



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione –
DPSS**

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della
Personalità e delle Relazioni Interpersonali**

Elaborato finale

**La Self-disclosure e l'immediacy: il loro ruolo nello sviluppo del
processo nelle psicoterapie.**

**Self-disclosure and immediacy: their role in the development of
psychotherapies process.**

Relatore

Prof. Diego Rocco

Laureanda: Anna Pellizzon

Matricola: 1223933

Anno Accademico 2021-2022

INDICE

ABSTRACT	3
CAPITOLO I	
Introduzione sulla ricerca in psicoterapia.....	5
CAPITOLO II	
Self-Disclosure ed Immediacy.....	9
CAPITOLO III	
Therapist Self-Disclosure and Immediacy: A Qualitative Meta-Analysis.....	15
CAPITOLO IV	
Risultati emersi da studi recenti.....	23
CAPITOLO V	
Discussione sui risultati.....	29
CAPITOLO VI	
Limiti e prospettive di lavoro future	33
BIBLIOGRAFIA	35

ABSTRACT

In questa tesi si andranno a discutere due dimensioni della relazione terapeutica: la Self-Disclosure e l'Immediacy. Nella prima il terapeuta rivela al paziente informazioni riguardanti aspetti del sé, nella seconda invece sentimenti e pensieri emersi nel momento presente della relazione. Nel primo capitolo abbiamo introdotto l'ambito della ricerca in psicoterapia nel quale ci muoveremo e, in particolar modo, lo specifico studio sul processo terapeutico. Nel secondo capitolo vengono esaminati la self-disclosure e l'immediacy, mettendo a confronto come sono state affrontate dai differenti orientamenti teorici, prendendo in esame gli scritti dei diversi autori che ne hanno delineato le modalità di utilizzo. Nel terzo capitolo si presentano i risultati emersi dal lavoro di Hill, Knox e Pinto-Coelho, che consiste in una meta-analisi qualitativa nella quale sono indagati i due costrutti e le loro differenti funzioni. Successivamente, nel quarto capitolo, per fornire una visione quanto più completa e attuale sullo studio dei due elementi, si introducono i risultati di ricerche più recenti, che ne confermano l'effettivo beneficio nella relazione terapeutica. Nel quinto capitolo i temi e le considerazioni emerse dalle ricerche fin qui esposte vengono confrontate ed evidenziate le criticità. Infine, nel sesto capitolo si conclude con l'esposizione dei limiti ed i punti controversi incontrati nella stesura dell'elaborato, proponendo così delle possibili strade percorribili in studi successivi.

CAPITOLO PRIMO

Introduzione sulla ricerca in psicoterapia

Il percorso di psicoterapia può essere ben rappresentato dall'esperienza di un viaggio (Dazzi, Lingiardi & Colli, 2006), nel quale il paziente e lo psicoterapeuta procedono insieme per raggiungere delle mete, risultanti dalla crescita del primo e funzionali al suo benessere psichico, mentale e fisico.

La ricerca in psicoterapia ha il compito di studiare ed analizzare ogni elemento di questo viaggio, non solo coloro che lo attraversano. Negli anni anch'essa è maturata, in una continua ridefinizione ed espansione, sotto la spinta dei ricercatori che, con il tentativo di approfondire aspetti sempre diversi, hanno cercato di comprendere, il più possibile, ciò che accade e di far fronte alle critiche degli esperti della materia, ma anche di chi ne è estraneo.

La ricerca in psicoterapia fu introdotta negli anni venti del ventesimo secolo, per poi svilupparsi negli anni successivi (50'-70'), concentrandosi inizialmente su un preciso ambito di studio: la meta del viaggio, quindi il risultato della psicoterapia (Migone, 2006). L'outcome research (ricerca sul risultato) ha tuttora l'obiettivo di valutare se l'intervento psicoterapeutico è efficace, ciò significa che deve aver prodotto un effetto sullo stato di sofferenza psicologica del paziente. Per poter osservare tale aspetto nel modo più completo possibile, si ricorre all'utilizzo di una modalità di ricerca specifica, la meta-analisi¹. Si riesce così a valutare sia l'efficacia generale di una specifica psicoterapia, che quella comparata dei diversi trattamenti. L'efficacia generale si ottiene mettendo a confronto gruppi di pazienti in cura, con altri a cui viene invece somministrata un'altra tipologia di trattamento, ad esempio quello farmacologico, oppure il placebo². L'efficacia comparata invece si osserva confrontando differenti modelli di tipo psicoterapeutico, così da valutare il migliore per una specifica diagnosi (Dazzi, 2006). All'interno di questo ambito di ricerca resta tutt'ora vivo un forte dibattito rispetto a quale approccio sia il più

¹La meta-analisi permette di valutare i risultati di molte ricerche sul medesimo argomento attraverso il calcolo di un *effect size* per ognuna. Questo si calcola rapportando la differenza tra le medie dei gruppi alla deviazione standard, ed indica quindi le differenze tra i gruppi secondo la deviazione standard in una distribuzione normale (Dazzi, 2006; Rosenthal, 1991).

² Il trattamento placebo è definito in letteratura come una tipologia di trattamento caratterizzato solamente da fattori di intervento non specifici e non attivi, esso quindi è somministrato soprattutto per gli effetti psicologici di autosuggestione che può avere sul paziente (Dazzi, 2006).

efficace. La risposta a tale interrogativo è stata fornita da Singer e Luborsky (1975) i quali proclamarono il “verdetto di Dodo³”: “Tutti hanno vinto e ognuno deve ricevere un premio” (Migone, 2006). A fronte di numerose analisi sull’efficacia comparata si è infine osservato che la differenza tra i diversi approcci è nulla o non significativa (Dazzi, 2006).

Dal 1960 al 1980, vista l’impossibilità di contraddire tale verdetto, la ricerca si è focalizzata sullo studio di quanto avviene durante il viaggio. Quali sono gli aspetti che portano ad un effettivo risultato? La process research (ricerca sul processo) nasce quindi dal tentativo di spiegare come mai i risultati si equivalgono nonostante i modelli di intervento siano differenti (anche detto “paradosso dell’equivalenza”⁴) (Migone, 2006). Ciò è stato possibile indagando in profondità ciò che accade nella pratica clinica: attraverso le audioregistrazioni e le trascrizioni delle sedute si è potuto osservare ciò che differenziava o avvicinava i diversi modelli e gli stessi pazienti trattati (Dazzi, 2006).

In tale ambito, perciò, si perseguiva il fine di “Classificare, descrivere e misurare ciò che fanno paziente e terapeuta” (Dazzi, 2006 p.21). Proprio per questo vennero sviluppati diversi manuali che definirono i principi fondanti di ogni approccio (Dazzi, 2006) e gli strumenti utili alla valutazione non solo dei due protagonisti del viaggio, presi singolarmente, ma anche della relazione creatasi e di ciò che succede nel corso delle sedute.

Data la difficoltà di considerare aspetti rivolti esclusivamente al processo o al risultato, dagli anni Cinquanta è stata introdotta la process-outcome research che tenta di studiare, e soprattutto spiegare, la relazione tra le due fasi del viaggio terapeutico. Questo è possibile attraverso un’analisi su diversi livelli, che consente di focalizzarsi sia su aspetti particolari del processo, osservandone l’effetto alla conclusione del singolo colloquio; che sul suo evolversi, ad esempio cogliendo gli esiti in termini di risoluzione dei processi di rottura⁵. A tal riguardo è fondamentale la ricerca sulle unità di microprocesso, che permette uno studio quasi minuzioso dei comportamenti messi in atto istante dopo istante, quali la scelta di precise parole o il verificarsi di scambi comunicativi, e quella sui

³ Da *Alice nel paese delle meraviglie*.

⁴ Il paradosso dell’equivalenza asserisce che “sebbene i diversi approcci terapeutici si basano su differenti modelli concettuali rispetto alla psicopatologia e al processo di cura, essi sono equivalenti nei risultati” (Dazzi, 2006, p. 20).

⁵ Le rotture dell’alleanza terapeutica sono state definite come momenti di tensione o di breakdown nell’alleanza tra il terapeuta e il paziente, che portano i due a provare intense emozioni negative. (Safran & Muran, 2000).

macroprocessi che invece vede l'osservazione di ciò che accade in periodi di tempo più lunghi. (Dazzi, 2006; Migone, 2006).

Nella ricerca in psicoterapia ulteriori oggetti d'indagine e discussione sono due categorie di fattori: i fattori aspecifici e specifici. Gli aspecifici si riferiscono a quegli aspetti trasversali e presenti in ogni tipo di psicoterapia, come l'alleanza terapeutica, l'empatia o la regolazione del comportamento; i secondi, invece, sono quelli tipici di un determinato approccio. Anche se le ricerche sottolineano un maggiore contributo dei primi all'outcome, fatto sostenuto dal paradosso dell'equivalenza, resta indiscutibile il fatto che i due si influenzano a vicenda e la loro totalità permette di spiegare almeno il 60% della varianza rispetto all'outcome⁶ (Dazzi, 2006).

Un'interessante prospettiva su tale versante è quella adottata dalle Empirically Supported Relationship (Norcross & Lambert, 2002) che si concentra sull'azione di alcune dimensioni della relazione terapeutica⁷, senza cercare di stabilire la superiorità di alcuni fattori su altri, quindi di un certo modello d'intervento a discapito degli altri. Nel lavoro della "Third Interdivisional American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Relationships and Responsiveness", si è potuta infatti verificare l'efficacia, o la probabile efficacia, di tali dimensioni, sottolineando poi come sia fondamentale adattare, alle specifiche del paziente, sia il tipo di relazione interpersonale che il piano di trattamento. Rimaneva però da approfondire l'aspetto della **"self-disclosure and immediacy"**, giudicato come promettente ma che risulta supportato da ricerche insufficienti: proprio per questo verrà esaminato in maniera appropriata più avanti nel testo.

In conclusione, bisogna tenere a mente che, come in molti ambiti di ricerca, quello della psicoterapia è caratterizzato da diversi limiti che ancora oggi vengono criticati. Uno di questi è l'evidenza della scarsa ricaduta dei risultati empirici sulla pratica clinica, data la lontananza dei setting sperimentali rispetto a quelli reali, e dalla resistenza dei professionisti alle metodologie d'indagine (ad esempio l'utilizzo dei registratori), per la paura di una loro influenza negativa all'interno delle sedute. Questo ed altre critiche,

⁶ Valutazione congiunta dei due fattori (...) la cui interazione spiegava almeno il 60% della varianza rispetto all'outcome. (Dazzi, 2006)

⁷ La relazione terapeutica consiste nei sentimenti e negli atteggiamenti che il terapeuta e il cliente hanno l'uno verso l'altro e nel modo in cui questi sono espressi. (Gelso & Carter, 1985, 1994)

riferite ad esempio ai problemi “dell’acqua calda” o “dell’acqua sporca”⁸, permettono però agli stessi studiosi di spingersi sempre più verso una migliore definizione dei costrutti e delle ipotesi di ricerca, e la scelta di metodi di analisi che non riducono la complessità clinica (Dazzi et al., 2006). È però importante precisare che, anche se il dialogo tra la pratica e la ricerca non è dei più semplici, questo non va a mettere in discussione l’efficacia della psicoterapia in quanto tale. Essa, infatti, funziona e questo non può essere messo in dubbio. Certo il risultato può variare a seconda del paziente, del terapeuta e dell’approccio scelto, però rimane il fatto che alla fine del viaggio (psicoterapico) si giunge comunque ad un “luogo” diverso da quello di partenza.

⁸ Il problema “dell’acqua calda” fa riferimento al rischio di privilegiare la correttezza statistico-metodologica giungendo così a conclusioni scontate, mentre il problema “dell’acqua sporca” persiste quando si sceglie di considerare la complessità clinica compromettendo i risultati con una metodologia impura (Dazzi et al., 2006).

CAPITOLO SECONDO

Self-Disclosure ed Immediacy

Nella ricerca in psicoterapia risulta fondamentale studiare come il terapeuta e il paziente interagiscono. I comportamenti messi in atto dai due ed i sentimenti che ne conseguono sono ciò che costituisce la relazione terapeutica, la quale, con il procedere delle sedute e la conoscenza reciproca, si sviluppa diventando strumento funzionale alla cura del paziente. Nello studiare tale relazione si individuano gli aspetti che la costituiscono ed il loro ruolo all'interno della terapia. Due di questi sono la self-disclosure e l'immediacy, nominati nel capitolo precedente.

La Therapist Self-Disclosure (TSD) fa riferimento alla condivisione che il terapeuta fa di alcuni propri aspetti personali, ai quali altrimenti il paziente non avrebbe accesso (Hill, Knox & Pinto-Coelho, 2018). È una condivisione dalla quale sono escluse le rivelazioni rispetto ai sentimenti ed ai pensieri del clinico emersi nel momento presente della relazione terapeutica con il paziente. Tale tipologia va a definire invece il secondo termine sopra citato: l'Immediacy (Im) (Hill, Knox & Pinto-Coelho, 2018). La TSD e l'Im possono sembrare interventi controversi dato che vedono il terapeuta aprirsi e condividere aspetti a volte delicati o intimi, ai quali il paziente potrebbe non essere in grado di rispondere. Generalmente, infatti, ci si aspetta che il setting della seduta abbia da una parte il paziente che racconta e dall'altra il terapeuta, che resta in silenzio ad ascoltare e in rari casi commenta alcuni passaggi. In realtà, e per fortuna, non è sempre così. Sempre di più il colloquio terapeutico sta acquisendo le caratteristiche di un dialogo, nutrito da entrambe le parti ed influenzato dal loro contributo (Mitchell, 1997). Tale dialogo però si deve muovere attorno ad un fulcro preciso: il paziente, le cui difficoltà e necessità devono essere considerate nel direzionare forze, attenzioni terapeutiche e gli stessi interventi. Proprio per questo risulta interessante ed importante approfondire i due costrutti sopra citati che, anche se in un primo momento sembrano illuminare solo i vissuti del terapeuta, in realtà contribuiscono positivamente sia allo scambio che egli ha con il paziente che al suo percorso di cura.

Nell'articolo di Hill, Knox e Pinto-Coelho (2018) è emerso infatti che la TSD e l'Im possono portare ad esiti positivi evidenti. Tali autori hanno considerato la TSD

concentrandosi però solo sulle rivelazioni verbali riguardanti elementi della vita del clinico al di fuori della terapia, escludendo quindi quelle di tipo non verbale, ricavate ad esempio dalle foto presenti nella stanza (ritraenti i suoi cari). La specifica TSD considerata, prevede così la condivisione di sentimenti provati in particolari situazioni, di similitudini come la frase: “I also had an anxiety disorder” (Hill, Knox, & Pinto-Coelho, 2018, p. 446), di insight⁹ (prese di consapevolezza rispetto a vissuti difficili), o di strategie utilizzate. In questo modo il terapeuta, nel rivelarsi, è in grado di creare un certo legame con i pazienti facendoli sia sentire “normali” (visto che percepiscono di non essere i soli ad affrontare delle difficoltà), che soprattutto compresi, aiutandoli di conseguenza ad aprirsi a loro volta.

L’Im invece vede il professionista discutere della relazione terapeutica tramite l’espressione di sentimenti provati nel momento presente (ad esempio far notare un certo fastidio provocato dall’ennesimo ritardo del paziente) o tramite la condivisione di pensieri. L’Immediacy poi può condurre anche ad un’analisi della stessa relazione attraverso l’utilizzo di parallelismi fatti con situazioni vissute al di fuori del setting, nei quali vengono sottolineate le differenze o la ripetizione di atteggiamenti disfunzionali del paziente. Gli autori distinguono la TSD e l’Im anche perché la prima tende ad essere più breve, senza condurre ad ulteriori discussioni, mentre la seconda contribuisce a una serie di scambi tra la diade, nei quali si affrontano ed elaborano i sentimenti emersi (Hill, Knox & Pinto-Coelho, 2018).

Nel capitolo successivo andremo ad approfondire i risultati dell’articolo appena citato, prima però ritengo fondamentale affrontare il concetto di svelamento del sé da parte del terapeuta, che sta alla base dei due costrutti. Il concetto è stato affrontato da diversi orientamenti teorici, pertanto cercherò di dare una visione quanto più completa rispetto ai differenti punti di vista.

L’intervento di svelamento del sé è infatti tutt’ora al centro di un acceso dibattito, che vede alcune prospettive discutere su quale sia il suo effettivo ruolo nella conoscenza e cura del paziente. Tradizionalmente ci si aspetta che la figura del terapeuta mantenga l’anonimato, la neutralità e l’astinenza¹⁰: principi sostenuti fermamente da Freud. Egli, infatti, afferma che il terapeuta deve essere come una lastra di uno specchio o come

⁹ La percezione immediata di fatti riguardanti sé stessi o gli altri, di cui prima non si è totalmente consapevoli.

¹⁰ Il principio dell’astinenza prevede che il terapeuta debba evitare di gratificare in modo eccessivo i desideri transferali del paziente.

uno schermo bianco: una superficie sulla quale i pazienti possono proiettare i loro sentimenti e le percezioni, osservando solo ciò che a loro volta mostrano (Freud, 1912).

In contrasto con tale atteggiamento di riservatezza del terapeuta, Gabbard e Wilkinson (1994) sostengono che il controtransfert debba avere il suo corso. Ciò significa che il curante non si limita ad avere una funzione riflettente, ma deve saper immergersi nel mondo interno del paziente, così da conoscerlo a pieno, mantenendo però la capacità di osservarlo. Egli, quindi, deve lasciarsi influenzare dal mondo del paziente così da permettere il controtransfert, restando però ad una giusta distanza, necessaria al procedere del suo ragionamento analitico e alla scelta del corretto intervento. Gabbard (2018), per rendere possibile tale coinvolgimento, propone delle strategie secondarie, quindi non propriamente psicoanalitiche, che possono facilitare il cambiamento nel paziente. Una di queste è proprio la self-disclosure che vede la messa in atto di alcune forme di autosvelamento, anche se limitato, di sentimenti provati dal terapeuta. Questa, di conseguenza, porta il paziente ad essere consapevole del suo impatto sugli altri, guidandolo poi nella comprensione del mondo interiore altrui. Ciò, secondo Gabbard, è possibile perché alla base vi è uno sviluppo dei processi di mentalizzazione e della funzione riflessiva del paziente che, diventato consapevole del sentire altrui, può esaminarlo e comprenderlo sia durante la seduta, che nella quotidianità. L'autore però precisa che la self-disclosure deve essere usata con cautela. Primo perché il terapeuta deve riflettere attentamente sui motivi che lo spingono nel metterla in atto, dato che potrebbero nascondere desideri controproducenti (quale ad esempio il far sentire in colpa l'altro). Secondo perché alcuni sentimenti, come quelli di natura sessuale, non dovrebbero mai essere rivelati visto che potrebbero intaccare il rapporto professionale e far diventare concreto ciò che dovrebbe invece restare simbolico. Quest'ultimo aspetto fa riferimento al fatto che è comune per il paziente provare desideri sessuali nei confronti del professionista. Questi però devono rimanere tali e non trovare alcun grado di soddisfazione da parte di chi ne è oggetto. Il clinico anzi deve rendere il setting un luogo quanto più sicuro possibile, nel quale l'altro può aprirsi senza filtri e concentrarsi sul suo percorso maturativo e non seduttivo. Gabbard (2018) a questo punto suggerisce che in alcune situazioni, invece di condividere solamente i propri sentimenti, è preferibile esporre al paziente la difficoltà relazionale che li ha causati, chiedendo ad egli di formulare una possibile soluzione facendogli così assumere una prospettiva diversa dell'accaduto.

La psicoanalisi di orientamento relazionale a sua volta considera come centrale il controtransfert¹¹ e la sua espressione da parte del terapeuta. La self-disclosure, anche chiamata “countertransferential disclosure” (Mallow, 1998, p. 495), consiste sempre nella rivelazione dei sentimenti provati dal clinico (rispetto alla relazione) e, in questo ambito, comprende anche ogni forma di svelamento del sé al paziente. Per questo tale approccio ritiene inevitabile il suo accadere durante la seduta: il paziente anche solamente osservando lo stile di vestiario del terapeuta, i suoi oggetti personali e la modalità di risposta, è in grado di ricavare diverse informazioni rispetto a chi ha davanti. Ferenczi (Dupont, 1988), infatti, contrariamente al pensiero freudiano, propone prima un’analisi attenta degli stati emotivi del terapeuta e successivamente una loro espressione attraverso una completa self-disclosure, evitando così il rischio di far rivivere al paziente situazioni difficili del passato (ritraumatizzazione) (Mallow, 1998). Bollas (1983) a sua volta parla della countertransferential disclosure, considerandola come mezzo efficace nel rendere il paziente consapevole di aspetti del sé non accettati. Una volta che il terapeuta condivide il suo punto di vista rispetto all’esperienza della relazione, è possibile che renda disponibili alcune parti del sé del paziente che fino a quel momento erano state nascoste o negate alla sua consapevolezza. Questo può successivamente ricongiungersi con esse e renderle oggetto dell’analisi (Hill, Knox & Pinto-Coelho, 2018).

In fine una riflessione interessante sull’utilizzo della self-disclosure è quella compiuta nell’ambito della terapia cognitivo-comportamentale. Anche se Wolpe (1984) non l’ha mai considerata come una tecnica appartenente a tale approccio, essa è stata comunque utilizzata da Lazarus come valido strumento per migliorare la relazione terapeutica e per la messa in atto di alcune tecniche di behavior rehearsal¹². Lazarus (1971, 1985), infatti, ne ha osservato l’efficacia nella cura di un paziente claustrofobico, al quale il clinico ha raccontato di come aveva superato l’ansia dello stare in spazi chiusi. Nella prospettiva cognitivo-comportamentale, dato che si pone molta attenzione ai cambiamenti che avvengono nel paziente tra una seduta e la successiva, un intervento che li facilita viene prontamente integrato nella pratica. Questo spiega il fatto che anche se lo svelamento del sé, da parte del terapeuta, non è propriamente uno degli interventi principali di tale

¹¹ Nell’approccio relazionale consiste nella risposta del terapeuta ai pattern relazionali del paziente.

¹² Tecniche specifiche usate dall’approccio comportamentale nelle quali si porta il paziente ad esercitare modelli comportamentali, introdotti inizialmente dal terapeuta, per poi poterli usare anche in situazioni di vita reale. Solitamente sono utili per modificare o migliorare le abilità interpersonali e le interazioni sociali del paziente.

approccio, esso viene comunque utilizzato se il paziente ne trae beneficio e vi risponde positivamente (Burckell, Eubanks-Carter & Goldfried, 2003). A spiegare l'efficacia del suo utilizzo se ne sono occupati Goldfried e Davison (1976, 1994). Questi autori evidenziano che nel trattamento il clinico utilizza spesso la condivisione delle proprie esperienze di vita per facilitare il cambiamento del paziente. In questo modo, raccontando di come ha affrontato e poi superato dei suoi problemi personali, mostra all'altro che è possibile modificare pensieri e atteggiamenti ed infine scegliere modelli di comportamento adattivi. Il paziente, quindi, sarà più incline al cambiamento a fronte delle evidenti conseguenze positive e dello stato di benessere manifestato dall'altro (Burckell et al., 2003).

Per concludere possiamo osservare che, anche se nella letteratura si tende a non differenziare propriamente i costrutti della TSD e della Im, sono comunque stati discussi i fenomeni che li caratterizzano. Nonostante che i diversi orientamenti teorici tendano a presentare approcci differenti al trattamento psicoterapeutico, vediamo comunque che in generale confermano l'efficacia dello svelamento, da parte del terapeuta, sia di aspetti personali (ad esempio esperienze di vita esterne al setting), che di sentimenti emersi nell'interazione con il paziente. Si attesta infatti che tali aperture del terapeuta possano contribuire ad esiti positivi evidenti nella condizione del curato e nel miglioramento del legame terapeutico. Resta però vero il fatto che tali interventi debbano essere ben calibrati e progettati su misura delle caratteristiche del paziente, del clinico e della stessa relazione che lega i due. Proprio per questo nei capitoli successivi andrò ad approfondire come e quando è meglio utilizzarli, così da prevenire eventuali effetti negativi ed inclinazioni del legame di fiducia, supporto e compressione, caratteristico della diade.

CAPITOLO TERZO

Therapist Self-Disclosure and Immediacy: A Qualitative Meta-Analysis

La Therapist Self-Disclosure (TSD) e l'Immediacy (Im), come è emerso dal capitolo precedente, anche se sono state a lungo discusse e si sono constatati i loro benefici, continuano ad essere usate poco frequentemente nella pratica clinica. (Audet & Everall, 2003; Henretty & Levitt, 2010; Hill & Knox, 2002; Watkins, 1990).

Hill, Knox e Pinto-Coelho (2018) si sono quindi interrogati su quanto sia effettivamente utile che il terapeuta condivida con il paziente informazioni riguardanti il proprio sé (TSD) e che parli in maniera diretta della relazione terapeutica (Im). Per rispondere a tale interrogativo hanno prima definito i due costrutti e le loro particolarità, successivamente hanno deciso di svolgere una meta-analisi qualitativa che racchiudesse i risultati della letteratura empirica esistente fino al 2018. Hanno quindi preso in esame un totale di 21 studi (comprendenti 184 casi) nei quali sono indagati i processi che avvengono conseguentemente all'utilizzo degli interventi di TSD e Im. Tale lavoro è stato poi racchiuso nell'articolo "Therapist Self-Disclosure and Immediacy: A Qualitative Meta-Analysis", a cui si fa riferimento in questo capitolo.

Gli autori hanno definito l'intervento di TSD come la condivisione che il terapeuta fa di alcuni suoi aspetti personali, escludendovi però le rivelazioni non verbali, ricavate ad esempio dalle foto presenti nella stanza (ritraenti, ad esempio, i suoi cari). L'Im viene invece configurata come la discussione del professionista riguardo alla relazione terapeutica, tramite l'espressione di sentimenti provati nel momento presente o la condivisione di pensieri.

Le ricerche precedenti (Hill, 1986), codificando quasi sempre i due interventi sotto uno stesso dominio, avevano sottolineato come il loro utilizzo non fosse molto frequente, visto che rappresentava tra lo 0% e il 4% delle risposte dei terapeuti. Però nel momento in cui venivano considerate separatamente, l'utilizzo della Im aumentava a percentuali che andavano dal 5% fino al 38%, specialmente se si consideravano terapeuti di orientamento interpersonale (Hill, 1986). Di conseguenza gli autori sono arrivati alla conclusione che probabilmente l'utilizzo di entrambi gli interventi dipendesse da diversi fattori: quali ad esempio la tipologia di apertura scelta e l'orientamento terapeutico.

In review successive erano stati poi indagati separatamente gli effetti dei due costrutti. Hill e Knox (2002) avevano osservato che la TSD portava a dei risultati positivi visibili immediatamente (effetto prossimale¹³): i pazienti riferivano di sentirsi al sicuro, a loro agio, aperti e presenti nella relazione. La loro visione del clinico migliorava, percepivano una sua maggiore vicinanza e fiducia, si sentivano importanti e compresi. Questi, di conseguenza, si fidavano a loro volta e trovavano più semplice il parlare con lui. I benefici si potevano osservare anche al di fuori della terapia: i pazienti riuscivano ad avere insight nelle dinamiche familiari e perdonare più facilmente sia sé stessi che gli altri. Allo stesso tempo però era possibile osservare anche degli esiti negativi. In un altro studio infatti (Ackerman & Hilsenroth, 2001) nel momento in cui il terapeuta rivelava troppo rispetto ai propri conflitti personali, poteva venire messa in pericolo la relazione e l'alleanza terapeutica.

Per quanto riguarda l'Im, Hill e Knox (2009) in una seconda review, ne avevano notato l'utilità nel risolvere incomprensioni e rotture¹⁴ nel trattamento e nel negoziare la relazione terapeutica. L'Im poi poteva facilitare il paziente a vivere un'esperienza correttiva relazionale¹⁵, aprirsi a nuovi tipi di relazione e ridurre le sue difese. Anche se rari, gli effetti negativi potevano vedere il paziente essere a disagio e sotto pressione nel dovervi rispondere.

Partendo da questi risultati Hill, Knox e Pinto-Coelho (2018) hanno svolto la meta-analisi selezionando studi di tipo naturalistico, perché risalenti a casi specifici di pratica clinica e, per la maggior parte, di tipo qualitativo (solo tre quantitativi¹⁶). Tali caratteristiche suggeriscono quindi che l'intenzione degli autori è quella di concentrarsi non tanto sulla causalità dei processi associati agli interventi, ma sull'evidenza del loro accadere.

Negli studi scelti sono stati valutati gli interventi di TSD e Im attraverso tre metodi di misurazione.

¹³ Non chiari erano invece gli affetti distali che consistono nei cambiamenti del paziente misurabili alla fine della terapia (ad esempio la riduzione del sintomo o lo sviluppo di alcune competenze).

¹⁴ Le rotture dell'alleanza terapeutica sono state definite come momenti di tensione o di breakdown nell'alleanza tra il terapeuta e il paziente, che portano i due a provare intense emozioni negative. (Safran & Muran, 2000).

¹⁵ L'esperienza correttiva relazione consiste nel riproporsi nella seduta di un vecchio conflitto irrisolto ma con una nuova conclusione (Rocco & Montorsi, 2011).

¹⁶ Gli studi quantitativi sono maggiormente strutturati rispetto a quelli qualitativi e tendono a raccogliere informazioni sotto forma numerica spesso utilizzando strumenti standardizzati. I tre scelti permettevano di osservare con chiarezza l'associazione tra gli interventi e il comportamento consecutivo del paziente.

Uno vede come protagonisti dei giudici qualificati che, ascoltando la registrazione della sessione di terapia o leggendone la trascrizione, segnano se nelle frasi o nei turni di conversazione vi è la presenza/assenza degli interventi. Questi poi vengono inseriti in categorie precise, delle quali solo una è rappresentativa dell'intervento scelto (es Im o TSD). In questo modo è possibile identificare le aperture del terapeuta, in quale contesto e in che modo vengono poste ed infine quali sono i processi successivi che si osservano. L'azione di trascrizione e la successiva analisi delle risposte di tipo verbale porta però a diversi svantaggi. Il primo è che si tende a tralasciare l'intento e la qualità delle rivelazioni, portando per esempio i giudici ad interpretare una stessa frase in modi differenti, incidendo negativamente sul raggiungimento del consenso e sulla rilevanza delle valutazioni. Segue poi l'alto dispendio di tempo ed infine l'assenza del punto di vista di chi ha effettivamente formulato e ascoltato l'intervento.

Un secondo metodo è compiuto da terapeuti e pazienti. A questi, in un'intervista, viene prima fornita una definizione degli interventi scelti, e poi chiesto di riportare delle frasi specifiche fatte/ascoltate durante le sedute. Le misurazioni in questo caso permettono di accedere all'esperienza interna dei protagonisti, osservando più da vicino e in modo diretto la loro interazione. Però nel riportare le esperienze passate è facile che le memorie, relative agli effetti ed agli aspetti salienti, risultino alterate causando così una scorretta rappresentazione di quanto avvenuto.

L'ultimo metodo di valutazione vede giudici qualificati ascoltare le sedute e segnare quanto spesso e con che efficacia vengono usate le rivelazioni. Qui è possibile notare un vantaggioso risparmio di tempo perché, non essendo richieste le trascrizioni, la codifica richiede poco più dell'ora impiegata alla visione e all'ascolto della seduta. In questo caso però non è possibile accedere alla complessità di ogni singolo intervento. La valutazione dei giudici si basa infatti sull'impressione che questi hanno dell'atteggiamento generale del terapeuta, non su un'analisi approfondita dei comportamenti da lui messi in atto. Ciò significa che è possibile valutarlo come aperto e accessibile, senza però far riferimento ad un commento specifico.

Gli autori per ogni studio hanno quindi segnato la tipologia di intervento utilizzato (TSD o Im), la sua qualità, quindi se di tipo positivo/negativo/misto, e il metodo di analisi compiuta (ad esempio se era stato valutato su consenso dei giudici o dal terapeuta). Hanno poi proseguito con la descrizione dei processi avvenuti successivamente, inserendoli nelle categorie di riferimento, esposte di seguito:

1. Il paziente ha migliorato il funzionamento della salute mentale e quello intrapersonale
2. Apertura/esplorazione/esperienza dei sentimenti da parte del paziente
3. Il paziente ha acquisito insight
4. Il paziente si sente compreso, normalizzato e rassicurato
5. Il paziente utilizza l'Immediacy
6. Generale (aspecifica) utilità per il paziente
7. Miglioramento della relazione terapeutica ¹⁷
8. Alterazione della relazione terapeutica (ad es. il paziente percepisce una mancanza di chiarezza rispetto alla relazione)
9. Il paziente presenta sentimenti o reazioni di tipo negativo
10. Inibizione dell'apertura/esplorazione/insight del paziente
11. Generale inutilità (aspecifica) per il paziente
12. Effetti negativi per il terapeuta
13. Nel complesso reazioni neutrali o nessun cambiamento per il paziente

Per concludere hanno calcolato la frequenza del processo osservato, quindi in quanti casi era effettivamente avvenuto, confrontandolo alla totalità dei casi dello studio scelto.

Ad esempio, per quanto riguarda la ricerca compiuta da Barrett e Berman (2001), ed inclusa nella meta-analisi, gli autori hanno evidenziato la presenza di un campione di 36 pazienti adulti e di 18 terapeuti dottorandi. Ogni clinico aveva moderato l'utilizzo di TSD: aumentandolo con un paziente e riducendolo con un altro. Lo studio era sperimentale, di tipo quantitativo¹⁸ e presentava una valutazione fatta dai pazienti alla fine della seduta. Come processi secondari si erano osservati: una riduzione della sintomatologia ($d = .91$) collocata nella categoria 1 (miglioramento sia della salute mentale che del funzionamento intrapersonale), e riscontrabile in 35 dei 36 pazienti totali; un apprezzamento verso il terapeuta ($d = .94$) rientrante nella categoria 7, con frequenza di 35 su 36.

¹⁷ Chiarificazione degli obiettivi terapeutici, negoziazione dei confini (definizione e modifica dei confini), esprime sentimenti positivi verso il terapeuta, e ripara rotture nella relazione.

¹⁸ Per poterli confrontare con quelli qualitativi, si convertono i risultati utilizzando gli standard di Cohen stimando così l'effect sizes. Per osservare l'effettiva prevalenza del processo indagato, si osservano valori raggiunti dalla d di Cohen: superiori allo 0.20 (effetto basso, risultato variabile visibile in meno della metà dei partecipanti); maggiori di 0.50 (effetto medio, risultato tipico in più della metà); infine maggiori di 0.80 (effetto grande, risultato osservabile in quasi tutti i partecipanti). Quindi in un totale di 30 pazienti nel primo caso il processo doveva essere osservato in almeno 9 casi, nel secondo in 22, nel terzo in 29.

Dopo aver valutato tutte le ricerche selezionate è risultato che i processi più frequenti, come l'esempio mostra, sono quelli rientranti nelle categorie 1 e 7, a questi però si aggiungono anche l'acquisizione di insight del paziente (categoria 3) ed un suo generale beneficio (categoria 6). Quelli meno frequenti sono invece l'inibizione dell'apertura o dell'esplorazione del paziente (categoria 10) e l'accadere di effetti negativi per il terapeuta (categoria 12).

A fronte dell'eterogeneità degli studi presi in esame, gli autori hanno deciso di analizzare separatamente quelli relativi alle TSD e quelli specifici alla Im, così da confrontarli ed eventualmente ricavare delle variabili che ne moderino i risultati.

Le ricerche sulla TSD evidenziano come processo più frequente il miglioramento della relazione terapeutica, a cui seguono alcuni effetti positivi per il paziente quali lo sviluppo del funzionamento di salute mentale, l'acquisizione di insight ed un beneficio generale.

Gli studi relativi all'Im, oltre al miglioramento della relazione, vedono una maggiore apertura del paziente, l'utilizzo a sua volta dell'Immediacy e, in alcuni, anche conseguenze non utili. Nell'osservare questo ultimo aspetto gli autori hanno potuto evidenziare quindi la presenza di processi sia positivi che negativi successivi all'intervento di Im. Il loro accadere però è risultato essere influenzato da due aspetti: la qualità degli eventi (che precedono i processi) e l'esperienza del terapeuta. A fronte di eventi solo positivi e di terapeuti esperti è possibile, infatti, ridurre gli effetti di tipo negativo conseguenti all'utilizzo di tale intervento ¹⁹.

Gli autori a questo punto sono arrivati alla conclusione che la TSD e l'Im sono associati a processi successivi differenti, fatto probabilmente dovuto alla loro diversa funzione.

Nell'utilizzare la prima i terapeuti sfruttano le proprie esperienze per focalizzarsi sul paziente e condurlo ad una maggiore consapevolezza. Il professionista rivelando di aver provato (ad esempio) affetti intensi e negativi in una situazione simile a quella dal paziente, gli darà la possibilità di accettare tali sentimenti e di riflettervi maggiormente, con il fine di comprendere sé stesso e migliorare il proprio funzionamento mentale.

Gli interventi di Im invece sono spesso utilizzati per processare la relazione: tendono ad essere più collaborativi e focalizzati su entrambi i partecipanti. Il clinico, ad esempio, può condurre il paziente a riflettere sulla relazione terapeutica per comprendere se le difficoltà

¹⁹ Si sono osservati valori più alti nella categoria 7 e 10 e minori nella 11, rispetto invece agli studi sull'Im caratterizzati da eventi misti e da terapeuti sia esperti che no.

che sperimenta al di fuori del setting siano causate dall'ambiente (quindi dalle persone con cui si relaziona) oppure da un suo atteggiamento disfunzionale.

Un'ulteriore analisi interessante è stata fatta sul contributo fornito dal paziente.

In uno studio si è osservato che più egli è conforme e disposto a seguire le direttive del terapeuta, più tenderà a presentare dei processi successivi a seguito dell'Im (Berman et al., 2012). Mentre pazienti con stile di attaccamento²⁰ sicuro portano i professionisti ad utilizzare più facilmente interventi di Im, rispetto invece a soggetti con uno stile preoccupato (Hill et al., 2014).

Gli autori (Hill, Knox & Pinto-Coelho, 2018) però ammettono di non essere stati in grado di raggiungere una corretta rappresentazione della diversità dei pazienti. Gli studi infatti sono stati tutti pubblicati in inglese e per la maggior parte sono stati condotti negli Stati Uniti. A ciò si aggiunge il ridotto numero dei campioni e di informazioni rispetto a chi ne fa parte. I pazienti reali, osservati nella pratica clinica, tendono ad essere diversi gli uni dagli altri e a variare rispetto al sesso, l'etnia, l'orientamento sessuale e lo status economico. Proprio tali aspetti però possono influenzare la terapia, le scelte del terapeuta e le reazioni del paziente. Ad esempio, nello studio di Hill (2014) è risultato che l'Im può essere percepita come scortese ed intrusiva dai pazienti di cultura non-occidentale; mentre la TSD può portare a fidarsi maggiormente di terapeuti di culture diverse dalla propria.

Gli autori, quindi, hanno ipotizzato l'esistenza di ulteriori variabili, da loro non analizzate, che possono moderare i processi successivi precedentemente indagati. Alcune, ad esempio, potrebbero riguardare il paziente: le sue preferenze e aspettative rispetto alle rivelazioni, la cultura di appartenenza, le difficoltà e la severità della psicopatologia. Altre variabili invece potrebbero riferirsi allo stesso terapeuta, come lo stile di attaccamento. Nel capitolo successivo approfondiremo alcune di queste, osservandone l'influenza nella messa in atto e nella ricezione dei due interventi.

Per concludere la meta-analisi conferma che l'utilizzo della Therapist Self-Disclosure e dell'Immediacy può condurre a processi largamente positivi.

²⁰ L'attaccamento consiste nel legame dell'individuo verso persone specifiche, per prima la madre o il/la caregiver, che si mantiene nel tempo e ha una sua specificità. Il bambino fin dai primi anni, per la sua salute mentale, deve sperimentare un rapporto caldo, intimo, ininterrotto con la madre (o con un sostituto permanente), nel quale entrambi possono trovare soddisfazione e godimento (Bowlby, 1980, 1988). Tali stili di attaccamento si mantengono poi stabili in tutte le fasi della vita della persona, due esempi sono quello sicuro (funzionale ad un adattamento migliore) e quello preoccupato.

I due interventi possono però condurre (nel 30% dei casi) anche ad esiti negativi. È possibile, infatti, che il paziente possa reagire negativamente a fronte sia della scoperta di aspetti personali del terapeuta che nel discutere della relazione creatasi. Allo stesso tempo anche i professionisti possono sentirsi incompetenti e vulnerabili in tali momenti; per questo devono utilizzarli con cautela e nella situazione corretta. Il terapeuta, ad esempio, si rivela quando percepisce che il paziente si sente solo e bisognoso di supporto, mentre usa l'Im per aiutarlo ad aprirsi e a parlare di alcuni sentimenti più intensi.

Gli autori concludono la meta-analisi unendo i risultati emersi con quelli ricavati dalla letteratura (Audet, 2011; Audet & Everall, 2003, 2010; Hanson, 2005; Henretty & Levitt, 2010; Hill, 2014; Hill et al., 1989, 2014; Pinto-Coelho et al., 2016, 2018; Safran & Muran, 1996) proponendo alcune raccomandazioni da tenere a mente nella pratica clinica.

Suggeriscono che nell'utilizzare la TSD i terapeuti devono prima di tutto essere cauti, riflessivi e strategici, devono infatti avere ben presente la loro intenzione, quale potrebbe essere la possibile risposta del paziente e se questo può davvero beneficiarne. Anche se prima di utilizzare la TSD devono essere certi che la relazione sia sufficientemente forte, devono comunque saperla usare con parsimonia, stando attenti a non renderla eccessivamente lunga, anzi caratterizzarla da pochi dettagli, così da renderla chiara e concisa. Il terapeuta poi deve rivelare solo quel materiale che ha già risolto e che risulta rilevante per il paziente, in modo da creare delle similitudini tra i loro vissuti. Solo a questo punto può concentrarsi sui bisogni e sulle reazioni del soggetto e quindi valutare se riutilizzare l'intervento anche in futuro.

Nella messa in atto dell'Im, invece, ritengono importante che il clinico sia consapevole della complessità e lunghezza dei processi che ne conseguono. Deve poi porre estrema attenzione alla risposta dei pazienti, che possono essere a disagio nel farvi fronte. Infine saper valutare il proprio controtransfert e, se possibile, analizzarlo in consultazione con l'aiuto di professionisti più esperti, così da essere sicuro di agire sempre nell'interesse del paziente.

CAPITOLO QUARTO

Risultati emersi da studi recenti

Nell'esplorare il lavoro compiuto dalla meta-analisi esposta nel capitolo precedente, ho incontrato alcuni aspetti non affrontati che hanno richiesto l'analisi di altri lavori di ricerca successivi.

Nello studio condotto da Alfi-Yogev et al. (2020) è stata esaminata la misura in cui due variabili, relative al paziente, moderano l'associazione tra gli interventi (Im e TSD) del terapeuta ed i risultati del trattamento, osservati in una singola seduta.

Prima variabile indagata è il distress, che consiste in una condizione di squilibrio, reale o percepito, tra le richieste ambientali e le capacità e risorse dell'individuo nel farvisi fronte (Sibilia, 2010). In questa situazione il soggetto si troverà in difficoltà e avrà degli scompensi fisici ed emotivi non facilmente risolvibili. Nello studio il distress è considerato come una variabile within-client che permette di rappresentare come varia lo stato del paziente da un momento all'altro (Hayes et al., 2007; Lutz et al., 2013; Owen et al., 2015).

La seconda variabile presa in considerazione è la difficoltà di regolazione emotiva del paziente, caratteristica che tende a presentarsi in modo stabile nel tempo, perciò utile nel confronto tra più soggetti (between-client). Essa consiste nella capacità di monitorare, valutare e modulare le proprie reazioni emotive, che siano positive o negative. Difficoltà in tale competenza vedono una compromissione dei processi comportamentali e cognitivi che coordinano l'intensità, la durata e l'espressione degli affetti in risposta di stimoli interni od esterni (Gross, 2007).

Lo studio ha preso in considerazione un campione di 68 pazienti trattati da 47 clinici con una terapia a breve termine di orientamento psicodinamico. Prima di iniziare il trattamento erano misurate le competenze e difficoltà di regolazione emotiva del paziente; mentre il livello di distress ed i sintomi venivano valutati all'inizio di ogni seduta. Alla fine di questa poi veniva segnata la frequenza e centralità degli interventi di TSD e Im messi in atto dal terapeuta.

I risultati hanno dimostrato che effettivamente le due variabili modulano l'utilizzo dell'Im, mentre non è stata riscontrata alcuna influenza significativa per quanto riguarda l'uso della TSD.

In particolare, si è osservato che in quelle sedute in cui il paziente presenta livelli alti di distress, l'Immediacy utilizzata risulta essere associata ad una minore sintomatologia valutata nell'appuntamento successivo. Come Hill e Knox (2003) avevano ipotizzato, lavorare sui processi di interazione della diade, permette infatti di migliorare anche quelle dinamiche relazionali instaurate (o che si creeranno) al di fuori del setting, agendo di conseguenza sullo stesso distress del paziente. Questo intervento permette inoltre di rassicurarlo, promuovere la sua accettazione, fino ad aiutarlo a tollerare emozioni intense, dato il supporto di qualcuno più esperto di lui nel saperle gestire. (Aron & Harris, 2014; Fosha, 2001; Winnicott, 1971).

Per quanto riguarda la seconda variabile, gli autori hanno notato che l'Im tende ad essere benefica per quei pazienti che sono regolati emotivamente. La letteratura (Pinto-Coelho et al., 2018) infatti suggerisce di utilizzare con attenzione l'Im e la TSD con chi presenta delle difficoltà di regolazione emotiva, come ad esempio soggetti con diagnosi di disturbi di personalità (Mathews, 1988; Simone et al., 1998). Questo perché tali interventi portano all'emergere di emozioni intense che, non potendo essere gestite adeguatamente, potrebbero rendere poco chiari i confini terapeutici e stimolare eccessivamente il paziente (Goldstein, 1994).

Gli autori infine affermano che per mettere in atto Im e TSD benefiche per il paziente, queste devono essere modellate sulle sue necessità e soprattutto sulle sue caratteristiche specifiche (Alfi-Yogev, Hasson-Ohayon, Lazarus, Ziv-Beiman & Atzil-Slonim, 2021). Quindi anche se un paziente giunge alla seduta con alti livelli di distress, ma presenta delle difficoltà stabili di regolazione emotiva, è preferibile prima agire riducendo queste e solo poi utilizzare l'Im. In questo modo si sceglie di non focalizzarsi solamente su quelle variabili situazionali, dipendenti dal momento particolare che sta vivendo, ma di intervenire su quelle stabili con il fine di aumentare l'efficacia delle tecniche utilizzate (Zilcha-Mano, 2018).

Nel lavoro svolto dalle autrici Bennett, Koelsch, Kupperts e Ash (2021) è stata analizzata la messa in atto della TSD in un'ottica di #WeToo, da parte di terapeuti di orientamento

femminista²¹ sopravvissuti a violenza sessuale. L'intervento non risulta essere solo una rivelazione di esperienze di #MeToo²² ma anche di #WeToo, dato che riguardano tutti i sopravvissuti (Bennett et al., 2021). Di conseguenza non si fa riferimento solo ad un "io" ma anche ad un "noi", trasmettendo al paziente un senso di solidarietà e di empowerment²³.

In questo caso i clinici, trattando individui con una storia simile alla loro, tendono ad utilizzare la self-disclosure per condividere aspetti anche molto personali (es. pensieri, sentimenti anche negativi verso l'altro, le origini socioeconomiche e l'orientamento sessuale). Il paziente, grazie a queste informazioni, è in grado di scegliere il professionista più adatto a lui, così da poterlo considerare come potenziale modello di riferimento.

Nello studio preso in esame (Bennett et al., 2021) sono state evidenziate delle situazioni terapeutiche particolari determinate dall'interazione tra transfert e controtransfert della diade. In una prima dinamica il paziente può ritirarsi dalla terapia perché percepisce il terapeuta come non in grado di aiutarlo, reazione non facile da gestire soprattutto se il clinico, a seguito della condivisione di un vissuto traumatico, si sente vulnerabile. In una seconda situazione è possibile che il soggetto, attraverso il transfert, associ al terapeuta il ruolo di abusante, il quale quindi può percepire sentimenti controtransferali negativi come risentimento, frustrazione o dolore. In altri casi quest'ultimo può soccorrere il paziente, soffocando il processo di crescita e di conquista dell'autonomia tipico della terapia femminista, o peggio rievocando il trauma passato. In caso opposto può assumere il ruolo di vittima, richiedendo quindi le cure del paziente.

A fronte di tali atteggiamenti è fondamentale il contributo dato dalla supervisione. Durante questa un professionista più esperto permette al terapeuta di prendere consapevolezza rispetto al controtransfert, di comprendere le interazioni che avvengono

²¹ L'approccio femminista è un tipo di psicoterapia che si concentra sul genere e sulle particolari sfide che le donne affrontano a causa di pregiudizi, discriminazioni ed altri fattori che possono influenzare la loro salute mentale.

²² #Metoo è un movimento femminista fondato da Tarana Burke che ha l'obiettivo di dare supporto ai sopravvissuti a violenze e molestie sessuali, portandoli ad acquisire l'emancipazione ed accedere alle risorse appropriate ai loro bisogni (Bennett, Koelsch, Huppers & Ash, 2021). Gli interventi definiti di "me too" disclosure consistono nella condivisione del professionista di esperienze vissute nel passato o anche nel presente, simili a quelle del paziente.

²³ L'empowerment è definito come l'obiettivo dell'intervento femminista nel consentire agli individui, alle famiglie e alle comunità di esercitare un'influenza su fattori personali, interpersonali e istituzionali che influiscono nella loro salute e benessere. Di conseguenza l'empowerment conduce ad enfatizzare i punti di forza e la resilienza dei pazienti nel far fronte ai traumi passati, attuali e futuri. (Worell & Remer, 2003)

durante la seduta e di saper gestire le esperienze negative passate, così da utilizzarle efficacemente nel trattamento (Bennett et al., 2021).

Tenendo conto delle dinamiche relazionali descritte, la #Wetoo disclosure può avvenire in diverse modalità.

Un esempio vede i terapeuti utilizzare intenzionalmente l'omissione come mezzo per rivelarsi. Ciò è possibile quando il paziente, andando in profondità della relazione terapeutica, riesce a comprendere aspetti del clinico, anche difficili, che lo stesso può non aver mai detto esplicitamente (ad es. aver vissuto esperienze dolorose). Il paziente quindi, parlando, può dare per scontato alcuni aspetti e, se il terapeuta non lo contraddice o interrompe, gli dà la conferma di tali supposizioni.

Altra modalità di apertura è la condivisione di un proprio stato identitario. Sottolineando l'essere donna o il proprio orientamento sessuale è possibile far riferimento a una serie di esperienze, tipiche e significative di tale status, che, se condivise anche dal paziente, possono permetterne un avvicinamento (Bennett et al., 2021).

Infine, specifica dell'approccio femminista, è la disclosure sulla condizione di sopravvissuto del terapeuta. Solitamente si tende a presentare una certa riluttanza nel discutere aspetti ed esperienze relative alle violenze, soprattutto di tipo sessuale, perché percepite come inappropriate o un argomento off-limits (Bennett et al., 2021). In realtà parlarne e discuterne, anche se difficile e spesso doloroso, è estremamente utile all'interno della terapia. In primo luogo, perché permette di supportare i pazienti, riconoscendo le loro esperienze (negative) come reali, quindi vere, e legittimare il loro stato di sopravvissuti²⁴. In secondo luogo, perché il terapeuta può fornirgli la prova, quindi l'evidenza, che è possibile sopravvivere e guarire dalle difficoltà psicologiche che ne conseguono (Bennett et al., 2021).

Come ultimo aspetto ho indagato il ruolo della cultura di appartenenza (del paziente e del clinico) nell'influenzare la percezione e la messa in atto della TSD.

Ho preso quindi in esame lo studio condotto da Sunderani e Moodley (2020) nel quale è stata considerata la percezione dei terapeuti nel loro uso della TSD nel trattamento di pazienti di culture uguali e/o diverse alla propria. Gli autori seguendo un approccio

²⁴ I pazienti al di fuori della seduta possono non essere ascoltati dalle persone vicine a loro, specialmente se l'abusante è una di queste; di conseguenza possono sentirsi soli, minimizzare le violenze subite o assumersi la colpa di quando successo.

teorico basato sul pensiero sociale costruttivista²⁵, hanno compiuto delle interviste semi-strutturate a nove terapeuti (6 femmine e 3 maschi, di età compresa tra i 40 e i 70 anni) indagando per ognuno le condizioni ed i modi in cui sceglievano di rivelarsi oppure di non farlo (Sunderani & Moodley, 2020).

Dalle interviste è emerso che i clinici tendono ad utilizzare più facilmente la TSD quando trattano pazienti di cultura uguale o simile alla loro. Questo perché, avendo familiarità con le norme e le aspettative culturali dell'altro, possono ipotizzarne la risposta e quindi essere sicuri di non denigrarlo inconsapevolmente. A ciò si aggiunge il fatto che l'essere simili porta il terapeuta a sentirsi maggiormente a proprio agio quindi ad aprirsi e condividere di più. Nel trattamento di pazienti di diversa origine e tradizione il terapeuta tende invece ad utilizzare l'intervento per facilitare un avvicinamento con il paziente e trovare così un terreno comune. Ad esempio, una terapeuta di cultura occidentale lavorando con un'anziana di origine cinese è riuscita a rendere più forte il loro legame rivelandole di aver vissuto, a sua volta, delle difficoltà con i figli (Sunderani & Moodley, 2020). È possibile poi che alcune rivelazioni avvengano in modo involontario. Spesso risulta facile risalire al background di un'altra persona anche solo osservando il colore della pelle, i tratti fisici o alcuni modi di porsi. Tali informazioni possono però attivare dei pregiudizi culturali, è bene quindi che i terapeuti ne siano consapevoli e sappiano distinguere le rivelazioni utili da quelle potenzialmente pericolose per la relazione.

I soggetti intervistati, riferendosi alla non-disclosure, hanno evidenziato i momenti in cui evitavano appositamente di condividere informazioni personali (Sunderani & Moodley, 2020).

Uno di questi avviene quando il professionista non risponde ad una domanda particolare posta dal paziente. Se la richiesta tende ad essere inadeguata e mette a disagio il terapeuta egli, al posto di violare il confine terapeutico e soprattutto professionale, decide di non esprimersi al riguardo. Segue poi la situazione in cui avviene una sovraidentificazione nella quale i terapeuti si rendono conto di identificare il paziente con sé stessi o con persone a loro significative. È possibile che alcune caratteristiche del paziente, legate all'origine o ad alcuni atteggiamenti, facciano rivivere nel terapeuta emozioni passate, spesso indesiderate, associate alle persone ricordate o a periodi passati. Di conseguenza

²⁵ La Psicoterapia Costruttivista si basa sul presupposto che tutte le volte nelle quali l'uomo ha una percezione, formula un pensiero o un giudizio compie un'azione costruttiva e quindi costruisce in modo attivo la realtà e la sua personale esperienza.

scelgono di non aprirsi per proteggere la relazione ed evitare di introdurre aspetti che non riguardano il paziente (Sunderani & Moodley, 2020).

Da tenere a mente poi è il fatto che i principi e le pratiche della TSD sono basati su teorie psicologiche occidentali. Perciò nel momento in cui le si va ad utilizzare con individui di culture differenti da questa, possono provocare conseguenze inattese anche negative. Per tale ragione i terapeuti tendono ad intervenire più cautamente, riflettendovi maggiormente. Nel trattare una giovane donna di cultura cinese una terapeuta aveva ad esempio evitato di condividere come si era opposta ai genitori nel prendere consapevolezza della propria sessualità. Nella tradizione cinese è infatti fondamentale rispettare le figure genitoriali e quindi, una rivelazione di tale tipo, avrebbe potuto offendere la paziente, farla sentire incompresa e di conseguenza l'avrebbe portata ad aprirsi di meno (Sunderani & Moodley, 2020).

Possiamo concludere che una corrispondenza culturale, tra i membri della diade, sembra portare a maggiori benefici, mentre le differenze, in tale aspetto, fungono da fattori salienti nella scelta della TSD adeguata o della non-disclosure. Il processo decisionale compiuto dai terapeuti risulta così essere complesso e significativo soprattutto perché una volta verbalizzata la rivelazione non è possibile tornare indietro (Sunderani & Moodley, 2020). Allo stesso tempo però, per rendere possibile la guarigione del paziente, è importante che tale processo mantenga un carattere immaginativo, utile nell'ipotizzare il punto di vista dell'altro, e creativo, per sperimentare interazioni sempre nuove e stimolanti.

CAPITOLO QUINTO

Discussione sui risultati

I risultati fino a qui esposti confermano che la Therapist self-disclosure e l'Immediacy sono degli interventi potenzialmente utili e benefici, da prendere in considerazione nel trattamento del paziente.

Come Semi (1985) suggerisce, nell'interagire con il paziente, il terapeuta non può fare a meno di comunicargli com'è strutturata la propria attività mentale e di fatto chi è. Questa forma di rivelazione è quindi inevitabile e risulta salutare per il processo terapeutico perché fa percepire al paziente di conoscere il professionista, anche se sa davvero poco di lui. Ciò dimostra che il paziente è giunto a fidarsi di sé stesso per poter prima conoscersi e poi comprendere anche gli altri (Semi, 1985). Purtroppo, tali rivelazioni, avvenendo inconsapevolmente, possono influenzare il paziente senza un controllo diretto da parte del clinico. Come ha evidenziato lo studio di Sunderani e Moodley (2020) alcune caratteristiche del terapeuta fanno emergere pregiudizi o vissuti passati del paziente, che potrebbero intaccare la relazione e lo stato di benessere dello stesso. Nella meta-analisi di Hill, Knox e Pinto-Coelho (2018) invece, tale aspetto non è stato considerato: gli autori si sono concentrati solamente sulle rivelazioni verbali (di TSD ed Im) perché oggettive, trascrivibili e analizzabili in modo approfondito. Però è molto probabile che le comunicazioni inconsapevoli, o semplicemente non verbalizzate, abbiano influenzato in qualche modo l'accadere dei processi successivi considerati. È infatti risultato che anche le rivelazioni espresse indirettamente, quali le omissioni, possono essere utili e influenti nell'interazione paziente-clinico (Bennett et al., 2021).

Oltre a porre attenzione verso tali modalità di apertura, il terapeuta, per scegliere come meglio agire nel processo terapeutico, deve prima di tutto comprendere la natura del terreno sondato (Semi, 1985). Ciò significa che, sulla base dell'osservazione e della valutazione compiuta, deve accedere alla complessità dell'individuo che sta trattando,

differenziando ad esempio gli aspetti situazionali da quelli di tratto²⁶, come il livello di distress e la regolazione emotiva, analizzati precedentemente (Alfi-Yogev et al., 2020). Deve poi riuscire a identificare i desideri profondi²⁷ del paziente, evitando di soddisfare quelli invece sostitutivi (prodotti dell'adattamento a dinamiche relazionali difficili) che, se assecondati, rinforzano i comportamenti disfunzionali alla base della sintomatologia. Perciò nel caso in cui il paziente ponga domande indiscrete o eccessivamente intime al terapeuta, è bene che questo intuisca subito se il rispondervi possa essere veramente benefico o se è meglio invece rispettare la propria privacy, evitando di mettere a rischio il rapporto professionale. È possibile poi che lo stesso paziente sia consapevole dell'inadeguatezza delle richieste, ma scelga comunque di porle per mettere alla prova l'altro. Weiss (2004) sottolinea che il paziente mette in atto questo test perché in fondo sa che l'altro sarà in grado di superarlo e, se ciò avviene, avrà un ulteriore motivo per fidarsi maggiormente ed aprirsi. Il clinico, quindi, deve essere in grado di disconfermare le credenze patogene del paziente²⁸ (motivo del suo malessere espresso) ed agire per diminuire gli effetti negativi che ne conseguono quali: vergogna, senso di colpa e bassa stima di sé (Weiss, 2004). Come abbiamo osservato, attraverso la TSD e l'Im, è possibile agire riducendo tali emozioni fino a migliorare la stessa relazione terapeutica e la percezione del clinico, agli occhi del paziente.

Il terapeuta deve perciò allontanarsi dalla posizione neutrale, tipica del pensiero freudiano, e scegliere di agire attivamente²⁹ nella dinamica relazionale (Weiss, 2004). Egli, essendo parte attiva della diade, deve a sua volta contribuire agli scambi di tipo diretto e spontaneo che favoriscono la creazione di un ambiente sicuro nel quale discutere ed aprirsi (Gabbard 2018). Per questo Gabbard (2018) suggerisce che rimandare sempre indietro le domande poste dal paziente, per indagarne ad esempio la motivazione, può far apparire le reazioni del terapeuta come eccessivamente rigide e formali. Sottolinea però di porre estrema attenzione nel momento in cui si deve scegliere di condividere aspetti della propria vita privata come lo stato civile, le tendenze religiose o l'orientamento sessuale. Queste informazioni, in alcuni casi potrebbero influenzare negativamente la

²⁶ Variabili stabili che tendono ad essere caratteristici del funzionamento del paziente.

²⁷ Definiti come originari da Semi all'interno della teorizzazione della regola della frustrazione (Semi, 1985).

²⁸ Le credenze patogene del paziente si instaurano sin dall'infanzia a fronte di alcune esperienze traumatiche vissute con i familiari. Esse si formano perché il bambino si assume la responsabilità di tutto ciò che gli accade, pensando di meritare tale trattamento (Weiss, 2004).

percezione del paziente rispetto al clinico e all'atteggiamento di cura; mentre in altri, facilitare il processo terapeutico (Gabbard, 2018).

Gli studi recenti (Bennett et al., 2021; Sunderani & Moodley, 2020;) hanno a loro volta confermato tale problematicità. Hanno aggiunto però che la condivisione di aspetti così personali può portare anche al rafforzamento del legame terapeutico, solo se si è certi della reazione positiva del paziente. Per ipotizzarne le conseguenze risulta quindi fondamentale la conoscenza della cultura di appartenenza (Sunderani & Moodley, 2020) e delle esperienze passate del soggetto (ma anche del clinico; Bennett et al., 2021). Solo partendo da tali considerazioni si è in grado di utilizzare adeguatamente gli interventi di TSD ed Im e giungere a risultati significativi. Uno di questi può essere il ricongiungimento del paziente con parti del sé nascoste o non accettate (Bollas, 1983) grazie alla discussione, con il terapeuta, di status identitari e dei vissuti che ne conseguono³⁰.

³⁰ Affetti sia negativi che positivi e le dinamiche relazionali, frutto dell'interazione tra il transfert del paziente e il controtransfert del terapeuta (Bennett et al., 2021)

CAPITOLO SESTO

Limiti e prospettive di lavoro future

Analizzando il lavoro fin qui esposto è possibile cogliere, nell'osservarne i risultati, alcuni limiti da tenere a mente nell'ipotizzare delle future prospettive di studio.

Il primo limite riscontrato è derivato dalla scelta di studi di tipo naturalistico. Certo gli interventi di TSD e Im devono essere creati su misura delle caratteristiche del paziente, quindi risulta fondamentale ed inevitabile far riferimento alle dinamiche riscontrate nella pratica clinica. Tale aspetto rischia però di influire negativamente sull'attendibilità e la correttezza delle rivelazioni misurate. Queste erano riportate dai terapeuti o dai pazienti, perciò soggette ad alterazione a causa del tempo trascorso, o erano state ricavate dalla trascrizione delle registrazioni, che invece le ha private della loro componente non verbale (aspetti relativi alle reazioni di tipo fisiologico o affettivo). Di conseguenza sarebbe utile analizzare l'efficacia degli interventi scelti in un contesto più controllato, come quello fornito negli studi sperimentali, in cui è possibile misurare con più precisione le variabili in gioco. In questo caso si potrebbe avere una visione più da vicino della dinamica terapeutica e dei processi che ne conseguono.

Un secondo limite riscontrato è relativo alle variabili analizzate. Esse tendono ad essere di numero ridotto e facilmente condivise tra i pazienti (ad es. cultura di appartenenza, livello di distress). Potrebbe essere interessante focalizzarsi invece su uno specifico gruppo di individui, le cui caratteristiche moderano l'efficacia e la messa in atto degli interventi.

Ad esempio, alcuni studi potrebbero osservare l'utilizzo della TSD o Im nel trattamento di pazienti affetti da disturbi alimentari o da disturbi bipolari, così da identificare delle linee guida da seguire nel trattamento di tali soggetti, visto che questi tendono a presentare caratteristiche e trascorsi simili. Oppure si potrebbe osservare quanto, all'interno dello stesso disturbo, possa variare l'efficacia dell'intervento in risposta al periodo affrontato dal paziente³¹.

Altra prospettiva potrebbe focalizzarsi su una fascia d'età precisa, ad esempio quella adolescenziale. Spesso, nel trattare gli adolescenti, non è facile creare da subito un

³¹ Riferimento agli episodi maniacali e depressivi sperimentati da soggetti con disturbo bipolare.

ambiente sufficientemente sicuro nel quale possano aprirsi senza percepire il giudizio di un'altra figura adulta. La rivelazione del terapeuta infatti potrebbe essere funzionale all'avvicinamento della diade e ad una visione più favorevole del clinico.

Infine, l'ultimo limite si riferisce alla mancata esplorazione della condizione in cui il paziente non è interessato alle rivelazioni del professionista. Può accadere che il soggetto, focalizzato su sé stesso e sul suo malessere, non sia incuriosito dalle informazioni private condivise dal clinico. Oppure, per quanto riguarda l'Im, il paziente può provare un forte disagio nell'affrontare le discussioni sulla relazione terapeutica, quindi tenderà ad evitarle o a cambiare discorso. In entrambi i casi sarebbe interessante comprenderne le motivazioni, con il fine di agire su queste per mettere poi in atto la TSD e Im, oppure scegliere altre tecniche più adeguate.

BIBLIOGRAFIA

- ACKERMAN, S. J., & HILSENROTH, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy*, 38, 171–185.
- ALFI-YOGEV, A., HASSON-OHAYON, I., LAZARUS, G., ZIV-BEIMAN, S. & ATZIL-SLONIM, D. (2020). When to disclose and to whom? Examining within- and between-client moderators of therapist self disclosure-outcome associations in psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, Vol. 31, No. 7, 921–931.
- ARON, L., & HARRIS, A. (2014). *Relational psychoanalysis, volume 5: Evolution of process*. Routledge
- AUDET, C. T. (2011). Client perspectives of therapist self-disclosure: Violating boundaries or removing barriers? *Counselling Psychology Quarterly*, 24, 85–100.
- AUDET, C. T., & EVERALL, R. D. (2003). Counsellor self-disclosure: Client informed implications for practice. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking Research with Practice*, 3, 223–231.
- AUDET, C. T., & EVERALL, R. D. (2010). Therapist self-disclosure and the therapeutic relationship: A phenomenological study from the client perspective. *British Journal of Guidance and Counselling*, 38, 327–342.
- BARRETT, M. S., & BERMAN, J. S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 597–603
- BENNETT, E.A., KOELSCH, L. E., KUPPERS, S. R. & ASH, S. K. (2021). #WeToo: Feminist Therapist Self-Disclosure of Sexual Violence Survivorship in a #MeToo Era. *WOMEN & THERAPY*, Vol. 45, No. 1, 97–116.
- BERMAN, M., HILL, C. E., LIU, J., JACKSON, J., SIM, W., & SPANGLER, P. (2012). Relational events in acceptance and commitment therapy for three clients. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 215–244). Washington, DC: American Psychological Association

- BOLLAS, C., (1983). Expressive uses of countertransference. *Contemporary Psychoanalysis*, 19 No. 1, 1-34.
- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: L, Sadness and Depression*. New York: basic books.
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- BURCKELL, L. A., EUBANKS-CARTER, C., & GOLDFRIED, M. R., (2003). Therapist Self-Disclosure in Cognitive-Behavior Therapy. *JCLP/In Session*, 59 No. 5, 555-568.
- DAZZI, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 3-28). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- DAZZI, N., LINGIARDI, V. & COLLI, A. (2006). Introduzione. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. XXVII-XXXIV). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- DUPONT, J. (1988) *The Clinical Diary Of Sandor Ferenczi*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- FOSHA, D. (2001). The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 227-242.
- FREUD S., (1912). *Consigli Al Medico Nel Trattamento Psicoanalitico*. Osf. 6, Torino: Bollati Boringhieri
- GABBARD, O.G. (2018). Capitolo III. Le basi pratiche della psicoterapia. Inizio della terapia. *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica* (pp.59-83). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- GABBARD, O.G. (2018). Capitolo IV. Interventi terapeutici. *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica* (pp. 85-109). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- GABBARD, O.G. (2018). Capitolo V. Obiettivi e azione terapeutica. *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica* (pp. 111-135). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- GABBARD, O.G. (2018). Capitolo VIII. Lavorare sul controtransfert. *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica* (pp. 173-195). Milano: Raffaello Cortina Editore.

- GABBARD, O.G., WILKINSON S.M., (1994). *Management of Countertransference with Borderline Patients.* Washington DC, London: American Psychiatric Press, Inc.
- GELSO, C. J., & CARTER, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-243.
- GELSO, C. J., & CARTER, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296–306
- GOLDFRIED, M.R., & DAVISON, G.C., (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- GOLDFRIED, M.R., & DAVISON, G.C., (1994). *Clinical behavior therapy. (Expanded ed.)* New York: John Wiley & Sons Inc.
- GOLDSTEIN, E. G. (1994). Self-disclosure in treatment: What therapists do and don't talk about. *Clinical Social Work Journal*, 22 (4), 417–433.
- GROSS J. J. (2007) *Handbook of Emotion Regulation*. The Guilford Press
- HANSON, J. (2005). Should your lips be zipped? How therapist selfdisclosure and non-disclosure affects clients. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5, 96 –104
- HAYES, A. M., LAURENCEAU, J., FELDMAN, G., STRAUSS, J. L., & CARDACIOTTO, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27, 715–723.
- HENRETTY, J. R., & LEVITT, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30, 63–77.
- HILL, C. E. (1986). An overview of the Hill Counselor and Client Verbal Response Modes Category Systems. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 131–160). New York, NY: Guilford.
- HILL, C. E., & KNOX, S. (2002). Self-disclosure. *Psychotherapy*, 38, 412– 416
- HILL, C. E., GELSO, C. J., CHUI, H., SPANGLER, P. T., HUMMEL, A., HUANG, T., . . . MILES, J. R. (2014). To be or not to be immediate with clients: The use and perceived

- effects of immediacy in psychodynamic/interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 24, 299–315.
- HILL, C. E., KNOX, S., & PINTO-COELHO, K. G., (2018). Therapist Self-Disclosure and Immediacy: A Qualitative Meta-Analysis. *Psychotherapy*, 55 No. 4, 445-460.
- HILL, C. E., MAHALIK, J. R., & THOMPSON, B. J. (1989). Therapist self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26 No.3, 290–295.
- LAZARUS, A.A., (1971). *Behavior Therapy and Beyond*. New York: Mcgraw-Hill.
- LAZARUS, A.A., (1985). Setting the record straight. *American Psychologist*, 40, 1418–1419.
- LUBORSKY, L., SINGER, B., & LUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995–1008.
- LUTZ, W., EHRLICH, T., RUBEL, J., HALLWACHS, N., RÖTTGER, M., JORASZ, C., & TSCHITSAZ-STUCKI, A. (2013). The ups and downs of psychotherapy: Sudden gains and sudden losses identified with session reports. *Psychotherapy Research*, 23, 14–24.
- MALLOW, J. A., (1998). Self-Disclosure. Reconciling Psychoanalytic Psychotherapy and Alcoholics Anonymous Philosophy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15 No. 6, 493-498.
- MATHEWS, B. (1988). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A survey of therapists. *American Journal of Psychotherapy*, 42(4), 521–531.
- MIGONE, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. Con una nota sui contributi italiani. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 31-48). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- MITCHELL, S. A., (1997). *Influenza e autonomia in psicoanalisi. Tr.it.* Torino: Bollati Boringhieri
- MONTORSI, A., & ROCCO, D. (2011). Capitolo terzo.Franz Alexander e l’esperienza emotiva correttiva. In *Evoluzione della tecnica nel colloquio psicodinamico. Un percorso storico* (pp. 61-70). Padova: Upsel Domeneghini Editore.

- MOODLEY, R., & SUNDERANI, S., (2020). Therapists' perceptions of their use of self-disclosure (and nondisclosure) during cross-cultural exchanges. *British Journal Of Guidance & Counselling*, 48 No. 6, 741-756.
- NORCROSS, J. C., & LAMBERT, M. J., (2018). Psychotherapy Relationships That Work III. *Psychotherapy*, 5 No. 4, 303-315.
- OWEN, J., ADELSON, J., BUDGE, S., WAMPOLD, B., KOPTA, M., MINAMI, T., & MILLER, S. (2015). Trajectories of change in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 817–827.
- PINTO-COELHO, K. G., HILL, C. E., KEARNEY, M. S., SARNO, E. L., SAUBER, E. S., BAKER, S. M., BRADY, J., IRELAND, G. W., HOFFMAN, M. A., SPANGLER, P. T., & THOMPSON, B. J. (2018). When in doubt, sit quietly: A qualitative investigation of experienced therapists' perceptions of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 65(4), 440–452.
- PINTO-COELHO, K., HILL, C. E., & KIVLIGHAN, D., JR. (2016). Therapist self-disclosures in Psychodynamic psychotherapy: A mixed methods investigation. *Counselling Psychology Quarterly*, 29, 29 –52.
- ROSENTHAL, R., & ROSNOW, R. L. (1991). *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis (2nd ed.)*. New York: McGraw Hill.
- SAFRAN, J. D., & MURAN, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447– 458.
- SAFRAN, J. D., & MURAN, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford.
- SEMI, A. A. (1985). Capitolo III. *Tecnica del colloquio* (pp. 23-33). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- SIBILIA, L. (2010). La valutazione e l'intervento efficace nei fattori di stress psicosociale in ambito lavorativo. *Psychomed* N. 3, 5-15
- SIMONE, D. H., MCCARTHY, P., & SKAY, C. L. (1998). An investigation of client and counselor variables that influence likelihood of counselor self-disclosure. *Journal of Counseling & Development*, 76 (2), 174–182.

- SUNDERANI, S. & MOODLEY, R. (2020). Therapists' perceptions of their use of selfdisclosure (and nondisclosure) during crosscultural exchange. *British Journal Of Guidance & Counselling*, Vol. 48, No. 6, 741–756
- WATKINS, C. E., JR. (1990). The effects of counseling self-disclosure: A research review. *The Counseling Psychologist*, 18, 477–500.
- WEISS, J. (2004). *Come funziona la psicoterapia*. Torino: Boringhieri.
- WINNICOTT, D. W. (1971). *Playing and reality*. Penguin Books.
- WOLPE, J., (1984). Behavior therapy according to Lazarus. *American Psychologist*, 39, 1326–1327.
- WORELL, J., & REMER, P. (2003). *Feminist perspectives in therapy: Empowering diverse women* (2nd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- ZILCHA-MANO, S. (2018). Major developments in methods addressing for whom psychotherapy may work and why. *Psychotherapy Research*, 29(6), 693–708.