

## Oltre i modelli di trattamento: i meccanismi di cambiamento in psicoterapia

Ramona Fimiani<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Psicoterapia SPC, Roma

<sup>2</sup>Control-Mastery Theory - Italian Group (CMT-IG), Roma

<sup>3</sup>Centro Romano di Psicoterapie Integrate, Roma

### *Riassunto*

Decenni di ricerca attestano costantemente che il paziente, il terapeuta, la loro relazione e il metodo di trattamento agiscono di concerto nel determinare l'efficacia della psicoterapia. Una comprensione di ciò che contribuisce al successo della psicoterapia, quindi, deve necessariamente prendere in considerazione tutti questi fattori determinanti e il modo in cui lavorano insieme per produrre i suoi effetti benefici (Norcross & Lambert, 2019; Kazdin, 2009). I risultati di numerosi studi, infatti, hanno dimostrato che la relazione terapeutica contribuisce in modo sostanziale all'esito del trattamento (Norcross & Lambert, 2019; Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015), così come la figura stessa del terapeuta, evidenziando differenze significative nella capacità dei terapeuti di facilitare cambiamenti positivi nei loro pazienti (Castonguay & Hill, 2017). Inoltre, i risultati di molteplici meta-analisi suggeriscono che fornire ai pazienti una terapia personalizzata, adattando metodi e stili di relazione alle loro caratteristiche e ai loro bisogni specifici, sia più efficace che fornire una terapia basata su un manuale di trattamento per uno specifico disturbo (Norcross & Wampold, 2019). La responsività appropriata, dunque, rappresenta l'essenza della buona pratica (Watson & Weisman, 2021) e l'implementazione di trattamenti guidati da un'accurata formulazione del caso, rendendo possibile una progettazione personalizzata del trattamento, operazionalizza il problema della responsività e guida l'interazione responsiva tra paziente e terapeuta.

*Parole chiave:* relazione terapeutica; effetti del terapeuta; responsività appropriata; formulazione del caso.

### **Beyond treatment models: mechanisms of change in psychotherapy**

#### *Summary*

Decades of research consistently attest that the patient, the therapist, their relationship, and the method of treatment operate together in determining the efficacy of psychotherapy. An understanding of what contributes to the success of psychotherapy, therefore, should necessarily take into account all of these determinants and how they work together to produce its beneficial effects (Norcross & Lambert, 2019; Kazdin, 2009). In fact, the results of numerous studies have shown that the therapeutic relationship contributes substantially to treatment outcome (Norcross & Lambert, 2019; Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015), as does the person of the therapist, showing significant differences in the ability of therapists to facilitate positive changes in their patients (Castonguay & Hill, 2017). Moreover, findings from multiple meta-analyses suggest that providing patients with individualized therapy, adapting methods and styles of relating to their specific characteristics and needs, is more effective than providing therapy based on a treatment manual for a specific disorder (Norcross & Wampold, 2019). Appropriate responsiveness, therefore, is the essence of good practice (Watson & Weisman, 2021), and the implementation of treatments guided by accurate case formulation, making possible individualized treatment design, operationalizes the responsiveness problem and guides responsive interaction between patient and therapist.

*Key-words:* therapeutic relationship; therapist effects; appropriate responsiveness; case formulation.

## **Introduzione**

Sebbene l'efficacia della psicoterapia sia un dato ampiamente consolidato in letteratura, non è ancora chiaro quali siano i meccanismi responsabili del cambiamento. Parte di questo ritardo è attribuibile ai metodi utilizzati nella ricerca in psicoterapia, in particolare, i trial controllati randomizzati (*RCT*), che rappresentano il gold standard dei disegni di ricerca in psicoterapia.

L'impiego di questi metodi ha prodotto come conseguenza la proliferazione di trattamenti evidence-based per specifici disturbi (Barlow, 2000; Norcross et al., 2017), ma nessuno di questi trattamenti si è dimostrato superiore agli altri, nonostante la loro diversità teorica e tecnica e la differenza dei meccanismi di cambiamento ipotizzati (Wampold & Imel, 2015). Gli sforzi profusi nel promuovere trattamenti basati su prove di efficacia, sebbene siano nobili nelle intenzioni, si sono rivelati gravemente incompleti, giacché l'attenzione ai modelli di trattamento ha oscurato il ruolo critico svolto dalla relazione terapeutica, dalla persona del terapeuta e dal paziente nel produrre gli effetti benefici della psicoterapia (Norcross & Lambert, 2019). La sostanziale equivalenza dell'efficacia delle psicoterapie per disturbi specifici ha messo in evidenza proprio la centralità di questi fattori nel promuovere i benefici della psicoterapia.

### **1. Le qualità curative della relazione terapeutica**

I modelli sui fattori comuni (Wampold & Imel, 2015) sostengono che la relazione tra paziente e terapeuta sia il fondamento dell'efficacia della psicoterapia. In effetti, le migliori ricerche disponibili condotte negli ultimi decenni dimostrano chiaramente le *qualità curative della relazione terapeutica* e il valore benefico dell'adattamento di tale relazione ai singoli pazienti, al di là della loro diagnosi (Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019). I risultati di molteplici meta-analisi hanno dimostrato che la relazione terapeutica contribuisce in modo sostanziale all'esito del trattamento, tanto quanto i particolari metodi di trattamento utilizzati (Norcross & Lambert, 2019; Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015). Valorizzare il ruolo della relazione terapeutica nel produrre gli effetti benefici della psicoterapia non significa, però, affermare che sia l'unico elemento efficace. Questa è la conclusione errata raggiunta nelle guerre culturali in psicoterapia che contrappongono il metodo di trattamento alla relazione terapeutica, portando a una polarizzazione della disciplina basata su una falsa dicotomia (Norcross & Lambert, 2019). Esiste, invece, una profonda sinergia tra i metodi di trattamento e la relazione terapeutica. Essi si modellano e si informano reciprocamente (Gelso, 2005): la relazione, infatti, non esiste a prescindere da ciò che il terapeuta fa in termini di metodo, e non è possibile immaginare alcun metodo di trattamento che non abbia un qualche impatto relazionale. I metodi di trattamento stessi sono atti relazionali (Safran

& Muran, 2000) e il valore di un metodo terapeutico è indissolubilmente legato al contesto relazionale in cui viene applicato (Norcross, 2010; Stiles et al., 1998).

Norcross e Wampold (2019) hanno raccolto le migliori evidenze di ricerca su ciò che “funziona” della relazione terapeutica. I risultati meta-analitici suggeriscono che *l'alleanza terapeutica* (Flückiger et al., 2018), *l'accordo sugli obiettivi e la collaborazione* tra paziente e terapeuta (Tryon et al., 2018), *l'empatia* (Elliott et al., 2018), *la considerazione positiva* del paziente, che si esprime attraverso il calore, la simpatia, il rispetto e l'accettazione (Farber et al., 2018) e *la raccolta dei feedback* del paziente (Lambert et al., 2018) hanno un'efficacia dimostrabile. Inoltre, *la relazione reale* (Gelso et al., 2019), *la coerenza/autenticità*, cioè la misura in cui terapeuta e paziente sono sé stessi nella relazione piuttosto che essere nascosti dietro ruoli stereotipati (Kolden et al., 2018), la capacità del terapeuta di *facilitare l'espressione delle emozioni* (Peluso & Freund, 2018), le *aspettative positive* del paziente (Constantino et al., 2019a), *la promozione della credibilità del trattamento* (Constantino et al., 2019b), *la gestione del controtransfert* (Hayes et al., 2019) e *la riparazione delle rotture dell'alleanza terapeutica* (Eubanks et al., 2018) sono fattori probabilmente efficaci. Queste variabili si sono rivelate predittori consistenti dell'efficacia del trattamento, con effect size (*d*) compresi tra 0.24 e 0.80.

In questa sede, ci focalizzeremo sui risultati della ricerca condotta sull'*alleanza terapeutica*, che rappresenta il costrutto più studiato nella ricerca sul processo terapeutico, nonché uno dei predittori più robusti del successo della psicoterapia (Flückiger et al., 2018). Il concetto di alleanza tra terapeuta e paziente affonda le sue radici nella tradizione psicoanalitica (Freud, 1913, 1937; Zetzel, 1956; Greenson, 1965, 1967; Luborsky, 1976) per riferirsi ai sentimenti sani, affettuosi e di fiducia del paziente verso l'analista, differenziati dalla componente transferale della relazione. Negli anni '70, Edward Bordin (1979, 1994) ha proposto una concettualizzazione panteorica del costrutto di alleanza, utilizzato per designare la componente relazionale presente in tutti i tipi di attività di aiuto, svincolando, quindi, la teorizzazione sull'alleanza dalle sue radici psicodinamiche e dal suo linguaggio. L'alleanza rappresenta una qualità emergente della collaborazione reciproca tra terapeuta e paziente che si basa su tre componenti: a) l'accordo rispetto agli obiettivi della terapia; b) l'accordo sui compiti della terapia; e c) il legame tra paziente e terapeuta (Bordin, 1979; Hatcher & Barends, 2006). Hatcher e Barends (2006) hanno descritto l'alleanza come “il grado in cui la diade terapeutica è impegnata in un lavoro di collaborazione con uno scopo” (p. 293), chiarendo il fondamento logico per cui il costrutto dell'alleanza è anche spesso definito e concettualizzato come “alleanza di lavoro”. La componente del legame considera il legame come un sostegno ai compiti e agli obiettivi della terapia, piuttosto che designare la relazione affettiva esistente tra i due

partecipanti. È interessante notare che le misure della relazione reale predicano l'esito del trattamento al di là delle misure dell'alleanza (Gelso, 2014), indicando che esse catturano qualità distinte della dimensione interpersonale.

Dalla meta-analisi iniziale di Horvath e Symonds (1991), le molteplici meta-analisi successive hanno evidenziato una correlazione moderata ma solida tra l'alleanza e i risultati di un'ampia gamma di trattamenti (Horvath & Bedi, 2002; Horvath et al., 2011; Del Re et al., 2012; Flückiger et al., 2012). Una recente meta-analisi (Flückiger et al., 2018) basata su 306 studi ha evidenziato un effect size medio ponderato complessivo di  $r = 0.28$  (equivalente a  $d = .58$ ). Tale effect size indica che l'alleanza è responsabile di circa l'8% della varianza degli esiti del trattamento. L'analisi dei moderatori della relazione alleanza-esito ha evidenziato che essa non varia in funzione del metodo di trattamento, fornendo supporto all'ipotesi di Bordin (1994) secondo cui l'alleanza sia un fattore panteorico similmente rilevante in tutti i tipi di relazione terapeutica. Inoltre, l'alleanza risulta predittiva dell'esito del trattamento sia se questo è valutato con misure target, specifiche per un dato disturbo, sia se l'esito è valutato con misure che adoperano una definizione più ampia di salute mentale. L'insieme di queste evidenze suggerisce che l'alleanza offre un contributo reale e unico al processo terapeutico e costituisce un robusto predittore dell'efficacia della psicoterapia.

Configurandosi come un fenomeno diadico, sia il paziente che il terapeuta contribuiscono allo sviluppo dell'alleanza, sebbene i risultati di diversi studi (Baldwin et al., 2007; Dinger et al., 2008; Del Re et al., 2021; Crits-Christoph et al., 2009) indichino che il contributo del terapeuta all'alleanza e non quello del paziente sia associato all'esito, suggerendo che i terapeuti capaci di stabilire alleanze migliori con un'ampia gamma di pazienti ottengano risultati migliori. Queste evidenze gettano luce su un altro dei fattori ampiamente ignorati nella ricerca sull'efficacia, la persona del terapeuta.

## **2. L'effetto del terapeuta**

Sebbene la ricerca sull'efficacia abbia tentato di controllare l'influenza riconducibile alla figura del terapeuta sull'esito del trattamento, numerosi studi indicano che la figura del terapeuta offre un contributo unico al successo della terapia che non può essere ignorato (Castonguay & Hill, 2017).

Il termine *effetto del terapeuta* si riferisce al contributo che può essere attribuito ai terapeuti quando si valuta l'efficacia di un intervento psicologico (Lutz & Barkham, 2015). I dati riportati in letteratura indicano che gli effetti del terapeuta sono consistenti e robusti e spiegano presumibilmente dal 5% all'8% della varianza degli esiti del trattamento (Baldwin & Imel, 2013; Saxon & Barkham, 2012; Barkham et al., 2017; Crits-Christoph et al., 1991; Johns et al., 2019).

L'implicazione dell'esistenza degli effetti del terapeuta è che il terapeuta che i pazienti vedono sia tanto importante o forse più importante del tipo di trattamento che viene loro offerto (Wampold & Imel, 2015; Wampold & Brown, 2005), soprattutto se i problemi presentati dai pazienti sono gravi e complessi (Saxon & Barkham, 2012; Barkham et al., 2017).

Tuttavia, se i due terzi dei terapeuti non possono essere distinti in modo affidabile l'uno dall'altro sulla base della quantità di cambiamento che facilitano nei loro pazienti, circa il 15-20% dei terapeuti ottengono costantemente risultati migliori e il 15-20% ha risultati nettamente peggiori (Brown et al., 2005; Okiishi et al., 2006; Saxon & Barkham, 2012). Nel loro studio, Saxon & Barkham (2012) hanno rilevato che il tasso di recupero medio per i terapeuti più efficaci era del 73,3% con un intervallo compreso tra il 64,7% e il 95,6%, mentre il tasso di recupero medio per i terapeuti meno efficaci era del 40,4% con un intervallo compreso tra il 23,5% e il 52,6%. Ciò significa che i terapeuti più efficaci facilitavano nei pazienti un tasso di recupero quasi due volte maggiore dei terapeuti meno efficaci.

Ma cosa spiega le differenze nella capacità dei terapeuti di favorire risultati migliori? Gli studi suggeriscono che le variabili demografiche del terapeuta, come l'*età* (Chow et al., 2015; Huppert et al., 2001; Wampold & Brown, 2005; ma si veda Anderson et al., 2009 per un'eccezione), il *sesso* (Anderson et al., 2009; Chow et al., 2015; Owen et al., 2009; Schöttke et al., 2017; Wampold & Brown, 2005) e il *titolo professionale* (Chow et al., 2015; Kraus et al., 2016; Wampold & Brown, 2005) non siano correlate agli esiti del trattamento. Un dato piuttosto controverso, replicato in diversi studi, è che anche l'*esperienza del terapeuta* non sia correlata all'esito (Tracey et al., 2014; Chow et al., 2015; Kraus et al., 2016; Wampold & Brown, 2005), sebbene altri autori abbiano rilevato problemi significativi con la definizione e la misurazione dell'esperienza (Hill et al., 2017a, 2017b). Coerentemente con la letteratura più generale riguardo al contributo del particolare metodo di trattamento all'esito (Wampold & Imel, 2015), diversi studi hanno rilevato che l'*orientamento teorico* del terapeuta non sia predittivo dell'esito della psicoterapia (Anderson et al., 2009; Chow et al., 2015; Schöttke et al., 2017), così come sembrano non esserlo l'*aderenza* dei terapeuti a un protocollo di trattamento e la *competenza* valutata nell'erogazione di un particolare trattamento (Boswell et al., 2013; Huppert et al., 2001; Webb et al., 2010), sebbene siano necessari studi di disaggregazione più rigorosi per corroborare questa conclusione. Una review sistematica condotta su 31 studi da Heinonen e Nissen-Lie (2019) sulle caratteristiche professionali e personali dei terapeuti capaci di predire migliori esiti del trattamento rivela che le caratteristiche con una relazione più forte con l'esito del trattamento sono quelle tipo professionale, cioè maggiormente

attinenti al lavoro terapeutico, e non quelle personali che, al contrario, non mostrano una relazione forte e diretta con l'esito.

I risultati di questa review indicano che i terapeuti che *esprimono dubbi professionali su se stessi*, riflettono sulla loro pratica professionale, si interrogano sulla loro capacità di aiutare i pazienti (Nissen-Lie et al., 2013, 2017) e *investono del tempo nel miglioramento delle loro abilità terapeutiche* (Chow et al., 2015) ottengono risultati migliori al termine del trattamento. Questo dato risulta coerente con i risultati di uno studio precedente (Najavits & Strupp, 1994), che indica che i terapeuti più efficaci riferiscono di aver commesso più errori rispetto ai terapeuti meno efficaci. Inoltre, anche il tipo di *strategie di coping utilizzate dai terapeuti* per far fronte alle difficoltà incontrate ha un diverso impatto sull'esito. Per esempio, l'uso da parte dei terapeuti di un coping evitante, come, ad esempio, sperare che i problemi si risolvano da soli con il tempo, è predittivo di risultati peggiori (Heinonen et al., 2012), mentre l'uso di un coping costruttivo, come, ad esempio, discutere il problema con il paziente o con un collega, richiedere una supervisione e riflettere su se stessi, predice un miglior esito del trattamento (Heinonen et al., 2014; Nissen-Lie et al., 2017).

Le qualità relazionali dei terapeuti nel loro ruolo professionale valutate da giudici indipendenti sulla base delle risposte fornite a brevi simulazioni di situazioni terapeutiche particolarmente sfidanti sembrano essere predittori dell'esito del trattamento più robusti rispetto alle valutazioni delle capacità terapeutiche effettuate dai terapeuti stessi. Diversi studi suggeriscono che i terapeuti che possiedono *abilità interpersonali facilitanti*, quali focus sul problema, fluidità verbale, responsabilità interpersonale, persuasività, speranza, calore, considerazione positiva, empatia, capacità di promuovere l'espressione delle emozioni e capacità di formare e riparare le rotture dell'alleanza ottengono risultati migliori rispetto ad altri (Anderson et al., 2009; Anderson et al., 2016a; Schöttke et al., 2017; Hansen et al., 2015; Pereira & Barkham, 2015). Sorprendentemente, in uno studio condotto da Anderson e colleghi (2016b), i pazienti hanno ottenuto risultati migliori sulle misure sintomatologiche e globali al termine del trattamento e al follow-up se erano seguiti da dottorandi con livelli più alti di abilità interpersonali facilitanti, indipendentemente dal fatto che svolgessero un training in psicologia clinica o in altre discipline (ad esempio, biologia, chimica, storia). Questi studi suggeriscono che le situazioni sfidanti dal punto di vista interpersonale sono maggiormente efficaci nel far emergere le abilità interpersonali facilitanti del terapeuta. Solo in queste situazioni, infatti, capacità come l'autocontrollo, l'evitare di porsi in una posizione complementare a quella del paziente, l'empatia e la capacità di conservare una considerazione positiva del paziente, per citarne alcune, possono essere messe alla prova in modo adeguato ed emergono le varie risorse che differenziano i terapeuti più efficaci da quelli meno efficaci. Un

sostegno indiretto a questa ipotesi deriva anche dagli studi che indicano che maggiori capacità da parte dei terapeuti di *gestire il controtransfert* (Hayes et al., 2019) e di *stabilire alleanze con un'ampia gamma di pazienti* (Baldwin et al., 2007; Dinger et al., 2008; Zuroff et al., 2010; Crits-Christoph et al., 2009) siano predittive di un miglior esito del trattamento.

Inoltre, i risultati della review di Henonen e Nissen-Lie (2019) indicano che variabili intrapsichiche del terapeuta, come la qualità delle rappresentazioni sé-altro interiorizzate, lo stile di attaccamento o l'esperienza del legame con le proprie figure di accudimento primarie hanno uno scarso effetto sull'esito. Queste variabili di per sé sembrano troppo distanti dal setting terapeutico per avere un impatto rilevabile sul cambiamento del paziente (Wolff & Hayes, 2009). Le risorse dei terapeuti, invece, come un *atteggiamento mindful*, inteso come la capacità di portare la propria attenzione al momento presente con completa accettazione e senza giudizio, associato ad un maggior grado di *resilienza* (Ryan et al., 2012; Pereira et al., 2017), *l'intelligenza emotiva* (Reick & Callahan, 2013) e il *funzionamento riflessivo*, inteso come la capacità di identificare e comprendere i propri e altrui stati mentali (Cologon et al., 2017) hanno effetti benefici sull'esito del trattamento. Diversi studi suggeriscono che le risorse psicologiche dei terapeuti aiutano a compensare le loro vulnerabilità psicologiche. Ad esempio, Reick & Callahan (2013) hanno trovato che i terapeuti che presentavano elevati livelli di nevroticismo, misurato con il NEO-FFI, e di intelligenza emotiva erano più efficaci di quelli con livelli più elevati di nevroticismo ma più bassi livelli di intelligenza emotiva. È plausibile che nei terapeuti con elevata intelligenza emotiva, la maggiore sensibilità agli stati emotivi negativi, insita nel tratto del nevroticismo, sia d'aiuto per comprendere ed empatizzare con l'esperienza soggettiva del paziente. Allo stesso modo, si è riscontrato che un maggiore funzionamento riflessivo nei terapeuti compensa il loro attaccamento insicuro e un attaccamento sicuro compensa un minor funzionamento riflessivo nel predire esiti più favorevoli (Cologon et al., 2017).

Questi risultati riflettono lo stato dell'arte riguardo a ciò che sappiamo, dal punto di vista quantitativo, delle variabili che spiegano gli effetti del terapeuta (Castonguay & Hill, 2017). Questo filone di ricerca è in una fase ancora embrionale per cui altre variabili dovranno essere esaminate e i risultati esistenti dovranno essere replicati in altri studi (Wampold et al., 2017; Costantino et al., 2017). Per questo motivo, il numero ancora relativamente ridotto degli studi condotti in questo campo non permette di trarre conclusioni definitive.

In conclusione, decenni di ricerca attestano costantemente che il paziente, il terapeuta, la loro relazione e il metodo di trattamento agiscono di concerto nel determinare l'efficacia della psicoterapia. Una comprensione di ciò che contribuisce al successo della psicoterapia, quindi, deve

necessariamente prendere in considerazione tutti questi fattori determinanti e il modo in cui lavorano insieme per produrre i benefici della psicoterapia (Norcross & Lambert, 2019; Kazdin, 2009).

### **3. Fornire trattamenti personalizzati: cosa funziona per chi?**

La necessità di adattare la psicoterapia ai singoli pazienti è stata riconosciuta fin dall'inizio della psicoterapia moderna (Freud, 1919). Ogni psicoterapeuta sa che ciò che funziona per una persona può non funzionare per un'altra e che adattare la psicoterapia unicamente al disturbo presentato dal paziente è una procedura incompleta e non sempre efficace. Tuttavia, come abbiamo visto, gran parte degli studi controllati randomizzati in psicoterapia confronta l'efficacia di trattamenti specifici per disturbi specifici, tentando di identificare il metodo di trattamento migliore per un particolare disturbo. Il presupposto di tali studi è che pazienti, terapeuti e trattamenti siano variabili omogenee, assunti che Kiesler (1966) ha definito “miti dell'uniformità”. I pazienti sono considerati omogenei perché condividono una medesima diagnosi, ma tale presupposto è fuorviante poiché la variabilità non diagnostica è la regola (Beutler & Clarkin, 1990). I pazienti con una stessa diagnosi, infatti, differiscono in modo sostanziale e queste differenze influenzano profondamente il processo terapeutico (Blatt et al., 2010).

La ricerca condotta negli ultimi decenni ha ripetutamente dimostrato che la relazione terapeutica e l'adattamento della psicoterapia alle caratteristiche, alle preferenze e alle visioni del mondo del paziente, oltre che alla diagnosi, esercitano un'influenza maggiore sull'esito della psicoterapia rispetto al metodo di trattamento specifico (Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019). Ciò non significa che le specifiche strategie terapeutiche o le tecniche siano irrilevanti per l'esito del trattamento, ma che il loro successo dipende da quanto esse siano utilizzate in modo responsivo, cioè in accordo con le caratteristiche e i bisogni specifici del paziente (Frank & Frank, 1991). I risultati di questi studi suggeriscono che *ciò che “funziona” è fornire al paziente una terapia personalizzata* (e.g., Caspar, 2019; Caspar & Grosse Holtforth, 2009; Castañeiras & Fernández-Álvarez, 2014; Kramer, 2019; Norcross & Wampold, 2011; Sampson, 2005; Shilkret, 2006; Silberschatz, 2005), selezionando metodi e stili di relazione diversi a seconda delle caratteristiche e dei bisogni del paziente (Norcross & Beutler, 2014; Hill et al., 2017a, 2017b; Tracey et al., 2014; Norcross & Golfried, 2019).

Dunque, la domanda da porsi non è quale trattamento sia più efficace per un particolare tipo di disturbo ma *“quale trattamento, da parte di chi, sia più efficace per questo individuo con quel problema specifico e in quali circostanze?”* (Paul, 1967). Come affermano Norcross & Wampold



(2019): “Nell’interminabile dibattito su quale psicoterapia funzioni meglio, siamo convinti che la risposta spassionata e basata sull’evidenza sia “dipende”. Dipende in particolare dal paziente, comprese le caratteristiche diagnostiche ma soprattutto quelle transdiagnostiche. E dipende più dalla relazione e dalla responsività che da un particolare metodo terapeutico” (p. 338). Decenni di ricerche e meta-analisi hanno stabilito che “l’efficacia delle psicoterapie aumenta se esse sono adattate alle esigenze uniche del paziente, non imponendo un letto di Procuste agli inconsapevoli consumatori dei servizi psicologici” (Norcross & Wampold, 2019, p.338). Gli psicoterapeuti, dunque, dovrebbero adattarsi ai loro pazienti, non il contrario.

#### **4. L’adattamento della psicoterapia alle caratteristiche specifiche del paziente**

La *responsività* è una caratteristica onnipresente dell’interazione umana nonché del dialogo terapeuta-paziente (Kramer & Stiles, 2015; Stiles, 2009, 2013, 2021; Stiles et al., 1998; Stiles & Horvath, 2017). Le relazioni, infatti, sono caratterizzate da una continua influenza reciproca, per cui le motivazioni, gli affetti, gli atteggiamenti e i comportamenti di ciascuno influenzano e sono influenzati da quelli dell’altro in un ciclo di feedback continuo. Secondo la concettualizzazione proposta da Stiles et al. (1998), la responsività può essere considerata sia in termini di variabili a cui i partecipanti rispondono sia in termini di variabili con cui i partecipanti rispondono. La “*responsività a*” riguarda le caratteristiche dei partecipanti o del contesto, come ad esempio l’età, il sesso, l’etnia, lo status socioeconomico, la diagnosi, la personalità dell’interlocutore, ma anche i micro-cambiamenti nelle emozioni, nel comportamento non verbale o nel contenuto delle narrazioni. La “*responsività con*” riguarda le azioni intraprese per rispondere alle caratteristiche dell’interlocutore o al contesto emergente della relazione.

Affermare che la psicoterapia sia un processo intrinsecamente responsivo significa che il contenuto e il processo emergono man mano che il trattamento procede, piuttosto che essere pianificati in anticipo. In questo senso, la responsività può essere contrapposta all’azione balistica (Stiles et al., 1998), cioè all’azione predeterminata che non tiene conto delle informazioni emergenti e del contesto. In psicoterapia, una responsività appropriata richiede sensibilità alle esigenze del paziente e la *capacità di fare la “cosa giusta” al momento giusto* per produrre un risultato desiderato, come la riduzione del disagio psicologico o il miglioramento della qualità della vita del paziente (Stiles & Horvath, 2017).

Esempi di responsività del terapeuta includono la scelta del trattamento in base ai problemi e alle caratteristiche del paziente, il perseguimento di una strategia terapeutica adeguata alle sue capacità, l’utilizzo di un repertorio flessibile di tecniche, l’adattamento del timing degli interventi alle

caratteristiche del paziente e la capacità di operare aggiustamenti agli interventi già in corso in base ai feedback del paziente (Kramer & Stiles, 2015; Muntigl & Horvath, 2014; Bohart & Wade, 2013; Levitt et al., 2016). Dunque, nel contesto della relazione tra terapeuta e paziente, una responsività appropriata rappresenta l'essenza della buona pratica, un principio operativo fondamentale per i terapeuti che si esplica nella capacità di fornire trattamenti personalizzati e di ottimizzare gli interventi adattandoli alle circostanze emergenti (Watson & Weisman, 2021; Kramer & Stiles, 2015).

Le evidenze meta-analitiche (Norcross & Wampold, 2019) indicano che adattare la terapia al *background culturale* (Soto et al., 2018), all'*identità religiosa/spirituale* (Captari et al., 2018) e alle *preferenze terapeutiche* dei pazienti (Swift et al., 2019) migliora in modo dimostrabile l'esito del trattamento. Probabilmente efficaci sono anche l'adattamento della terapia allo *stile di coping* (Beutler et al., 2018), al *livello di reattanza* (Edwards et al., 2019) e allo *stadio di cambiamento* del paziente (Krebs et al., 2018). Promettente è anche la ricerca sull'opportunità di adattare il trattamento agli *stili di attaccamento* dei pazienti (Levy et al., 2019). Infine, studi qualitativi e quantitativi indicano che l'attenzione all'*identità di genere* e all'*orientamento sessuale* dei pazienti potrebbe rivelarsi efficace, ma l'assenza di studi controllati randomizzati non rende possibile raggiungere conclusioni definitive (Budge & Moradi, 2019; Moradi & Budge, 2019). Il confronto tra trattamenti personalizzati e trattamenti convenzionali ha prodotto effect size (*d*) compresi tra 0.13 e 0.78, e una media di circa 0.50 (Norcross & Wampold, 2019). Queste meta-analisi includono in gran parte studi controllati randomizzati o quasi-randomizzati, fornendo prove causali dirette dei benefici che derivano dall'adattamento del trattamento alle caratteristiche dei pazienti, al di là della loro diagnosi.

In sintesi, i risultati di queste metanalisi forniscono prove empiriche robuste dei benefici derivanti dal progettare trattamenti personalizzati piuttosto che basati unicamente sul disturbo presentato dal paziente, dimostrando che adattare l'intervento alle caratteristiche uniche del paziente, al di là della diagnosi, migliora l'efficacia del trattamento. L'identificazione di queste variabili come salienti rappresenta lo stato dell'arte in termini di variabili importanti da considerare quando si progettano trattamenti personalizzati. Tuttavia, queste sono variabili di ordine superiore che guidano la pratica ma non forniscono una descrizione o comprensione più dettagliata, a grana fine, di come i terapeuti prendono decisioni momento per momento nel corso della seduta per rispondere ai bisogni emergenti dei pazienti.

Fare la "cosa giusta", infatti, implica intraprendere azioni diverse a seconda delle circostanze uniche e in evoluzione di ogni situazione (Stiles et al., 1998, Kramer & Stiles, 2015). In alcune

circostanze, un intervento adeguatamente responsivo implica porre al paziente domande esplorative, in altre proporre una particolare tecnica, in altre ancora annuire, sorridere o non fare nulla. Una responsività appropriata può anche richiedere interventi che causano disagio al paziente nel breve termine, come non rispondere a una domanda, affrontare un argomento che il paziente sta cercando di evitare, prescrivere l'esposizione a situazioni temute, al servizio di obiettivi a lungo termine. La cosa giusta da fare può variare, come abbiamo visto, a seconda di numerose variabili, come la diagnosi, l'intelligenza, l'istruzione, la personalità, la situazione sociale, la fase di vita, i valori e la storia personale del paziente, ma anche in base alla fase della terapia, alla storia di quella particolare relazione terapeutica, agli eventi immediatamente precedenti e alle circostanze della seduta (Norcross & Wampold, 2019). In breve, la cosa giusta da fare non è sempre la stessa e non è possibile prevederla in anticipo (Kramer & Stiles, 2015).

### **5. Responsività appropriata e aderenza ai manuali di trattamento**

Le differenze nella capacità dei terapeuti di essere appropriatamente responsivi possono aiutare a spiegare gli effetti del terapeuta, cioè le differenze osservate nell'efficacia dei terapeuti nel promuovere cambiamenti desiderati nei loro pazienti. Un terapeuta che fa spesso la cosa giusta tenderà a facilitare miglioramenti significativi nei suoi pazienti. Questa relazione ipotizzata tra responsività appropriata ed esito è mediata da un buon processo terapeutico (Stiles & Horvath, 2017; Hatcher, 2015). Un terapeuta responsivo promuove un buon processo, come lo sviluppo di una buona alleanza terapeutica, ottimizzando in modo appropriato la scelta, la dose, la modalità e la tempistica delle sue azioni in terapia. E un buon processo favorisce un buon esito del trattamento.

*La responsività appropriata non è solo una questione di scelta di una tecnica prevista da un manuale di trattamento.* Una particolare tecnica può essere un elemento chiave di un approccio efficace, ma per essere efficace deve essere usata in modo appropriato a seconda delle caratteristiche del paziente e delle circostanze emergenti (Stiles, 2021; Marques et al., 2019; Zilcha-Mano et al., 2018; Zilcha-Mano, 2021). Un terapeuta può usare una tecnica con intensità inappropriata, con il paziente sbagliato o al momento sbagliato.

Come osservato da Bacal (1998) un modello di trattamento, in quanto sistema di interventi prescritti e proscritti, è indispensabile per qualsiasi terapeuta. Avere un approccio teorico e tecnico chiaro e coerente può essere esso stesso responsivo ai bisogni di molti, come illustrato da Wampold & Imel (2015) nel loro Modello Contestuale di psicoterapia. Tuttavia, qualsiasi approccio teorico rischia di non riconoscere che ciò che è terapeutico per un particolare paziente è altamente variabile e non può essere conosciuto solo sulla base della teoria (Bacal & Carlton, 2010).

La teoria e la ricerca possono aiutare a identificare la gamma di interventi potenzialmente utili, ma una responsività appropriata non limita la gamma di interventi possibili. Ne consegue che un dato modello di trattamento può essere responsivo ai bisogni di alcuni pazienti ma non di altri (Swift & Greenberg, 2012; Lambert, 2017), e che la flessibilità teorica e tecnica è una caratteristica necessaria per una pratica responsiva e un'assistenza ottimale (Norcross & Beutler, 2014; Hill et al., 2017; Tracey et al., 2014; Norcross & Goldfried, 2019; Lambert, 2010).

Diversi studi, ad esempio, suggeriscono che i terapeuti variano sistematicamente il loro repertorio di tecniche in risposta alle diverse esigenze dei pazienti, anche se tale variazione si traduce in una minore aderenza ai protocolli di trattamento (Kendall & Frank, 2018; Marques et al., 2019; Boswell et al., 2013; Imel et al., 2011; Zilcha-Mano et al., 2018; Garfield, 1992). Inoltre, è emerso che una maggiore flessibilità nel grado di aderenza alle tecniche prescritte di un determinato approccio terapeutico si associa a esiti migliori (Owen & Hilsenroth, 2014; Katz et al., 2019) e, in modo complementare, che un'elevata aderenza a un protocollo di trattamento può avere delle conseguenze deleterie (Castonguay et al., 1996; Henry et al., 1993a, 1993b).

Peraltro, i risultati di due meta-analisi (Webb et al., 2010; Boswell et al., 2013), che hanno indagato la relazione tra l'erogazione aderente e competente di trattamenti specifici e l'esito del trattamento, indicano che le correlazioni dell'aderenza e della competenza con l'esito non sono, in media, significativamente diverse da zero. Questi risultati suggeriscono che l'aderenza e la competenza in un dato metodo di trattamento hanno relazioni più complesse con gli esiti di quanto ci si potrebbe aspettare. Boswell e colleghi (2013) hanno osservato che “oltre la metà della varianza nell'aderenza e nella competenza era spiegata a livello della seduta, suggerendo che la fedeltà fosse guidata dal contesto” (p. 451), fornendo quindi un supporto empirico indiretto per l'ipotesi della responsività.

Questi risultati indicano che, sebbene vi siano differenze dimostrabili tra i terapeuti nei loro livelli di aderenza, vi sono anche notevoli differenze all'interno della casista di ciascun terapeuta (Baldwin & Imel, 2013; Boswell et al., 2013; Imel et al., 2011; Maiwald et al., 2019). Il fatto che i terapeuti tendano a variare il loro livello di aderenza tra i pazienti e da una seduta all'altra indica l'influenza reciproca e interattiva della diade sulla scelta degli interventi da parte del terapeuta.

Il modello della responsività tiene conto del fatto che i terapeuti incontrano un'ampia gamma di sfide e opportunità nella loro interazione con i pazienti. Pertanto, quando i terapeuti incontrano una sfida che non può essere superata attingendo al repertorio di tecniche previste dal loro approccio terapeutico, essi fanno buon uso di tecniche che non sono prescritte da un particolare manuale di

trattamento per soddisfare le esigenze della situazione e ottimizzare i risultati (Aviram et al., 2016; Katz et al., 2019).

Dunque, i risultati di questi studi suggeriscono che una responsabilità appropriata consente di bilanciare in modo ottimale i bisogni e le esigenze dei pazienti con le procedure e le tecniche di trattamento (Watson & Wiseman, 2021), e che terapeuti responsivi utilizzano in modo flessibile un ampio repertorio di tecniche per rispondere ai bisogni del paziente, anche se ciò implica sacrificare l'aderenza a un particolare metodo di trattamento.

## **6. Il vantaggio di una pratica guidata da una formulazione del caso**

L'idea di poter prescrivere una responsabilità appropriata contiene in sé un paradosso: terapeuti, pazienti e valutatori addestrati sono in grado di valutare se un intervento in un particolare momento sia stato appropriato o meno, tenendo conto del contesto, dei tempi di esecuzione e del paziente, ma non sono in grado di specificare in anticipo quali interventi siano giusti. Tale fenomeno è stato definito da Stiles (2021) "*fenomeno Pirsig*", dal nome di Robert Pirsig (1974), il quale sosteneva che le persone sembrano in grado di giudicare la qualità di molte cose, ma non sono in grado di specificare in generale in cosa consista la qualità. Una possibile soluzione a questo problema di rilevanza clinica è offerta dall'implementazione di una pratica guidata da un'accurata formulazione del caso del paziente.

La *formulazione di un caso* (Kramer, 2019) può essere generalmente definita come un'ipotesi sulle cause, i fattori scatenanti e di mantenimento dei problemi psicologici, interpersonali e comportamentali di una persona (Eells, 2007). Una formulazione del caso contiene, dunque, un insieme di ipotesi idiosincratiche, che spiegano le osservazioni attraverso le lenti della teoria clinica con l'obiettivo di comprendere un paziente. Essa rappresenta l'anello di congiunzione tra le basi di conoscenza nomotetiche e i contenuti idiografici della narrazione, dell'esperienza e della presentazione di sé del singolo paziente. Una formulazione accurata sintetizza le informazioni, integra, differenzia e dà significato alla fenomenologia dei problemi presentati dal paziente. Mentre il comportamento osservato può essere simile tra gli individui, il significato simboleggiato può essere diverso per ciascuno di essi e la formulazione del caso aiuta a spiegare queste differenze. Nella metodologia della formulazione del caso, inoltre, è incorporato un ciclo di feedback (Eells, 2013): la formulazione contiene previsioni sul comportamento e sull'esperienza del paziente che saranno poi monitorate, testate e valutate nel corso dell'intera psicoterapia.

La ricerca ha dimostrato che psicoterapeuti esperti propongono formulazioni del caso parsimoniose, sintetiche e clinicamente rilevanti per il processo e l'esito del trattamento (Eells et al.,

2005). Tali formulazioni offrono l'opportunità non solo di comprendere l'esperienza soggettiva del paziente ma conseguentemente di prendere decisioni clinicamente appropriate e di personalizzare l'intervento. Una buona formulazione contribuisce a dare forma alla pianificazione e all'attuazione del trattamento, offrendo un aiuto sistematico nel creare un focus terapeutico condiviso, assiste il terapeuta nella scelta dell'atteggiamento relazionale più adatto ai bisogni del paziente, fornisce al terapeuta una bussola che lo aiuta a selezionare l'intervento più appropriato momento per momento e lo aiuta a dare un significato alle manifestazioni ed esperienze emergenti del paziente e del terapeuta, come, ad esempio, un atteggiamento provocatorio del paziente, rispetto alle quali un trattamento evidence-based non sempre indica cosa fare. Tutte queste virtù possono essere essenziali per lo sviluppo di una forte alleanza e per promuovere esiti positivi.

In definitiva, il metodo della formulazione del caso, rendendo possibile una progettazione personalizzata del trattamento, operationalizza il problema della responsività e guida l'interazione responsiva tra paziente e terapeuta. Concettualizzando i problemi presentati dal paziente da una prospettiva ideografica, la formulazione del caso fornisce al terapeuta linee guida concrete su come ottimizzare i risultati per mezzo di interventi responsivi ai bisogni e alle esigenze specifiche del paziente. La formulazione del caso è una componente moderna dell'intervento psicologico e psicoterapeutico (Eells, 2007; Ingram, 2016; Johnstone & Dallos, 2013; Macneil et al., 2012; Sturmey, 2009), ma nonostante queste conclusioni i modelli di psicoterapia e la ricerca in psicoterapia non sempre hanno utilizzato il potenziale dell'integrazione dell'approccio nomotetico e ideografico contenuto nella formulazione del caso per sviluppare interventi efficaci (Eells, 2013).

### Bibliografia

- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 26(5), 511–529. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016a). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 57–66. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 755–768. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Aviram, A., Westra, H. A., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2016). Responsive management of early resistance in cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(9), 783–794. <https://doi.org/10.1037/ccp0000100>
- Bacal, H. A. (1998). Optimal responsiveness and the therapeutic process. In H. A. Bacal (Ed.), *Optimal responsiveness: How therapists heal their patients* (pp. 3–34). Jason Aronson.
- Bacal, H. A., & Carlton, L. (2010). *The power of specificity in psychotherapy: When therapy works – and when it doesn't*. Jason Aronson.

- Baldwin, S. A. & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 259–297). Wiley.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance - outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852. <https://www.doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 13–36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-002>
- Barlow, D. H. (2000). Evidence-based practice: A world view [Editorial]. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(3), 241–242. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.3.241>
- Beutler, L. E., & Clarkin, J. F. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. Brunner/Mazel.
- Beutler, L. E., Kimpura, S., Edwards, C. J., & Miller, K. D. (2018). Fitting psychotherapy to patient coping style: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1980–1995. <https://doi.org/10.1002/jclp.22684>
- Blatt S.J., Zuroff D.C., Hawley L.L., Auerbach J.S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20(1), 37-54. doi: 10.1080/10503300903121080
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The Client in Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 219-257). John Wiley & Sons, Inc.
- 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>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13– 37). Wiley.
- Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bullis, J., Gorman, J. M., Shear, M. K., Woods, S., & Barlow, D. H. (2013). Patient characteristics and variability in adherence and competence in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 443–454. <https://doi.org/10.1037/a0031437>
- Brown, G. S. J., Lambert, M. J., Jones, E. R., & Minami, T. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in a managed care environment. *The American Journal of Managed Care*, 11(8), 513–520.
- Budge, S. L., & Moradi, B. (2019). Gender identity. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness* (pp. 133–156). Oxford.
- Captari, L. E., Hook, J. N., Hoyt, W., Davis, D. E., McElroy-Heltzel, S. E., & Worthington, E. L. (2018). Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1938–1951. <https://doi.org/10.1002/jclp.22681>
- Caspar, F. (2019). Plan analysis and the motive-oriented therapeutic relationship. In U. Kramer (Ed.), *Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual client* (pp. 265–290). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813521-1.00014-X>
- Caspar, F., & Grosse Holtforth, M. (2009). Responsiveness — Eine entscheidende Prozessvariable in der Psychotherapie [Responsiveness — A decisive process-variable in psychotherapy], *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(1), 61–69.
- Castañeiras, C., & Fernández-Álvarez, H. (2014). Complex and difficult clinical patients: Reflections on Fernández-Álvarez's integrative psychotherapy model as applied to the case of "Sonia" *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 10(1), 40–47. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v10i1.1846>
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Eds.). (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. American Psychological Association.

- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 497–504. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.497>
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy, 52*, 337–345. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000015>
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., & Nolte, T. (2017). Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*(5), 614–625. doi: 10.1007/s10488-017-0790-5
- Constantino, M. J., Bowell, J. F., Coyne, A. E., Kraus, D. R., & Castonguay, L. G. (2017). Who works for whom and why? Integrating therapist effects analysis into psychotherapy outcome and process research In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 54–68). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-003>
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Boswell, J. F., Iles, B. R., & Vislă, A. (2019b). Promoting treatment credibility. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (pp. 495–521). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0014>
- Constantino, M. J., Vislă, A., Coyne, A. E., & Boswell, J. F. (2019a). Cultivating positive outcome expectation. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (pp. 461–494). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0013>
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A., Woody, G., Thompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1*(2), 81–91. <https://doi.org/10.1080/10503309112331335511>
- Crits-Christoph, P., Gallop, R., Temes, C. M., Woody, G., Ball, S. A., Martino, S., & Carroll, K. M. (2009). The Alliance in Motivational Enhancement Therapy and Counseling as Usual for Substance Use Problems. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(6), 1125–1135. <https://doi.org/10.1037/a0017045>
- Crits-Christoph, P., Gallop, R., Temes, C. M., Woody, G., Ball, S. A., Martino, S., & Carroll, K. M. (2009). The Alliance in Motivational Enhancement Therapy and Counseling as Usual for Substance Use Problems. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(6), 1125–1135. <https://doi.org/10.1037/a0017045>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., & Wampold, B. E. (2021). Examining therapist effects in the alliance–outcome relationship: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 89*(5), 371–378. <https://doi.org/10.1037/ccp0000637>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*(7), 642–649.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F., & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 344–354. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20443>
- Edwards, C. J., Beutler, L. E., & Someah, K. (2019). Reactance level. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness* (pp. 188–211). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.003.0007>
- Eells, T. D. (2013). The case formulation approach to psychotherapy research revisited. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 9*(4), 426–447. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v9i4.1834>
- Eells, T. D. (Ed.). (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed.). Guilford Press.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., & Lucas, C. P. (2005). The Quality of Psychotherapy Case Formulations: A Comparison of Expert, Experienced, and Novice Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 579–589. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.579>



- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 508–519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>
- Farber, B. A., Suzuki, J. Y., & Lynch, D. A. (2018). Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 411–423. <https://doi.org/10.1037/pst0000171>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10–17. <https://www.doi.org/10.1037/a0025749>
- Freud, A. (1937). The ego and the mechanisms of defence. *L. and Virginia Woolf at the Hogarth Press, and Institute of Psycho-analysis*.
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 122–144). Hogarth.
- Garfield, S. L. (1992). Eclectic psychotherapy: A common factors approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 169–201). Basic Books.
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24(2), 117–131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>
- Gelso, C. J. (Ed.). (2005). The interplay of techniques and the therapeutic relationship in psychotherapy [Special issue]. *Psychotherapy*, 42(4).
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., Jr., & Markin, R. D. (2019). The real relationship. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (pp. 351–378). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0010>
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 155–179.
- Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. International University Press.
- Hansen, B. P., Lambert, M. J., & Vlass, E. N. (2015). Sudden gains and sudden losses in the clients of a "supershrink": 10 case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 11(3), 154–201. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v11i3.1915>
- Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist*, 70(8), 747–757. <https://doi.org/10.1037/a0039803>
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 292–299. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.292>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Kivlighan, D. M. III, & Goldberg, S. B. (2019). Managing countertransference. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (pp. 522–548). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0015>
- Heinonen E, Nissen-Lie H. A. (2019) The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417–432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Heinonen, E., Knekt, P., Jääskeläinen, T., & Lindfors, O. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis. *European Psychiatry*, 29, 265–274. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.07.002>
- Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 138, 301–312. doi: 10.1016/j.jad.2012.01.023
- Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F., & Binder, J. L. (1993a). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 441–447. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.441>

- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. L. (1993b). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 434–440. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.434>
- Hill, C. E., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., Spiegel, S. B., & Gelso, C. J. (2017a). Therapist Expertise: The Debate Continues. *The Counseling Psychologist, 45*(1), 99–112. <https://doi.org/10.1177/0011000016671006>
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., Jr., & Gelso, C. J. (2017b). Therapist expertise in psychotherapy revisited  $\psi$ . *The Counseling Psychologist, 45*(1), 7–53. <https://doi.org/10.1177/0011000016641192>
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. (pp. 37–69). Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). The alliance in adult psychotherapy. In J. E. Norcross (Ed.), *Relationships that works* (pp. 25–69). Oxford University Press.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 747–755. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.5.747>
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 747–755. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.5.747>
- Imel, Z. E., Baer, J. S., Martino, S., Ball, S. A., & Carroll, K. M. (2011). Mutual influence in therapist competence and adherence to motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence, 115*(3), 229–236. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.010>
- Ingram, B. L. (2016). Case formulation and treatment planning. In J. C. Norcross, G. R. Vandenbos, D. K. Freedheim, & R. Krishnamurthy (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Applications and methods, Vol. 3* (pp. 233–249). APA.
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review, 67*, 78–93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>
- Johnstone, L., & Dallos, R. (2013). *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems*. Routledge.
- Katz, M., Hilsenroth, M. J., Gold, J. R., Moore, M., Pitman, S. R., Levy, S. R., & Owen, J. (2019). Adherence, flexibility, and outcome in psychodynamic treatment of depression. *Journal of Counseling Psychology, 66*(1), 94–103. <https://doi.org/10.1037/cou0000299>
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*(4–5), 418–428. [doi:10.1080/10503300802448899](https://doi.org/10.1080/10503300802448899)
- Kendall, P. C., & Frank, H. E. (2018). Implementing evidence-based treatment protocols: Flexibility within fidelity. *Clinical Psychology: Science and Practice, 25*(4), e12271. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12271>
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin, 65*(2), 110–136. <https://doi.org/10.1037/h0022911>
- Kolden, G. G., Wang, C.-C., Austin, S. B., Chang, Y., & Klein, M. H. (2018). Congruence/genuineness: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 55*(4), 424–433. <https://doi.org/10.1037/pst0000162>
- Kramer, U. (Ed.). (2019). *Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual client*. Elsevier Academic Press.
- Kramer, U., & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 22*(3), 277–295. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12107>
- Kraus, D. R., Bentley, J. H., Alexander, P. C., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Baxter, E. E., & Castonguay, L. G. (2016). Predicting therapist effectiveness from their own practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*, 473–483. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000083>

- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M., & Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1964–1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12141-000>
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169–218). Wiley.
- Lambert, M. J. (2017). Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics, 86*(2), 80–89. <https://doi.org/10.1159/000455170>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 55*(4), 520–537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>
- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin, 142*(8), 801–830. <https://doi.org/10.1037/bul0000057>
- Levy, K. N., Johnson, B. N., Gooch, C. V., & Kivity, Y. (2019). Attachment style. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness* (pp. 15–55). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.003.0002>
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92–116). Brunner/Mazel.
- Lutz, W., & Barkham, M. (2015). Therapist effects. In R. Cautin & S. Lilienfeld (Eds.), *Encyclopedia of clinical psychology* (pp. 1–6). Wiley-Blackwell.
- Macneil, C. A., Hasty, M. K., Conus, P., & Berk, M. (2012). Is diagnosis enough to guide interventions in mental health? Using case formulation in clinical practice. *BMC Medicine, 10*, 111–113.
- Maiwald, L. M., Junga, Y. M., Lang, T., Montini, R., Witthöft, M., Heider, J., Schröder, A., & Weck, F. (2019). The role of therapist and patient in-session behavior for treatment outcome in exposure-based cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Clinical Psychology, 75*(4), 614–626. <https://doi.org/10.1002/jclp.22738>
- Marques, L., Valentine, S. E., Kaysen, D., Mackintosh, M.-A., Dixon De Silva, L. E., Ahles, E. M., Youn, S. J., Shtasel, D. L., Simon, N. M., & Wiltsey-Stirman, S. (2019). Provider fidelity and modifications to cognitive processing therapy in a diverse community health clinic: Associations with clinical change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(4), 357–369. <https://doi.org/10.1037/ccp0000384>
- Moradi, B., & Budge, S. L. (2019). Sexual orientation. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness* (pp. 264–295). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.003.0009>
- Muntigl, P., & Horvath, A. O. (2014). The therapeutic relationship in action: How therapists and clients co-manage relational disaffiliation. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research, 24*(3), 327–345.
- Najavits, L. M., & Strupp, H. H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 31*(1), 114–123. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.31.1.114>
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research, 23*, 86–104. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2012.735775>
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*, 48–60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *Heart & soul of change in psychotherapy* (2nd ed.). American Psychological Association.

- Norcross, J. C., & Beutler, L. E. (2014). Evidence-based relationships and responsiveness for depression and substance abuse. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 617–639). The Guilford Press.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2019). *Handbook of psychotherapy integration* (3rd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190690465.001.0001>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 423–430). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0021>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). Evidence-based psychotherapy responsiveness: The third task force. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness* (pp. 1–14). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.003.0001>
- Norcross, J. C., Hogan, T. P., Koocher, G. P., & Maggio, L. A. (2017). *Clinician's guide to evidence-based practices: Behavioral health and addictions* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 1157–1172. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20272>
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology, 61*(2), 280–288. <https://doi.org/10.1037/a0035753>
- Owen, J., Wong, Y. J., & Rodolfa, E. (2009). Empirical search for psychotherapists' gender competence in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*, 448–458. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017958>
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting, 31*(2), 109–118.
- Peluso, P. R., & Freund, R. R. (2018). Therapist and client emotional expression and psychotherapy outcomes: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 55*(4), 461–472. <https://doi.org/10.1037/pst0000165>
- Pereira, J.-a., & Barkham, M. (2015). An exceptional, efficient, and resilient therapist: A case study in practice-based evidence. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 11*(3), 216–223. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v11i3.1917>
- Pereira, J.-A., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2017). The role of practitioner resilience and mindfulness in effective practice: A practice-based feasibility study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*(5), 691–704. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0747-0>
- Pirsig, R. M. (1974). *Zen and the art of motorcycle maintenance*. University Press.
- Rieck, T., & Callahan, J. L. (2013). Emotional intelligence and psychotherapy outcomes in the training clinic. *Training and Education in Professional Psychology, 7*(1), 42–52. <https://doi.org/10.1037/a0031659>
- Ryan, A., Safran, J. D., Doran, J. M., & Muran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research, 22*(3), 289–297. doi: 10.1080/10503307.2011.650653
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. Guilford.
- Sampson, H. (2005). Treatment by Attitudes. In G. Silberschatz (Ed.), *Transformative relationships: The control-mastery theory of psychotherapy* (pp. 111–119). Routledge.
- Saxon, D., & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 535–546. <https://doi.org/10.1037/a0028898>
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research, 27*(6), 642–652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>

- Shilkret, C. J. (2006). Endangered by interpretations: Treatment by attitude of the narcissistically vulnerable patient. *Psychoanalytic Psychology*, 23(1), 30–42. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.23.1.30>
- Silberschatz, G. (2005). *Transformative relationships: The control-mastery theory of psychotherapy*. Routledge.
- Soto, A., Smith, T. B., Griner, D., Domenech Rodríguez, M., & Bernal, G. (2018). Cultural adaptations and therapist multicultural competence: Two meta-analytic reviews. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1907–1923. <https://doi.org/10.1002/jclp.22679>
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 86–91. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01148.x>
- Stiles, W. B. (2013). The variables problem and progress in psychotherapy research. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 50(1), 33–41. <https://doi.org/10.1037/a0030569>
- Stiles, W. B. (2021). Responsiveness in psychotherapy research: Problems and ways forward. In J. C. Watson & H. Wiseman (Eds.), *The responsive psychotherapist: Attuning to clients in the moment* (pp. 15–35). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000240-002>
- Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In L. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 71–84). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-005>
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Sturmey, P. (2009). *Varieties of case formulation*. Wiley.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2019). Preferences. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness* (pp. 157–187). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.003.0006>
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69, 218–229. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035099>
- Tryon, G. S., Birch, S. E., & Verkuilen, J. (2018). Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 372–383. <https://doi.org/10.1037/pst0000170>
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914–923. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate* (2nd ed.). Erlbaum.
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. g., & Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 37–53). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-003>
- Watson, J. C., & Wiseman, H. (Eds.). (2021). *The responsive psychotherapist: Attuning to clients in the moment*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000240-000>
- Webb, C., DeRubeis, R., & Barber, J. (2010). Therapist Adherence/Competence and Treatment Outcome: A Meta-Analytic Review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78, 200–211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>
- Webb, C., DeRubeis, R., & Barber, J. (2010). Therapist Adherence/Competence and Treatment Outcome: A Meta-Analytic Review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78, 200–211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>

- Wolff, M. C., & Hayes, J. A. (2009). Therapist variables: Predictors of process in the treatment of alcohol and other drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27(1), 51–65. <https://doi.org/10.1080/07347320802586791>
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369–376.
- Zilcha-Mano, S. (2021). Toward personalized psychotherapy: The importance of the trait-like/state-like distinction for understanding therapeutic change. *American Psychologist*, 76(3), 516–528. <https://doi.org/10.1037/amp0000629>
- Zilcha-Mano, S., Dolev, T., Leibovich, L., & Barber, J. P. (2018). Identifying the most suitable treatment for depression based on patients' attachment: Study protocol for a randomized controlled trial of supportive-expressive vs. supportive treatments. *BMC Psychiatry*, 18, Article 362. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1934-1>
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 681–697.

**Ramona Fimiani, Psicologa - Psicoterapeuta**

**Specializzata in psicoterapia cognitiva – Training Perdighe e Procacci**

**e-mail: [ramona.fimiani@hotmail.it](mailto:ramona.fimiani@hotmail.it)**

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:*  
[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)