

FOCUS 1: LA CONSENSUS CONFERENCE SU ANSIA E DEPRESSIONE: UNO SGUARDO CRITICO

**Dalla montagna al topolino:
commento a ‘Consensus conference sulle terapie psicologiche
per ansia e depressione’**

Silvia Paola Papini, Fabio Vanni***

SOMMARIO. – Il presente lavoro vuole costituire una lettura critica della Consensus conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione che è oggi un documento ufficialmente assunto dal Ministero della Salute e dunque fa da riferimento per gli operatori del settore. Questa autorevolezza formale rende opportuno che il documento venga conosciuto e valutato in modo approfondito. Vengono qui analizzati i principali ambiti trattati distinguendo fra la relazione per la giuria e le raccomandazioni assunte dalla giuria stessa. Come vedremo vi è grande distanza fra le due parti come i giudici stessi hanno colto. Ma altri aspetti riteniamo meritino attenzione: l’insufficiente approfondimento sull’infanzia e l’adolescenza, la prospettiva ristretta assunta rispetto al tipo di studi ritenuti utili, le raccomandazioni sulla formazione. Limiti che definiamo gravi e che rendono il documento, pur animato dalle migliori intenzioni, almeno in apparenza, un testo scarsamente convincente che necessita di ampie revisioni per raggiungere standard accettabili.

Parole chiave: psicoterapia, ansia e depressione, ricerca scientifica, pubblico-privato, efficacia.

Introduzione

Nel 2022, a conclusione di un iter avviato alcuni anni prima, è stato pubblicato dall’Istituto Superiore di Sanità il documento ‘Consensus conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione’, nato su iniziativa dell’Università di Padova – Dipartimento di Psicologia Generale – con l’obiettivo di ‘promuovere la conoscenza e l’applicazione delle terapie psicologiche di efficacia dimostrata per ansia e depressione e favorire l’accessibilità della popolazione a cure appropriate, in particolare psicologiche, in modo da ridurre l’attuale gap di trattamento’ (Gruppo di lavoro “*Consensus*

*Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile scientifico ‘Gruppo Zoe. Per lo studio e la formazione sulla qualità e l’efficacia delle cure psichiche’, Coordinatore Italiano OPD-3, Socio Ordinario SIPRe. E-mail: sppapini@yahoo.it

**Psicologo, psicoterapeuta, Dirigente AUSL Parma, Direttore RP, Direttore Scientifico ‘Progetto Sum’. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

sulle terapie psicologiche per ansia e depressione” - di seguito “Gruppo di lavoro Consensus”, 2022, p. 3). L'intento, a nostro parere condivisibile e meritorio, nasce dalla constatazione, fra l'altro, che nel Servizio Sanitario Nazionale le terapie che più frequentemente vengono erogate, spesso a prescindere dalla persona che si ha di fronte, dall'impatto che il disagio può avere nella sua vita, dalle risorse personali e psicosociali di cui dispone, sono prevalentemente quelle farmacologiche. Oggi abbiamo dati sufficienti, descritti bene anche all'interno della Consensus Conference (Bandelow *et al.*, 2017; Barkowski *et al.*, 2020; Cuijpers *et al.*, 2020; Fava, 2002; Furukawa *et al.*, 2017, 2021), per dire che in molti casi queste ultime non siano il trattamento di elezione, nonostante i dati nazionali e internazionali mostrino come nell'80% dei casi e oltre i richiedenti aiuto ricevano prescrizioni a farmaci antidepressivi. Una *review* ragionata degli studi per il trattamento della depressione si trova anche nel IV capitolo de 'La competenza a curare. Il contributo della ricerca empirica' (Fava & Gruppo Zoe, 2016).

Nello specifico del documento, l'obiettivo di promuovere le terapie psicologiche si articola in una serie di ambiti dentro i quali poter individuare lo stato dell'arte, i punti di forza e le criticità e poter agire per apportare modifiche reali a favore di questa promozione. Brusaferrò, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, li descrive bene nella sua premessa alla Consensus:

1. Riconoscimento dei disturbi e piani di trattamento;
2. Accesso ai servizi e più in generale al trattamento;
3. Formazione accademica e scuole di specializzazione;
4. Promozione della ricerca.

Per noi questo, più dettagliatamente, significa:

1. Saper individuare che si tratta di questo tipo di sofferenza, comprenderne gravità e impatto nella vita dell'individuo, cogliere le forme più lievi e coglierle precocemente – insomma conoscere meglio quello di cui si sta parlando. Si stima che le persone con diverse forme di ansia e depressione che diventano disturbanti e impattanti per loro, dove insomma la sofferenza non diventa occasione di crescita e appropriazione di sé, ma trappola che limita e inchioda in spirali disfunzionali per la persona, siano circa il 7% della popolazione in un anno e che fino al 20% circa della popolazione sperimenti questo malessere all'interno del percorso di vita;
2. Si stima che le persone con questo tipo di sintomi, che vengono chiamati 'disturbi emotivi comuni' o 'disturbi mentali comuni', rappresentino il 50% circa della richiesta al servizio sanitario nazionale (SSN) e che manchi una corrispondenza nell'offerta di servizi. Questo probabilmente è dovuto al fatto che nel corso degli anni, data la limitatezza delle risorse a disposizione, nel SSN ci si è concentrati maggiormente sulla presa in carico dei disturbi gravi (di personalità o psicotici) trascurando tutta la richiesta che è oggetto di questo documento. Nel frattempo, questa

domanda si è rivolta al privato con problemi di accessibilità per una buona fetta della popolazione (legata in primis all'aspetto economico) e dunque di rischio di scopertura e di cronicizzazione per chi non trova risposte adeguate e tempestive;

3. Dare maggiori strumenti in fase formativa agli psicoterapeuti (ma non solo) per conoscere questi temi, saper individuare situazioni critiche, avere competenze su come accompagnare le persone in un percorso di cura, ma anche dare strumenti per conoscere i risultati della ricerca scientifica e farsi orientare da essi;
4. Sostenere la ricerca, interessarci maggiormente ad essa, aumentare gli studi sulla valutazione degli esiti dei trattamenti, del processo, rendendoli parte integrante del servizio che mettiamo a disposizione dei pazienti.

Il documento si articola in due parti. Nella prima parte un gruppo di esperti formula alcuni quesiti e propone argomentazioni e dati a sostegno di essi. In questo caso si tratta di dodici quesiti organizzati in quattro aree. La seconda parte del documento è formulata da una giuria che dà risposta ai quesiti e formula le raccomandazioni vere e proprie.

Un primo elemento che appare evidente è la forte distanza fra la prima e la seconda parte ovvero fra ciò che viene proposto e ciò che viene accolto, e anche per noi alcuni aspetti del documento di proposta appaiono assai dubbi, come proveremo ad argomentare.

Relazione finale per la giuria

Proviamo ad illustrare e a commentare adesso alcuni aspetti della prima parte del documento.

In esso vengono segnalate e prese a riferimento alcune delle più importanti Linee Guida Internazionali (come, ad esempio, quelle del *National Institute for Health and Care Excellence* – NICE – e dell'*American Psychological Association* – APA) e il modello *improving access to psychological therapies*, attivo in Inghilterra dal 2006 e messo a punto da David Clark per aumentare l'offerta di psicoterapia e facilitare l'accesso alle cure. Questo modello viene preso particolarmente in considerazione e tra i suoi punti principali viene segnalata l'importanza di un approccio *stepped care*, volto cioè a fornire diversi livelli di cura a seconda dell'esito dell'*assessment* iniziale, di raccogliere variabili di esito, di fornire ai terapeuti supervisioni regolari. Aspetti importanti sui quali crediamo possa essere importante migliorare anche nei servizi erogati nel nostro paese.

Va qui però messo in evidenza che la valutazione iniziale andrebbe compiuta da personale con alta competenza nella comprensione dei problemi portati, delle opportunità di trattamento, degli esiti, e non già da *gatekeeper* con funzioni di selezione orientata economicamente – per carenza di risorse

di solito. L'appropriatezza del trattamento è la stella polare a cui ispirarsi e richiede competenza, capacità di coordinamento con professionisti con altre competenze, che vanno peraltro individuati, *etc.* Altrimenti la *stepped care* è una selezione economica che apre anch'essa ad altre vie per chi può e lascia nei pasticci chi non può.

Vi sono altri punti però che risultano critici a nostro avviso, come la scelta della tipologia di psicoterapia offerta che si basa sugli studi di efficacia secondo la metodologia *randomized controlled trials* (RCT) e anche la formazione dei terapeuti su specifici protocolli, che rimandano a terapie manualizzate. Colpisce anche che questi punti siano sottolineati, all'interno della relazione degli esperti per la giuria, come standard da seguire piuttosto che aspetti parziali da tenere in considerazione insieme ad altri.

Inoltre, pur rilevando nelle raccomandazioni della giuria carenze importanti nella ricerca relativa all'infanzia e all'adolescenza (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 91), non ci si astiene dall'includere i soggetti in questa età fra i destinatari delle indicazioni.

Fra le criticità non possiamo poi non segnalare che Silvio Garattini, fondatore e Presidente dell'Istituto Mario Negri e Presidente della Giuria, nella presentazione della relazione finale della Consensus Conference alla giuria stessa dichiara 'La varietà delle forme di intervento psicoterapico va valutata in rapporto all'efficacia della psicoterapia cognitiva, la più studiata dal punto di vista scientifico' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. ix). Un'affermazione che merita qualche commento ulteriore.

Sembra che ancora si paghi lo scotto di un antico retaggio, quello per cui la psicoterapia si è fatta strada per annoverarsi un posto legittimo al fianco della più longeva e consolidata forma di cura, la medicina. E sembra che questa strada verso la legittimazione sia passata attraverso il tentativo di far risaltare ciò che più poteva avvicinarsi alla medicina stessa a discapito di ciò che si poteva differenziare e non attraverso un'integrazione di aspetti comuni per costruire un progetto condiviso. Insomma, a partire dalle prime contestazioni (Eysenck, 1952, 1961, 1966; Rachman, 1971 vs. Bergin, 1971; Luborsky *et al.*, 1975; Rosenzweig, 1954; ecc.) negli anni '50, 'Il grande dibattito in psicoterapia', così come chiamato da Wampold e Imel nel loro contributo su questo tema (Wampold & Imel, 2015), non si è mai esaurito nonostante la nascita e gli sviluppi della ricerca in psicoterapia, e ha portato con sé, insieme a occasioni di crescita e sicuramente di maggiore legittimazione, anche questo aspetto disgregativo per cui per poter affermarsi è necessario screditare l'altro (*mors tua vita mea*). Ma, come i due autori sottolineano in modo piuttosto drammatico, si stanno affrontando gli stessi dibattiti laddove negli anni si è raccolta qualche evidenza empirica per supportare punti di vista differenti.

Per quanto riguarda la scientificità, la frase di Garattini rimanda al fatto che in tutto il documento si parla di trattamenti 'efficaci', dove per efficacia

si intende efficacia statistica, in quanto gli studi utilizzati per valutare l'efficacia sono quelli che seguono il modello degli RCT.

'Gold standard per la ricerca sull'efficacia della psicoterapia sono i RCT', che in realtà non si limitano all'assegnazione randomizzata dei pazienti ai vari gruppi, ma presentano un apparato metodologico variamente sofisticato. Sulle psicoterapie, nel nostro Paese, non sono stati condotti fino ad ora studi clinici controllati randomizzati che siano stati replicati da *équipe* indipendenti, né sono attesi nel futuro prossimo, giacché dimensioni, complessità e costi vanno oltre le risorse scientifiche del sistema Paese. In base a qualità e quantità delle ricerche si usa stilare una gerarchia di 'prove d'efficacia', di questo o quel trattamento psicoterapeutico, per questa o quella classe di disturbi. [...] Il più alto livello è quello dei 'trattamenti ben consolidati' (tra i requisiti almeno due RCT, condotti da due distinti gruppi di ricerca, che attestino la superiorità rispetto a placebo o trattamento alternativo superiore a placebo)' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 44).

Questo filone di studi è quello storicamente portato avanti dalla *Division 12- Society of Clinical Psychology* dell'APA e viene chiamato *Empirically Supported Treatments*. Nel loro sito si può trovare una lista regolarmente aggiornata di trattamenti, divisi appunto in trattamenti di comprovata efficacia, probabile efficacia, ecc. Innanzitutto è importante sottolineare che anche dentro la *Division 12* è stato aggiunto come criterio di comprovata efficacia la dimostrazione di efficacia attraverso disegni sperimentali *single-case* (almeno 9), in quanto non tutte le forme di psicoterapia riescono ad essere studiate attraverso la metodologia RCT che richiede tempi circoscritti e criteri che non corrispondono ad alcune forme di trattamento, per le quali vanno utilizzate metodologie di ricerca diverse, come quella dei *single case* appunto.

Inoltre, la comunità scientifica conosce molto bene i limiti che gli studi RCT comportano:

- la selezione molto stringente dei pazienti, che devono essere omogenei per diagnosi ad esempio, escludendo tutte le situazioni dove sia presente una comorbilità, cioè la realtà della maggior parte delle persone che arrivano a chiedere aiuto; ricordiamoci che i sistemi diagnostici servono a darci elementi per descrivere degli aspetti della complessità umana e non a creare realtà o verità oggettive, in quanto ogni persona è espressione unica ed irripetibile di aspetti biologico-genetici, esperienziali, relazionali, sociali e di vita; ne va da sé che la comorbilità sia quanto aspettarsi più facilmente, non per altro anche i più classici sistemi diagnostici categoriali stanno sempre più muovendosi in un'ottica dimensionale;
- la richiesta di seguire terapie manualizzate, dove la letteratura ha mostrato che seguire in modo pedissequo un manuale porta a risultati meno efficaci rispetto a terapie dove il clinico si assume l'aspetto della cura in prima persona e personalizza il trattamento con flessibilità e 'autocorreggendolo' durante il processo; sappiamo infatti che la rigidità degli

- interventi è un fattore nocivo per la riuscita delle terapie, in particolare nel momento in cui si realizzano rotture dell'alleanza terapeutica (Henry, 1994; Rennie, 1994; Rhodes *et al.*, 1994; Safran *et al.*, 2001);
- i trattamenti reali non hanno una durata stabilita ma questa è variabile, perché strettamente legata alla situazione specifica;
 - limitare la scelta di terapia e terapeuta danneggia l'alleanza, fattore primario di esito; seppure ci sia poca consapevolezza da parte degli utenti delle differenze di teorie e tecniche in ambito psicoterapico, ogni persona ha una propria teoria della sua sofferenza e delle strade per uscirne; le preferenze del paziente sono correlate ad un buon esito del trattamento; nella Consensus Conference viene affermato questo aspetto per sostenere la scelta di un trattamento psicoterapico rispetto al farmaco: 'Molte persone (circa la metà) preferiscono la psicoterapia ai trattamenti farmacologici: se si viene incontro a questa preferenza vi è una maggiore disponibilità e aderenza al trattamento (Deacon & Abramowitz, 2005; Paris, 2008; Patterson, 2008; Solomon *et al.*, 2008; Vocks *et al.*, 2010)' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 27);
 - negli studi di efficacia non si individuano le caratteristiche per cui quel trattamento è efficace, si assume che siano aspetti specifici a renderlo tale, ma non vengono presi in considerazione gli aspetti aspecifici del trattamento che possono essere trasversali al tipo di terapia, come ad esempio la costruzione di un rapporto di fiducia con il terapeuta; nelle conclusioni del gruppo di lavoro sulle relazioni terapeutiche dell'APA (Norcross, 2001) viene affermato che: 'I tentativi di elaborare linee guida pratiche basate sull'evidenza di psicoterapie efficienti trascurando la relazione terapeutica sono del tutto incompleti e potenzialmente insoddisfacenti sia in ambito clinico che sperimentale'.

Sottolineare i limiti degli RCT non significa screditarne il valore, che in termini di validità interna rimane importante, ma descriverne la parzialità in termini di validità esterna per cui gli stringenti criteri necessari per portare avanti questi studi rendono i risultati meno generalizzabili. Questo con l'idea di intendere la ricerca in un'ottica più allargata, soprattutto in riferimento al rispetto della pratica clinica.

Nel testo della Consensus Conference questo viene solo 'accennato' in alcuni punti del testo lasciando il lettore però piuttosto privo di approfondimento rispetto a quanto si possa intendere: 'Per completezza, è necessario accennare al fatto che nell'ultimo decennio sono stati pubblicati studi, editoriali e meta-analisi che mettono in dubbio il principio di efficacia di una psicoterapia basata sugli RCT di impianto tradizionale e sugli *effect size* che ne derivano (cfr. Shedler, 2018; Wachtel, 2010)' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 15).

E viene poi ripreso più avanti 'Una ulteriore cautela deriva da studi, editoriali e revisioni meta-analitiche, pubblicati nell'ultimo decennio, che metto-

no in dubbio il principio di efficacia di una psicoterapia basata sugli RCT di impianto tradizionale e sugli *effect sizes* che ne derivano. Nonostante le differenti metodologie impiegate, questi studi hanno evidenziato alcuni limiti metodologici degli RCT in psicoterapia su cui si basano le linee guida e la sostanziale non-superiorità di alcune psicoterapie sulle altre in relazione ai disturbi studiati, alle metodologie di follow-up utilizzate e agli *outcome* considerati. Si consulti al riguardo la seguente bibliografia: American Psychological Association, 2012; Chambless & Ollendick, 2001; Clark, 2017; Cuijpers *et al.*, 2016, 2020; Flückiger *et al.*, 2014; Guidi *et al.*, 2018; Keefe *et al.*, 2014; Shedler, 2018; Thornton, 2018; Tolin *et al.*, 2015; Watchel, 2010; Westen *et al.*, 2004 (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 53).

Infatti, poco dopo aver parlato dell'efficacia sperimentale si scrive questo: 'Quanto detto fin qui non costituisce che metà del cielo'. Riguarda difatti un'accezione del termine 'efficacia' relativamente astratta, quale si ricava in condizioni ottimali di ricerca avanzata: questo tipo di efficacia (*efficacy*) è abitualmente denominato 'efficacia teorica'. L'altra metà del cielo è occupata da questioni di efficacia pratica (*effectiveness*) ed efficienza (*efficiency*). (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 45)

Crediamo possa avere senso parlare anche dell'altra metà del cielo, in un testo che vuole avere come obiettivo la promozione della cultura e dell'offerta di trattamenti di natura psicologica al fianco o come elettivi rispetto a trattamenti farmacologici, ma anche a prescindere da essi.

Quindi facciamo qualche approfondimento ulteriore.

Sicuramente è importante citare tutto il filone di studi portato avanti dalla *Division 29* dell'APA, *Society for the Advancement of Psychotherapy*, che pone la sua attenzione sui cosiddetti fattori aspecifici, cioè quei fattori che sono trasversali al tipo di orientamento ma che risultano collegati alla sua efficacia. Rispetto alla relazione ne sono esempio: l'alleanza terapeutica, che si è mostrato essere come il più forte predittore di esito negli studi degli ultimi decenni, sia per le terapie individuali, che per quelle di coppia, familiari e di gruppo, il consenso sugli obiettivi, l'empatia, la considerazione positiva, la raccolta di feedback da parte del paziente sono alcuni dei fattori di comprovata efficacia, a cui si aggiungono altri di probabile efficacia, quali l'autenticità, la relazione reale e la riparazione delle rotture. Il gruppo coordinato da Norcross pubblica all'incirca ogni 10 anni un aggiornamento dei risultati di questi studi (Norcross, 2002, 2011; Norcross & Lambert, 2019; Norcross e Wampold 2019). Lambert e colleghi (Asay & Lambert, 1999; Lambert 2013; Wampold, 2001) hanno stimato che l'influenza dei fattori comuni o aspecifici sulla varianza dei risultati dei trattamenti sia del 30% (a fronte di un 15% delle tecniche specifiche).

Questo sguardo potrebbe già portare ad un allargamento della visuale, in un'ottica più integrativa rispetto a forme di psicoterapia di differente tipo. L'importanza infatti di individuare trattamenti, forme di psicoterapia, che si

fondino su una base di efficacia, non è per inseguire l'illusoria idea che esista un'unica forma di terapia che sia efficace e risolutiva per tutti, ma consiste nella possibilità di offrire varie strade serie e solide, proprio considerato il fatto che ogni persona può trovare corrispondenza in percorsi differenti. 'Nessun trattamento è risultato avvicinarsi ad essere efficace nel 100% dei casi trattati. La dimostrazione di efficacia di un trattamento non ci dice se quel trattamento sarà efficace nel caso che stiamo trattando, anche se il paziente appartiene ad una categoria diagnostica per cui quel tipo di terapia si è dimostrata efficace' (Fava & Gruppo Zoe, 2016, p. 21).

Altri esempi sono citati nella stessa relazione in alcuni punti o note a fondo pagina:

- 'Va sottolineato che molte linee guida privilegiano la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) rispetto alla terapia psicodinamica (PDT) a causa del maggior numero di studi che storicamente sono stati condotti sulla CBT, però nei tempi recenti diverse ricerche e meta-analisi hanno mostrato che la PDT spesso non è inferiore alla CBT (si vedano, tra gli altri, Cuijpers *et al.*, 2014; Gerber *et al.*, 2011; Keefe *et al.*, 2014; Leichsenring & Steinert, 2017; Shedler, 2010; Steinert *et al.*, 2017; Steinert & Leichsenring, 2017; Thoma *et al.*, 2012; Tolin, 2015) (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 54);
- 'In parziale contraddizione con alcune linee guida appena passate in rassegna, in particolare quelle NICE, una recente meta-analisi ha dimostrato la sostanziale equivalenza di efficacia delle terapie CBT e di quelle psicodinamiche nel trattamento dei disturbi d'ansia presi finora in considerazione (Keefe *et al.*, 2014)' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 62).

Raccomandazioni della giuria

Questi elementi integrativi sono maggiormente considerati nella parte delle raccomandazioni della giuria che indica uno scenario alquanto differente, come dicevamo, rispetto alle proposte:

'Si raccomanda di promuovere lo sviluppo di un sistema di monitoraggio degli esiti degli interventi realizzati in strutture pubbliche e private anche non convenzionate. Questa raccomandazione [...] inoltre permette la valutazione dell'accettazione soggettiva, dall'alleanza terapeutica e della soddisfazione del trattamento psicologico così fortemente correlato al consenso e alla reciprocità del paziente, per osservare e gestire, anche in termini di offerta psicologica, le differenze che anche in questo campo si apprezzano tra efficacia teorica ed efficacia pratica' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 91).

Si chiarisce che poi quando si parla di trattamenti basati su prove di efficacia si parla di efficacia anche clinica. E infatti in seguito si dice:

‘Nell’ambito delle psicoterapie supportate da prove di efficacia, non essendo rilevabili differenze di efficacia clinicamente rilevanti tra singoli interventi, si raccomanda di considerare con attenzione l’offerta di una varietà di psicoterapie strutturate, a condizione di valutarne e monitorarne sistematicamente l’esito’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 92).

Si segnala poi che ‘L’esteso e impegnativo lavoro di analisi delle evidenze presenti in letteratura fatto dal gruppo di esperti della Consensus Conference ha però toccato solo parzialmente l’ambito dell’età evolutiva’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 90) e che quindi è necessario ‘approfondire ulteriormente gli aspetti specifici relativi a infanzia e adolescenza’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 91).

Il tema della formazione appare tuttavia particolarmente critico anche nella seconda parte del documento laddove:

- a. non si fa una chiara distinzione fra scuole di specializzazione in psicoterapia e scuole di specializzazione in psichiatria, neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, psicologia clinica quando ‘si raccomanda un incremento del numero delle scuole di specializzazione pubbliche, che tendenzialmente dovrebbero essere presenti in tutte le università’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 95);
- b. ‘si raccomanda un incremento delle ore di tirocinio nelle scuole di specializzazione private (dunque, s’immagina, in psicoterapia, ndr), in modo da equipararle a quelle pubbliche’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 95).

Questo passaggio, unitamente al punto successivo, che invita ad ‘una maggiore disponibilità delle strutture pubbliche e convenzionate di psichiatria, neuropsichiatria infantile e psicologia clinica ad ospitare i tirocini degli specializzandi’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 95), prefigura uno scenario che sembra non tener conto né della qualità formativa (portare i tirocini in psicoterapia a trentotto ore settimanali contro le attuali 4-5 sarebbe funzionale alla formazione degli specializzandi e alla qualità della risposta ai pazienti o a creare una forza lavoro di serie B?) né dei costi (i tirocini in psicoterapia oggi non sono retribuiti, è immaginabile pensare che lo possano diventare portandoli a quel monte ore?) né di una realtà costituita da alcune centinaia di scuole di psicoterapia private (e nessuna pubblica) del cui destino non sembra ci si preoccupi particolarmente.

Ma ancor più preoccupa che si soprasseda alla nota impreparazione alla psicoterapia fornita dalle scuole di specializzazione di area medica, che pure abilitano alla stessa psicoterapia per un compromesso politico-professionale che, se è stato necessario ai tempi della legge 56/89, sarebbe oggi opportuno smascherare ed emendare, trattandole come se fossero equiparabili a quelle private quanto alla qualità della formazione che erogano. Di più, appare vetusta e genera sospetti in ordine alla convenienza accademica la raccomandazione di incremento delle scuole pubbliche (di psichiatria? di

neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza? di psicoterapia?) quando appare evidente che non si tratta certo di rendere pubblico ciò che è privato ma di operare a ben altri livelli sulla qualità della formazione in psicoterapia (mentre la strada scelta, lo sappiamo, è quella del burocratismo).

Appaiono poi ovvie ma condivisibili invece, parlando di formazione dei medici, le indicazioni di 'conoscere e saper applicare l'empatia come costrutto relazionale, fondamentale per l'adesione al trattamento, la comunicazione della diagnosi e l'esito della cura' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 97) e, parlando di formazioni agli psicologi 'avere competenze relative circa l'alleanza terapeutica' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 98).

Un punto che risente di una impostazione pregiudizialmente discutibile riguarda poi il rapporto pubblico-privato. Nella prima parte del documento si dice esplicitamente che 'pur in assenza di dati attendibili, gli esperti ritengono che almeno due terzi della domanda di trattamenti psicoterapeutici trovi risposta nella pratica professionale privata' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 30) e poi si raccomanda di 'potenziare l'offerta di terapie psicologiche nei servizi pubblici ed eventualmente introdurre forme di convenzione e accreditamento dei professionisti privati' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 32).

Al di là della forzatura costituita da una dicotomia così formulata che non tiene quindi conto di tutto un mondo della cura psicologica che opera nel terzo settore, e dunque in organizzazioni con caratteristiche 'terze' fra pubblico e privato, appare infondata l'idea implicita che sembra serpeggiare nel documento che solo il servizio pubblico sia 'governabile' e 'universalisticamente accessibile' quando appare evidente che i professionisti privati, anche profit, non operano nel vuoto normativo e culturale e potrebbero ben essere inclusi in reti cliniche e formative qualora lo si volesse e che l'accessibilità per le fasce meno abbienti può essere garantita, oltre che attraverso il lavoro delle organizzazioni del terzo settore, attraverso forme di convenzionamento, accreditamento, *welfare* aziendale, bonus, ecc., e che rinunciare ad includere questi attori sociali nei sistemi di cura significa inseguire irrealizzabili utopie panpubbliche.

Conclusioni

Se dovessimo riassumere le nostre riflessioni, ci pare che le buone intenzioni iniziali siano state tradotte in una forma spesso molto criticabile e che solo parzialmente le raccomandazioni finali possano risultare pienamente accoglibili. Dalla montagna al topolino appunto. Certamente l'orientamento a favorire una migliore accessibilità e appropriatezza (il trattamento giusto per lo specifico problema e soggetto) per tutta la popolazione è un obiettivo da perseguire ed è da stigmatizzare e contenere ciò che, spesso per ragioni

anche non nobilissime, prevale nel 'mercato della cura', ma certo il processo di sviluppo di una cura con i soggetti umani che metta al centro la qualità è ancora lungo e forse il contributo di questo documento fornisce un aiuto più modesto di quanto sarebbe stato auspicabile.

Non sembra semplice ricondurre i percorsi formativi e organizzativi dei servizi ad un insieme di norme, per quanto valide ed empiricamente fondate, in particolare se si considerano le difficoltà e la complessità dei percorsi che portano ad essere un terapeuta 'efficace'. Fava scrive nell'introduzione a *La competenza a curare*: 'D'altra parte solo uno sciocco potrebbe pensare di vincere una partita di tennis avendo imparato a memoria un eccellente manuale sull'argomento. Nello stesso senso nessuno potrebbe affrontare la stessa partita senza conoscere le regole codificate del gioco o utilizzando materiali incompleti e scadenti' (Fava & Gruppo Zoe, 2016, p. 6).

Poiché l'essere umano è meravigliosamente complesso, lo è anche il nostro mestiere, e per questo siamo convinti che più riusciremo ad assumerci come persone e come comunità uscendo da logiche di adesione/contrasto, più riusciremo a fornire efficaci risposte anche sul piano politico e sanitario.

Tuttavia, appare assolutamente necessario un confronto critico serrato qualora le idee proposte appaiano non del tutto convincenti.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association (2012). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 2013;50:102-109. Disponibile da: www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy
- Asay, T.P., Lambert, M. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC, *American Psychological Association*, pp. 33-56.
- Bandelow, B., Michaelis, S. Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19:93-107.
- Barkowski, S., Schwartz, D., Strauss, B., Burlingame, G.M., Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30:1-18.
- Bergin, A.E. (1971). The evaluation of psychotherapeutic outcomes. In S.L. Garfield, A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An empirical analysis* (2nd ed., pp. 139-190). New York: Wiley.
- Chambless, D.L., Ollendick T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52:685-716 (trad. it.: Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie ed evidenze empiriche. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2001;35:5-46).
- Clark, D.M. (2017). Il programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 51:529-550.
- Cuijpers, P., Cristea, I.A., Karyotaki, E., Reijnders, M., Huibers, M.J.H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15:245-258.

- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S.D., van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159:118-126.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., Ebert, D.D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression. A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 30:279-293.
- Deacon, B.J. Abramowitz, J.S. (2005). Patients' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 36:139-145.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16:319-324.
- Eysenck, H.J. (1961). The effects of psychotherapy. In H.J. Eysenck (Ed.), *Handbook of Abnormal Psychology* (pp. 697-725). New York: Basic Books.
- Eysenck, H.J. (1966). The effects of psychotherapy. New York: International Science Press.
- Fava, E., Gruppo Zoe (2016). La competenza a curare. Il contributo della ricerca empirica. Milano: Mimesis.
- Fava, G.A. (2002). Long-term treatment with antidepressant drugs: the spectacular achievements of propaganda. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71:127-132.
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Munder, T., Heer, S., Wampold, B.E. (2014). Enduring effects of evidence-based psychotherapies in acute depression and anxiety disorders versus treatment as usual at follow-up. A longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34:367-375.
- Furukawa, T.A., Shinohara, K., Sahker, E., Karyotaki, E., Miguel, C., Ciharova, M., Bockting, C.L.H., Breedvelt, J.J.F., Tajika, A., Imai, H., Ostinelli, E.G. Sakata, M., Toyomoto, R., Kishimoto, S., Ito, M., Furukawa, Y., Cipriani, A., Hollon, S.D., Cuijpers, P. (2021). Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 20:387-396.
- Furukawa, T.A., Weitz, E.S., Tanaka, S., Hollon, S.D., Hofmann, S.G., Andersson, G., Twisk, J., DeRubeis, R.J., Dimidjian, S. Hegerl, U., Mergl, E., Jarrett, R.B., Vittengl, J.R., Watanabe, N., Cuijpers, P. (2017). Initial severity of depression and efficacy of cognitive-behavioural therapy: individual-participant data meta-analysis of pill-placebo-controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 210:190-196.
- Gerber, A.J., Kocsis, J.H., Milrod, B.L., Roose, S.P., Barber, J.P., Thase, M.E., Perkins, P., Leon, A.C. (2011). A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. 168:19-28.
- Gruppo di lavoro "Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione". *Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022 (Consensus ISS 1/2022). Available from: http://www.iss.it/documents/20126/0/Consensus_1_2022_IT.pdf
- Guidi, J., Brakemeier, E., Bockting, C.L.H., Cosci, F., Cuijpers, P., Jarrett, R.B., Linden, M., Marks, I., Peretti, C.S., Rafanelli, C., Rief, W., Schneider, S., Schnyder, U., Sensky, T., Tomba, E., Vazquez, C., Vieta, E., Zipfel, S., Wright, J.H., Fava, G.A. (2018). Methodological recommendations for trials of psychological intervention. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87:276-284.
- Henry, W.P., Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process, in A.O. Horvath, L.S. Greenberg (Eds.), *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*, New York, Wiley, pp. 259-287.
- Keefe, K.R., McCarthy, K.S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., Barber, J.P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34:309-323.
- Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.) 'Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change', 6th ed., Hoboken, NJ, Wiley, 169-218.

- Leichsenring, F. Steinert, C. (2017). La terapia comportamentale è veramente la più efficace? *Psicoterapia e Scienze Umane*, 51:551-558. Anche in Migone, P. (a cura di), La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche. Milano: Franco Angeli, 2021;3:74-82.
- Luborsky, L., Singer, B. Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: ‘Is it true that everyone has won and all must have a prize?’, *Archives of General Psychiatry*, 32:995-1008.
- Norcross, J.C. (2001). Purposes, Processes, and Products of the Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38:345-356.
- Norcross, J.C. (a cura di) (2002). Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients, Oxford University Press, New York.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2011). Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2nd ed.). Oxford University Press. Available from: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001>
- Norcross, J.C., Lambert, M.J. (2019). Psychotherapy relationships that work. Volume 1: Evidence-based therapist contributions (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C., Wampold, B.E. (2019). Psychotherapy relationships that work. Volume 2: Evidence-based responsiveness (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Paris, J. (2008). Clinical trials of treatment for personality disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 31:517-viii.
- Patterson, T.L., Leeuwenkamp, O.R. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100:108-119.
- Rachman, S. (1971). The effects of psychotherapy (Vol. 15). Oxford: Pergamon.
- Rennie, D.L. (1994). Clients’ deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41:427-437.
- Rhodes, R.H., Hill, C.E., Thompson, B.J., Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41:473-483.
- Rosenzweig, S. (1954). A transvaluation of psychotherapy: a reply to Hans Eysenck. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49:298-304.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38:406-412.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American psychologist*, 65:98-109.
- Shedler, J. (2018). Where Is the Evidence for ‘Evidence-Based’ Therapy? *The Psychiatric Clinics of North America*, 41:319-329.
- Solomon, D.A., Keitner, G.I., Ryan, C.E., Kelley, J. Miller, I.W. (2008). Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: Family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disorders*, 10:798-805.
- Steinert, C. Leichsenring, F. (2017). No psychotherapy monoculture for anxiety disorders. *Lancet*, 389:1882-1883.
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *The American journal of psychiatry*, 174:943-953.
- Thoma, N.C., McKay, D., Gerber, A.J., Milrod, B.L., Edwards, A.R. Kocsis, J.H. (2012). A quality-based review of randomized controlled trials of cognitive-behavioral therapy for depression: An assessment and metaregression. *American Journal of Psychiatry*, 169:22-30.
- Thornton, J. (2018). Depression in adults: campaigners and doctors demand full revision of NICE guidance. *British Medical Journal (BMJ)*, 361:k2681.
- Tolin, D.F. (2015). Corrigendum to ‘Beating a dead dodo bird: Looking at signal vs. noise in

- cognitivebehavioral therapy for anxiety disorders'. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22:315-316.
- Tolin, D.F., McKay, D., Forman, E.M., Klonsky, E.D., Thombs, B.D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22:317-338.
- Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrowsky, R., Rustenbach, S.J., Kersting, A. & Hertpertz, S. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 43:205-217.
- Wachtel, P.L. (2010). Beyond 'ESTs'. Problematic assumptions in the pursuit of evidence-based practice. *Psychoanalytic Psychology*, 27:251-272. (Trad. It. Al di là degli 'EST'. Problemi di una pratica psicoterapeutica basata sulle evidenze. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2011, 45:153-180).
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group (Trad. It. Il Grande dibattito in psicoterapia: L'evidenza della ricerca scientifica avanzata applicata alla clinica, Sovera editore, Roma, 2017).
- Westen, D., Morrison Novotny, K., Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130:631-663.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 11 maggio 2023.

Accettato: 29 maggio 2023.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:793

doi:10.4081/rp.2023.793

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.