vale a dire le più adatte e le più economiche consentite dalla situazione del soggetto e del contesto; queste tecniche sono leggibili e ripetibili dall'esterno in modo da assicurare l'intersoggettività del controllo;
- il cambiamento si produce all'interno di una relazione tra 'soggetti' (terapeuti/clienti) le cui dimensioni sono valutabili e spiegabili in termini sia teorici che fattuali.

Quanto al metodo per la convalida delle ipotesi, l'approccio scientifico può seguire tre modalità principali:

- controllare la coerenza tra le nuove conoscenze generate dalle ipotesi e l'insieme di conoscenze presenti nella stessa teoria o nel campo di ricerca (*convalida logica*, tipica delle scienze 'formali');
- accertare, attraverso una serie di dati desunti da esperienze in cui le variabili vengono tenute quanto più possibile sotto controllo, *se e in che misura* le ipotesi 'funzionano' e sono utili per lo scopo proposto (*convalida empirica pragmatica*);
- verificare ipotesi miranti a spiegare, sempre mediante ricerche che controllano le variabili implicate, *perché* un certo processo funziona (*convalida empirica esplicativa*).

¹ L'articolo costituisce una rielaborazione della relazione presentata al Congresso della sezione italiana della *Society for Psychotherapy Research* (Reggio Calabria, 2006).

* Professore Ordinario, Cattedra di Psicologia, Università di Catania.

Coerentemente con i tre tipi di convalida sopra delineati per la scienza in generale, anche in psicoterapia è possibile avvalersi di una triplice procedura:

1. Convalida *logica*. Viene valutata la congruenza fra teoria sulla patologia, obiettivi della psicoterapia, tecniche concretamente usate. Un modello scientifico di terapia deduce obiettivi e tecniche da una teoria della patologia a sua volta scientificamente validata.

Esempi tipici di questo approccio sono: l'uso dell'interpretazione dei sogni nella teoria psicoanalitica, congruente ad una teoria secondo cui il sogno fa emergere contenuti latenti non altrimenti esternabili; la modificazione delle ideazioni disfunzionali nel modello cognitivista, che le considera matrici delle patologie; il 'modeling' del comportamento nel behaviorismo, che ritiene questa tecnica fondante di nuovi apprendimenti funzionali contrapposti a quelli disadattivi; e così via.

2. Convalida *empirica pragmatica*. In essa il risultato ottenuto mediante una tecnica terapeutica viene valutato alla luce di criteri di efficacia/utilità socialmente condivisi. L'efficacia del metodo di cura costituisce una convalida delle asserzioni teoriche e i benefici ottenuti vengono valutati confrontando i risultati dell'*assessment* iniziale e finale, e possibilmente anche di una fase di *follow-up*. E' quanto nella letteratura della ricerca in psicoterapia viene definito verifica degli effetti.

L'obiettivo è accertare se un intervento terapeutico riduce effettivamente i sintomi e produce nel cliente un assetto di personalità più integrato e adattato. Sul piano empirico si tratta dell'approccio tipico dell'*outcome research*, che fu prevalente nei primi studi sull'efficacia della psicoterapia e ancora oggi è utilizzato per dimostrare l'utilità sociale della psicoterapia.

3. Convalida *empirica esplicativa*. In essa le ipotesi sulle matrici psicopatologiche dei problemi del cliente e sulle strategie di cambiamento vengono periodicamente verificate in momenti di *assessment*, nei tempi $t_1, t_2, t_3, \dots t_n$; queste verifiche vengono collegate sia con gli esiti sia con i riferimenti teorici, in modo da far emergere sistematicamente il 'senso' di ciò che avviene in terapia in relazione alle operazioni in essa condotte.

In quest'ottica di *process research* il monitoraggio della terapia consente di accertare:

- cosa è terapeutico e *per chi*;
- non solo *se* e *quanto*, ma *perché* un trattamento funziona con una certa tipologia di pazienti e non funziona invece con altri;
- *quali processi* psichici vengono attivati e *quali assetti di personalità* vengono modificati.

Lo studio parallelo sia dell'*esito* che del *processo* psicoterapeutico può consentire di superare l'alternativa spesso indebitamente radicalizzata tra il *nomotetico* - vale a dire l'obiettivabile, il quantitativo, il normativo - e l'*idiografico*, il soggettivo, il qualitativo, il singolare e irripetibile.

In una psicoterapia ad una persona che riferisce un malessere o dei sintomi di tipo depressivo il primo passo, consistente appunto in un approccio nomotetico, è accertare se la persona è realmente depressa rispetto ai criteri in uso nella diagnostica e di quanto si scosta dalla soglia di normalità, secondo un test psicométrico di depressione; ciò accertando od escludendo - sempre su basi psicométriche - la concomitanza con altre categorie nosografiche (ansia, psicosi, ecc.). L'approccio idiografico serve invece a qualificare, già nell'*assessment* iniziale, il tipo di depressione, le cause che l'hanno favorita, gli aspetti ideativi ed emotivi che la caratterizzano, insomma ciò che fa di quella specifica persona un soggetto della psicoterapia, la cui programmazione deve tener conto di queste sue caratteristiche peculiari. Esiste una strumentazione adeguata - da peculiari categorie di test a ciò mirate, al colloquio clinico, all'osservazione sistematica - in grado di consentire efficacemente questa seconda parte dell'approccio diagnostico-clinico.

Anche nella valutazione del funzionamento della terapia si richiede un approccio nomotetico e quantitativo, per verificare quanto i sintomi e le percezioni che il cliente ne ha si modificano a seguito del trattamento; se egli, in base ai test ripetuti e

rapportati ai parametri di soglia, può considerarsi rientrato nell'area della normalità, o se comunque lo scarto dalla norma è significativamente ridotto rispetto al pre-test; se questi cambiamenti si mantengono nel tempo. Ma si richiede anche un approccio qualitativo per seguire la trasformazione delle variabili peculiari di quel particolare paziente e l'andamento della relazione che questa trasformazione produce e sostiene nel tempo.

In questo uso parallelo di valutazioni quantitative e qualitative, i criteri di convalida scientifica sono diversi ma convergenti.

La valutazione scientifica della terapia non può prescindere dal criterio del superamento - o rilevante riduzione - dei problemi per cui il cliente l'ha intrapresa o che si sono evidenziati nel corso di essa (*criterio di efficacia*)².

Ma l'irripetibilità di ciò che avviene nel corso dell'intervento richiede di affiancare ai criteri normativi criteri di valutazione diversi, qualitativi e processuali. Regolarità e co-occorrenze (peraltro definibili anche in termini statistici) possono emergere dall'analisi cumulativa di ripetute verifiche dei singoli processi terapeutici.

La dimensione della regolarità e quella dell'unicità possono utilmente coniugarsi a condizione di reperire strumenti metodologici che consentano di studiare con rigore scientifico la diacronicità del processo di cambiamento, di monitorare le tendenze che in esso si riscontrano e ricostruire così il *sensu* di ciò che accade nella psicoterapia.

Servono strumenti quantitativi come test psicometrici o schede di osservazione che danno luogo a punteggi 'tarati' su specifiche popolazioni, ma anche tecniche qualitative per seguire le variabili processuali dell'intervento: griglie di valutazione di ciò che succede in terapia, compilabili dal soggetto stesso e/o dal terapeuta, o altro osservatore; resoconti o trascritti di ciò che avviene in terapia, delle verbalizzazioni, delle componenti non verbali e relazionali; tecniche basate sull'immaginazione, o sul disegno, o sul gioco e il *role-playing* per bambini e adolescenti. Servono, nell'approccio qualitativo, strumenti mirati all'approfondimento degli elementi semantici in essi contenuti. Per studiare il funzionamento di una psicoterapia può essere utile raccogliere delle informazioni, tramite colloquio alla fine del trattamento, su ciò che è avvenuto durante il trattamento stesso, rispetto a variabili quali la relazione con il terapeuta, la sensazione di efficacia della terapia, la soddisfazione rispetto alle aspettative, ecc.³ Parallelamente, lo stesso resoconto retrospettivo può essere chiesto anche al terapeuta in modo da confrontare le due valutazioni per far emergere il senso del trattamento concluso.

Per esemplificare il discorso fin qui fatto, esso può essere applicato al momento centrale di qualsiasi approccio terapeutico: la relazione che si instaura fra soggetto 'terapeuta' e soggetto 'cliente' (che può essere anche un gruppo, o una famiglia).

La relazione è l'ineffabile della psicoterapia? O può essere oggetto di studio scientifico, sistematico e coerentemente esternabile? Con quali criteri, e mediante quali strumenti?

La recente ricerca smentisce il vecchio luogo comune secondo cui quanto avviene nel setting della relazione terapeutica è inevitabilmente indicibile in termini logici e

² Questo tipo di valutazione interessa, oltre lo psicoterapeuta che si preoccupa di verificare se ciò che fa ha degli effetti in qualche modo documentabili all'esterno, anche il committente pubblico (il manager dell'ASL che deve quantificare l'efficacia delle prestazioni del servizio di psicologia) o privato (la compagnia di assicurazione che supporta finanziariamente la psicoterapia: succede in altri paesi e succederà forse anche da noi). Si ironizza tanto su questi aspetti ritenuti troppo pragmatici, ma essi sarebbero utili per allargare l'accessibilità della psicoterapia ad utenti che per adesso ne sono esclusi per ragioni puramente finanziarie.

³ Mi riferisco alla intervista messa a punto da Robert Elliott nell'ambito del suo approccio 'ermeneutico': Elliott R. (2002) *Hermeneutic Single Case Efficacy Design*. Paper presented at 31st Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research, Chicago, Ill. Pubblicata in *Psychotherapy Research*, 12, 1, 1-22 (2002) e tradotta in Di Nuovo S. (2000) Strumenti qualitativi per la ricerca sulla psicoterapia: l'intervista sul cambiamento terapeutico di R. Elliott, *Ricerca in Psicoterapia*, 3 (2-3) pp. 135-146,

quindi sostanzialmente incomunicabile a livello scientifico. Certo, se quanto avviene nello spazio mentale ed esperienziale fondante il setting relazionale fosse davvero 'ineffabile', in quanto collocato ad un livello di elaborazione che il pensiero logico non può esprimere se non a prezzo di devastanti distorsioni, non risulterebbero in alcun modo evitabili i rischi di autoreferenzialità e di circolarità ermeneutica che spesso sono stati attribuiti alla psicoterapia. Invece, gli studiosi che hanno esplorato le impervie regioni della relazione terapeutica ritengono che esse si possano visitare scostandosi sia dalla dogmatica elencazione di principi e di regole, sia dal modo di trasmettere il sapere tipico della bottega dell'arte (la logica del "guarda e impara": altro che percorsi formativi scientificamente fondati!).

Ma può la relazione terapeutica essere un tema - oltre che di *riflessione* esternabile - di vera e propria *ricerca scientifica*, cioè di acquisizione di sapere, nell'ottica della verifica di ipotesi e del confronto intersoggettivo?

Anche in questa prospettiva esistono valide prove relative all'ipotesi che il setting relazionale sia accessibile ad un sapere confrontato e condiviso, in quanto snodo fondamentale della ricerca scientifica - anche solo teorica - sull'agire terapeutico, punto di incontro tra soggetti-terapisti e soggetti-utenti, e tra questi e l'universo di significati socialmente determinati che contiene la loro relazione.

Se questi sono i presupposti, è lecito porre la domanda più delicata: può la relazione terapeutica essere oggetto di ricerca *empirica*, in senso sia pragmatico che esplicativo?

Ancora una volta, la lettura dei recenti studi sull'argomento conferma che esistono le possibilità, anche se molte di esse sembrano ancora in attesa di essere pienamente attuate. Tornando alla metafora del viaggio di esplorazione, è come intravedere fertili campi poco sfruttati e immaginare i prodotti che potrebbero essere ricavati dalla loro coltivazione intensiva. Ma - occorre chiedersi - perché questo impegno produttivo è ancora poco sviluppato? Quali sono le ragioni per cui la prassi di verifica empirica di ipotesi sulla relazione, e più in generale, sull'intervento terapeutico, è poco diffusa e guardata con circospezione, se non con sospetto, tanto dagli sperimentalisti quanto dai clinici?

Un primo motivo sta nella tendenza alla identificazione dell'ottica *empirica* con quella *sperimentale* e di questa con la raccolta e l'analisi di dati *quantitativi*. Criticando questa tendenza, scriveva quasi un secolo fa Jaspers: "Dalle scienze naturali, che sono scienze esatte, ci viene il pregiudizio che *solo* ciò che può essere accertato in modo *quantitativo* può costituire opera scientifica, mentre ciò che viene indagato dal punto di vista qualitativo rimarrebbe sempre qualcosa di subiettivo e di arbitrario" (trad. It. 1964, p. 22).

La catena di identificazioni *empirico* = *sperimentale* = *quantitativo* è certamente indebita, in quanto:

- le metodologie *non-sperimentali* (per esempio, osservative o autoosservative, purché con criteri standardizzati e condivisibili da altri studiosi) sono strategie di ricerca empirica altrettanto valide - se correttamente usate - di quelle che richiedono manipolazione e controllo delle variabili indipendenti;
- i *fatti* che sostanziano la verifica empirica, e i *dati* che se ne ricavano, non sono necessariamente limitati solo agli aspetti cosiddetti obiettivi (per esempio, relativi al 'set' come spazio organizzativo della relazione o alle parole che vengono pronunciate nel dialogo) ma possono riguardare anche quelli soggettivi e relazionali: le variabili del 'setting' come spazio mentale della relazione, o almeno alcune di esse. A condizione, naturalmente, che si trovi un modo condiviso di tradurre queste variabili in indicatori, non feticisticamente 'numerici' ma soprattutto qualitativi; che, come si è detto, forniscono dati analizzabili con tecniche altrettanto affidabili delle tradizionali statistiche.

Una seconda ragione di resistenza alla ricerca empirica sulla psicoterapia, e in particolare sulla relazione, deriva dal presupposto che l'intervento psicoterapeutico è talmente complesso da non lasciare spazio a deduzioni o previsioni di tipo

meccanicistico e causalistico. Ogni tentativo di analisi delle relazioni lineari tra i dati osservabili sarebbe fuorviante e comunque riduzionistico.

Le teorie della complessità e lo studio dei sistemi caotici sono strettamente connessi. Tanto più un sistema è complesso, tanto più l'evoluzione di esso è imprevedibile; minime variazioni delle condizioni iniziali producono effetti, anche molto rilevanti, non deterministicamente connessi alle condizioni stesse: sviluppo che viene definito 'caotico' proprio per la sua imprevedibilità. Queste teorie hanno messo in crisi le concezioni tradizionali della scienza, ponendo le premesse per una nuova epistemologia centrata su tre elementi:

- un approccio '*olistico*', cioè globale e non riduzionistico, alla realtà;
- l'*indeterminismo* di fondo: le condizioni iniziali provocano reazioni a catena dall'esito imprevedibile;
- la *circolarità* della causalità: A influenza B, ma ne è a sua volta influenzato, e così per molte delle relazioni all'interno di un sistema.

Quest'ultima condizione era già nota nella scienza classica, che teneva ampiamente conto degli effetti di retroazione; ma congiunta alle altre due mette in crisi la possibilità di prevedere che da una certa azione di A derivi sempre e comunque un certo effetto su B. In certi casi, neppure la previsione con un certo grado di probabilità, consueta nelle analisi statistiche, può essere sufficiente o utile.

In verità, la non prevedibilità derivante dalla crisi della logica deterministica e lineare può portare, nel caso delle psicoterapie, ad una paralisi decisionale, da più parti paventata, o all'applicazione di criteri e metodi tipici delle discipline artistico-letterarie, da altre parti fomentata. Salvo poi chiedersi come questi principi possano essere trasmessi ed insegnati con profitto (in tutti i sensi...) nelle scuole di psicoterapia, il cui riconoscimento giuridico è peraltro subordinato – lo dico con cognizione di causa, da componente della apposita commissione ministeriale - all'uso di parametri scientifici.

Ma la crisi della scienza lineare tradizionale non esclude affatto la ricerca di *regole* all'interno della caoticità: a tal fine, nella ricerca empirica vanno precisati i confini della necessaria riduzione della complessità e i criteri metodologici e di analisi dei dati appropriati alla complessità stessa.

In molte situazioni si può preferire prescindere dalla verifica di ipotesi in ricerche 'trasversali', in cui il controllo *tra* gruppi o *nei* gruppi, tipico del disegno sperimentale classico, è impossibile o inaffidabile, indirizzandosi verso un monitoraggio longitudinale dei fenomeni in evoluzione a seguito di specifici interventi. E ancora, si può prescindere dalla generalizzazione su basi statistico-probabilistiche a partire da un'unica ricerca, affidandosi invece per la verifica delle ipotesi ad un'analisi cumulativa di più ricerche, come avviene nella logica meta-analitica oggi tanto diffusa⁴.

Di fatto, il problema essenziale della ricerca clinica consiste nella necessità di affrontare la complessità dell'oggetto di studio e la sua dinamicità nel tempo. La segmentazione della complessità, al fine di attuare un rigoroso controllo delle variabili, può andare a scapito della validità esterna della ricerca, vale a dire del suo riferimento alla realtà di cui vorrebbe essere specchio: problema già sollevato tanto tempo fa dall'approccio 'ecologico' e particolarmente sentito nella ricerca che si associa ad un intervento di trasformazione della realtà.

Mentre la ricerca puramente conoscitiva consente sufficienti margini per la scomposizione ed il controllo delle variabili (e dunque può continuare senza problemi a lavorare secondo le regole classiche della sperimentazione), l'attuazione del

⁴ Parlando di analisi cumulative sarei tentato di accennare alla metanalisi di cui tanto si parla spesso senza conoscerne i presupposti teorici e metodologici, ma riesco ad autolimitarmi. Mi limito a segnalare che ogni strumento statistico è come il martello, bisogna saperlo usare per non schiacciarsi le dita. Per chi avesse la pazienza di approfondire utilità e limiti delle tecniche metanalitiche rinvio al volume curato tempo fa (Di Nuovo S., *La metanalisi*, Borla, Roma 1995).

cambiamento e lo studio scientifico di esso *mentre si mette in atto* devono collocarsi in un'ottica che è necessariamente di tipo olistico.

Nelle scienze applicative, tra le quali si colloca la clinica, possono convivere una ricerca che si pone di volta in volta questioni specifiche e sviluppa conoscenze 'universali' rispetto ad esse (per esempio in campo diagnostico o della teoria della psicopatologia), ed una ricerca centrata sull'intervento, che deve rispondere a questioni multiple e non parcellizzabili e tentare di comprendere, 'tutto e subito', il problema su cui occorre operare.

Alle critiche degli sperimentalisti che gli contestavano la non verificabilità della psicoanalisi, Freud rispondeva che la psicoanalisi non è una *ricerca accademica*, ma una *azione* terapeutica; non serve a *dimostrare*, ma a *modificare*. E' noto come nel dibattito successivo queste posizioni siano state molto, e spesso indebitamente, radicalizzate da parte di psicoanalisti secondo i quali gli esiti clinicamente positivi delle terapie analitiche costituiscono di per sé una prova conclusiva sulla validità delle teorie freudiane, e come altrettanto radicalmente molti critici abbiano negato all'approccio psicoanalitico qualunque credibilità scientifica in quanto non falsificabile secondo la logica del metodo sperimentale.

Nella ben nota teoria sulla 'ricerca-azione' di Kurt Lewin la conoscenza dei fatti e l'agire su di essi sono strutturalmente congiunti: la realtà va studiata cambiandola e controllando gli effetti del cambiamento. Nella ricerca-azione la verifica di ipotesi su un oggetto di ricerca e l'intervento tendente a modificare l'oggetto stesso procedono in parallelo in un processo circolare di programmazione - intervento - verifica - ulteriore programmazione, processo in cui i destinatari dell'intervento sono pienamente coinvolti insieme al ricercatore. Anche se la ricerca-azione lewiniana trovava origine in campo psico-sociale, risultano evidenti le assonanze fra questa strategia di lavoro scientifico e la prassi clinico-terapeutica.

Sul piano epistemologico la psicologia clinica non ha bisogno di appiattirsi sui metodi sperimentali di laboratorio per darsi dignità scientifica. Quando essa affronta un *oggetto* che non si presta a scomposizioni riduttive e uno *scopo* non solo conoscitivo ma anche trasformativo, diversa e peculiare deve essere la sua metodologia, sull'esempio della ricerca-azione.

In conclusione va ribadito che lo spazio della ricerca scientifica in psicologia clinica non è definito né dalla predittività fondata in modo deterministico, né - come si è detto - dalla logica puramente quantitativa.

La complessità del lavoro clinico e terapeutico evidenzia delle regolarità che vanno inferite mediante lo studio sistematico degli indicatori che ne 'rappresentano' gli aspetti essenziali. Certo, lavorare su indicatori e non sulla realtà stessa è di per sé riduzionistico: tutti i ricercatori (e i clinici) abbastanza smaliziati sono convinti che le variabili quantificate da un test psicometrico non dicono tutta la verità sul malessere psichico di una persona; che spesso è molto labile il confine tra il normale disagio indotto dallo stress quotidiano e la percezione di 'patologia' da parte della persona stessa o del suo contesto sociale (inclusi quanti devono diagnosticare il tipo e il grado di questa presunta patologia); che il modello medico-nosografico spiega solo una piccola parte della variabilità e la dinamicità insita nella relazione terapeutica; che la ricerca empirica sulla psicoterapia non può consistere soltanto nel soppesare col bilancino della quantificazione ciò che si è modificato dopo l'intervento.

Ma tutti i ricercatori (e i clinici) di buon senso sanno anche che dal profilo ricavato dai test, integrato da un colloquio clinico, si traggono ipotesi precise per comprendere i problemi della persona esaminata e per programmare un trattamento; che la patologia spesso - anche se non sempre - coincide con il grado di sofferenza soggettiva che alla psicoterapia si chiede di ridurre in modo significativo; che questa significatività non è solo quella statistica ma quella che si ricava dai 'significati' che emergono nel corso del trattamento; che per definire questi significati e il senso globale della 'cura' si può far riferimento non solo all'intuito del terapeuta o alla sensazione soggettiva del cliente ma anche a dei parametri precisi e condivisibili dalla comunità scientifica.

Una cosa è cercare un accettabile punto di equilibrio tra esigenze di rigore metodologico e vincoli di riduzione della complessità, un'altra è rischiare di ritornare alle nebbie dell'intuizionismo misticomagico in cui la terapia è stata da tempo avvolta, e lo è ancora in alcuni settori attinenti alla formazione. E' questo un rischio di regressione, per quanto ammantato delle migliori intenzioni epistemologiche, che non possiamo permetterci di correre.

Bibliografia

American Psychiatric Association, Commission on Psychotherapies (1982). *Psychotherapy Research: Methodological and Efficacy Issues*, Washington DC: Author.

Anderson, T., & Strupp, H.H. (1996). The ecology of psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 776-782.

Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. (4th ed.). New York: Wiley.

De Coro, A., & Andreassi, S. (2004). *La ricerca empirica in psicoterapia*. Roma: Carocci.

Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (Eds.). (2000). *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.

Di Nuovo, S. (1995). *La metanalisi*. Roma: Borla.

Di Nuovo, S. (2000). Strumenti qualitativi per la ricerca sulla psicoterapia: l'intervista sul cambiamento terapeutico di R. Elliott. *Ricerca in Psicoterapia*, 3 (2-3), 135-146.

Di Nuovo, S., Lo Verso, G., Giannone, F., & Di Blasi, M. (Eds.). (1998). *Valutare le Psicoterapie. La Ricerca Italiana*. Milano: FrancoAngeli.

Di Nuovo, S., & Lo Verso, G. (Eds.). (2005). *Come funzionano le psicoterapie*. Milano: FrancoAngeli.

Elliott, R. (Ed.). (1999). Qualitative psychotherapy research [Special Issue]. *Psychotherapy Research*, 9, 251-404.

Elliott, R. (2002). Hermeneutic Single Case Efficacy Design. Paper presented at 31st Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research, Chicago, Ill, 2000. *Psychotherapy Research*, 12 (1) 1-22.

Fava, E., & Masserini, C. (2002). *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico: Il contributo della ricerca valutativa alla clinica*. Milano: FrancoAngeli.

Greenberg, L.S., & Pinsof, W.M. (Eds.). (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.

Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose – response effect and implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology*, 9, 329 – 343.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.

Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer Verlag (trad. it. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964).

Kazdin, A.E., & Weisz, J. R. (Eds.). (2003). *Evidence-based psychotherapy for children and adolescents*. New York: Guilford Press.

Lambert, M.J. (Ed.). (2003). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (5th ed.). New York: Wiley.

Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.

Martin, D., Garske, J., & Davis, K. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcome and others variables: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.

Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (2002). *A guide to treatments that works*. (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Roth, A., Fonagy, P., Parry, G., Target, M., & Woods, R. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford (trad. it. *Psicoterapie e prove di efficacia: quale terapia per quale paziente*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1997).

Snyder, C.R., & Ingram, R.E. (Eds.). (2000). *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practice for the 21st century*. New York: Wiley.

Speer, D. C. (1998). *Mental health outcome evaluation*. San Diego: Academic Press.

Vidotto, G., & Ciuffi, R. (2004). La verifica della psicoterapia. In A. Galeazzi & P. Meazzini (Eds.), *Mente e comportamento* (pp. 563-588). Firenze: Giunti.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah: L. Erlbaum.