

I LIMITI METODOLOGICI E TEORICI DELLA RICERCA CONTEMPORANEA IN PSICOTERAPIA

Maria Vittoria Ceschi

Abstract

The methodological and theoretical limitations of contemporary research in psychotherapy.

The purpose of the article is to present how research in psychotherapy is flawed by methodological and theoretical errors that have to do with both a misconception of the clinical moment as understood along the lines of medical-pharmacological sciences, and with the very purpose of the psychological treatment, which is a healthcare goal. It will be shown how the clinical moment in psychotherapy, unlike medicine or pharmacology where it is considered the final part of the research process, is an independent experimental moment, and is different from any other type of psychological investigation as it represents the moment of investigation of the subject understood in an organic and complete way, otherwise it can't be examined. For this reason, the standard medical-pharmacological research setting is unable to demonstrate the effectiveness of the treatment because it is unable to distinguish the aspects of suggestion from the specific results of the treatment. The paper concludes by demonstrating how the Freudian approach is, on the contrary, able to distinguish the theoretical validity of constructions from suggestion because it moves within an alternative paradigm that gives autonomy to clinical research by devising an intra clinical experimental protocol. From this perspective, psychoanalytic practice is knowledge oriented and not healthcare oriented. It is precisely the acceptance of a cognitive purpose which ultimately can determine the possibility of therapeutic efficacy.

Keywords: *psychoanalysis, psychotherapy, placebo, suggestion, clinical reasoning, research methods in psychology.*

1. Introduzione

Il proliferare di differenti forme di psicoterapia e relative scuole di specializzazione è un dato di fatto. Tali psicoterapie sembrano spesso evolvere ed affermarsi in conseguenza a mode più che per un effettivo sviluppo teorico o tecnico di riferimento.

Il presente articolo rintraccia la motivazione di tale fenomeno nell'impianto metodologico della ricerca in psicoterapia cercando di muovere una critica costruttiva e proponendo una soluzione che era stata presentata a suo tempo da Freud. L'analisi si struttura in tre punti.

1. *Contestualizzazione*: dapprima si esplicherà qual è l'oggetto primario di ogni ricerca che abbia a che fare con la psiche presentando i punti di comunanza e differenza con gli oggetti delle altre scienze. Si mostrerà inoltre come determinati fenomeni psichici possano essere studiati utilizzando differenti metodi di ricerca. Quindi si focalizzerà l'attenzione su uno specifico campo della ricerca in psicologia, ossia la ricerca in psicoterapia il cui obiettivo è quello di valutare da un lato l'efficacia e gli effetti delle psicoterapie (*outcome research*) e dall'altro i processi di cambiamento (*process research*).

2. *Critica*: si evidenzieranno i principali problemi nella ricerca in psicoterapia che vengono a loro volta sottolineati dagli stessi ricercatori:

– il *paradosso dell'equivalenza* delle psicoterapie (altrimenti noto come *verdetto di Dodo*);

– la *crisi di replicabilità* degli esperimenti.

Da qui si muoveranno i passi verso la *critica dell'impostazione «efficace» e sanitaria* dimostrando come la ricerca in psicoterapia sia viziata da errori metodologici e teorici che hanno a che fare sia con una concezione sbagliata del momento clinico basato sul modello medico-farmacologico, sia con il fine sanitario che si attribuisce al trattamento psicologico. Non viene altresì riconosciuto il momento clinico come momento di ricerca autonomo e ciò poiché non si identifica l'unica possibilità di indagare il soggetto in modo scientifico. Dimostreremo quindi come ciò, oltre ad impedire un vero sviluppo conoscitivo delle conoscenze relative al soggetto, espone indirettamente a una maggiore applicazione di pratiche suggestive e conseguentemente a un loro maggiore impatto.¹

¹ Utilizzo il termine *suggestione* e non *placebo* per evidenziare la maggiore ricchezza del primo termine rispetto al secondo. Per una trattazione circa le differenze tra i modelli teorici di placebo e suggestione rimando ai lavori di Cagna (cfr. Cagna, P. (2019), *Teoria del placebo in medicina e psicologia versus teoria della suggestione in psicanalisi: una valutazione epistemologica*) e Baldini (cfr. Baldini, F. (2020), *Nuove considerazioni sul metodo psicanalitico freudiano e in generale sull'architettura empirico-razionale della metapsicologia*).

«Il concetto di suggestione distingue due componenti: un aspetto oggettivo consistente nel fatto che molti fenomeni fisiologici hanno un correlato psichico, e un aspetto soggettivo che è l'influenzamento del paziente da parte della volontà consapevole o inconsapevole del terapeuta.

Ecco una considerazione che gli specialisti contemporanei del placebo non si sognano nemmeno di giungere a formulare: un conto è la suggestione diretta, gesto mediante il quale l'analista impone attivamente – anche se magari inconsciamente, come abbiamo visto – la propria volontà al paziente, ma tutt'altro conto è l'autosuggestione, nella quale l'analista non funge che da catalizzatore per la manifestazione spontanea della volontà del paziente. Si tratta di una distinzione essenziale: nel fenomeno detto di suggestione va riconosciuto un aspetto oggettivo consistente nel fatto che molti fe-

3. *La soluzione freudiana*: vedremo infine come l'impostazione freudiana che rende il momento clinico il principale e indipendente spazio di investigazione del soggetto sia in grado di superare tali ostacoli conoscitivi e quindi anche terapeutici. Il momento clinico si configura ogni volta come esperimento che tende alla comprensione delle dinamiche psichiche soggettive. La conoscenza acquisita potrà in un secondo momento diventare il motore per la guarigione.

2. Contestualizzazione

2.1 La ricerca in psicologia: ricerca di base e ricerca applicata

L'oggetto dell'indagine psicologica si è notevolmente ampliato e diversificato dalla sua fondazione come disciplina scientifica nel diciannovesimo secolo. Se volessimo adottare una definizione generica e precisa che racchiuda tutti questi sviluppi potremmo dire che la psicologia è la disciplina scientifica che studia gli stati mentali e il comportamento negli esseri umani e negli altri animali.²

Sotto questa definizione ricadono diverse aree di ricerca/correnti che si sono specializzate in particolari oggetti e hanno impiegato metodi di ricerca diversi per lo studio di specifici fenomeni. Se volessimo schematizzare queste sottoaree di ricerca trovando un comune denominatore, potremmo identificare tra le altre: il comportamento,³ i processi cognitivi,⁴ le connessioni tra gli stati psicologici e l'at-

nomeni fisiologici hanno un correlato psichico. Nella fattispecie, se l'autosuggestione accompagna già la malattia, non vi è motivo per cui non debba accompagnare anche il trattamento. Questo può certamente essere un problema conoscitivo, gnoseologico, ma non è un problema metodologico. Quest'ultimo si pone solo con la suggestione diretta, ossia con l'influenzamento della patologia da parte della volontà consapevole o inconsapevole dell'analista.» *Ivi*, pp. 26-27.

² Mischel, W. (2020), *Psychology*.

³ Il comportamento è stato senz'altro il focus di indagine delle prime ricerche psicologiche del Novecento a carattere sperimentale. Tale studio ha creato una corrente specifica denominata *comportamentismo* che ha come oggetto di ricerca appunto il comportamento, disinteressandosi degli aspetti introspettivi o mentali. La vita mentale è considerata essere come un *black box* impenetrabile. Le ricerche in questa direzione si sviluppano in una modalità sperimentale di laboratorio cercando di analizzare le condizioni alla base di determinati comportamenti.

⁴ I processi cognitivi sono stati studiati prevalentemente all'interno della corrente nota come *cognitivismo*, corrente che si sviluppa in risposta al comportamentismo per tentare di spiegare fenomeni (quali ad esempio il linguaggio) non investigati e investigabili da un punto di vista comportamentale attraverso la ricostruzione dei processi cognitivi sottostanti. La mente viene trattata come un sistema di elaborazione di informazioni (*human information processing*). I metodi di ricerca cercano di sviluppare

tività cerebrale,⁵ i processi epigenetici⁶ legati a modificazioni psicologiche ecc. A queste aree infine si affianca la *ricerca clinica* e, all'interno di essa, la *ricerca in psicoterapia*.

Sembrerebbe quindi che, come per le altre scienze, siamo di fronte a una differenziazione tra *ricerca di base* (o fondamentale) e *ricerca applicata*, dove nel primo caso l'obiettivo è un puro ampliamento delle conoscenze di cui non si prevede ancora una specifica applicazione, mentre nel secondo, pur essendoci anche un fine conoscitivo, l'obiettivo è quello di identificare, valutare e migliorare una specifica applicazione. Nel caso della psicologia – come per la medicina – la ricerca applicata si riferisce quindi alla ricerca clinica.

Questa differenziazione è fondamentale nelle scienze perché permette di dividere il momento della ricerca pura da quello applicativo per rendere più efficiente ed efficace la ricerca stessa oltre che per motivi di carattere etico relativi alle scienze applicate ad esseri viventi.⁷

modelli di elaborazione dell'informazione sperimentalmente controllabili prendendo come punto di partenza l'osservazione «del modo in cui si suppone ragionino o eseguano particolari compiti cognitivi soggetti umani in condizioni opportunamente selezionate, così da determinare i vincoli da porre alla costruzione dei modelli cognitivi ipotizzabili e dei programmi da implementare» (cfr. Enciclopedia Treccani, (2020), *Scienza cognitiva*). Le scienze cognitive nascono quindi parzialmente in seno a degli obiettivi computazionali che sono serviti anche in contesti informatici per lo sviluppo della cosiddetta intelligenza artificiale. In realtà poi, con riferimento allo sviluppo dell'intelligenza artificiale, ci si è man mano staccati dalla volontà di replicare il funzionamento della mente umana, prediligendo modelli che invece servissero a delle operazioni specifiche nel modo più efficace ed efficiente (cfr. Thagard, P. (2013), *Cognitive science*).

⁵ Grazie agli avanzamenti tecnologici nell'ambito della fMRI (*functional Magnetic Resonance Imaging*), verso la fine del XX secolo si sviluppa la neuropsicologia che esplora le connessioni tra gli stati psicologici e l'attività cerebrale. I metodi di ricerca quindi sfruttano questa tecnologia per l'identificazione delle aree del cervello da associare a determinati stati psicologici.

⁶ L'epigenetica, ossia quella branca della genetica che studia i cambiamenti fenotipici ereditabili che non provocano alterazioni nelle sequenze del DNA, ha un grande interesse anche dal punto di vista psicologico. In effetti, queste mutazioni possono avvenire anche come risultato di fattori esterni/ambientali. Anche le esperienze psicologiche possono quindi essere trasmesse a livello biologico.

⁷ Un esempio: sarebbe impensabile somministrare un vaccino non testato sperimentalmente sulla popolazione e quindi attendere gli esiti. In questo semplicissimo esempio possiamo già vedere i vizi di una impostazione siffatta: da un lato abbiamo un problema conoscitivo derivante dall'impossibilità di controllare in modo puntuale l'esperimento, dall'altro problemi etici ed economici legati all'aumento dei rischi e ai

Si tratta quindi di un processo lineare e temporalmente determinato:

Ricerca di base → Ricerca applicata (clinica)

Dopodiché quando si è confermata la validità anche clinicamente è possibile istituire la *pratica clinica* che il sanitario deve applicare.

Su questi assunti, la ricerca in psicoterapia dovrebbe essere quella branca della ricerca clinica in psicologia che prevalentemente cerca di applicare le conoscenze provenienti dalla ricerca di base alla configurazione della terapia e che successivamente ne valuta l'efficacia per permettere infine la pratica. Riprendendo quindi la relazione precedente:

Ricerca di base → Ricerca applicata (clinica) → Pratica clinica

Conseguentemente la pratica psicoterapeutica dovrebbe far tesoro delle scoperte e quindi adottare un modo univoco di trattamento dei pazienti per uno stesso tipo di patologia, esattamente come avviene in medicina o in farmacologia.

Nella realtà invece vediamo come vi sia un numero elevatissimo di tipi di psicoterapia dagli orientamenti più differenti che sono applicati più o meno indifferentemente a medesime patologie psichiche. Tali psicoterapie, nei casi più virtuosi, di volta in volta estrapolano degli elementi particolari dalla ricerca di base e li istituiscono come fondamenta per l'orientamento teorico e per la pratica tecnica della psicoterapia stessa: in questo modo sono nate le terapie comportamentali, cognitivo comportamentali, psicanalitiche (con all'interno ulteriori sotto-orientamenti), gestaltiche, di gruppo, psicosomatiche, psicodinamiche, costruttiviste, immaginative, per arrivare fino alle psicodrammatiche, bioenergetiche, biosistemiche e così via.⁸

Questo colorato panorama, nella realtà dei fatti, scardina completamente il paradigma che vede un nesso logico temporale tra ricerca di base, ricerca clinica e pratica clinica.

Le psicoterapie si autonomizzano e si autodefiniscono differenziandosi l'una dall'altra e spesso vengono valutate clinicamente in un momento successivo al consolidamento della pratica stessa. Modificando lo schema di cui sopra:

(Ricerca di base →) Pratiche cliniche → Ricerca applicata (clinica)

costi associati alla somministrazione.

⁸ Per l'elenco completo delle scuole e degli orientamenti di riferimento a livello italiano è possibile consultare, tra gli altri, il sito del MIUR: <https://www.miur.gov.it/psicoterapia>

La giustificazione di questi innumerevoli orientamenti fa leva su una peculiarità del momento psicoterapeutico. In effetti, a differenza della medicina, dove le componenti soggettive possono essere controllate e quindi diventare relativamente irrilevanti, per la psicologia ciò non accade. Torneremo sul punto nella sezione di critica di questo articolo.

2.2 I metodi e i risultati della ricerca in psicoterapia

Ma quali sono i metodi impiegati nella ricerca clinica che portano a legittimare tutte queste varie forme di psicoterapia?

Ebbene, la ricerca in psicoterapia si sviluppa su due filoni principali: tramite la valutazione dell'efficacia (*outcome research*) o dei processi che portano all'efficacia (*process research*) della terapia. I metodi di ricerca utilizzati sono svariati e ricalcano i metodi utilizzati in medicina o in farmacologia, quindi soprattutto disegni randomizzati puri RCT (*Randomized Clinical Trials*), ma anche *open trial*⁹ e *single case*¹⁰ per riuscire a cogliere aspetti difficilmente osservabili in un contesto RCT.

Da tali ricerche ci aspetteremmo di essere in grado di valutare i diversi tipi di psicoterapia in modo tale da discriminare i «buoni» tipi di psicoterapia da quelli «cattivi». In realtà, i risultati di queste ricerche ci dicono che *non solo i diversi tipi di psicoterapia hanno effetti positivi, ma che comparandoli non è possibile notare delle differenze di efficacia statisticamente significative*. In definitiva: tutte le psicoterapie si equivalgono. Tale risultato è noto in letteratura con l'appellativo *verdetto di Dodo*. Il paradosso fornisce quindi delle prove del fatto che i fattori specifici delle psicoterapie, come i diversi orientamenti o le diverse tecniche utilizzate, non sono responsabili dell'*outcome* della terapia.

Proprio per cercare di svelare il paradosso dell'equivalenza si è quindi sviluppata la ricerca sui processi i cui risultati attribuiscono il cambiamento a fattori aspecifici delle singole terapie e allo stesso contesto terapeutico identificando come fonte principale l'importanza della relazione tra paziente e terapeuta: la cosiddetta *alleanza terapeutica*.

I principali risultati delle ricerche in psicoterapia possono quindi essere riassunti come segue:

⁹ Si tratta di una via di mezzo tra *single case* e RCT. Come per i disegni RCT, la selezione dei pazienti rispecchia criteri abbastanza rigidi e selettivi, ma non prevede un confronto tra gruppo trattato e gruppo di controllo.

¹⁰ Il focus della ricerca è posto su un soggetto su cui vengono effettuate numerose osservazioni attraverso misure operazionalizzate, nell'intento di valutare la consistenza e la qualità dei cambiamenti ottenuti nell'arco di un intervallo di tempo stabilito dal ricercatore.

1. gli *effetti della psicoterapia superano quelli della remissione spontanea* (i.e. la psicoterapia ha degli effetti positivi);
2. gli *effetti della psicoterapia superano quelli dei gruppi di controllo trattati con placebo*;
3. i *risultati della psicoterapia*, anche in campioni omogenei, *variano più a causa delle variabili legate alla persona del terapeuta* che alle tecniche usate;
4. il *rapporto paziente-terapeuta ha un'importanza centrale* nell'efficacia della psicoterapia.¹¹

Ecco spiegato il motivo per cui esistono tante forme di psicoterapia, tutte parimenti legittimate.

3. Critica

3.1 I limiti metodologici e tecnici della ricerca in psicoterapia

I risultati che abbiamo esposto poco sopra meritano un commento per evidenziarne gli aspetti critici. Prima di tutto ci concentreremo su alcune convenzioni definitorie e sulle conseguenze logico-teoriche, successivamente invece ci occuperemo di commentare le modalità di raccolta dati utilizzate anche in riferimento al noto fenomeno della cosiddetta *crisi di replicabilità*.

Il primo punto non dovrebbe stupire nessuno in quanto anche una pratica suggestiva ha un effetto positivo sulla sintomatologia psichica e quindi può essere considerato senz'altro come un risultato incontrovertibile. Con riferimento al secondo invece già sorgono i primi problemi. In effetti: come si può definire somministrare e soprattutto controllare un placebo in psicoterapia?¹²

Iniziamo da alcune definizioni che utilizzeremo nel prosieguo del discorso.

¹¹ Lambert, M. J., Bergin, A. E. (1992), *Achievements and limitations of psychotherapy research*, p. 384.

¹² Su ciò è interessante notare come una grande parte delle pubblicazioni sull'effetto placebo in psicoterapia (sia recenti che non) evitano di determinarne l'entità (cfr. ad es. Rosenthal, D., Frank, J. D. (1956), *Psychotherapy and the placebo effect*, Kirsh, I. et al. (2016), *Controlling for the placebo effect in psychotherapy: noble quest or tilting at windmills?*, Wampold, B. E. et al. (2005), *The placebo is powerful: estimating placebo effects in medicine and psychotherapy from randomized clinical trials*, Blease, C., Kirsh, I. (2016), *The placebo effect and psychotherapy: implications for theory, research, and practice*, Kirsh, I. (2005), *Placebo psychotherapy: Synonym or oxymoron?* Alcuni si sono spinti anche ad affermare che il concetto di placebo non possa essere applicato alla psicoterapia (cfr. ad es. Kirsh, I. (2005), Gaab, J. et al. (2016), *Go open: a plea for transparency in psychotherapy*). Altri ancora sostengono che la «terapia placebo» adeguatamente progettata possa essere efficace quanto la psicoterapia (cfr. ad es. Wampold, B. E. et al. (2005)).

In accordo con una importante *expert opinion* del 2018,¹³ con *effetto placebo* (*placebo effect*) ci riferiamo a un fenomeno psicobiologico distintivo, mentre con *risposta al placebo* (*placebo response*) ci riferiamo ai risultati degli studi clinici, all'amalgama delle possibili risposte dopo aver ricevuto un placebo (*reporting bias*, regressione alla media, effetti Hawthorne ecc.).

Tuttavia, come sostengono Enck e Zipfel,¹⁴ la psicoterapia e la risposta al placebo condividono una relazione specifica e delicata. In farmacologia, la risposta al placebo è considerata essere l'indicazione che i cambiamenti sono da imputare a degli effetti psicologici e non somatici. E quindi come riuscire a distinguere la risposta alla psicoterapia rispetto a quella del placebo, dato che la risposta alla psicoterapia è giocoforza psicologica e molti degli effetti delle due potrebbero confondersi?

Già da questa domanda dovrebbe essere chiaro che trattare e definire il placebo in psicoterapia come viene trattato in medicina/farmacologia è problematico. Sotto il punto di vista definitorio, rimando ancora una volta all'articolo di Pamela Cagna¹⁵ che ben riassume le motivazioni a fondamento dell'utilizzo del concetto di suggestione al posto di quello di placebo per la psicologia.

Cercheremo di riassumere qui di seguito invece i motivi principali per cui uno studio del placebo in psicoterapia sulla falsariga della farmacologia oltre ad essere inadatto è addirittura impossibile.

Innanzitutto gli standard utilizzati nelle sperimentazioni sui farmaci non possono essere applicati alla maggior parte delle ricerche in psicoterapia.

In effetti è *impossibile trattare alla cieca*, poiché:

- il somministratore del «farmaco» psicoterapeutico è il terapeuta stesso;
- il paziente è spesso in grado di valutare se è stato assegnato al gruppo di trattamento oppure a quello di controllo, ove la terapia di controllo spesso viene somministrata sotto forma di liste d'attesa o TAU (*Treatment As Usual*).

In aggiunta, dove in farmacologia abbiamo un chiaro momento della somministrazione del principio attivo e del placebo, *in psicoterapia ogni trattamento psicoterapeutico consta di una lunga serie di interazioni* tra paziente e terapeuta e gli aspetti suggestivi possono quindi entrare in ogni momento sia della «vera terapia» che della fantomatica «terapia di controllo». La «vera terapia» potrebbe quindi semplicemente essere una terapia più suggestiva della «terapia di controllo». Come sottolineano Enck e Zipfel,¹⁶ la «terapia di controllo» va anzi ad agire negativamente sullo stato del paziente, configurandosi come *nocebo*.¹⁷

¹³ Evers, A. W. M. et al. (2018), *Implications of placebo and nocebo effects for clinical practice: expert consensus*.

¹⁴ Enck, P., Zipfel, S. (2019), *Placebo effects in psychotherapy: A framework*.

¹⁵ Cagna, P. (2019).

¹⁶ Enck, P., Zipfel S. (2019).

¹⁷ Oltre alle liste d'attesa o al cd. TAU, vengono impiegati operatori non specialisti,

Questi limiti fanno ben vedere come l'assetto utilizzato in farmacologia, non funziona in psicoterapia poiché non è possibile un controllo rigoroso sia sulla manipolazione sperimentale (variabile indipendente), sia su altre possibili variabili che potrebbero avere un effetto (mediante l'uso di gruppi di controllo e assegnazione casuale).¹⁸

Infine, ove in psicoterapia la misura del risultato è solitamente, se non invariabilmente, una misura del PRO (*Patient Reported Outcome*), ossia il risultato riportato dal paziente, o dell'ERO (*Expert Rated Outcome*), ossia il risultato valutato da un esperto, in farmacologia l'efficacia può essere misurata sia con PRO o ERO, ma anche con biomarcatori. I PRO (ma anche gli ERO) sono ovviamente più suscettibili all'influenza del placebo e in effetti in farmacologia non sono sufficienti come *endpoint* negli studi.¹⁹

I risultati tre e quattro invece, evidenziando l'importanza del ruolo del terapeuta nella predizione dei risultati della terapia, svalutano qualsiasi elemento specifico delle terapie per spostarlo sulla relazione: non è tanto la terapia in sé a funzionare, quanto il fatto di avere una relazione efficace con il terapeuta che, come descrive Bordin, permetta di identificare e condividere gli obiettivi della terapia, di definire chiaramente i compiti e ruoli reciproci e infine di stabilire un legame affettivo caratterizzato da fiducia e rispetto.²⁰

Ora, laddove l'alleanza terapeutica così delineata è per la farmacologia un ostacolo alla conoscenza, per la psicoterapia diventa il motore della «guarigione».

Per concludere questo capitolo credo sia interessante riportare di seguito un estratto del manuale di Dazzi et al., ove vengono elencate altre cause, questa volta di carattere problematico, che secondo gli autori sono alla base del *verdetto di Dodo*, quali:

- i fattori specifici sono tali da oscurare quelli specifici che tuttavia esistono;
- vi è un'estrema variabilità dei fattori extraterapeutici tale da confondere l'effetto di alcuni fattori specifici;

contesti non medici ecc. Insomma, si sfruttano fattori che impattano direttamente su ciò che i ricercatori stessi identificano essere il motore del cambiamento, ossia fattori specifici quali l'alleanza terapeutica. Per esempi circa le terapie di controllo cfr. Dazzi, N. et al. (2006), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*.

¹⁸ Lundh, L. G., Falkenström, F. (2019), *Towards a person-oriented approach to psychotherapy research*, p. 70.

¹⁹ Enck, P., Zipfel, S. (2019).

²⁰ Bordin, E. S. (1979), *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*.

- i pregiudizi dei ricercatori hanno una pesante influenza sui risultati degli studi;
- la competenza dei terapeuti è molto varia, e in genere i terapeuti vengono assegnati a sorte, senza considerare il loro tasso di successo;
- le scale di misurazione possono non essere sufficientemente sensibili da cogliere singole componenti del risultato;
- le scale di misurazione possono non essere adatte per misurare i risultati di determinate tecniche;
- data l’alta percentuale di successi per tutte le psicoterapie, è difficile per ogni tipo di psicoterapia mostrare una differenza statisticamente significativa rispetto ad altri approcci psicoterapeutici;
- i campioni sono troppo esigui per poter evidenziare un potere statistico significativo.²¹

Insomma, le ricerche concludono che l’efficacia delle psicoterapie è da imputare soprattutto a fattori aspecifici e specialmente alla cosiddetta alleanza terapeutica, tuttavia si è consci del fatto che i metodi, i disegni e le tecniche di ricerca forse non sono così efficaci e precisi nella valutazione per cui i risultati non sono così affidabili e portano giocoforza al verdetto di equivalenza delle psicoterapie.

Infine, aggiungiamo noi, non siamo in grado di discriminare il trattamento psicoterapeutico da un semplice trattamento suggestivo.

3.1.1 Il problema della misurazione e la crisi di replicabilità

Come abbiamo visto, nell’elenco delle principali motivazioni a fondamento del verdetto di Dodo, si dà particolare risalto ai limiti sperimentali e delle misurazioni. Questi limiti in effetti si palesano prepotentemente in quella che viene definita in letteratura «crisi di replicazione»,²² crisi che sta

²¹ Cfr. Dazzi, N. et al. (2006), pp. 44-45.

²² Riporto di seguito qualche risultato di studi sul fenomeno. Nel 2015 fu pubblicato uno studio di Open Science Collaboration (cfr. Open Science Collaboration, (2015), *Estimating the reproducibility of psychological science*) in cui si riportavano i risultati circa un tentativo di replicare cento studi in campo psicologico. Le repliche furono condotte da ricercatori volontari il cui lavoro è stato poi monitorato e revisionato dagli autori originali della ricerca e dai membri della Open Science Collaboration. In questo modo si è assicurata la fedeltà della replicazione allo studio originale. Gli studi replicati erano stati pubblicati nel 2008 all’interno delle seguenti prestigiose riviste: *Psychological Science*, *Journal of Personality and Social Psychology* e *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*. Nel complesso, la ricerca ha fornito una serie di prove che suggerir-

colpendo indistintamente tutte le scienze ma in particolare quelle psicologiche e sociali.

La crisi di replicazione (chiamata anche crisi di replicabilità o crisi della riproducibilità), termine coniato nel 2010 a seguito di una crescente consapevolezza del problema,²³ è una crisi metodologica in cui si riscontra che molti studi «scientifici» sono difficili o impossibili da replicare. Si tratta ovviamente di un problema di fondamentale importanza in quanto la scienza sperimentale si basa sulla possibilità di replicare i risultati di un esperimento.

Ma quali sono le cause di questa crisi?

In un'inchiesta condotta da *Nature* nel 2016,²⁴ più del 60% degli intervistati ha affermato che vi sono delle cause sistemiche che si riferiscono alla pressione a pubblicare e alla selezione dei dati (altrimenti noto come *selective reporting bias*). Altri fattori sono invece da riferirsi alla fase di disegno e implementazione della ricerca quali: insufficiente analisi sperimentale, errata applicazione di modelli di analisi e così via. Infine i ricercatori identificano anche delle condotte propriamente fraudolente come possibile causa, anche se più rara.

sce livelli relativamente bassi di replicabilità. Ad esempio, solo il 35% degli studi ha raggiunto la significatività statistica al livello .05 sebbene il 97% degli studi originali avesse raggiunto questo livello di significatività. Ancora, si è riscontrata una grande differenza nella dimensione media degli effetti. I ricercatori hanno anche usato giudizi soggettivi per valutare la replicabilità dichiarando che solo il 39% degli studi di replicazione aveva effettivamente replicato i risultati dello studio originale.

Così si legge nelle conclusioni dell'articolo: «A large portion of replications produced weaker evidence for the original findings despite using materials provided by the original authors, review in advance for methodological fidelity, and high statistical power to detect the original effect sizes. Moreover, correlational evidence is consistent with the conclusion that variation in the strength of initial evidence (such as original P value) was more predictive of replication success than variation in the characteristics of the teams conducting the research (such as experience and expertise). The latter factors certainly can influence replication success, but they did not appear to do so here».

Ancora, nel 2016 la rivista *Nature* ha condotto un'inchiesta chiedendo a un campione di 1.576 scienziati di diverse discipline se vi fosse una crisi di replicazione: il 38% ha risposto che vi è una crisi di modeste dimensioni, il 52% ha risposto che vi è un'importante crisi, il 7% ha dichiarato di non sapere e solo il 3% ha dichiarato che tale crisi non esiste (cfr. Baker, M. (2016), *1,500 scientists lift the lid on reproducibility*).

²³ Pashler, H., Wagenmakers, E. (2021), *Editors' introduction to the special section on replicability in psychological science*.

²⁴ Baker, M. (2016).

Al di là di queste cause che si riferiscono a una cattiva condotta o preparazione dei ricercatori oppure a pressioni esterne, in potenza ogni esperimento dovrebbe essere replicabile per definirsi scientifico.

Il fatto strano è che in psicologia (e soprattutto in psicologia clinica) questo problema si fa sentire maggiormente. Potremmo anche inferire che i ricercatori in psicologia siano peggiori rispetto a quelli delle altre discipline e che inquinino i risultati più di quello che fanno i loro colleghi in altre discipline, ma riteniamo questa spiegazione insufficiente e opinabile. Dove sta allora la ragione?

Ora, come non abbiamo mancato di sottolineare all'inizio di questo articolo, il problema della ricerca in psicologia e, nel nostro caso specifico, della ricerca in psicoterapia è che ha a che fare con un oggetto peculiare ossia il soggetto che è intrinsecamente più complesso di qualsiasi altro oggetto della scienza: è differente da qualsiasi altro soggetto ed è investigabile da un ricercatore che è anch'esso un soggetto.

Per questa ragione l'esperimento stesso nonché la sua replicazione devono essere intesi in maniera più complessa. Se vengono altrimenti intesi come in farmacologia, arriviamo al paradosso per cui più tentiamo di replicare l'esperimento iniziale con disegni randomizzati più non saremo in grado di replicare il risultato e questo semplicemente perché cambiano le condizioni soggettive.²⁵ In definitiva, il disegno dell'esperimento nonché il metodo di controllo delle ipotesi deve essere in grado di tenere in considerazione le variabili soggettive.²⁶

²⁵ Altri esempi significativi di modificazione del paradigma standard dell'*esperimento controllato* possono essere ritrovati negli *esperimenti naturali*, ossia esperimenti che si basano esclusivamente sull'osservazione delle variabili del sistema in esame, piuttosto che sulla manipolazione delle stesse (come avviene negli esperimenti controllati). Vengono utilizzati spesso nelle scienze sociali quali l'economia, l'antropologia ecc. soprattutto per motivi etici, ma anche ad esempio in meteorologia, astronomia, ecologia ecc. quando non è possibile agire sulle variabili del sistema. Altri esempi ancora sono i cosiddetti *esperimenti sul campo*, ossia esperimenti che non sono condotti nell'ambiente artificiale e altamente controllato di un laboratorio, ma in contesti reali. A differenza degli esperimenti naturali, che si basano su un/a ente/forza esterna (ad esempio un governo, un'organizzazione no profit, un evento atmosferico ecc.) che controlla l'assegnazione e l'implementazione del trattamento, gli esperimenti sul campo richiedono ai ricercatori di mantenere il controllo dell'esperimento stesso. I campi di applicazione sono più o meno gli stessi degli esperimenti naturali. Insomma, è l'oggetto della ricerca che determina il contesto sperimentale.

Nel nostro particolare caso, essendoci sempre delle condizioni soggettive non osservabili che non sono valutabili attraverso il paradigma dell'esperimento controllato utilizzato in farmacologia, i risultati sono quindi intrinsecamente incontrollabili. Ciò è dovuto al fatto che la variabile soggettiva non osservabile può impattare sui risultati di ricerca finali fino ad arrivare al paradosso per cui più si tenta di replicare un esperimento originale con campioni più ampi (e quindi teoricamente più rappresentativi) più è probabile che il risultato finale sia diverso dall'originale.

²⁶ Sulla fattibilità di tale controllo si veda la sezione finale dell'articolo.

Mi preme sottolineare che ciò non vale per tutti gli esperimenti di carattere psicologico: vi sono esempi dove l'approccio sperimentale standard è efficace poiché si sono ideati disegni di ricerca dove è possibile isolare (o controllare) il singolo processo psichico dalle altre interazioni psichiche soggettive, tuttavia qui ci riferiamo a quella classe di studi psicologici dove tale controllo non è possibile ma nella quale si tenta una misurazione senza considerare la semantica soggettiva, la sua variazione nel tempo e soprattutto la qualità del dato tramite un metodo di controllo valido.²⁷

È quindi questa a nostro avviso la ragione principale della più marcata crisi in ambito psicologico.

Per tornare però al nostro caso più specifico e relativo alla ricerca in psicoterapia vediamo come questa problematica si palesi nello stesso verdetto di Dodo e nell'unico obiettivo di ricerca generalista che è quello di valutare l'efficacia del trattamento. Se è vero che vi sono stati sforzi in direzione di analisi sul processo è anche vero che queste ultime hanno identificato essere importanti i fattori relazionali della terapia, evidenziando come l'alleanza terapeutica sia responsabile di gran parte dell'efficacia. Ciò quindi espone al sospetto di suggestione che abbiamo avanzato poco sopra, svalutando purtroppo ogni valenza scientifica dell'esperimento psicoterapeutico.

3.2 *Il fine sanitario come limite conoscitivo*

Ora che abbiamo analizzato i limiti metodologici e tecnici della *ricerca* in psicoterapia, ci concentreremo in una critica del *fine* della *pratica* psicoterapeutica, ossia quello *sanitario*.²⁸

²⁷ Ossia come nel caso della ricerca in psicoterapia.

²⁸ Riporto a fini di consultazione due definizioni di psicoterapia ampiamente utilizzate per la descrizione della pratica in vari contesti. La prima è la definizione adottata dall'American Psychological Association in una risoluzione circa l'efficacia della psicoterapia e basata su una definizione di Norcross (cfr. American Psychological Association, (2012), *Recognition of psychotherapy effectiveness* e Norcross, J. C. (1990), *An eclectic definition of psychotherapy*):

«Psychotherapy is the informed and intentional application of clinical methods and interpersonal stances derived from established psychological principles for the purpose of assisting people to modify their behaviors, cognitions, emotions, and/or other personal characteristics in directions that the participants deem desirable».

La seconda definizione invece è presente all'interno del Dizionario di Psicologia di Umberto Galimberti (Galimberti, U. (2006), *Dizionario di psicologia*, pp.780-781): «Processo interpersonale, consapevole e pianificato, volto a influenzare disturbi del comportamento e situazioni di sofferenza con mezzi prettamente psicologici, per lo più verbali, ma anche non verbali, in vista di un fine elaborato in comune, che può essere la riduzione dei sintomi o la modificazione della struttura della personalità, per mezzo di tecniche che differiscono per il diverso orientamento teorico a cui si rifanno».

Come abbiamo visto però, a differenza della medicina o della farmacologia ove la pratica segue a una ricerca di base e una ricerca clinica²⁹ logicamente e temporalmente determinate, ciò non avviene per la psicoterapia. Abbiamo in effetti visto come le psicoterapie si autonomizzano e come la ricerca clinica avvenga spesso successivamente all'ideazione della pratica. Ciò avviene perché, da un lato, come anticipato nell'introduzione di questo articolo, il momento clinico in psicologia (che sia di ricerca o di pratica) è un momento di ricerca autonomo e conoscitivo rappresentando l'unica possibilità di indagare il soggetto in modo scientifico, dall'altro, la pratica costituisce di per sé il campo d'indagine. Questa specificità deriva dal fatto che la cosiddetta ricerca di base in psicologia studia le singole unità o processi psichici, non avendo mai davvero a che fare con la complessità relazionale che vi è tra essi. La fase successiva, ossia quella dell'applicazione delle conoscenze ottenute in fase clinica, è intrinsecamente diversa perché non ha più a che fare con singole unità, ma con un soggetto che è estremamente più complesso della somma delle sue componenti psichiche. In aggiunta, le combinazioni possibili sono potenzialmente infinite poiché inserite all'interno della storia e della semantica soggettive.

Questo assetto è molto diverso dall'assetto medico o farmacologico ove le componenti organiche, biologiche e chimiche si mescolano senz'altro in fase clinica ma all'interno di un organismo, ove quindi ciò che rileva è una specifica parte del soggetto per cui siamo (nella maggior parte dei casi) capaci di decifrarne le relazioni poiché conosciamo le regole di funzionamento e poiché le combinazioni possibili sono sempre le stesse.

Anche l'aspetto suggestivo entra in gioco in maniera diversa nei due casi: nella medicina lo controllo nelle fasi di ricerca e me ne preoccupo relativamente nella pratica clinica, qualora la diagnosi sia ovviamente corretta (anzi posso addirittura ricercare questo ulteriore effetto benefico). In psicoterapia devo necessariamente controllare l'effetto suggestivo anche all'interno della pratica clinica poiché il trattamento che somministro è specifico su ogni paziente. Ogni trattamento costituisce quindi in sé un esperimento.

La fase clinica quindi è intrinsecamente diversa: da un lato abbiamo una struttura opaca che dobbiamo viepiù rendere trasparente per comprenderne i processi mentali, dall'altra abbiamo una struttura standard di cui conosciamo i processi e che dobbiamo applicare al caso in esame. In definitiva, la clinica per la psicologia non è mai davvero un momento applicativo poiché cambia l'oggetto d'indagine: da singole componenti al soggetto nel suo complesso.

Ed è proprio per questo che assumere l'orizzonte sanitario in una pratica che è allo stesso tempo ricerca clinica e ricerca di base è un errore metodologico – quindi epistemico – fondamentale.

²⁹ Per essere precisi, in farmacologia la fase clinica è sempre anticipata da una ulteriore fase pre-clinica di test sugli animali.

Nel complesso, il fine terapeutico, oltre ad impedire un vero sviluppo conoscitivo del soggetto, espone indirettamente alla promozione di una maggiore efficacia e applicazione di pratiche suggestive.

Da ciò conseguono degli importanti corollari. In effetti, non è difficile verificare che, se lo scopo ultimo della psicoterapia è terapeutico:

1. il terapeuta è indotto a far uso della suggestione per aumentare le possibilità di remissione dei sintomi (seppur non durature);
2. l'intervento psicoterapeutico è indistinguibile dalla suggestione;
3. ogni teoria sul funzionamento della mente è indistinguibile da una teoria sul funzionamento della suggestione.

4. La soluzione freudiana

Per evitare di cadere in questa *impasse*, la *pratica* clinica deve quindi essere allo stesso tempo *ricerca di base* e *ricerca applicata*.

$$\text{Ricerca di base} = \text{Ricerca applicata (clinica)} = \text{Pratica clinica}$$

Questa impostazione è esattamente quella proposta da Freud:

[...] nella psicoanalisi è esistito fin dall'inizio [un legame molto stretto fra terapia e ricerca, dalla conoscenza è nato il successo terapeutico e, d'altra parte, ogni trattamento ci ha insegnato qualcosa di nuovo; parimenti ogni nuovo elemento conoscitivo è stato accompagnato dall'esperienza dei benefici effetti che da esso potevano derivare. Il nostro procedimento analitico è l'unico a conservare gelosamente questa preziosa coincidenza. Soltanto se esercitiamo nella pratica la nostra cura d'anime analitica, riusciamo ad approfondire le conoscenze sulla vita psichica umana balenateci appena. Tale prospettiva di un tornaconto scientifico è stato il tratto più eminente e più lieto del lavoro analitico.³⁰

Il momento clinico in psicologia in effetti deve rappresentare un momento di ricerca in sé in quanto:

1. è l'unico momento in cui è possibile studiare integralmente il soggetto e i processi mentali;
2. non è possibile pensare a un trattamento psicologico «applicato» che tenga in considerazione solo l'efficacia del trattamento, altrimenti ci si scontra con l'impossibilità di controllare l'effetto suggestivo.

Per Freud in effetti la psicanalisi è in prima istanza un *procedimento d'indagine* di fenomeni psichici altrimenti inaccessibili, quindi un *trattamento* dei disturbi

³⁰ Freud, S. (1926), *Il problema dell'analisi condotta da non medici: Conversazione con un interlocutore imparziale*, p. 422.

nevrotici che è basato su tale indagine ed infine è anche il *nome della scienza* che si fonda sulle conoscenze psicologiche *ottenute per questa via clinica*.³¹

Il fine sanitario è per Freud quindi secondario e un «acquisto accessorio» rispetto a un procedimento che ha un fine ben più ampio e complesso. Mettere davanti il fine sanitario porta a scontrarsi con un limite epistemico che non è possibile superare. Come abbiamo visto, in effetti, assimilare l'epistemologia psicologica a quella medica è un grave errore metodologico che non distingue le peculiarità delle due scienze.

Così si esprime lo stesso Freud nel saggio *Psicanalisi* del 1925:

[...] la psicoanalisi non è certo una comoda panacea per malattie psichiche [...]; al contrario, è stata proprio la sua applicazione a gettar luce sulle difficoltà e sui limiti che la terapia incontra in queste affezioni. [...] Probabilmente il futuro stabilirà che l'importanza della psicoanalisi come scienza dell'inconscio oltrepassa di gran lunga la sua importanza terapeutica.³²

Per questi motivi, il protocollo sperimentale che Freud ha ideato, facendo nascere la psicanalisi, fa uso di un metodo di indagine intraclinico³³ in grado di controllare la suggestione.

Nei successi che subentrano troppo presto scorgiamo piuttosto ostacoli che incoraggiamenti al lavoro analitico, e distruggiamo nuovamente questi successi, dissolvendo di continuo la traslazione sulla quale sono basati. In fondo, è quest'ultimo tratto che distingue il trattamento analitico da quello puramente suggestivo e libera i risultati analitici dal sospetto di essere successi dovuti a suggestione.³⁴

Tale controllo però non avviene a livello di gruppo, ma a livello individuale essendo quindi in grado di tenere in considerazione le componenti e le specificità soggettive.

Un approccio di questo tipo non significa affatto arrendersi alla possibilità di trovare delle regolarità generali. Al contrario, la ricerca di regolarità inizia a livello individuale per trovare degli invarianti che possono poi essere testati su altri individui.³⁵

³¹ Freud, S. (1922), *Due voci di enciclopedia: «Psicoanalisi» e «Teoria della libido»*, p. 440.

³² Freud, S. (1925), *Psicoanalisi*, pp. 224-225.

³³ Per approfondimenti circa il metodo di indagine freudiano rimando a Baldini, F. (2020), e Ceschi, M. V. (2020), *Riflessioni epistemologiche su alcuni aspetti del metodo freudiano*.

³⁴ Freud, S. (1915-17), *Introduzione alla psicoanalisi. Lezione 28. La terapia analitica*, p. 601.

³⁵ Su questo cfr. Baldini, F. (2020). Tale considerazione è ben esposta anche in due

In conclusione, l'impostazione freudiana, avendo ideato un *protocollo sperimentale intraclinico* capace di controllare gli effetti suggestivi, attribuisce alla *pratica psicanalitica* un *fine conoscitivo* che rende possibile conseguire, *in un secondo momento*, un effetto terapeutico.

Sintesi

Lo scopo dell'articolo è presentare come la ricerca in psicoterapia sia viziata da errori metodologici e teorici che hanno a che fare sia con un'errata concezione del momento clinico inteso sulla falsariga delle scienze medico-farmacologiche, sia con il fine stesso del trattamento psicologico, ossia un fine sanitario. Si dimostrerà come il momento clinico in psicoterapia, a differenza della medicina o della farmacologia dove viene considerato la parte conclusiva del processo di ricerca, è un momento sperimentale indipendente, e differente rispetto a ogni altro tipo di indagine psicologica poiché rappresenta il momento dell'indagine del soggetto inteso in modo organico e completo, altrimenti non investigabile. Si vedrà come l'impostazione della ricerca medico-farmacologica standard non sia in grado di dimostrare l'efficacia del trattamento poiché non in grado di discriminare gli aspetti suggestivi dai risultati specifici del trattamento. Infine si concluderà dimostrando come l'impostazione freudiana, muovendosi all'interno di un paradigma alternativo che autonomizza la ricerca clinica ideando un protocollo sperimentale intraclinico, sia al contrario in grado di discriminare la validità teorica delle costruzioni dalla suggestione, attribuendo quindi alla pratica psicanalitica un fine conoscitivo e non sanitario. Proprio l'assunzione di

lavori di Lamiell e Hamker. Gli autori sottolineano come le leggi generali che per definizione devono applicarsi a livello individuale sono diverse dalle regolarità statistiche che si possono riscontrare a livello aggregato e che vengono studiate nella ricerca sulla psicoterapia tradizionale. Cfr. Lamiell, J. T. (1998), «*Nomothetic*» and «*idiographic*». *Contrasting Windelband's understanding with present usage*, e Hamaker, E. L. (2012), *Why researchers should think «within-person»: A paradigmatic rationale*. Più in generale, sull'opportunità di recuperare un approccio basato sulla persona si rimanda ai lavori di Bergman e Magnusson che evidenziano i limiti della ricerca statistica in psicopatologia, sostenendo una ricerca basata sulla persona dove l'unità di analisi è l'individuo come sistema complesso interagente con l'ambiente piuttosto che un aggregato di individui (cfr. Bergman, L. R., Magnusson, D. (1997), *A person-oriented approach in research on developmental psychopathology*). Analogamente, Lundh e Falkenström sostengono che un approccio orientato alla persona può essere in grado di superare alcuni problemi epistemici della ricerca standard essendo più sensibile ai cambiamenti nel corso del trattamento per specifici individui e patologie, agli effetti degli interventi nel corso del tempo e infine al ruolo della relazione terapeutica, cfr. Lundh, L. G., Falkenström, F. (2019).

un fine conoscitivo è in grado di determinare, di conseguenza, la possibilità di un'efficacia terapeutica.

Parole chiave: *psicanalisi, psicoterapia, placebo, suggestione, logica clinica, metodi di ricerca in psicologia.*

Bibliografia

- Amadei, G., & Stella, G. (2019). Psicoanalisi e ricerca empirica. In E. Mangini (Cur.), *Lezioni sul pensiero post-freudiano*, (pp. 687-710). LED Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto.
- APA (2012, august), *Recognition of Psychotherapy Effectiveness*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>
- Baker, M. (2016). 1,500 scientists lift the lid on reproducibility. *Nature*, 533(7604), 452–454. <https://doi.org/10.1038/533452a>
- Baldini, F. (2020). Nuove considerazioni sul metodo psicanalitico freudiano e in generale sull'architettura empirico-razionale della metapsicologia. *Metapsychologica – Rivista di psicanalisi freudiana*, 2020/1, 5–38.
- Bergman, L. R., & Magnusson, D. (1997). A person-oriented approach in research on developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 9(2), 291–319. <https://doi.org/10.1017/s095457949700206x>
- Blease, C., & Kirsch, I. (2016). The placebo effect and psychotherapy: Implications for theory, research, and practice. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 105–107. <http://dx.doi.org/10.1037/cns0000094>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Cagna, P. (2019). Teoria del placebo in medicina e psicologia versus teoria della suggestione in psicanalisi: una valutazione epistemologica. *Metapsychologica – Rivista di psicanalisi freudiana*, 2019/1, 131–143.
- Ceschi, M. V. (2020). Riflessioni epistemologiche su alcuni aspetti del metodo freudiano. *Metapsychologica – Rivista di psicanalisi freudiana*, 2020/1, 39–72.
- Dazzi, N. et al. (2006). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina Editore.
- Enck, P., & Zipfel, S. (2019). Placebo effects in psychotherapy: A framework. *Frontiers in psychiatry*, 10, 456. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00456>
- Evers, A. et al. (2018). Implications of placebo and nocebo effects for clinical practice: Expert consensus. *Psychotherapy and psychosomatics*, 87(4), 204–210. <https://doi.org/10.1159/000490354>
- Freud, S. (1915-1917). *Introduzione alla psicoanalisi*, OSF VIII.

- Freud, S. (1922). *Due voci di enciclopedia: «Psicoanalisi» e «Teoria della libido»*, OSF IX.
- Freud, S. (1924). *Autobiografia*, OSF X.
- Freud, S. (1925). *Psicoanalisi*, OSF X.
- Freud, S. (1938). *Compendio di psicoanalisi*, OSF XI.
- Gaab, J., Blease, C., Locher, C., & Gerger, H. (2016). Go open: A plea for transparency in psychotherapy. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 175–198. <https://doi.org/10.1037/cns0000063>
- Galimberti, U. (2006). *Dizionario di psicologia*. UTET.
- Hamaker, E. L. (2012). Why researchers should think «within-person»: A paradigmatic rationale. In M. R. Mehl & T. S. Conner (Cur.), *Handbook of research methods for studying daily life* (pp. 43–61). The Guilford Press.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2016). *Research Methods in Psychology: Fifth Edition*. Pearson.
- Kirsch, I. (2005). Placebo psychotherapy: synonym or oxymoron? *Journal of clinical psychology*, 61(7), 791–803. <https://doi.org/10.1002/jclp.20126>
- Kirsch, I., Wampold, B., & Kelley, J. M. (2016). Controlling for the placebo effect in psychotherapy: Noble quest or tilting at windmills? *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 121–131. <https://doi.org/10.1037/cns0000065>
- Klein, R. A. et al. (2018). Many Labs 2: Investigating Variation in Replicability Across Samples and Settings. *Advances in Methods and Practices in Psychological Sciences*. 443–490. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/8CD4R>
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. In D. K. Freedheim, H. J. Freudenberger, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Peterson, H. H. Strupp, & P. L. Wachtel (Cur.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 360–390). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10110-010>
- Lamiell, J. T. (1998). «Nomothetic» and «idiographic»: Contrasting Windelband's understanding with contemporary usage. *Theory & Psychology*, 8(1), 23–38. <https://doi.org/10.1177/0959354398081002>
- Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M. J., Leweke, F., Luyten, P., Keefe, J. R., Midgley, N., Rabung, S., Salzer, S., & Steinert, C. (2017). Biases in research: risk factors for non-replicability in psychotherapy and pharmacotherapy research. *Psychological medicine*, 47(6), 1000–1011. <https://doi.org/10.1017/S003329171600324X>
- Lundh, L. G., & Falkenström, F. (2019). Towards a Person-Oriented Approach to Psychotherapy Research. *Journal for person-oriented research*, 5(2), 65–79. <https://doi.org/10.17505/jpor.2019.07>
- Mischel, W. (2020, 15 maggio). *Psychology*. Encyclopedia Britannica. <https://www.britannica.com/science/psychology>
- MIUR. (n.d.). *Istituti abilitati per titoli equipollenti. Psicoterapia*. Ministero

- dell'Istruzione, Ministero dell'Università e della Ricerca. <https://www.miur.gov.it/psicoterapia>
- Norcross, J. C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In Zeig, J., & Munion, W. M. (Cur.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives* (pp. 218-220).
- Open Science Collaboration (2015). Estimating the reproducibility of psychological science. *Science (New York, N.Y.)*, 349(6251), aac4716. <https://doi.org/10.1126/science.aac4716>
- Pashler, H., & Wagenmakers, E.-J. (2012). Editors' introduction to the special section on replicability in psychological science: A crisis of confidence?[Editorial]. *Perspectives on Psychological Science*, 7(6), 528–530. <https://doi.org/10.1177/1745691612465253>
- Rosenthal, D., & Frank, J. D. (1956). Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological bulletin*, 53(4), 294–302. <https://doi.org/10.1037/h0044068>
- Thagard, P. (2013, September 30). *Cognitive science*. Encyclopedia Britannica. <https://www.britannica.com/science/cognitive-science>
- Treccani, (n.d.). Scienza cognitiva. *Enciclopedia Treccani*. <https://www.treccani.it/enciclopedia/scienza-cognitiva>
- Wampold, B. E., Minami, T., Tierney, S. C., Baskin, T. W., & Bhati, K. S. (2005). The placebo is powerful: estimating placebo effects in medicine and psychotherapy from randomized clinical trials. *Journal of clinical psychology*, 61(7), 835–854. <https://doi.org/10.1002/jclp.20129>