

VERSO UNA TASSONOMIA DEI FATTORI COMUNI IN PSICOTERAPIA – RISULTATI DI UNA RICERCA CONDOTTA SU PSICOTERAPEUTI ESPERTI

di Wolfgang Tschacher, Ulrich Martin Junghan, Mario Pfammatter
Department of Psychotherapy, University Hospital of Psychiatry, University of Bern, Bern Switzerland

Quella presentata di seguito è la traduzione dell'articolo
Tschacher, W., Junghan, U.M. & Pfammatter, M. "Towards a Taxonomy of Common Factors in Psychotherapy —
Results of an Expert Survey"
pubblicato in *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21/2014, 82-96

Traduzione di Martina Faralli, con la collaborazione di Elena De Sanctis, Mary Luca e Giulia Palmieri
Le tabelle sono inserite in calce al testo. I **fattori comuni** sono scritti in neretto, le *tecniche* in italico.

Background: come avvenga il cambiamento è una questione altamente dibattuta nella ricerca in psicoterapia. Una fazione considera essenziali i fattori “non specifici” o “comuni”, condivisi da differenti approcci terapeutici, mentre ricercatori dell'altra fazione pongono le tecniche specifiche come ingredienti essenziali del cambiamento. Questa controversia è ad ogni modo vessata da una terminologia poco chiara e da incoerenze logiche. Il *Taxonomy Project* punta quindi a dare un contributo alla definizione e concettualizzazione dei fattori comuni in psicoterapia, analizzando le loro associazioni specifiche alle tecniche standard.

Metodo: una review ha identificato 22 fattori comuni discussi nella letteratura di ricerca in psicoterapia. Abbiamo condotto un'indagine in cui 68 psicoterapeuti esperti hanno valutato come i fattori comuni siano implementati da tecniche specifiche. Usando modelli gerarchici lineari, abbiamo correlato ogni fattore comune in base alle tecniche, all'età degli esperti, al genere e all'aderenza all'orientamento terapeutico.

Risultati: i fattori comuni differiscono largamente per la loro rilevanza nell'implementazione tecnica. Coinvolgimento del paziente, Esperienza affettiva e Alleanza terapeutica sono stati ritenuti i fattori più rilevanti. I fattori comuni differiscono anche per quanto riguarda il grado in cui possono essere spiegati dal *set* di tecniche. Presentiamo profili dettagliati di tutti i fattori comuni e la loro correlazione, positiva o negativa, con le tecniche specifiche. Ci sono indicazioni per considerare la classificazione non esaustiva in quanto la tassonomia non prende in considerazione l'utilizzo di tecniche corporee, in particolare il rilassamento muscolare progressivo, il training in biofeedback e l'ipnosi. Allo stesso modo, i fattori comuni presi in considerazione non rappresentano adeguatamente le tecniche psicodinamiche e sistemiche.

Conclusione: il tentativo verso la tassonomia è un passo verso la chiarificazione dei più importanti costrutti della psicoterapia.

Punti chiave:

- questo articolo collega tecniche psicoterapeutiche standard (ben conosciute da terapeuti professionisti)

ai fattori/meccanismi di cambiamento discussi nella teoria psicoterapeutica;

- l'articolo fornisce un breve excursus sul recente dibattito a proposito dei meccanismi mediante i quali funziona la psicoterapia;
- vogliamo fornire profili dettagliati dei meccanismi di cambiamento e spiegare come essi possano essere generati dalle tecniche pratiche.

Parole chiave: Fattori Comuni, Tecniche psicoterapeutiche, Processo terapeutico, Meccanismo di cambiamento, Teorie psicoterapeutiche

La ricerca in psicoterapia ha da diversi anni dimostrato l'efficacia della psicoterapia stessa. Numerosi studi e meta-analisi hanno chiarito che la psicoterapia funziona per la maggior parte delle psicopatologie. Si è arrivati al consenso sul fatto che la psicoterapia sia più efficace dell'assenza di trattamento e di controlli placebo (Lambert & Ogles, 2004). Nonostante ciò, permangono considerevoli fonti di disaccordo: tali fonti riguardano la relativa efficacia di differenti approcci psicoterapeutici, nonché, e questo è rilevante, i meccanismi tramite i quali la psicoterapia produce benefici. In questo contesto, la maggioranza delle controversie riguardano il “verdetto di Dodo” (ovvero: tutti gli approcci psicoterapeutici hanno benefici simili, cosicché “tutti devono ricevere un premio”) e il ruolo dei fattori comuni vs specifici nel cambiamento psicoterapeutico (Wampold, 2001; Beutler, 2002; Chambless, 2002; Luborsky et al., 2003). Questa controversia ha spaccato il campo in due fazioni opposte: una attribuisce il cambiamento terapeutico a specifici “ingredienti” e fattori (DeRubeis et al., 2005), l'altra è a favore di un modello basato sui fattori comuni (Wampold et al., 2001).

La fazione a favore delle componenti specifiche si focalizza sulle tecniche come agenti causali del cambiamento terapeutico. In anni recenti, meccanismi specifici sono divenuti la base di guide pratiche e di terapie supportate empiricamente nella medicina *evidence-based* (Chambless & Ollendick, 2001). La fazione opposta invece enfatizza come fattori terapeutici centrali condivisi da differenti approcci siano responsabili per la maggior parte dei benefici ottenuti in psicoterapia. Questi fattori di cambiamento terapeutico sono detti “non specifici” o “comuni”, e potrebbero così

spiegare il verdetto di Dodo.

I fattori comuni non sono teoricamente ancorati ai modelli di trattamento delle diverse scuole di psicoterapia, né sono considerati all'interno dei modelli di trattamento per specifici disturbi mentali. Il concetto può essere fatto risalire ai fattori impliciti di Saul Rosenzweig (1936) condivisi da diversi metodi di psicoterapia, ad esempio la relazione fra paziente e terapeuta. Negli anni '70 Jerome Frank (1971) sviluppò il suo “Modello delle Componenti Comuni” (*Common Component Model*), richiamando quattro fattori comuni: una relazione di fiducia; un contesto istituzionale sancito socialmente; una narrazione terapeutica (“mito”) che offra una spiegazione dei problemi di un paziente; specifici compiti e procedure per risolvere questi problemi (“rituali”). In seguito una serie di autori ha proposto ulteriori *set* di fattori comuni, come ad esempio esperienza affettiva, competenze cognitive e regolazione comportamentale (Karasu, 1986); confronto con i problemi, esperienza emozionale correttiva (Weinbergere, 1995); attivazione delle risorse, chiarificazione e coping (Grawe, 1995).

La controversia fra fattori specifici e comuni “(...) ha pervaso diverse decadi ed è ancora ciò che guida le riflessioni sui fattori responsabili del cambiamento” (Castonguay & Beutler, 2006, p. 632). Sta comunque divenendo sempre più evidente come questa “corsa dei cavalli” nel determinare il principio di cambiamento più rilevante assuma una dicotomia fra fattori specifici e comuni basata su inconsistenze terminologiche e concettuali, abbia poca validità empirica e fallisca nel rendere giustizia alla complessità del processo di cambiamento terapeutico. Nella fattispecie, confonde il modo in cui il termine “fattore comune” è utilizzato (Lampropoulos, 2000): la letteratura mostra

grande incongruenza riguardo a quale livello del Modello Generico di Psicoterapia (Orlinksy et al, 2004) si riferiscano i fattori comuni. La dicitura di “fattori specifici”, d’altro canto, si riferisce unicamente agli aspetti tecnici del processo terapeutico, ovvero tali fattori sarebbero identici alle tecniche psicoterapeutiche. In altre parole, i fattori comuni e specifici si riferiscono a diversi livelli e aspetti del processo psicoterapeutico (Pfammatter & Tschacher, 2012). Non è quindi adeguato porre i fattori comuni in antitesi a quelli specifici, poiché questi concetti appartengono a livelli logici non confrontabili. Invece che competere in questa cosiddetta “corsa dei cavalli”, fattori specifici, cioè tecniche, e fattori comuni dovrebbero essere osservati nelle loro interazioni (Karasu, 1986; Goldfried, 1980; Butker & Strupp, 1986).

Si aggiunge a ciò il fatto che una dicotomia fra fattori comuni e specifici non ha ricevuto supporto empirico. Per entrambi sono state mostrate relazioni significative con l’outcome: una serie di meta-analisi ha dimostrato che vari aspetti del fattore comune “alleanza terapeutica”, come l’empatia e l’accordo sugli obiettivi, sono chiaramente correlati ad un outcome positivo (Lambert & Cattani, 2012; Norcross & Wampold, 2011a). Allo stesso tempo, anche tecniche come l’esposizione, la tecnica della sedia vuota, l’intervento paradossale e particolari forme di interpretazione risultavano “(...) sistematicamente e fortemente associate a un outcome terapeutico positivo” (Orlinksy et al., 2004, p. 341).

La questione non è dunque quale, fra fattori specifici e comuni, sia più importante, ma come essi interagiscano fra di loro e come tali interazioni possano essere “ritagliate” ad hoc su uno specifico paziente (Norcross & Wampold, 2011b).

Una chiara terminologia e un’accurata concettualizzazione delle variabili di processo sono di fondamentale importanza in questo contesto. Ad oggi diversi progetti hanno come obiettivo la creazione di un linguaggio comune per le tecniche, come nel caso della *Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating*

Scale di Trijsburg et al. (2002), della *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions* di McCarthy e Barber (2008) e del progetto web-based *Common Language for Psychotherapy* di Marks (2010). Il *Taxonomy Project* qui presentato è un tentativo di arrivare empiricamente ad un linguaggio e ad una concezione più precisi dei fattori comuni in psicoterapia. Il *Taxonomy Project* si discosta dalla mentalità esclusivista predominante nella fazione dei fattori scuola-specifici o disturbo-specifici (“modello medico”) e nella fazione di coloro che caldeggiavano i fattori comuni (“modello contestuale”; Wampold et al., 2001). Invece che cause di cambiamento mutualmente escludenti, consideriamo le tecniche specifiche ed i fattori comuni come componenti associate del processo psicoterapeutico.

Nel presente studio abbiamo deciso di analizzare la relazione fra tecniche specifiche e fattori comuni attraverso l’uso dell’opinione degli esperti. Abbiamo raccolto le valutazioni di esperti in psicoterapia nella cornice di una più ampia indagine a cui ricercatori in psicoterapia erano stati invitati. Le tecniche sono state considerate come punti fermi (variabili indipendenti) poiché già operazionalizzate e definite nei manuali e libri di testo di diverse scuole di psicoterapia. In altre parole, abbiamo utilizzato le tecniche come entità che permettono di descrivere le variabili dipendenti del nostro studio: i fattori comuni in psicoterapia. Tramite ciò, l’obiettivo del *Taxonomy Project* era quello di contribuire a una definizione e concezione più chiare dei fattori comuni. Altro obiettivo era dunque quello di introdurre un nuovo modo di intendere il termine “specificità” nel dibattito che contrappone fattori comuni e fattori specifici: i primi potrebbero essere considerati specifici in quanto generati da specifici sottoinsiemi di tecniche e potenzialmente inibiti da altri sottoinsiemi di tecniche. Abbiamo ipotizzato che i fattori comuni differiscano marcatamente se relazionati alle tecniche specifiche. Questo potrebbe quindi condurre a una precisa definizione operativa di ogni fattore comune: un fattore comune è quello che è implementato da uno specifico pattern di tecniche. L’obiettivo primario di questo studio è stato dunque la descrizione di tutti i fattori comuni tramite le

loro specifiche associazioni con le tecniche. Per ottenerlo ci siamo affidati alla conoscenza consensuale di esperti in psicoterapia, agenti come giudici, i quali hanno valutato passo dopo passo queste associazioni. Abbiamo poi ipotizzato in seconda istanza che alcune variabili (genere, età, professione, aderenza a un approccio psicoterapeutico) avrebbero influenzato le valutazioni solo in modo limitato.

METODI

Selezione dei Fattori Comuni e delle Tecniche Specifiche

Una recente revisione della letteratura sulle ricerche in psicoterapia ha identificato tutti i costrutti individuati come fattori non specifici o comuni nel cambiamento in psicoterapia. Pfammatter e Tschacher (2012) hanno incluso tutti i fattori descritti da almeno due autori. Per il presente studio abbiamo adottato una lista di 22 fattori, descritti in Tabella 1.

Allo stesso tempo, basandoci sui manuali relativi ai quattro maggiori approcci in psicoterapia (cognitivo comportamentale, psicodinamico, umanistico e sistemico), abbiamo selezionato 22 tecniche standard (Tabella 2) di questi approcci (la quantità di tecniche e di fattori risulta casualmente identica). La nostra selezione delle tecniche è stata soggettiva. Abbiamo selezionato tecniche che rappresentano le procedure più caratteristiche dei principali approcci in psicoterapia, in particolare quelle tecniche con le quali un gruppo di esperti ricercatori in psicoterapia avrebbe avuto più familiarità, anche se originate da approcci differenti da quello del ricercatore stesso.

Ricerca

È stata sviluppata un'intervista on line basata sui 22 fattori comuni e le 22 tecniche specifiche. Dopo essersi autenticati nel sistema, ai partecipanti veniva spiegato brevemente lo scopo dello studio: investigare la relazione fra fattori comuni e tecniche, con l'obiettivo finale di raggiungere una classificazione dei fattori comuni stessi. Nella pagina successiva, come

fattore comune iniziale, veniva introdotta e definita l'**Alleanza Terapeutica**¹ (Tabella 1). Le istruzioni erano: "Si prega di valutare quanto, nella sua opinione, questo fattore comune è implementato da ciascuna delle seguenti tecniche standard", seguita dall'elenco delle 22 tecniche psicoterapeutiche. Accanto a ciascuna delle tecniche elencate era presente una loro breve descrizione, ad esempio: "*Rinforzo Positivo*: il terapeuta elogia e premia i comportamenti desiderabili del paziente". La risposta del partecipante era misurata tramite una scala Likert a 5 punti (per niente, poco, moderatamente, molto, moltissimo) presente per ogni tecnica. Abbiamo assegnato i valori -2, -1, 0, 1, 2 ai punti della scala. La lista delle tecniche era presentata nell'ordine prefissato visibile in Tabella 2. La procedura era la stessa nelle pagine seguenti, fino a che tutti i fattori comuni fossero stati valutati, o finché il partecipante non avesse sospeso il compito. L'indagine poteva essere eventualmente ripresa in seguito dal punto in cui era stata lasciata in sospeso. Un'indagine completa durava approssimativamente 50 minuti e conteneva $22 \times 22 = 484$ items per partecipante.

Partecipanti

Ricercatori esperti in psicoterapia, la maggior parte dei quali anche psicoterapeuti in attività, sono stati contattati tramite e-mail personali e invitati a partecipare come giudici esperti in un'indagine on line (sviluppata sulla piattaforma Survey-Monkey). Per primi abbiamo contattato membri della Società di Ricerca in Psicoterapia di lingua tedesca ed in seguito altri ricercatori in psicoterapia con formazione psichiatrica. La maggioranza aveva un background accademico. Dei 140 ricercatori contattati, 68 hanno partecipato all'indagine (età media 50.2 anni, $d_s = 11.1$; 47 (69%) uomini). Coloro che non hanno risposto non si discostavano significativamente dai partecipanti per genere, ma l'età media era più alta: 54.6 anni; $t(138) = 2.47$; $p < 0.05$. La media degli anni di esperienza professionale dei partecipanti era 18 ($d_s = 11.0$; variabile indipendente "Esperienza"), mentre la media delle ore di attività terapeutica era di 9h/settimana ($d_s = 8.8$). Per quanto riguarda i loro background scientifici e

professionali (variabile indipendente “Professione”), 54 partecipanti (79.4%) erano psicologi, 9 (13.2%) erano psichiatri, 4 (5.9%) erano sia psicologi sia psichiatri e 1 (1.5%) proveniva da un'altra professione. Il background professionale dei non partecipanti non era significativamente diverso ($\chi^2(3)=2.37, p=0.50$). I partecipanti (variabile “Valutatore”) avevano come orientamento psicoterapeutico prevalente (variabile indipendente “Affiliazione”) quello cognitivo comportamentale ($n=29, 42.6\%$), seguito da psicodinamico ($n=19, 27.9\%$), eclettico ($n=14, 20.6\%$), sistemico ($n=4, 5.9\%$) e centrato sul cliente ($n=2.9\%$).

Analisi Statistiche

Ogni giudice partecipante ha valutato le associazioni fra 22 tecniche e 22 fattori comuni, ovvero ognuno ha risposto ad un massimo di $22 \times 22 = 484$ items. Ponendo “fattore comune” come variabile dipendente ed avendo un campione di 68 valutatori, ogni fattore comune ha ricevuto un massimo di $22 \times 68 = 1496$ risposte. Il protocollo dell'indagine on line non obbligava a completare la griglia di risposte, cosicché il range di risposte per ciascun fattore comune va da 920 a 1338 (vedere anche “Osservazioni” in Tabella 3). In altre parole, le variabili dipendenti risultavano avere molti dati mancanti nelle variabili indipendenti. A causa della prevista mancanza di dati e per poterli utilizzare statisticamente come variabili dipendenti (ogni partecipante doveva fornire valutazioni ripetute) abbiamo applicato analisi gerarchiche ad effetti misti per modellare le variabili dipendenti (cioè i fattori comuni) attraverso quelle indipendenti (cioè le tecniche e le variabili socio-anagrafiche dei valutatori). Il pacchetto software utilizzato per le analisi era JMP 9 (SAS Institute Inc., Cary, NC). Un *set* di dati di 22 tecniche x 68 valutatori è stato dunque reso disponibile per ogni fattore comune ed è servito come base per tutte le analisi successive negli approcci a e b.

Approccio a: in una fase iniziale abbiamo descritto ogni fattore comune definendone due dimensioni separate, Rilevanza e Spiegazione (Tabella 1). Queste dimensioni sono state

operazionalizzate come segue: la dimensione Rilevanza è stata calcolata, ponendo ogni fattore comune come variabile dipendente, tramite un'intersezione di un modello avente la variabile “Valutatore” come unico effetto casuale (approccio a.1). I singoli punteggi costituivano il livello 1 dei dati, il “Valutatore” costituiva il livello 2. Le intersezioni operazionalizzavano la rilevanza totale di un fattore comune. Queste intersezioni avevano valori molto simili alla media delle risposte ($r=0.99$), ovvero alla media di ogni singola valutazione ricevuta da un fattore comune (con un range fra -2 e 2). Nella colonna “Rilevanza” in Tabella 1 abbiamo elencato queste intersezioni, che sono state confrontate con il valore centrale delle scale, ovvero zero.

Come seconda dimensione abbiamo valutato “Spiegazione”. Abbiamo calcolato i modelli ponendo “Valutatore” come effetto casuale e “Tecnica” come effetto fisso (approccio a.2). La corrispondente varianza spiega quanto ogni fattore comune sia differentemente definito dall'insieme delle tecniche. Infine, per integrare le due dimensioni dell'approccio a, è stato calcolato il rapporto Rilevanza/Spiegazione, che risulta positivo se entrambe le dimensioni assumono valori positivi.

L'approccio b si rivolge all'obiettivo primario dello studio, creando un modello comprensivo anche dell'influenza delle caratteristiche del giudice. Nel modello abbiamo posto in relazione ciascuno dei 22 fattori comuni con i seguenti fattori predittivi: “Tecniche” (come nell'approccio a.2), “Affiliazione” o “Approccio di appartenenza” (*Allegiance*), “Tecniche x Affiliazione”, “Professione”, “Esperienza”, “Età”, “Genere”. In tutti i modelli la variabile “Valutatore” era inserita come effetto casuale (Tabella 3). L'effetto casuale spiega le componenti della varianza, ovvero che percentuale della varianza totale è attribuibile al valutatore come persona. Ad ogni effetto fisso è assegnato un valore F ; tale valore F definisce quanto forte sia la regressione del rispettivo effetto fisso su ogni fattore comune. Maggiore è il valore dell'effetto fisso “Tecnica”, più un fattore comune può essere descritto in modo differenziato (positivamente o negativamente) dalle singole tecniche. In altre parole, il valore F

indica quanto un fattore comune sia spiegato dall'insieme delle 22 tecniche (vedi il grado di spiegazione derivante dalla variabile "Tecnica" nell'approccio a.2). Alcune delle singole tecniche potrebbero significativamente implementare il fattore comune (hanno punteggi t positivi per i parametri stimati delle singole tecniche), mentre altre tecniche sono associate negativamente al fattore comune (i punteggi t sono negativi). Questi parametri stimati significativi, positivi o negativi, sono quindi validi descrittori di un fattore comune, dal momento che mostrano da quali procedure psicoterapeutiche un fattore comune può (o non può) essere implementato. Non è compresa la tecnica *Counselling* poiché nelle analisi è utilizzata come un valore di riferimento. Abbiamo calcolato l'Akaike's Information Criterion (AIC) per l'accuratezza e la parsimonia del modello. I singoli valori dell'AIC non sono riportati per ragioni di brevità; è comunque risultato tramite l'AIC che

tutti i 22 modelli in Tabella 3 erano superiori ai corrispettivi modelli dove la variabile "Tecnica" era posta come unico effetto fisso (approccio a.2). Riportiamo in Tabella 3 tutti i modelli con l'insieme completo di effetti fissi.

Risultati

Le due dimensioni "Rilevanza" e "Spiegazione" descrivono quanto i fattori comuni sono implementati dall'insieme delle tecniche, secondo la visione dei giudici esperti. La prima dimensione, "Rilevanza", indicata dall'intercetta, esprime quanto un fattore comune sia influenzato dall'intero insieme di tecniche, indipendentemente dal contributo della singola tecnica. La seconda dimensione, "Spiegazione", è data dalla varianza di ogni fattore comune esplicitamente e separatamente spiegato dalle singole tecniche. Queste due dimensioni (si vedano le rispettive colonne in

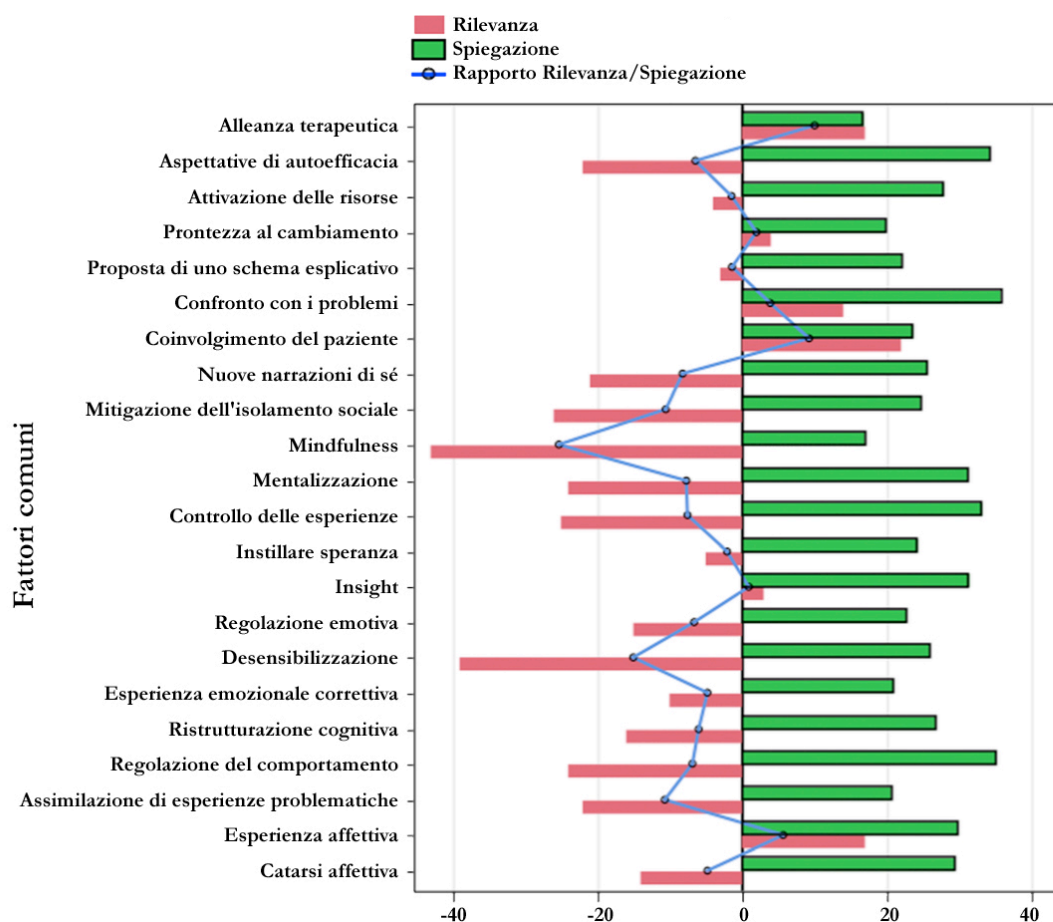


Figura 1 - Rappresentazione grafica dei descrittori di fattori comuni (vedi tabella 1). La voce 'Rilevanza' è operazionalizzata dalle intercette dell'approccio A.1 (moltiplicato x100 per una migliore visualizzazione); la voce 'Spiegazione' è operazionalizzata dalla percentuale di varianza spiegata dalle tecniche dell'approccio a.2. Il rapporto 'Rilevanza/Spiegazione' è rappresentato da una linea (moltiplicato x1000 per una migliore visualizzazione). L'ascissa è una scala adimensionale per le voci 'Rilevanza' e 'Rilevanza/Spiegazione'; per la voce 'Spiegazione', la scala corrisponde alla % della varianza.

Tabella 1) descrivono in modo quasi ortogonale ($r=-0.02$) i fattori comuni (si veda Figura 1 per una rappresentazione grafica). Tutti i fattori comuni sono descritti in maniera altamente significativa dalle tecniche, anche se in gradi diversi (“Spiegazione” in Tabella 1); la spiegazione più ampia è emersa per i fattori **Confronto con il Problema**, **Regolazione Comportamentale** e **Aspettative di Autoefficacia**. D’altro canto, i fattori più rilevanti (si veda approccio a.1, “Rilevanza” in Tabella 1) sono stati **Coinvolgimento del Paziente**, **Alleanza Terapeutica** e **Esperienza Affettiva**, i quali hanno prodotto i risultati più elevati sulle scale. Alcuni dei fattori comuni sono risultati sia ben spiegati sia rilevanti, come **Coinvolgimento del Paziente**, **Esperienza Affettiva**, **Alleanza Terapeutica** e **Confronto con il Problema** (percentuali positive in Figura 1). Altri fattori sono stati valutati come aventi una bassa rilevanza complessiva, ma risultavano comunque spiegati

dalle singole tecniche, specialmente **Desensibilizzazione** e **Mindfulness** (percentuali negative).

L’approccio b fornisce un quadro dettagliato di come ogni fattore comune sia descritto da un insieme di predittori che include, oltre alle tecniche, le caratteristiche degli stessi valutatori esperti, come la loro aderenza ad un approccio terapeutico, il loro background professionale, gli anni di esperienza, l’età e il genere. Tutti e 22 i risultati dei modelli a effetti misti sono riportati in Tabella 3a-d; qui ci concentreremo sui risultati significativi secondo il Metodo di Bonferroni, con una probabilità <0.001 , in modo da correggere l’aumento di alpha dovuta a prove ripetute ($0.05/22 \approx 0.002$); i predittori significativi secondo il Metodo di Bonferroni sono riportati in neretto in Tabella 3a-d.

La varianza spiegata da tutti i modelli ha un range fra 47.4% (**Fornire uno Schema**

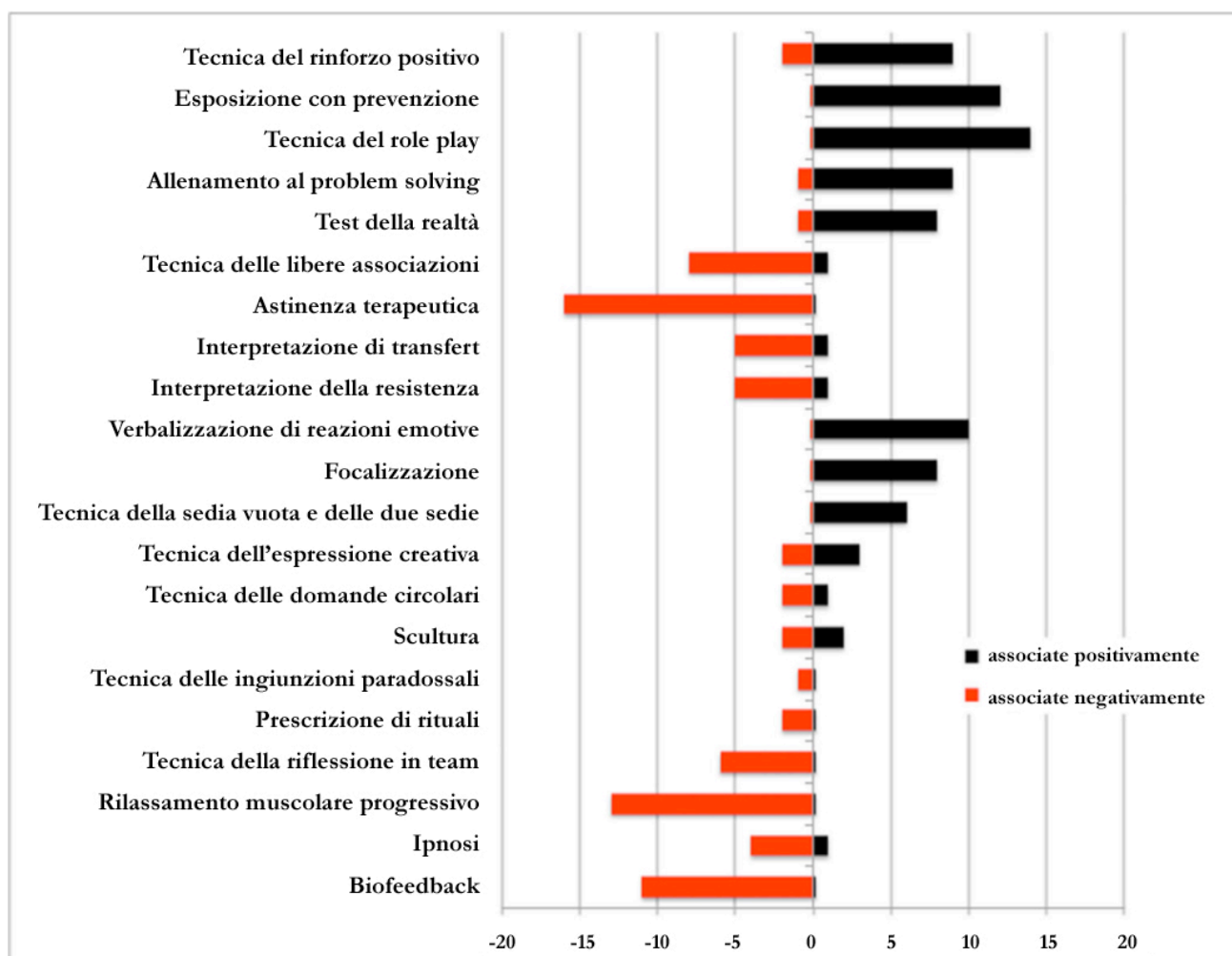


Figura 2. Rappresentazione di quante singole tecniche risultano significative secondo il Metodo Bonferroni ($p < .001$) associate ad ognuno dei fattori comuni nella Tabella 3 (barre rosse a sinistra: frequenza delle associazioni negative, barre nere a destra: frequenza delle associazioni positive)

Esplicativo) e 62.1% (**Esperienza Diretta di Padronanza**). La varianza dovuta direttamente ai valutatori, tenendo conto delle caratteristiche precedentemente menzionate come predittori, varia tra il 12% e il 30%: **Aspettative di Autoefficacia**, **Insight** e **Confronto con il Problema** hanno ottenuto una bassa varianza in relazione ai giudici, e dunque un alto accordo inter-rater, mentre **Mindfulness**, **Alleanza Terapeutica** e **Ristrutturazione Cognitiva** hanno ricevuto valutazioni più eterogenee, mostrando dunque una più alta varianza inter-rater. Nessuna caratteristica dei valutatori è risultata significativa come predittore secondo il Metodo di Bonferroni per la correzione dell'errore. Aderenza al modello terapeutico, età ed esperienza dei giudici sono risultate statisticamente non correlate alle valutazioni ($p > 0.05$). Il genere è risultato predittore significativo di alcuni fattori comuni ($p < 0.05$: **Elaborazione di Esperienze Problematiche**, **Insight**, **Regolazione Comportamentale**, **Prontezza al Cambiamento**, **Aspettative di Autoefficacia** e **Confronto con il problema** hanno ricevuto punteggi più bassi da giudici maschi), ma questi effetti non sono risultati significativi a seguito della correzione di Bonferroni. La professione dei valutatori ha giocato un ruolo nella valutazione di **Esperienza Diretta di Padronanza** e di **Aspettative di Autoefficacia**, ma ancora una volta i risultati non sono stati significativi a seguito della correzione di Bonferroni.

Tutti i 22 fattori comuni sono risultati significativamente associati con le tecniche ed ogni fattore comune è risultato collegato ad uno specifico insieme di tecniche, associato ad esso positivamente o negativamente. La singola descrizione di ogni fattore comune è riportata in Tabella 3a-d. Qui approfondiremo tre esempi: (i) Il fattore comune **Alleanza Terapeutica** (Tabella 3a) è emerso come quello più sostenuto dalle tecniche *Verbalizzazione delle Reazioni Emotive*, *Tecnica del Rinforzo Positivo* e *Focalizzazione*, ma sarebbe ostacolato da *Biofeedback Training*, *Tecnica della Riflessione in Gruppo* e *Rilassamento Muscolare Progressivo*. (ii) Il fattore comune **Confronto con il Problema** (Tabella 3b) è rinforzato da *Esposizione con Prevenzione della Risposta*, *Tecnica del Role Play*, *Tecnica della Sedia Vuota* e delle *Due Sedie* e

Focalizzazione. Al contrario, *Rilassamento Muscolare Progressivo*, *Biofeedback Training*, *Astinenza Terapeutica* e *Tecnica del Rinforzo Positivo* sono associate negativamente con l'implementazione di questo fattore comune. (iii) Il fattore comune **Aspettative di Autoefficacia** (Tabella 3d) è influenzato da *Problem solving Training*, *Tecnica del Role Play*, *Esposizione con Prevenzione della Risposta*, *Tecnica del Rinforzo Positivo* e *Test di Realtà*. D'altro canto, *Astinenza Terapeutica*, *Libere Associazioni*, *Tecnica della Riflessione in Gruppo* e *Interpretazione del Transfert* potrebbero contrastare questo fattore comune.

La Figura 2 rappresenta le frequenze con cui ogni tecnica è positivamente o negativamente associata ad ognuno dei 22 fattori comuni. Queste frequenze sono state ottenute conteggiando le volte in cui la singola tecnica è emersa come predittore di quel fattore comune secondo il Metodo di Bonferroni nella Tabella 3a-d. È stato rilevato che le tecniche sviluppate dalle psicoterapie cognitivo-comportamentale e umanistica sono state prevalentemente usate come descrittori positivi dei fattori comuni, mentre le tecniche provenienti dalle psicoterapie psicodinamica, sistemica e orientata al corpo sono state usate prevalentemente come descrittori negativi.

Sono stati riscontrati effetti significativi "Tecnica x Affiliazione" in 15 dei 22 fattori comuni. Ciò significa che, oltre all'importanza differenziale di tecniche specifiche per la realizzazione di un fattore comune, tale importanza di una tecnica dipendeva dall'aderenza all'orientamento psicoterapeutico (*allegiance*) dei valutatori. In quattro casi questo effetto di interazione è risultato significativo secondo il livello di significatività di Bonferroni: **Mentalizzazione**, **Alleanza Terapeutica**, **Esperienza Affettiva** e **Regolazione Emotiva**. In altre parole, alcuni aspetti di questi fattori comuni sono stati caratterizzati in modo divergente da valutatori con diversi background psicoterapeutici. Giudici provenienti dalla scuola cognitivo-comportamentale, ad esempio, hanno visto l'**Alleanza Terapeutica** come maggiormente connessa con tecniche quali l'*Esposizione con Prevenzione della Risposta* e correlata negativamente con l'*Astinenza Terapeutica*. Valutatori con approccio

psicodinamico, invece, hanno posto l'**Alleanza Terapeutica** nel contesto dell'*Interpretazione del Transfer* e, positivamente (!), anche in quello dell'*Astinenza Terapeutica*. Il fattore comune **Esperienza Affettiva** è stato visto dagli psicodinamici come implementato dall'*Interpretazione del Transfer*, dall'*Interpretazione della Resistenza* e dalle *Libere Associazioni*; gli esperti cognitivo-comportamentali hanno inoltre rilevato una connessione con l'*Esposizione con Prevenzione della Risposta*; i valutatori sistemici hanno valutato l'**Esperienza Affettiva** come collegata alla *Prescrizione di Rituali*.

Discussione

Il *Taxonomy Project* si concentra sulle incongruenze concettuali associate al costrutto centrale dei fattori comuni; tali incongruenze stanno attualmente ostacolando la ricerca in psicoterapia. Senza idee chiare, un ulteriore progresso scientifico è improbabile. Abbiamo dunque personalmente invitato un gruppo di esperti con differenti background professionali e affiliazioni ad approcci terapeutici a partecipare ad un'indagine che aiutasse a chiarire il concetto di fattore comune. In questa indagine abbiamo usato tecniche psicoterapeutiche standard come strumenti per migliori descrizioni e definizioni dei fattori comuni. L'indagine on line è stata svolta con successo e ha fornito una specifica descrizione operativa di ognuno dei 22 fattori comuni discussi nel contesto clinico, descrizione basata sulle associazioni differenziali di questi fattori con le tecniche psicoterapeutiche.

Abbiamo analizzato i dati degli esperti usando modelli gerarchici lineari per ciascun fattore comune. I risultati supportano la premessa del *Taxonomy Project* secondo cui fattori comuni e tecniche specifiche sono due costrutti associati, piuttosto che mutualmente escludentisi. La varianza di ogni fattore comune è significativamente spiegata dalle sue associazioni differenziali con le tecniche specifiche: in questo modo, un fattore comune può essere descritto e definito tramite il profilo delle tecniche che ad esso contribuiscono. La nostra analisi supporta alcune delle relazioni fra fattori comuni e tecniche proposte, su base teoretica, da Karasu (1986), fornendo un

quadro ulteriormente dettagliato.

Le caratteristiche individuali dei valutatori hanno giocato un ruolo modesto in queste definizioni, con una bassa significatività secondo il Metodo di Bonferroni di predittori quali l'appartenenza ad un approccio terapeutico, il background professionale, gli anni di esperienza come terapeuta, l'età e il genere. Nessuno dei fattori comuni è stato sovra o sottostimato a causa dell'affiliazione del valutatore ad un modello teorico, la qual cosa è prova della validità dell'opinione degli esperti e dell'elevato grado di consenso fra giudici con background differenti. Nonostante ciò, sono stati trovati alcuni effetti di interazione per il predittore "Tecnica x Affiliazione", ad indicare che la stessa appartenenza, in un piccolo numero di casi, potrebbe influenzare le valutazioni di quanto una certa tecnica implementi un determinato fattore comune. In sintesi, i profili dei fattori comuni risultanti rappresentano un passo in avanti verso una più chiara definizione di questi importanti costrutti.

Come previsto, gli esperti non hanno considerato tutti i fattori comuni come ugualmente importanti. **Coinvolgimento del Paziente, Esperienza Affettiva e Alleanza Terapeutica** sono stati giudicati come i più rilevanti. Ciò concorda con quegli studi processo-risultato in letteratura che hanno indagato aspetti del legame terapeutico e del contributo del paziente al processo terapeutico, trovando collegamenti positivi con i fattori di cui prima (Orlinsky et al., 2004). **Alleanza Terapeutica e Esperienza affettiva** sono inoltre fra quei fattori la cui valutazione sembrerebbe dipendente dall'affiliazione ad un preciso modello psicoterapeutico. D'altro canto sembrerebbero esistere anche "fattori comuni meno comuni", specialmente **Desensibilizzazione** e **Mindfulness** sono visti come meno implementati dalle tecniche. Questi fattori comuni hanno anche ottenuto le più basse percentuali di Rilevanza/Spiegazione, con Rilevanza negativa e bassa Spiegazione. Si potrebbe speculare sulle ragioni di tali valutazioni: la **Desensibilizzazione** potrebbe aver perso rilevanza come fattore comune negli scorsi decenni nell'ambito della ricerca comportamentista, mentre la **Mindfulness** è

per contrasto un concetto relativamente nuovo, che alcuni potrebbero quindi non (ancora) valutare rilevante e non fortemente connessa alle tecniche come gli altri concetti.

Risultato inatteso di questa indagine è che la presente lista dei fattori comuni, che rappresenterebbe la letteratura comprensiva corrente, sembra comunque incompleta. Per alcune delle ben note tecniche standard di psicoterapia non è disponibile alcun fattore comune. Com'è evidente da un'analisi globale della Figura 2, tecniche basate sul corpo come *Rilassamento Muscolare Progressivo*, *Biofeedback Training* e *Ipnosi* sono state prevalentemente usate come predittori negativi, ovvero queste tecniche sono state significativamente associate al contrario di un fattore comune. Sembra che la cognizione corporea, consapevolezza che variabili corporee e motorie sono intrinsecamente connesse ai processi mentali (Ramseyer & Tschacher, 2011; Tschacher & Bergomi, 2011), sia insufficientemente rappresentata allo stato attuale della ricerca in psicoterapia. Tali associazioni negative sono risultate predominanti anche per le tecniche psicodinamiche e, in grado minore, per quelle sistemiche. Con la sola eccezione della *Tecnica delle Ingiunzioni Paradossali*, l'efficacia delle singole tecniche sistemiche non è ben definita nella letteratura degli studi processo-risultato. Questa potrebbe essere una delle ragioni per cui nessun fattore comune è stato collegato a tali tecniche nella nostra analisi. Il quadro è più complesso per i metodi psicodinamici: secondo la review di Orlinsky et al. (2004), le interpretazioni dei terapeuti avrebbero in linea di massima effetti positivi, anche se l'*Interpretazione del Transfert* è stata di frequente associata ad outcome negativi, e l'*Astinenza Terapeutica* è probabilmente irrilevante ai fini dell'esito. In questo modo, la mancanza di concetti per rappresentare queste tecniche a livello dei fattori comuni, presente nei nostri dati, potrebbe riflettere una mancanza di certezze nel supporto empirico per queste tecniche.

Si deve tener presente che i nostri risultati sono basati sulle opinioni di ricercatori esperti in psicoterapia. I risultati potrebbero non essere sufficientemente rappresentativi del punto di

vista dei pazienti, e neppure possono considerarsi sostitutivi delle analisi empiriche del processo terapeutico. Queste limitazioni possono comunque essere legittimate tenendo conto dell'obiettivo di esplorare la struttura di costrutti teorici. Sarà uno spunto di ricerca futuro approfondire come questi costrutti potrebbero tradursi nella pratica psicoterapeutica e nella formazione degli stessi psicoterapeuti. Un'ulteriore limitazione è che la valutazione di alcune tecniche, specialmente nell'ambito degli effetti di interazione complessa, dipende dall'aderenza dei valutatori all'approccio psicoterapeutico di riferimento. La predominanza nel nostro campione di valutatori con un background cognitivo-comportamentale, anche se specchio delle odierne proporzioni fra ricercatori in psicoterapia, potrebbe aver avuto un'influenza su alcuni dei risultati di questo studio. In conclusione, possiamo sostenere che la tassonomia dei fattori comuni basata sulle loro associazioni differenziali a tecniche specifiche pone orizzonti promettenti. Ciò supporterà un'ulteriore elaborazione concettuale in cui i fattori comuni rappresenteranno e unificheranno progressivamente l'intero spettro della ricerca in psicoterapia. Nella presente analisi l'approccio tassonomico è stato fondamentale per arrivare ad una più chiara definizione e concezione dei fattori comuni. Sugeriamo che l'attuale *set* di fattori comuni del cambiamento in psicoterapia dovrebbe essere rivisto secondo due modalità: per prima cosa, i fattori comuni dovrebbero tener conto di tutti gli approcci di trattamento secondo una modalità integrativa. In questo studio abbiamo trovato indizi che l'odierna tassonomia è fallace, dal momento che non copre le terapie corporee e non rende giustizia a tecniche psicodinamiche e sistemiche efficaci. In seconda istanza, ad ogni modo, questo non dovrebbe portare ad esagerare la quantità di fattori comuni riconosciuti, poiché esiste già un'ampia varietà terminologica per concetti largamente congruenti. Importante obiettivo di successive ricerche tassonomiche dovrà essere la riduzione di tale tautologia.

Un tale lavoro concettuale dovrebbe essere inserito in una teoria di collegamento. Prevediamo che questa teoria non sarà fornita

né dal fiscalismo neuroscientifico né dalla teoria qualitativa se considerati da soli, ma più probabilmente da una metateoria come quella dei sistemi dinamici (Grawe, 2004; Anchin, 2008). Su questa base, un lavoro tassonomico potrà convergere in una maggiore chiarezza teoretica e alimentare lo sviluppo di una comune teoria scientifica della psicoterapia che possa apporre informazioni alla pratica e alla ricerca future.

Note

¹ In questo testo i **fattori comuni** sono scritti in neretto, le *tecniche* in italico.

Riferimenti Bibliografici

- Alexander, F. (1950). Analysis of the therapeutic factors in psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Quarterly*, 19, 482–500.
- Anchin, J.C. (2008). Pursuing a unifying paradigm for psychotherapy: Tasks, dialectical considerations, and biopsychosocial systems metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 310–349.
- Beutler, L.E. (2002). The Dodo bird is extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 30–34.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252–260.
- Butler, S.F., & Strupp, H.H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23, 30–40.
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 631–638.
- Chambless, D.L. (2002). Beware the Dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 13–16.
- Chambless, D.L., & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- DeRubeis, R.J., Brotman, M.A., & Gibbons, C.J. (2005). Conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174–183.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of self*. New York: Other Books.
- Frank, J.D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350–361.
- Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991–999.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130–145.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Seattle: Hogrefe and Huber.
- Grencavage, L.M., & Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology-Research and Practice*, 21, 372–378.
- Jorgensen, C.R. (2004). Active ingredients in individual psychotherapy. Searching for common factors. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 516–540.
- Karasu, T.B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 687–695.
- Lambert, M.J., & Cattani, K. (2012). Practice-friendly research review: Collaboration in routine care. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 68, 209–220.
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed, pp. 139–193). New York: Wiley.
- Lampropoulos, G.K. (2000). Definitional and research issues in the common factors approach to psychotherapy integration: Misconceptions, clarifications, and proposals. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 415–438.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T.P., Levitt, J. T., Seligman, D.A., Berman J.S., & Krause, E.D. (2003). Are some psychotherapies much more effective than others? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2–12.
- Marks, I. (2010). Common language in psychotherapy. Paper presented at the 40th annual congress of the European Association of Behavioral and Cognitive Therapies (EABCT), Milan, Italy.
- McCarthy, K.S., & Barber, J.P. (2008). The multitheoretical list of therapeutic interventions (MULTI): Initial report. *Psychotherapy Research*, 19, 96–113.
- Norcross, J.C., & Wampold, B.E. (2011a). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48, 98–102.
- Norcross, J.C., and Wampold, B.E. (2011b). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67, 127–132.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's hand- book of psychotherapy and behavior change* (5th ed, pp. 307–389). New York: Wiley.
- Pfammatter, M., & Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren der Psychotherapie—eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 1–10.
- Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: Coordinated body-movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 284–295.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415.
- Tracey, T.J.G., Lichtenberg, J.W., Goodyear, R.K., Claiborn, C.D., & Wampold, B.E. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research*, 13, 401–413.

- Trijsburg, R.W., Lietaer, G.C., Gorlee, M., Klouwer, E., den Hollander, A.M., & Duivenvoorden, H.J. (2002). Development of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS). *Psychotherapy Research*, 12, 287–317.
- Tschacher, W., & Bergomi, C. (Eds.) (2011). *The implications of embodiment: Cognition and communication*. Exeter: Imprint Academic.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B.E., Ahn, H., & Coleman, H.L.K. (2001). Medical model as metaphor: Old habits die hard. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 268–273.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 45–69.

Fattori comuni	Definizione	Rilevanza	Spiegazione
Alleanza terapeutica	Paziente e terapeuta stabiliscono una relazione di fiducia e cooperazione; tale relazione è caratterizzata da parte del terapeuta da conferma e coinvolgimento affettivo verso il paziente come persona (variabili interazionali di Rogers, 1951). L'alleanza include relazione e consenso sugli obiettivi e i compiti terapeutici (si veda il concetto di Bordin, 1979, di "alleanza di lavoro")	0.17 *	16.90
Mitigazione dell'isolamento sociale	il paziente esperisce una riduzione di isolamento e alienazione sociali (Lambert & Ogles, 20014)	-0.26 **	24.72
Proposta di uno schema esplicativo	al paziente viene offerto uno schema teorico che fornisce una spiegazione plausibile dei suoi problemi e che prescrive una procedura (rituale) per la risoluzione dei problemi stessi (si veda il fattore comune "credibile rationale" o "mito" di Frank, 1971)	-0.03	22.04
Instillare speranza	il paziente si aspetta che la terapia avrà successo ed i suoi problemi miglioreranno (si riferisce ai fattori comuni "instillare speranza" di Frank (1971) e "induzione di aspettative positive di cambiamento" di Grawe, 2004)	-0.05	24.39
Prontezza al cambiamento	il paziente sviluppa la prontezza a cambiare le sue situazioni o i suoi comportamenti (si riferisce ai fattori comuni "persuasione al cambiamento" di Tracey et al., 2003; e "incoraggiamento a provare nuovi comportamenti" di Lambert & Ogles, 2004).	0.04	19.91
Coinvolgimento del paziente	il paziente partecipa attivamente, è coinvolto nel processo terapeutico (si vedano i fattori comuni "partecipazione attiva del cliente" di Lambert & Ogles, 2004; e "coinvolgimento del ruolo del paziente" del "Modello Generico di Psicoterapia", Orlinsky et al., 2004).	0.22 **	23.71
Attivazione delle risorse	il terapeuta enfatizza e rivitalizza gli elementi di forza, le abilità e le risorse del paziente (si veda il fattore comune "attivazione delle risorse" di Grawe, 2004)	-0.04	27.90
Esperienza affettiva	il paziente esperisce emozioni e sentimenti associati con i suoi problemi (si veda il fattore comune "esperienza affettiva" di Karasu, 1986).	0.17 *	29.81
Catarsi affettiva	il paziente esprime sentimenti fino ad allora repressi (si riferisce alla tesi psicoanalitica sulla catarsi).	-0.14	29.44
Confronto con i problemi	il paziente è incoraggiato a fronteggiare, esperire e confrontarsi con i suoi problemi (si vedano i fattori comuni "incoraggiamento a fronteggiare istanze problematiche" di Weinberger, 1995; e "attualizzazione del problema" di Grawe, 2004).	0.14 *	35.75
Desensibilizzazione	il paziente esperisce un progressivo attenuarsi delle reazioni emotive a stimoli avversivi (si vedano i fattori comuni "desensibilizzazione" e "estinzione delle risposte ansia-associate" di Lambert & Ogles, 2004)	-0.39 ****	25.98
Esperienza emozionale correttiva	il paziente impara che le reali esperienze in situazioni problematiche non sono così devastanti come le conseguenze immaginate o temute (si veda il fattore di cambiamento "esperienza emozionale correttiva", originariamente concettualizzato nel contesto delle terapie psicodinamiche da Alexander, 1950).	-0.10	20.98
Mindfulness	il paziente sviluppa una consapevolezza non giudicante dei suoi pensieri, percezioni e sentimenti. Il paziente impara a essere consapevole dei propri processi interiori nel qui ed ora senza giudicarli (si riferisce all'atteggiamento buddista di attenzione equamente accettante di tutte le sensazioni, emozioni e pensieri).	-0.43 ****	17.00
Regolazione emotiva	il paziente impara a percepire, esprimere e controllare più adeguatamente le sue emozioni (si riferisce alla "regolazione degli affetti", che secondo Fonagy et al. nel 2002 sarebbe il processo "mediante il quale gli individui influenzano quali emozioni avere, quando averle e come esperirle ed esprimerle").	-0.15 *	22.75
Insight	il paziente sviluppa una consapevolezza dei suoi problemi e una concezione della loro relazione causale e del rapporto con i propri pattern di comportamento ricorrenti (si vedano i fattori comuni "favorire l'insight/la consapevolezza" di Grencavage & Norcross, 1990; e "chiarificazione motivazionale" di Grawe, 2004).	0.03	31.51
Assimilazione di esperienze problematiche	il paziente accosta esperienze problematiche a propri schemi cognitivi preesistenti, esperienze che gli divengono quindi più familiari (si riferisce alla distinzione introdotta da Piaget fra "Assimilazione" e "Accomodamento" come due tipi differenti di sviluppo e cambiamento delle rappresentazioni cognitive del mondo)	-0.22 **	20.64
Ristrutturazione cognitiva	il paziente accomoda gradualmente la concettualizzazione dei problemi, acquisisce nuove percezioni e modi di pensare, i quali promuovono la comprensione e integrazione delle esperienze problematiche (si veda il fattore comune "padronanza cognitiva", Karasu, 1986).	-0.16	26.78
Mentalizzazione	il paziente impara a capire se stesso e gli altri in termini di stati mentali (per esempio: sentimenti, pensieri, intenzioni) e dunque svilupperà l'abilità di anticipare i comportamenti e le reazioni altrui (teoria della mente) (si veda la capacità di "leggere, (...) predire e spiegare le azioni degli altri inferendo e attribuendo ad essi stati mentali intenzionali; Fonagy et al., 2002).	-0.24 **	31.25
Regolazione del comportamento	il paziente impara nuove risposte comportamentali e abilità sociali per modificare le abitudini e controllare le azioni (si vedano i fattori comuni "regolazione comportamentale" di Karasu, 1986; e "imparare il controllo comportamentale" di Lambert & Ogles, 2004).	-0.24 **	35.12
Controllo delle esperienze	il paziente accumula esperienze di coping ben riuscite (si vedano i fattori comuni "controllo dei tentativi ed esperienza positiva" di Lambert & Ogles, 2004; e "coping" di Grawe, 2004).	-0.25 **	33.25
Aspettative di autoefficacia	il paziente aumenta il proprio senso di influenza e controllo personale (si veda il fattore comune "cambiamento delle proprie aspettative	-0.22 **	34.27

	di efficacia” di Lambert & Ogles, 2004, derivato dalla concettualizzazione di autoefficacia di Bandura).		
Nuove narrazioni di sé	il paziente sviluppa un nuovo senso di coerenza riguardo la propria vita passata, presente e futura, come anche del proprio essere nel mondo (si veda il fattore comune “costruzione di una narrativa che genera significato” di Jorgensen, 2004).	-0.21 **	25.64

Tabella 1 - Lista di fattori comuni con le definizioni date nell'indagine; Rilevanza, intersezioni di tutte le valutazioni di un fattore comune (confrontate con zero: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.001$; **** $p < 0.0001$); Spiegazione, % di varianza di un fattore comune spiegata da tutte le tecniche (cfr. Test)**

Tecnica	Definizione
Tecnica del rinforzo positivo	il terapeuta incoraggia/ricompensa i comportamenti desiderati ed adeguati del paziente
Esposizione con prevenzione della risposta	il terapeuta fa confrontare il paziente, nell'immaginazione o <i>in vivo</i> , in modo graduale o prolungato, in un'unica soluzione o ad intervalli, con la situazione problematica, e ne previene la fuga.
Tecnica del role play	il terapeuta simula interazioni sociali difficili in una rappresentazione con il paziente come partecipante, istruendolo e modellando e correggendo la performance
Allenamento al problem solving	il terapeuta insegna al paziente ad identificare e definire il problema, a generare sistematicamente e valutare soluzioni alternative, a implementare e verificare determinate soluzioni.
Test della realtà	il terapeuta incoraggia il paziente a testare l'evidenza per la validità di pensieri e credenze disfunzionali, conduce esperimenti comportamentali, fornendo spiegazioni alternative.
Tecnica delle libere associazioni	il terapeuta incoraggia il paziente a parlare di qualsiasi cosa le o gli passi per la mente
Astinenza terapeutica	il terapeuta deliberatamente non commenta affermazioni, aperture o comportamenti del paziente
Interpretazione di transfert	il terapeuta collega la relazione paziente-terapeuta ad altre interazioni del paziente per sottolineare temi problematici ricorrenti nelle sue relazioni.
Interpretazione della resistenza	il terapeuta attira l'attenzione del paziente sulla sua opposizione o sul suo evitamento di certi argomenti, esperienze o emozioni sottolineando evasività, cambiamenti di argomento improvvisi o incongruenze comportamentali
Verbalizzazione di reazioni emotive	il terapeuta ascolta accuratamente ciò che il paziente dice, usa affermazioni empatiche, riformula, esplora il significato personale e riflette lo schema di riferimento interiore (rispecchiamento).
Focalizzazione	il terapeuta attira l'attenzione su emozioni non espresse, promuove un'esperienza più profonda, incoraggia il paziente ad esplorare ed esprimere sentimenti
Tecnica della sedia vuota e delle due sedie	il terapeuta guida il paziente nel dialogare con una sedia vuota in caso di istanze irrisolte, o coinvolge il paziente in un dialogo “a due sedie” per analizzare e risolvere conflitti interiori.
Tecnica dell'espressione creativa	il terapeuta incoraggia il paziente ad utilizzare mezzi creativi per attualizzare esperienze ed esprimere sentimenti.
Tecnica delle domande circolari	il terapeuta esplora il significato di comportamenti problematici di un membro della famiglia verso un altro membro con l'aiuto di un terzo membro della famiglia.
Scultura	il terapeuta chiede alla famiglia di illustrare nello spazio le relazioni familiari (affinità, distanza, struttura gerarchica) costruendo una scultura.
Tecnica delle ingiunzioni paradossali	il terapeuta offre una nuova cornice interpretativa (<i>reframing</i>), assegna un significato positivo al problema (connotazione positiva), invita il paziente ad assumere deliberatamente il comportamento problematico (prescrizione del sintomo) o offre molte soluzioni al problema (tecnica della confusione).
Prescrizione di rituali	il terapeuta prescrive azioni formalizzate e simboliche per scoraggiare il comportamento problematico.
Tecnica della riflessione in team	un team di esperti monitora la terapia e discute le osservazioni con i partecipanti
Rilassamento muscolare progressivo	il terapeuta guida il paziente a contrarre e rilassare ritmicamente e in sequenza differenti gruppi di muscoli
Ipnosi	il terapeuta chiede al paziente di riportare alla mente immagini o scene, oppure induce una trance ipnotica con suggestioni verbali e procedure motorie
Biofeedback	il terapeuta guida il paziente nel controllare e influenzare deliberatamente i propri processi fisiologici tramite segnali di feedback, apprendimento discriminante e tecniche di rilassamento.
Counselling	il terapeuta dà consigli

Tabella 2 - Lista di tecniche con definizione data nell'indagine

Modello		Fattori comuni					
		Alleanza terapeutica	Mitigazione dell'isolamento sociale	Instillare speranza	Schema esplicativo	Prontezza al cambiamento	Coinvolgimento del paziente
Osservazioni (n)		1138	1045	1110	1111	1113	1092
% di varianza spiegata dal modello		52.01	56.94	54.63	47.40	52.94	55.31
% varianza spiegata dal valutatore (effetto casuale)		28.29	25.08	25.37	17.37	25.14	23.41
% di varianza spiegata dagli effetti fissi		23.72	31.86	29.26	30.03	27.8	31.9
Test degli effetti fissi	Tecnica	F=10.69	F=11.19	F=12.24	F=9.68	F=11.02	F=14.3
	Affiliazione	F=2.26	F=1.18	F=0.72	F=1.15	F=1.29	F=0.68
	Tecnica x affiliazione	F=1.76	F=1.08	F=1.16	F=1.27	F=1.35	F=1.5
	Professione	F=0.51	F=1.75	F=1.48	F=1.76	F=1.24	F=2.29
	Esperienza	F=0.14	F=0.75	F=0.02	F=0.32	F=0.22	F=2.9
	Età	F=0.33	F=0.13	F=0.19	F=0.53	F=0.03	F=1.66
	Genere	F=2.02	F=3.51	F=2.8	F=1.16	F=4.83	F=3.68
Tecniche associate positivamente		<ul style="list-style-type: none"> - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 7.19$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 6.4$) - Focalizzazione ($t = 5.62$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 6.07$) - Tecnica del role play ($t = 5.09$) - Allenamento al problem solving ($t = 3.31$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 3.09$) - Tecnica delle domande circolari ($t = 2.89$) - Focalizzazione ($t = 2.46$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Allenamento al problem solving ($t = 7.51$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 7.10$) - Test della realtà ($t = 4.4$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 3.48$) - Tecnica del role play ($t = 3.32$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Test della realtà ($t = 5.13$) - Verbalizzazione di risposte emotive ($t = 3.84$) - Focalizzazione ($t = 3.35$) - Interpretazione del transfert ($t = 2.65$) - Interpretazione della resistenza ($t = 2.58$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 2.36$) - Tecnica della riflessione in team ($t = 2.34$) - Tecnica delle domande circolari ($t = 2.12$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Allenamento al problem solving ($t = 6.57$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 6.53$) - Tecnica del role play ($t = 5.29$) - Test della realtà ($t = 3.52$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 2.72$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica del role play ($t = 5.82$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 4.28$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 4.23$) - Allenamento al problem solving ($t = 4.12$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 3.8$) - Scultura ($t = 3.63$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = 3.62$) - Test della realtà ($t = 3.51$)
Tecniche associate negativamente		<ul style="list-style-type: none"> - Biofeedback ($t = -6.35$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -4.51$) - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -3.4$) - Interpretazione della 	<ul style="list-style-type: none"> - Biofeedback ($t = -6.43$) - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -6.09$) - Astinenza terapeutica ($t = -4.43$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = -4.25$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica delle libere associazioni ($t = -5.12$) - Astinenza terapeutica ($t = -5.07$) - Interpretazione della resistenza ($t = -4.33$) - Interpretazione del transfert ($t = -3.49$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -6.22$) - Astinenza terapeutica ($t = -5.38$) - Ipnosi ($t = -3.99$) - Biofeedback ($t = -3.44$) - Tecnica delle libere 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica delle libere associazioni ($t = -5.04$) - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -4.47$) - Astinenza terapeutica ($t = -4.04$) - Interpretazione della 	<ul style="list-style-type: none"> - Interpretazione della resistenza ($t = -5.94$) - Interpretazione del transfert ($t = -5.72$) - Astinenza terapeutica ($t = -5.62$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -$

	resistenza ($t = -2.2$) - Scultura ($t = -2.2$)	- Interpretazione della resistenza ($t = -2.71$) - Ipnosi ($t = -2.11$)	- Scultura ($t = -3.07$) - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -2.59$) - Tecnica delle domande circolari ($t = -2.38$)	associazioni ($t = -2.93$) - Prescrizione di rituali ($t = -2.67$)	resistenza ($t = -3.15$) - Biofeedback ($t = -3.08$) - Interpretazione del transfert ($t = -2.75$) - Ipnosi ($t = -2.15$)	4.42) - Ipnosi ($t = -3.75$) - Tecnica delle ingiunzioni paradossali ($t = -3.32$) - Biofeedback ($t = -3.00$) - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -2.19$)
--	--	--	---	---	--	--

Tabella 3. a-d - Risultati dei modelli ad effetti misti di ogni fattore comune. Fattore comune, variabile dipendente; Tecniche e loro caratteristiche, effetti fissi: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; **** $p < .0001$, in grassetto quando significativi secondo il Metodo di Bonferroni. Sono elencate solo le tecniche predittive significative.

Modello		Fattori comuni					
		Attivazione di risorse	Confronto con il problema	Esperienza affettiva	Catarsi affettiva	Desensibilizzazione	Esperienza emozionale correttiva
Osservazioni (n)		1089	1159	1115	1137	1159	1157
% di varianza spiegata dal modello		57.42	57.66	57.13	59.2	54.53	47.65
% varianza spiegata dal valutatore (effetto casuale)		25.56	14.91	17.88	24.68	22.35	18.72
% di varianza spiegata dagli effetti fissi		31.86	42.75	39.25	34.52	32.18	28.93
Test degli effetti fissi	Tecnica	F=12.96	F=14.44	F=14.16	F=17.17	F=12.8	F=8.56
	Affiliazione	F=0.33	F=1.96	F=2.41	F=1.78	F=2.27	F=1.71
	Tecnica x affiliazione	F=1.39	F=1.23	F=1.69	F=1.31	F=1.1	F=1.38
	Professione	F=1.03	F=0.74	F=1.57	F=0.16	F=0.17	F=1.57
	Esperienza	F=0.44	F=2.51	F=1.72	F=0.13	F=2.33	F=0.42
	Età	F=0	F=1.61	F=1.81	F=0.37	F=0.99	F=0.02
	Genere	F=1.21	F=4.39	F=2.05	F=2.25	F=0.73	F=1.5
Tecniche associate positivamente		<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 7.66$) - Addestramento Addestramento al problem solving ($t = 6.33$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = 5.6$) - Tecnica del role play ($t = 4.17$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 2.92$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 6.65$) - Tecnica del role play ($t = 6.42$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 5.17$) - Focalizzazione ($t = 3.97$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 2.69$) - Allenamento al problem solving ($t = 2.14$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Focalizzazione ($t = 6.95$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 6.21$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 5.97$) - Tecnica del role play ($t = 5.77$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 4.98$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = 2.76$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 7.3$) - Focalizzazione ($t = 7.04$) - Verbalizzazione di risposte emotive ($t = 6.07$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = 5.24$) - Tecnica del role play ($t = 4.72$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 4.48$) - Scultura ($t = 2.37$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 10.21$) - Tecnica del role play ($t = 5.38$) - Addestramento al problem solving ($t = 3.54$) - Ipnosi ($t = 3.48$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 3.12$) - Test della realtà ($t = 2.71$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 5.67$) - Tecnica del role play ($t = 5.38$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 3.98$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 3.55$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 3.23$) - Focalizzazione ($t = 2.2$)
Tecniche associate negativamente		<ul style="list-style-type: none"> - Interpretazione della resistenza ($t = -5.85$) - Interpretazione del transfert ($t = -5.59$) - Astinenza terapeutica ($t = -4.6$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = -3.97$) - Rilassamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -7.6$) - Biofeedback ($t = -7.02$) - Astinenza terapeutica ($t = -5.36$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = -3.6$) - Tecnica delle libere 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -8.25$) - Biofeedback ($t = -7.78$) - Astinenza terapeutica ($t = -6.36$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -5.72$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -6.05$) - Biofeedback ($t = -5.19$) - Addestramento al problem solving ($t = -4.22$) - Test di realtà ($t = -3.75$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Astinenza terapeutica ($t = -4.68$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = -4.36$) - Tecnica delle domande circolari ($t = -3.68$) - Interpretazione della resistenza ($t = -3.62$) - Tecnica della riflessione in 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -3.68$) - Biofeedback ($t = -3.44$) - Astinenza terapeutica ($t = -3.23$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = -3.14$) - Tecnica delle

		muscolare progressivo ($t = -2.05$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -2.05$)	associazioni ($t = -2.11$)	- Prescrizione di rituali ($t = -4.02$) - Tecnica delle ingiunzioni paradossali ($t = -2.93$) - Allenamento al problem solving ($t = -2.77$) - Tecnica delle domande circolari ($t = -2.72$)	- Tecnica del rinforzo positivo ($t = -3.51$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -3.18$) - Tecnica delle domande circolari ($t = -2.36$) - Prescrizione di rituali ($t = -2.22$) - Astinenza terapeutica ($t = -2.17$)	team ($t = -3.24$) - Interpretazione del transfert ($t = -3.2$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = -2.32$)	domande circolari ($t = -2.99$) - Interpretazione della resistenza ($t = -2.68$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -2.4$)
--	--	--	------------------------------	---	---	---	---

Tabella 3b. (continua)

Modello		Fattori comuni					
		Regolazione emotiva	Mindfulness	Assimilazione di esperienze problematiche	Insight	Ristrutturazione cognitiva	Mentalizzazione
Osservazioni (n)		1075	1074	967	1054	943	920
% di varianza spiegata dal modello		50.52	54.77	50.54	53.42	60.56	61.52
% varianza spiegata dal valutatore (effetto casuale)		18.45	29.91	18.08	13.84	28.28	21.54
% di varianza spiegata dagli effetti fissi		32.07	24.86	32.46	39.58	32.28	39.98
Test degli effetti fissi	Tecnica	F=9.5	F=6.11	F=7.14	F=12.23	F=12.36	F=15.11
	Affiliazione	F=1.4	F=1.51	F=0.94	F=1.49	F=0.25	F=0.61
	Tecnica x affiliazione	F=1.6	F=1.47	F=1.35	F=1.2	F=1.43	F=1.89
	Professione	F=2	F=0.22	F=1.36	F=1.9	F=1.22	F=1.34
	Esperienza	F=0.33	F=0	F=0.4	F=0.44	F=0.65	F=1.16
	Età	F=1.33	F=0.02	F=0.15	F=0	F=0.45	F=0.53
	Genere	F=3.08	F=2.32	F=7.73	F=5.87	F=0.66	F=1.75
Tecniche associate positivamente		<ul style="list-style-type: none"> - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 5.88$) - Tecnica del role play ($t = 5.54$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 5.28$) - Focalizzazione ($t = 4.77$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Focalizzazione ($t = 4.82$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 4.46$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = 3.35$) - Rilassamento muscolare progressivo ($t = 2.99$) - Ipnosi ($t = 2.7$) - Biofeedback ($t = 2.09$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 4.08$) - Test di realtà ($t = 3.33$) - Focalizzazione ($t = 3.11$) - Scultura ($t = 2.07$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Test di realtà ($t = 5.23$) - Interpretazione del transfert ($t = 4.03$) - Verbalizzazione di risposte emotive ($t = 3.83$) - Interpretazione della resistenza ($t = 3.63$) - Focalizzazione ($t = 3.44$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 2.9$) - Tecnica della riflessione in team ($t = 2.46$) - Tecnica del role play ($t = 2.09$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Test di realtà ($t = 5.61$) - Allenamento al problem solving ($t = 4.68$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 3.54$) - Tecnica dell'intenzione paradossale ($t = 3.24$) - Tecnica del role play ($t = 2.51$) - Interpretazione del transfert ($t = 2.26$) - Interpretazione della resistenza ($t = 2.06$) - Focalizzazione ($t = 2.01$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 2$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica del role play ($t = 6.26$) - Tecnica delle domande circolari ($t = 5.13$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 4.92$) - Test di realtà ($t = 4.65$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 4.24$) - Focalizzazione ($t = 2.61$) - Tecnica della riflessione in team ($t = 2.51$) - Scultura ($t = 2.35$) - Interpretazione del transfert ($t = 2.31$) - Interpretazione della resistenza ($t = 2.08$)
Tecniche associate negativamente		<ul style="list-style-type: none"> - Astinenza terapeutica ($t = -4.46$) - Interpretazione del transfert ($t = -3.24$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrizione di rituali ($t = -3.11$) - Interpretazione del transfert ($t = -2.8$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -6.84$) - Biofeedback ($t = -5.32$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -7.52$) - Biofeedback ($t = -6.83$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -6.93$) - Biofeedback ($t = -6.51$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -7.19$) - Biofeedback ($t = -6.64$)

	<ul style="list-style-type: none"> - Interpretazione della resistenza ($t = -3.19$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = -3.05$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -2.99$) - Tecnica delle domande circolari ($t = -2.90$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Interpretazione della resistenza ($t = -2.63$) - Allenamento al problem solving ($t = -2.39$) - Tecnica dell'intenzione paradossale ($t = -2.33$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Astinenza terapeutica ($t = -3.72$) - Ipnosi ($t = -2.11$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Astinenza terapeutica ($t = -4.7$) - Ipnosi ($t = -3.62$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = -2.31$) - Prescrizione di rituali ($t = -2.27$) - Esposizione ($t = -2.22$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Astinenza terapeutica ($t = -5.44$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = -4.18$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = -4$) - Ipnosi ($t = -2.97$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Astinenza terapeutica ($t = -4.15$) - Ipnosi ($t = -3.83$) - Esposizione ($t = -3.45$) - Prescrizione di rituali ($t = -3.38$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = -2.97$)
--	---	--	--	--	--	---

Tabella 3c. (continua)

Modello		Fattori comuni			
		Regolazione comportamentale	Controllo delle esperienze	Aspettative di autoefficacia	Nuove narrazioni di sé
Osservazioni (n)		922	922	924	920
% di varianza spiegata dal modello		62.08	64.09	58.88	53.07
% varianza spiegata dal valutatore (effetto casuale)		19.72	20.82	12.43	17.1
% di varianza spiegata dagli effetti fissi		43.08	43.27	46.45	35.97
Test degli effetti fissi	Tecnica	F=16.4	F=14.29	F=12.46	F=8.6
	Affiliazione	F=1.07	F=0.91	F=0.87	F=0.44
	Tecnica x affiliazione	F=1.22	F=1.22	F=1.44	F=1.34
	Professione	F=2.01	F=3.26	F=2.93	F=2.08
	Esperienza	F=0	F=0.7	F=0	F=1.41
	Età	F=0.58	F=0.04	F=0.03	F=0.4
	Genere	F=4.85	F=1.74	F=4.52	F=1.74
Tecniche associate positivamente		<ul style="list-style-type: none"> - Allenamento al problem solving ($t = 7.82$) - Tecnica del role play ($t = 7.58$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 6.2$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 5.85$) - Test di realtà ($t = 2.48$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 3.44$) - Allenamento al problem solving ($t = 2.62$) - Tecnica del role play ($t = 2.53$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 2.05$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Allenamento al problem solving ($t = 6.19$) - Tecnica del role play ($t = 5.97$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 5.84$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 5.77$) - Test di realtà ($t = 4.69$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 2.15$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalizzazione di risposte emotive ($t = 4.88$) - Tecnica del role play ($t = 3.08$) - Test di realtà ($t = 2.75$) - Scultura ($t = 2.54$) - Interpretazione del transfert ($t = 2.41$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 2.15$) - Focalizzazione ($t = 2.03$)
Tecniche associate negativamente		<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica delle libere associazioni ($t = -6.09$) - Astinenza terapeutica ($t = -5.8$) - Tecnica delle domande circolari ($t = -4.26$) - Scultura ($t = -4.11$) - Interpretazione del transfert ($t = -3.6$) - Interpretazione della resistenza ($t = -3.5$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = -3.36$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -3.34$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica delle libere associazioni ($t = -2.39$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Astinenza terapeutica ($t = -5.07$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = -4.91$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -3.78$) - Interpretazione del transfert ($t = -3.35$) - Interpretazione della resistenza ($t = -3.24$) - Tecnica delle domande circolari ($t = -3.13$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -6.51$) - Biofeedback ($t = -6.01$) - Astinenza terapeutica ($t = -3.27$) - Prescrizione di rituali ($t = -2.85$)

Tabella 3d. (continua)