

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e
Psicologia Applicata (FISPPA)**

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinico-dinamica

Tesi di laurea Magistrale

**La sincronizzazione fisiologica e le rotture
dell'alleanza terapeutica: uno studio pilota
con simulazioni cliniche**

Physiological synchronization and therapeutic alliance
ruptures: a pilot study with clinical simulations

Relatore

Prof. *Johann Roland Kleinbub*

Laureando: *Giovanni Bertomoro*

Matricola: *2048482*

Anno Accademico: 2023/2024

Abstract

Questa ricerca si colloca nell'ambito della psychotherapy research, con un focus specifico sul processo terapeutico. Gli elementi cardine dello studio sono stati l'empatia e l'alleanza terapeutica, con particolare attenzione alla sincronizzazione fisiologica tra paziente e terapeuta come potenziale indicatore di empatia e di rotture dell'alleanza.

L'ipotesi centrale della ricerca proponeva che nei momenti in cui il terapeuta provocava rotture dell'alleanza, la sincronizzazione fisiologica tra lui e il paziente fosse significativamente inferiore rispetto ai momenti in cui non si verificavano tali rotture. Per testare questa ipotesi, sono state coinvolte 32 diadi videoregistrate, formate da studenti universitari, in cui si ricreavano le condizioni di una seduta terapeutica.

Durante ogni sessione, è stata registrata la conduttanza cutanea (SC) di entrambi i membri della diade, un parametro scelto per analizzare la sincronizzazione fisiologica. La valutazione delle rotture dell'alleanza è stata effettuata utilizzando lo strumento del Rupture Resolution Scale (3RS; Eubanks et al., 2015), mentre gli interventi del terapeuta sono stati classificati secondo la metodologia dei coniugi Flanagan (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2016).

I risultati della ricerca non hanno evidenziato differenze significative nella sincronizzazione fisiologica tra i momenti di rottura e non rottura dell'alleanza. Questi risultati suggeriscono che, sebbene la sincronizzazione fisiologica possa essere un indicatore promettente di empatia e di qualità dell'interazione terapeutica, essa potrebbe non essere sensibile alle rotture dell'alleanza nel contesto specifico di questa ricerca.

Le implicazioni di questi risultati sono molteplici. In primo luogo, sollevano questioni sulla complessità della relazione tra sincronizzazione fisiologica e processi terapeutici, suggerendo la necessità di ulteriori studi che esplorino altri possibili mediatori e moderatori di questa relazione. In secondo luogo, evidenziano l'importanza di utilizzare una varietà di metodi e strumenti per valutare la qualità dell'alleanza terapeutica e i processi empatici. Infine, si discutono i risvolti futuri di questa linea di ricerca, sottolineando l'importanza di integrare approcci fisiologici e comportamentali per una comprensione più completa delle dinamiche terapeutiche.

Indice

Introduzione	8
Capitolo 1: Che cos'è l'empatia	13
1.1 <i>Introduzione al concetto</i>	13
1.1.1 Spinte di unificazione e frammentazione (oppure problemi metodologici)	14
1.1.2 I temi "cruciali"	19
1.2 <i>Le principali teorizzazioni</i>	21
1.2.1 Empatia cognitiva e affettiva	22
1.2.2 Empatia e azione prosociale	23
1.3 <i>Il Perception Action Model (PAM)</i>	24
1.3.1 Il meccanismo di percezione-azione.....	25
1.3.2 L'empatia come termine generico e come processo	26
1.3.3 La filogenesi, l'ontogenesi e il modello a matrioska	28
1.3.4 I deficit di empatia spiegati dal modello e le diverse combinazioni	31
1.3.5 Punti di forza e criticità	36
Capitolo 2: L'empatia nel processo terapeutico	40
2.1 <i>Principali teorizzazioni</i>	41
2.2 <i>Empatia e ricerca in psicoterapia</i>	44
2.2.1 Interventi empatici	46
2.2.2 Sincronizzazione fisiologica ed empatia	48
2.2.3 Possibili implicazioni sul rapporto tra empatia e sincronizzazione	53
Capitolo 3: L'alleanza terapeutica	57
3.1 <i>Cenni teorici e modelli teorici</i>	57
3.2 <i>Tematiche principali</i>	62
3.2.1 La relazione tra tecnica e alleanza.....	62
3.2.2 Alleanza e transfert.....	63
3.2.3 L'alleanza nel tempo.....	65
3.3 <i>Strumenti di valutazione</i>	67

3.3.1 Il Rupture Resolution Rating System (3RS).....	69
3.3.2 Collaborative Interaction Scale Revised (CIS-R).....	72
3.4 Strumenti alternativi	74
3.4.1 La sincronizzazione interpersonale.....	74
3.4.2 Possibili risonanze tra alleanza ed empatia.....	77
Capitolo 4: La Ricerca	80
4.2 L'ipotesi di ricerca	82
4.3 Metodo	82
4.3.1 Partecipanti.....	82
4.3.2 Procedura.....	83
4.3.3 Misure	84
4.3.4 Analisi statistiche	87
4.4 Risultati.....	90
4.4.1. Ipotesi principale	90
4.4.2. Ipotesi secondarie.....	91
Capitolo 5: Discussione	98
5.1 Rotture dell'alleanza e sincronizzazione della conduttanza cutanea	100
5.2 Interventi e sincronizzazione della conduttanza cutanea	104
5.3 Direzioni future e considerazioni finali	105
Conclusione	110
Bibliografia	112

Introduzione

Il percorso tracciato in queste pagine è stato mosso da un'intuizione emersa durante l'osservazione di alcune registrazioni di simulazioni cliniche, e durante l'opera di trascrizione della loro interazione. L'osservazione si è concentrata sull'interazione tra i vari membri delle diadi prese in oggetto, e in particolare sulle varie risposte date da chi aveva il ruolo di ascoltatore attivo ed empatico. Si è potuto notare a riguardo che in alcuni casi, le risposte o le domande poste da chi aveva questo ruolo, non erano coordinate, o per così dire "sullo stesso livello", di chi invece aveva il ruolo di parlante. Tale fenomeno si è manifestato in special modo quando il parlante ha condiviso un'esperienza o un contenuto con una marcata carica emotiva. In questi casi, la risposta dell'ascoltatore è apparsa talvolta come se non riuscisse a cogliere la significatività di ciò che era appena stato detto, rilanciando il discorso su altro o spostando l'attenzione. Di seguito si riportano alcuni casi esemplificativi di questo fenomeno appena descritto:

Esempio 1

*

*P = Rappresente il ruolo del parlante
T = Rappresenta il ruolo dell'ascoltatore attivo ed empatico*

T: È successo qualcosa di particolare da raccontarmi?

P: Sì, mio nonno materno è morto nel 2007, quando io avevo sette anni, ed è stato abbastanza difficile per me perché comunque ero molto affezionato. Io avevo vissuto con lui qualche anno perché i miei genitori sono arrivati qua in Italia nel 2004.

T: Da dove vieni?

P: Moldavia

T: Ok

P: E quindi io sono rimasto dai nonni, passavo un po' di tempo con quelli paterni e un po' con quelli materni, però ecco appunto avevo una venerazione per quel mio nonno materno.

T: I nonni vivevano entrambi in Italia?

Esempio 2

P: Mi ricordo stavo a Roma, ero uscito dopo tanto tempo, c'era anche la mia ex ragazza tra l'altro, e mi arrivò questa chiamata che mi ha detto che così improvvisamente mio nonno era morto, fu strano perché la prima reazione che hai è quella di non capire, stai lì e non..

T: Tipo be scherzetto? (ride)

P: Sì non fa ridere, però a mano a mano che passa il tempo realizzi quello che è realmente successo e quindi tendi ad incupirti.

Esempio 3

P: Il mio primo gatto dopo una settimana non si è fatto più vedere, era sparito nuovamente e poi l'abbiamo trovato morto, e io ci sono rimasto malissimo perché avevo solo dodici anni e quindi ci ero molto affezionato, ricordo che è stata una settimana molto triste

T: Ma visto che non era un gatto domestico gli avevi dato un nome?

Una volta descritto il fenomeno, il passaggio successivo è stato quello di ricercare, all'interno della letteratura scientifica, dei riferimenti teorici che potessero dare voce a ciò che era stato osservato, affinando l'indagine verso studi simili già verificati. In particolare la domanda di partenza che ha guidato la ricerca è stata: Cosa significa rimanere sullo stesso livello? Il primo collegamento è stato fatto nei confronti dell'empatia, in forza anche del fatto che all'ascoltatore era stato chiesto esplicitamente di essere empatico. L'essere empatico quindi, aveva a che fare con il fenomeno osservato? La ricerca a questo punto si è dovuta affinare per comprendere innanzitutto cosa fosse l'empatia e secondariamente come si potesse distinguere una risposta empatica da una non. Il primo capitolo è stato scritto nel

tentativo di rispondere proprio alla prima questione, mentre per la seconda, la ricerca all'interno della letteratura scientifica non ha restituito risultati del tutto lineari con le domande di partenza. Sebbene infatti, all'interno dell'ambito di ricerca in psicoterapia approfondito nel secondo capitolo, si sono potute trovare molte scale che proponessero al loro interno la codifica di interventi empatici, non è stato possibile trovare modelli teorici che permettessero di descrivere con chiarezza cosa dovesse possedere, a livello comunicativo, una risposta empatica, per essere considerata tale. Per queste ragioni l'indagine bibliografica si è spostata, in un secondo momento, sull'alleanza terapeutica (capitolo 3), in quanto è stato trovato in questo campo di ricerca, un terreno maggiormente fertile per le domande in essere. Specialmente nel modello sulle rotture e riparazioni dell'alleanza di Safran e Muran (2000), sono potute emergere delle risposte interessanti, sia su cosa significasse rispondere sullo stesso livello del discorso del paziente in positivo, sia su come classificare la molteplicità di risposte in cui questo coordinamento non avveniva. A questo punto però, insieme ai riferimenti teorici, anche le domande erano apparentemente mutate, infatti al posto che rispondere sul come mettere in atto una risposta empatica, la questione si era spostata sul come rispondere in modo collaborativo, mantenendo un equilibrio tra compiti, obiettivi e affetti, in linea con i modelli dell'alleanza terapeutica. Parte però del lavoro fatto nell'esposizione teorica dei capitoli precedenti, va nella direzione di mostrare come l'empatia e l'alleanza non possano essere considerati concetti indipendenti l'uno dall'altro, in quanto sia i risultati sperimentali che i più recenti modelli teorici come il PAM (De Waal & Preston, 2017) e L'In-Sync (Koole & Tschacher, 2016), mostrano connessioni significative. Ad aver giocato un ruolo importante in questo rimando tra i due concetti è stato sicuramente il fenomeno della sincronizzazione, la quale appare sempre più come un meccanismo centrale per entrambi. La sincronizzazione infatti, sia all'interno del capitolo 2 che del capitolo 3, è stata approfondita come possibile meccanismo fisiologico sottostante sia all'empatia che all'alleanza, in accordo con le numerose ricerche in questo campo (Kleinbub, 2017; Høgenhaug et al., 2024).

Alla luce di quanto è stato raccolto dalla letteratura scientifica più recente, la ricerca è poi proseguita con la formulazione di un'ipotesi dettagliata, seguita dall'istituzione di una metodologia rigorosa che consentisse di verificarla empiricamente. Questo processo, esposto nel capitolo 4, ha previsto un'accurata pianificazione degli esperimenti, la selezione di strumenti di misurazione adeguati e l'adozione di tecniche di analisi dei dati volte a garantire la validità e l'affidabilità dei risultati ottenuti. L'ipotesi formulata prevedeva che nei momenti

in cui le risposte dell'ascoltatore erano classificate come rotture dell'alleanza, il livello di sincronizzazione fisiologica tra ascoltatore e parlante fosse inferiore al caso. Nel capitolo 5, vengono infine discussi in dettaglio i risultati emersi dall'analisi statistica, esplorando le loro possibili implicazioni teoriche. Questo capitolo offre un'interpretazione approfondita dei dati raccolti, mettendo in luce le connessioni con la letteratura esistente e suggerendo nuove direzioni per future ricerche e applicazioni nel campo.

Capitolo 1

Che cos'è l'empatia

Non solo vedo gravità, modestia, orgoglio, cortesia e maestosità, ma li sento o li agisco nei muscoli della mente. Questo è, suppongo, un semplice caso di empatia, se possiamo coniare questo termine come interpretazione di Einfühlung; non c'è nulla di curioso o di peculiare in questo; ma è un fatto che va menzionato.
(Titchener 1909: 21–2; citato in Jahoda 2005: 161)
Trad. mia

1.1 Introduzione al concetto

“*Einfühlung*” è il termine tedesco che nel 1909 lo psicologo inglese Edward Titchener (1867-1927) tradusse per la prima volta con la parola “*Empathy*”, inaugurando tale concetto nell'alveo della nascente psicologia sperimentale. Edward Titchener, allievo appassionato di Wilhelm Wundt (1832-1920), del quale tradusse le opere in inglese portandole per primo fin oltreoceano, prese ispirazione, per descrivere il fenomeno dell'empatia, dal filosofo e psicologo tedesco, anch'esso allievo di Wundt, Theodor Lipps (1851-1914). Ad egli può essere invece riconosciuto il merito di essere stato il primo ad avere messo a fuoco, in ambito psicologico, il particolare fenomeno della “conoscenza degli altri da sé”, che definì come una conoscenza sui generis e che distingueva dalla conoscenza degli oggetti esterni e dalla conoscenza di sé.

È proprio da questo snodo storico fondamentale che è nata la lunga tradizione di studi sull'empatia in ambito psicologico, tradizione che si è innescata a sua volta su contributi filosofici precedenti nell'ambito dell'estetica e della morale, su autori come Hume e Smith, e che ha conosciuto in seguito, nel XIX secolo, sensazionali sviluppi con l'avvento del paradigma cognitivo e con la nascita successivamente delle neuroscienze. Ad oggi questo campo di ricerca si è sorprendentemente esteso travalicando i semplici interessi della sola

disciplina psicologica e trovando numerosi ambiti di applicazione. Si contano infatti sul tema oltre 10.000 articoli, la metà dei quali scritti negli ultimi 8 anni. Il crescente interesse per questo tema riflette sicuramente anche il progressivo transito di paradigma avvenuto nel corso di tutto il Novecento, e ancora in atto, che ha portato all'esaltazione della relazione e dell'interazione, più che dell'individuo. Il tema e le domande attraverso cui gli psicologi, i filosofi e i neuroscienziati incaricano il concetto di empatia di rispondere, sono tra le più ataviche della storia dell'uomo: Come facciamo a conoscere l'altro? Come possiamo riconoscere ciò che prova e pensa? Come ci entriamo in connessione? Come è possibile rispondergli in modo appropriato? Nel corso di questo capitolo verranno presentati quelli che si considerano i frutti più maturi di questa ricerca, ma prima di ciò presenteremo fin da subito alcune criticità a cui questo filone, nel corso degli anni, è andato incontro.

1.1.1 Spinte di unificazione e frammentazione (oppure problemi metodologici)

Se nel senso comune tutti abbiamo un'idea vaga e più o meno coerente di che cosa sia l'empatia e di come debba essere una persona empatica, il tentativo della scienza di definire tale fenomeno in maniera rigorosa è tuttora un problema aperto e irto di difficoltà. Cuff e colleghi (2014) hanno raccolto, solo a partire dagli autori più significativi nel panorama internazionale, 43 definizioni differenti su cosa si debba intendere con tale termine. Tale disaccordo nell'esprimere le caratteristiche del fenomeno e quindi nel circoscrivere cosa esso sia, porta con sé non poche problematiche, prima fra tutte la comparabilità fra i risultati delle diverse ricerche e l'interpretazione di questi (Cuff et al., 2014). Oltre a tale limite poi, si aggiunge anche il fatto che, seguendo il destino di molte altre capacità cognitive complesse come la memoria o l'attenzione (Zaki & Ochsner, 2012), lo stesso fenomeno è stato studiato attraverso l'utilizzo di numerosi compiti sperimentali che si sono occupati di isolare con precisione variabili differenti per analizzare i sottoprocessi coinvolti (Zaki & Ochsner 2012). Questo modo di procedere, sicuramente necessario, porta con sé però il rischio dell'eccessiva dispersione e frammentazione, rendendo poi difficile riconoscere l'utilizzabilità di tali risultati per la comprensione dell'empatia all'interno delle interazioni quotidiane, con stimoli complessi e in situazioni dense di variabilità (De Waal, 2021). Ulteriori criticità all'interno di questo campo si ravvedono nella proliferazione di termini utilizzati per descrivere fenomeni molto simili, e dall'altra parte nella poca precisione con cui questi vengono impiegati per nominare in realtà fenomeni diversi (Schurz et al., 2021). Conseguenza di ciò

è che non è sempre facile stipulare con precisione la differenza tra costrutti come quello di “*sympathy*”, “*empathic concern*”, “*affective empathy*” o “*affective ToM*”, solo per fare qualche esempio. Per questo motivo sono state fatte delle proposte di sistematizzazione delle diverse terminologie (Maibon, 2017) o dei diversi fenomeni sottostanti (Batson, 2009), ma se da una parte c'è chi propone l'empatia come termine ombrello con cui inglobare tanti fenomeni diversi, dall'altra invece c'è chi vede l'empatia come una capacità distinta e ben precisa, da tenere quindi separata da altre (Cuff et al., 2014). Daniel Batson (2009) in particolare, riconosce che il termine empatia è applicato a più di una mezza dozzina di fenomeni, e propone che seppure essi si possano considerare collegati fra loro, non debbano però essere intesi come elementi o componenti di un'unica cosa (l'empatia), bensì come fenomeni concettualmente separabili e autonomi. Ecco qui di seguito riportati sinteticamente gli otto distinti fenomeni inquadrati da Batson (Adriaense et al. del 2020):

- "*Conoscere lo stato interno di un'altra persona, compresi i suoi pensieri e sentimenti*" (Batson, 2009, p. 4). Questa prima definizione riguarda la conoscenza generale dello stato interno di una persona. Questo concetto è stato anche definito empatia o empatia cognitiva (ad esempio, Preston e De Waal, 2002).
- "*Adottare la postura o corrispondere alle risposte neurali di un altro osservato*" (Batson, 2009, p. 4). La seconda definizione si riferisce all'imitazione della postura o dell'espressione dell'altro e viene generalmente definito anche mimetismo motorio (ad esempio Hoffman, 2000) o imitazione. Batson sostiene che questo concetto possa contribuire alla comprensione dei sentimenti e dei pensieri dell'altro, ma sostiene anche che né la corrispondenza della risposta neurale (come quella vista nella PAM, Preston & De Waal, 2002) né la mimica motoria siano fonti o spunti sufficienti per i sentimenti empatici verso l'altro.
- "*Arrivare a sentirsi come si sente un'altra persona*" (Batson, 2009, p. 5). La terza trattazione descrive l'empatia come un sentirsi come l'altro, anche se Batson afferma che la ricerca non chiarisce se questi sentimenti debbano essere esattamente la stessa emozione o se possano essere simili. Questo concetto è spesso indicato anche come contagio emotivo, in cui sono importanti sia la corrispondenza emotiva che la cattura (Hatfield et al., 1994). La corrispondenza emotiva indica la situazione in cui due soggetti sperimentano lo stesso stato emotivo, in contrasto, ad esempio, con la corrispondenza fisiologica, in cui due soggetti

mostrano un profilo fisiologico simile, ma questo profilo o eccitazione potrebbe essere associato a emozioni diverse. La cattura emotiva si riferisce invece alla fonte da cui viene "catturato" lo stato emotivo, che può derivare dall'osservazione dello stato dell'altro soggetto (cioè il contagio emotivo), oppure può avere origine dalla situazione condivisa (cioè la fonte che ha originariamente modificato lo stato dell'altro soggetto). Oltre al contagio emotivo, nella letteratura contemporanea questo concetto è stato definito anche empatia affettiva (ad esempio, Zahn-Waxler et al., 1992) ed empatia emotiva automatica (ad esempio, Hodges & Wegner, 1997).

- "*Intuire o proiettare sé stessi nella situazione di un altro*" (Batson, 2009, p. 6). Questa quarta definizione si riferisce, ad esempio, al processo che uno scrittore o un pittore compie nel rappresentare un personaggio o un oggetto, ed è stato descritto da Lipps come "*Einfühlung*" ("sentirsi dentro") e denominato empatia (Titchener, 1909). Batson si riferisce a questa definizione di empatia come a una "proiezione estetica", ma questa definizione è in contrasto con le descrizioni contemporanee della letteratura scientifica sull'empatia.
- "*Immaginare come un altro sta pensando e sentendo*" (Batson, 2009, p. 7). In questo caso l'empatia prevede che si immagini come l'altro si sente e pensa (in base a come si comporta, a ciò che dice e alla propria conoscenza della situazione). Questo concetto viene anche definito "*perspective taking*" (Ruby & Decety, 2004), empatia psicologica (in contrasto con l'empatia estetica del concetto 4, Wispé, 2013).
- "*Immaginare cosa si penserebbe e come ci si sentirebbe se si fosse al posto dell'altro*" (Batson, 2009, p. 7). La sesta trattazione pone l'accento su come ci si sentirebbe e cosa si penserebbe se si fosse al posto dell'altro, e quindi l'attenzione è qui concentrata sul sé, mentre nel punto 5 l'attenzione è sull'altro. Questo concetto è chiamato anche empatia cognitiva (Povinelli, 1993), empatia proiettiva (Darwall, 1998) e perspective taking (Piaget, 1953).
- "*Provare disagio nell'assistere alla sofferenza di un'altra persona*" (Batson, 2009, p. 7). La settima definizione dell'empatia si riferisce alla sensazione di angoscia nel vedere l'altro in difficoltà, in contrasto con la sensazione di angoscia per l'altro (concetto 8) e la sensazione di angoscia come l'altro (concetto 3). Questo concetto è anche chiamato angoscia personale (Batson, 1991), angoscia empatica (Hoffman, 2000) o empatia (Krebs, 1975).

- "*Sentire per un'altra persona che sta soffrendo*" (Batson, 2009, p. 8). Quest'ultima trattazione descrive l'empatia come una risposta emotiva orientata all'altro, che implica che l'emozione è provata per l'altro. Questa risposta emotiva per l'altro è suscitata dalla percezione dello stato dell'altro, in cui sia la risposta emotiva orientata all'altro sia lo stato dell'altro sono congruenti nella loro valenza (uno stato negativo nell'altro suscita una risposta negativa e viceversa per uno stato positivo). Ciò significa che si può provare una sensazione negativa per l'altro quando si sente triste, ma non è necessario provare esattamente lo stesso stato emotivo (come nel concetto 3). Questo concetto viene anche definito preoccupazione empatica (Batson, 1991), angoscia simpatica (Hoffman, 2000) o simpatia (Darwall, 1998; Preston & De Waal, 2002; Wispé, 2013).

Seppure la posizione assunta da Batson (2009), come è stato presentato, sia chiaramente in favore di una distinzione dettagliata di diversi fenomeni, la domanda su cosa in definitiva si debba intendere per empatia non appare risolta. Forse tale questione appare così elusiva anche perché il progresso della ricerca non ha ancora raggiunto la maturazione necessaria per poter rispondere in maniera incontrovertibile. Progresso che comunque sta procedendo con promettenti risultati, e che mostra come proprio le neuroscienze possano orientare, più di altri approcci, verso il raggiungimento delle soluzioni sperate.

Un altro audace tentativo di fare chiarezza sulla questione è stato proposto da Jakob Håkansson Eklunda e Martina Summer Meranius (2021), attraverso una review sul tema. In particolare nel loro studio hanno selezionato 52 articoli, sugli iniziali 1774 presi in considerazione, all'interno di un'ampia finestra temporale compresa tra il 1980 e il 2019, (per maggiori dettagli sui criteri di inclusione utilizzati si rimanda direttamente all'articolo). Gli articoli ritenuti rilevanti sono stati poi sintetizzati attraverso l'analisi tematica, con l'obiettivo di individuare somiglianze e differenze tra le varie concettualizzazioni di empatia per poter giungere così ad un possibile consenso su tale concetto (Eklund & Meranius, 2021). L'analisi ha prodotto quattro macro temi presenti in maniera trasversale in tutte le concettualizzazioni di empatia e così denominati: "*Understanding*", "*Feeling*", "*Sharing*" e "*Self-other differentiation*". Sotto il tema "*Understanding*" convergono tutte le accezioni marcatamente cognitive date all'empatia, come l'assunzione della prospettiva dell'altro, la mentalizzazione, la teoria della mente (Eklund & Meranius, 2021). All'interno del tema "*Feeling*" invece, si riconducono tutte le accezioni più propriamente affettive legate

all'empatia, come l'aspetto legato alle emozioni o alla sensibilità (Eklund & Meranius, 2021). Con “*Sharing*” si fa riferimento a tutti quei sottotemi legati all'importanza della condivisione sia di emozioni che di rappresentazioni, e in ultimo con “*Self-other differentiation*” alle sottotematiche legate all'importanza di riconoscere una distinzione fra sé e l'altro (Eklund & Meranius, 2021). Altro passaggio compiuto dagli autori è stato poi quello di mettere in relazione tra loro questi quattro temi all'interno di un quadro coerente, proponendo tre intuizioni come possibile corollario.

- *L'empatia è sia vicinanza che distanza*: La prima idea suggerisce che l'empatia comporta sia avvicinarsi che mantenere una certa distanza emotiva dall'altro individuo. L'assenza di distanza può infatti limitare la capacità di acquisire una nuova prospettiva, come nel caso di un terapeuta troppo coinvolto emotivamente nel problema del cliente.
- *L'empatia è sia emozione che cognizione*: La seconda intuizione enfatizza come l'empatia abbracci sia l'aspetto emotivo che quello cognitivo, indicando che la comprensione non è solo razionale ma anche permeata da sentimenti. Le emozioni motivano l'empatico a compiere azioni, mentre la cognizione fornisce la guida su cosa fare. Ad esempio, la cognizione può far capire a un'infermiera che un paziente ha sete, mentre le emozioni la spingono a portargli un bicchiere d'acqua.
- *L'empatia è sia corpo che mente*: L'analisi degli articoli indica che l'empatia non si limita al solo processo mentale, coinvolgendo anche il corpo. I processi corporei automatici possono generare sensazioni nell'empatico, mentre i processi cognitivi contribuiscono a comprendere la situazione. Gli autori per questo parlano anche di processi “*bottom-up*” e “*top-down*”. La sensazione e la condivisione sarebbero aspetti più fisici, mentre la comprensione e la differenziazione sé-altro più intellettuali. Nell'analisi degli articoli, la “sensazione” e la “condivisione” spesso indicano la capacità di percepire automaticamente i sentimenti altrui nel proprio corpo, mentre la “comprensione” e la “differenziazione sé-altro” implicano una riflessione deliberata sulla distinzione tra sé e gli altri come individui distinti.

Nell'analisi, Eklund e Meranius richiamano l'attenzione anche su altri due aspetti degni di rilevanza. Il primo è il fatto che nella maggior parte degli studi da loro considerati si tenesse separato il concetto di empatia da quello di simpatia e compassione, segno che forse tale

distinzione non sia semplicemente qualcosa di casuale e arbitrario ma piuttosto frutto di un più o meno esplicito consenso scientifico che dà validità a tale posizione. Il secondo aspetto che gli autori hanno voluto evidenziare è la tendenza, soprattutto negli studi di stampo neuroscientifico, a descrivere l'empatia come qualcosa che accade solo all'interno dell'"individuo empatico", e non come un fenomeno squisitamente interpersonale, frutto di una particolare interazione.

In conclusione l'articolo di Eklund e Meranius ha il pregio di aver fatto luce sui consensi e sui punti di convergenza all'interno dell'impervio campo di studi, caratterizzato oltre che da una mole imponente di lavori anche da una notevole eterogeneità di approcci e di definizioni. L'approccio adottato dall'articolo, che punta a raggiungere in maniera rigorosa un accordo all'interno della comunità scientifica, del quale beneficerebbe sotto tanti aspetti (Cuff et. al, 2014), lascia in secondo piano per gioco forza i profondi dibattiti, i quali, oltre a stimolare la ricerca, dividono gli studiosi. Entrare nel merito di questi dibattiti, esponendo i diversi fronti su cui essi si giocano, è importante anche per comprendere al meglio su che cosa si giochi il presente e il futuro di questo costrutto.

1.1.2 I temi "cruciali"

All'interno di queste spinte opposte di frammentazione e unificazione sopra citate, in questo campo di ricerca si giocano delle importanti tensioni teoriche, le quali forse riescono a spiegare meglio di altri tentativi, le difficoltà di unificazione concettuale a cui questo termine va incontro. Queste tensioni, definite da Benjamin Cuff, "temi cruciali" (2014), sono state da lui presentate per cercare di sintetizzare le aree di dibattito attuali, le riportiamo di seguito:

- *Il primo tema* riguarda la distinzione tra empatia e concetti correlati. Alcuni considerano l'empatia come una categoria generale (ad esempio, Preston & De Waal, 2002), mentre altri sostengono un approccio più distinto. Per esempio, per quanto riguarda la simpatia, alcuni hanno sostenuto che questo concetto non dovrebbe sovrapporsi a quello di empatia (come concordato da Decety & Michalska, 2010; Eisenberg et al., 1991; Hein & Singer, 2008; Singer & Lamm, 2009) ma si vedano altri punti di vista (come Davis, 1996; Hoffman, 2000).
- *Il secondo tema* riguarda la questione se l'empatia sia cognitiva o affettiva, ovvero se essa sia orientata alla comprensione dei sentimenti altrui o invece all'esperienza dei sentimenti

altrui. Alcune definizioni sostengono di includerle entrambe in quanto la cognizione e l'affetto sono presenti simultaneamente nell'interazione (ad esempio, Lamm et al., 2007).

- *Il terzo tema* riguarda la differenza tra il vivere stati emotivi congruenti o incongruenti con l'altro. Le esperienze congruenti tra l'osservatore e l'obiettivo sono anche definite esperienze condivise o vicarie e alcuni ritengono che tale congruenza emotiva sia necessaria per essere correlata all'empatia (ad esempio, Decety & Lamm, 2009; Hein & Singer, 2008; Lamm et al., 2019), anche se altri non sono d'accordo o addirittura sostengono che misurare l'esatta corrispondenza emotiva sia quasi impossibile (Preston, 2007). In linea con il primo tema, è stato sostenuto come la congruenza emotiva sia essenziale per separare l'empatia dalla simpatia, in quanto quest'ultima si riferisce ai propri sentimenti per l'altro e può quindi essere incongruente con lo stato dell'altro (Hein & Singer, 2008).
- *Il quarto tema* si interroga se l'empatia necessiti di una percezione diretta (dello stato emotivo) dell'altro, o se siano sufficienti anche altri stimoli per portare all'empatia (ad esempio, Blair, 2005). È il caso di quando l'obiettivo non mostra segnali emotivi, ma l'osservatore ne deduce lo stato emotivo attraverso l'immaginazione o la prospettiva, o per esempio quando si ha a che fare con un personaggio funzionale (Singer & Lamm, 2009).
- *Il quinto tema* si interroga se l'empatia implichi la distinzione tra sé e l'altro (ad esempio, De Vignemont & Singer, 2006) o se invece consista in una fusione con l'altro; altri aggiungono che la fusione con l'altro è importante per arrivare a comprendere l'altro (ad esempio, Decety & Sommerville, 2003). La distinzione tra sé e l'altro è stata ritenuta importante anche per distinguere l'empatia da altri concetti come il contagio emotivo (Decety & Lamm, 2009; Lamm et al., 2016).
- *Il sesto tema* si domanda se l'empatia sia un tratto (cioè un'abilità, una capacità) o uno stato (e quindi dipendente dal contesto). Alcuni sostengono che gli individui possano essere più empatici di altri e che l'empatia sia stabile nel tempo (ad esempio, Oliveira-Silva & Gonçalves, 2011), sebbene anche i fattori situazionali possano influenzare l'empatia, come la somiglianza tra osservatore e bersaglio.

- *Il settimo tema* si domanda se l'empatia abbia o meno un esito comportamentale. Si sostiene che a volte l'empatia sia seguita da una risposta, anche se non sempre (ad esempio, de Vignemont & Singer, 2006; Eisenberg et al., 1994), o addirittura mai in modo immediato. Alcuni studiosi affermano che l'empatia abbia una risposta comportamentale solo quando è mediata dalla simpatia (ad esempio, De Vignemont & Singer, 2006; Eisenberg et al., 1994, ma si veda anche Oliveira-Silva & Gonçalves, 2011).
- *L'ottavo tema* si chiede se l'empatia sia automatica o sotto controllo. Mentre le ricerche iniziali delle neuroscienze sembravano suggerire che l'empatia potesse scaturire automaticamente dalla percezione dello stato emotivo dell'altro (Singer et al., 2004; anche se questo studio non ha studiato direttamente l'automaticità), lavori successivi e più sistematici hanno messo in discussione questa ipotesi (Gu & Han, 2007), ed è ormai ampiamente accettato che l'empatia possa essere controllata, modificata, riformulata o soppressa dall'elaborazione cognitiva o da altri fattori (Hodges & Biswas-Diener, 2007; Hein & Singer, 2008).

Sulla maggior parte di queste tematiche si sono raggiunti degli importanti risultati che, in parte, verranno presentati nei successivi paragrafi, tuttavia era doveroso per chi scrive tratteggiare preliminarmente l'intero panorama odierno sul tema in oggetto, con il fine di procedere in maniera neutra e sistematica, senza addurre conclusioni di sorta già a monte. Per tali riflessioni si rimanda al proseguo del presente elaborato.

1.2 Le principali teorizzazioni

La ricerca è guidata da domande che ne influenzano le modalità, gli strumenti e le ipotesi attraverso cui essa procede. C. Daniel Batson (2009), riguardo al caso particolare dell'empatia, afferma che essa è stata utilizzata per rispondere a molte diverse domande, motivo che spiega in parte la molteplicità dei fenomeni al quale oggi essa si riferisce (Batson, 2009). Secondo l'autore questi interrogativi si possono sintetizzare in due grandi questioni: Come si può sapere cosa pensa e cosa sente un'altra persona? Cosa porta a rispondere con sensibilità e attenzione alla sofferenza di un altro? (Batson, 2009). Se nella prima questione viene indagata maggiormente l'empatia come una capacità intesa a livello cognitivo e affettivo, la seconda porta a considerare questa maggiormente nel suo risvolto concreto e

comportamentale (Batson, 2009). Nei seguenti paragrafi verranno presentati i principali risultati a cui la ricerca è giunta nel tentativo di rispondere a queste importanti domande, arrivando, nei traguardi più recenti, a far convergere le diverse risposte in modelli altamente integrati.

1.2.1 Empatia cognitiva e affettiva

La prima domanda proposta da Batson come uno dei nuclei tematici principali legati alla ricerca sull'empatia, riflette già in sé i due filoni di ricerca che storicamente hanno caratterizzato e frammentato il procedere teorico di questo campo (Davis, 2017). Il binomio “pensa e sente”, messo in luce dalla domanda, fa riferimento alla tradizionale distinzione tra una dimensione più affettiva di empatia, in cui viene enfatizzato l'aspetto di contagio emotivo e di risonanza, e quindi definita maggiormente come preriflessiva, automatica e implicita (Gallese, 2007), e un'altra dimensione che considera invece l'empatia come un fenomeno essenzialmente cognitivo, il quale si occupa di comprendere lo stato mentale dell'altro attraverso una serie di processi cognitivi superiori come il *perspective taking* e la mentalizzazione (Zaki & Ochsner, 2012). Sebbene le distinzioni tra queste due polarità non siano esattamente definite, l'empatia affettiva è stata studiata principalmente come la reazione affettiva vissuta in risposta all'esperienza dello stato affettivo vissuto da un altro, o anche nell'osservazione di intenzioni motorie (Walter, 2012; Zaki & Ochsner, 2012). Lo stato affettivo di gran lunga più studiato è quello del dolore, più raramente anche quello del disgusto e della felicità (Walter, 2012). In riferimento a questa dimensione dell'empatia si sono utilizzati anche altri termini come quello di “condivisione dell'esperienza”, “contagio emotivo”, o “rappresentazioni condivise sé-altro” (Zaki & Ochsner, 2012). Il meccanismo che spesso si riconosce alla base è chiamato “risonanza neurale”, il quale descrive come le aree attive quando si sperimenta uno stato interno, siano anche le stesse coinvolte nel momento in cui lo stesso stato viene osservato nell'altro (Zaki & Ochsner, 2012). A livello delle aree cerebrali coinvolte, attraverso diversi paradigmi sperimentali, si è potuto riscontrare un'attivazione dell'insula anteriore (AI), della corteccia cingolata media (MCC), della corteccia parietale inferiore anteriore e le aree premotorie ventrali (Walter, 2012). La dimensione più cognitiva dell'empatia invece, associata a processi di ordine superiore come il *perspective taking*, la mentalizzazione e la TOM, è solitamente esaminata chiedendo agli osservatori di trarre inferenze esplicite sugli stati altrui (Zaki & Ochsner, 2012). Per essa

si considerano coinvolte aree cerebrali distinte e separate da quelle associate ai processi affettivi (Zaki & Ochsner, 2012), come la giunzione temporo-parietale, il polo temporale, il precuneo, la corteccia premotoria posteriore e la corteccia prefrontale mediale (Bunker & Carrol, 2007; Spreng et al., 2009). Sebbene tale rete neurale sia stata descritta come separata e indipendente da quella correlata invece con l'empatia affettiva, tale separazione è avvenuta attraverso la somministrazione di compiti sperimentali specifici, in situazioni altamente controllate, che si discostano molto dalla complessità delle situazioni nel quotidiano. Tale separatezza infatti si fa più sottile se non addirittura fragile quando entriamo in contatto con stimoli sociali complessi (Zaki & Ochsner, 2012). Sulla base quindi di questa visione attenta al funzionamento empatico in situazioni ecologiche, sono stati proposti modelli in cui i due processi empatici si considerano in stretta interazione, influenzandosi vicendevolmente attraverso due grandi vettori *bottom-up* e *top-down*, tra questi troviamo il modello di Decety (2007; 2012), e il PAM di Preston e De Waal (2001; 2017), il quale verrà presentato successivamente.

1.2.2 Empatia e azione prosociale

L'empatia, attraverso la tradizionale suddivisione con cui è stata studiata, è considerata come una capacità che permette di condividere e comprendere lo stato dell'altro. C'è un filone di studi però che ha considerato l'empatia, oltre che come una capacità, anche come un comportamento, contribuendo a superare la visione di tale costrutto come qualcosa di semplicemente assente o presente. Andando a calare tale capacità all'interno di un contesto relazionale, emerge che, come qualsiasi altro comportamento, per mettere in atto l'empatia è necessaria un'adeguata motivazione (Weisz & Zaki, 2018). Questa accezione dell'empatia, che dà rilevanza alle condizioni in cui il comprendere o il sentire, si trasformano in aiuto, è stata descritta attraverso diversi costrutti come "preoccupazione empatica", "motivazione empatica", "preoccupazione prosociale" e in ultimo "simpatia" (Zaki & Ochsner, 2012). L'empatia quindi non è una risposta automatica alla sofferenza degli altri, ma è una capacità fortemente influenzata dal contesto e dalla motivazione con cui interagiamo (Weisz & Zaki, 2018). La motivazione empatica in particolare è considerata quella forza interna diretta agli obiettivi che spinge le persone ad avvicinarsi o ad allontanarsi dalla connessione sociale (Weisz & Zaki, 2018). Ad esempio, come è stato messo in luce da alcuni studi, le persone possono essere motivate ad evitare l'empatia se questa comporta un aiuto troppo costoso dal

punto di vista energetico, o se interferisce con il raggiungimento del risultato desiderato (Cikara et al., 2014; Shaw et al., 1994). Per quanto riguarda invece le variabili contestuali, si è potuto osservare che l'empatia varia anche in base alle valutazioni che vengono fatte dell'individuo target: Ad esempio quanto viene considerato simile a noi (Batson et al., 2005) o quanto viene considerato simpatico (Kozak et al., 2006), o all'appartenenza di questo allo stesso gruppo dell'osservatore (Yabar et al., 2006). Questo condizionamento è stato riscontrato anche a livello delle attivazioni neurali nei circuiti legati alla percezione del disagio e del dolore altrui (Decety et al., 2009; Xu et al., 2009; Cheng et al., 2010).

1.3 Il Perception Action Model (PAM)

I numerosi contributi esposti precedentemente, insieme alle questioni teoriche messe in luce, sono stati sistematizzati da alcuni autori con l'obiettivo di restituire una visione il più possibile integrata e coerente con le varie acquisizioni a cui la ricerca è giunta. Questi lavori hanno prodotto la creazione di modelli complessi che tengono conto sia della natura multicomponentiale dell'empatia, sia della complessità fenomenica con cui questo costrutto ha a che fare. Un modello emblematico di questo tentativo è il Perception Action Model (PAM). Questo modello pone l'accento sull'integrazione dei meccanismi automatici e volontari nell'esperienza empatica, suggerendo che l'empatia non è un fenomeno unitario ma piuttosto il risultato di un'interazione complessa tra vari componenti neurobiologici e psicologici. A differenza di altri modelli, il PAM cerca di spiegare come l'empatia possa manifestarsi in diverse forme e livelli di complessità, dalle reazioni fisiologiche immediate, come il contagio emotivo, fino ai processi cognitivi più elaborati, come la comprensione e la condivisione delle emozioni. Questo approccio integrativo consente di comprendere meglio come le diverse componenti dell'empatia interagiscono tra loro e come possono essere influenzate da vari fattori, come lo sviluppo individuale, le esperienze di vita e le differenze culturali.

Scegliere di esporre il Perception Action Model, rispetto ad altri modelli come quello di Decety (2007; 2012), riflette l'intenzione di presentare un quadro teorico che non solo abbracci la molteplicità dei fenomeni empatici, ma che tenti anche di collegare aspetti che, a prima vista, potrebbero sembrare disconnessi. In conclusione, il Perception Action Model rappresenta un tentativo ambizioso e comprensivo, di sintetizzare e unificare le conoscenze

acquisite sull'empatia, fornendo una base teorica solida per ulteriori ricerche e applicazioni pratiche in ambiti come la psicologia clinica, le neuroscienze sociali e l'educazione.

1.3.1 Il meccanismo di percezione-azione

Stephanie Preston e Frans De Waal hanno presentato il loro modello per la prima volta in un'importante monografia nel 2002, da allora seppur i papers che hanno contribuito alla sua crescita, o che hanno espresso una certa dose di dissenso, sono stati numerosi, l'intuizione originaria che ne sta alla base è rimasta pressoché invariata. Tale intuizione, insieme alle prove più significative portate in suo supporto, verranno presentate in questo paragrafo, lasciando a quello conclusivo le possibili criticità che tale modello si porta con sé.

Il concetto cardine, che dà anche il nome a questo modello, è quello di percezione-azione. Tale termine si riferisce ad una teoria che appartiene ad un campo di studi apparentemente distante da quello dell'empatia, legato all'ambito sulla percezione. In essa si teorizza che le rappresentazioni dello stimolo alla base della percezione, e le rappresentazioni dell'azione alla base della pianificazione dell'azione, siano codificate e immagazzinate non separatamente, ma insieme in un supporto rappresentazionale comune (Hommel et al., 2001). Questo modo di intendere il binomio percezione-azione, scardina la tradizionale separazione con cui si concepivano l'azione e la percezione, proponendo quindi di intenderle non più come entità separate ma come eventi diversi di un particolare compito, associato ad un particolare contesto (Hommel et al., 2001). Questo approdo teorico all'interno della psicologia poggia su celebri contributi sia in ambito filosofico (Merleau-Ponty, 1945; Nietzsche, 1881; Lipps, 1903), che in ambito neuroscientifico (Di Pellegrino et al., 1992; Rizzolatti et al., 1996). In merito a quest'ultimo, con la scoperta dei neuroni specchio, Rizzolatti e il suo gruppo, descrivono come queste particolari cellule situate nell'area frontale premotoria della scimmia (identificata con F5), si attivino sia quando la scimmia compie una determinata azione, sia quando essa osserva un'azione simile eseguita dallo sperimentatore (Gallese et al. 1996; Di Pellegrino et al. 1992). Questo risultato, confermato anche da altre ricerche su campioni umani attraverso la PET (Rizzolatti et al. 1996; Grafton et al. 1996) e la stimolazione magnetica transcranica (TMS)(Fadiga et al. 1995), sembra confermare, non solo la presenza a livello cerebrale di una base rappresentazionale condivisa per la percezione e la pianificazione di azioni, ma anche di un fenomeno di sovrapposizione sé-altro a livello di rappresentazione neurale (Preston & Hofelich, 2012). Proprio a tale

livello si innesca, nel modello di Preston e De Waal (2001), la riflessione sull'empatia, definita come un processo ampio e dalle molteplici sfaccettature, che sorge e si sviluppa a partire dal meccanismo basilare di percezione-azione sopra esposto. I dettagli e le implicazioni di questo originale passaggio saranno qui di seguito esposti.

1.3.2 L'empatia come termine generico e come processo

Il modo di intendere il fenomeno dell'empatia all'interno del modello (PAM) di Preston e De Waal (2002; 2017) prende le distanze dalla tendenza a definire il concetto attraverso la contrapposizione con costrutti simili ma distinti, come quello di simpatia, contagio emotivo, ed altri, proponendolo piuttosto come una categoria sovraordinata che incorpora tutte le sottoclassi di fenomeni che condividono alla base lo stesso meccanismo fondamentale (Preston & Hofelich, 2012). Questa posizione metodologica degli autori quindi, al posto di proporre una nuova definizione del fenomeno, utilizza tale concetto come termine ombrello all'interno del quale poi dare spazio, e ordine, ai diversi costrutti già presenti e concatenati fra loro (Morrison, 2012). Fra questi possiamo includere quello di simpatia, di contagio emotivo, *perspective taking*, teoria della mente, mentalizzazione, empatia cognitiva, empatia affettiva e quello di *empathic accuracy* (Preston et al., 2020). Così facendo il modello dà rilevanza a ciò che accomuna tutti questi diversi processi mettendo in secondo piano le possibili distinzioni. L'elemento unificante è dato dal meccanismo di percezione-azione, anche chiamato sovrapposizione sé-altro, dove quest'ultimo però rappresenta una conseguenza del primo. Porre questo meccanismo alla base dell'empatia mette in qualche modo in relazione l'empatia con fenomeni anche apparentemente distanti come il *Simon Effect*, la pianificazione ideo-motoria e l'imitazione (Preston & Hofelich, 2012). Per sovrapposizione sé-altro si intende quel fenomeno per cui un osservatore impegna uno stato simile a quello del bersaglio attraverso l'attivazione delle proprie rappresentazioni personali, mediante sia la percezione diretta che la simulazione (Preston & Hofelich, 2012). Quelle che vengono definite come rappresentazioni, consistono in codici neurali distribuiti attraverso cui le esperienze vengono organizzate in conoscenze astratte, concetti e ricordi. La sovrapposizione sé-altro si concepisce sia a livello neurale (definita anche concettuale), sia ad un ulteriore livello definito come soggettivo (Preston & Hofelich, 2012). A livello neuroscientifico la sovrapposizione è stata approfondita in special modo attraverso gli studi sui neuroni specchio, cercando di spiegare il modo attraverso cui l'osservazione dello stato

affettivo di un altro attiva nell'osservatore le regioni neurali che si attiverebbero anche quando è lui stesso a sperimentare quel medesimo stato. Questa sovrapposizione a livello neurale tra sé e gli altri è stata dimostrata in innumerevoli studi di *neuroimaging* funzionale in special modo nei riguardi del fenomeno del dolore percepito (Jackson et al., 2005; Lamm et al., 2010; Morrison & Downing, 2007; Singer et al., 2004). Il PAM prevede però che prestare attenzione alle emozioni di un altro attiva spontaneamente, non solo rappresentazioni affettive condivise, ma anche conoscenze concettuali rilevanti con la quale viene codificato lo stato, l'individuo o la situazione insieme a qualsiasi significato associato (Preston & Hofelich, 2012). In quanto rappresentazioni concettuali, non è necessario che la sovrapposizione neurale sé-altro esista nella stessa cellula o voxel tra individui, perché le rappresentazioni possono essere codificate in una varietà di modi, la maggior parte dei quali sono impossibili da rilevare con il *neuroimaging* funzionale (Preston & Hofelich, 2012). Con il termine sovrapposizione soggettiva invece, si sottolinea un tipo di risonanza esperita consapevolmente, che include quindi un'accezione più riflessiva ed esperienziale rispetto alla semplice sovrapposizione neurale, che invece non richiede una consapevolezza della sovrapposizione in atto e si ritiene più automatica (Preston & Hofelich, 2012). Queste due diverse accezioni di sovrapposizione previste nel modello, non si intendono come del tutto presenti o assenti, bensì combinate fra loro all'interno di un continuum nel quale si distribuiscono a diversi livelli, sia la sovrapposizione definita neurale sia quella definita soggettiva. Da una parte del polo emerge solo una comprensione generale dello stato dell'altro mentre sul polo opposto una mancanza di differenziazione che impedisce all'osservatore di concentrarsi sui bisogni dell'altro (Preston & Hofelich, 2012).

È importante sottolineare quindi come all'interno del modello la sovrapposizione neurale non si traduce automaticamente in un'esperienza empatica soggettiva. Questa mancanza di risonanza esperita può verificarsi in diverse circostanze: (a) Livello astratto: Quando l'affetto dell'altro è compreso solo a un livello astratto, senza un coinvolgimento emotivo diretto. (b) Bassa salienza dello stato dell'altro: se lo stato emotivo dell'altro non è altamente rilevante o non raggiunge una soglia di attivazione sufficiente per generare una risposta empatica. (c) Decadimento della rappresentazione: se la rappresentazione neurale si deteriora nel tempo, portando l'osservatore a ricordare l'esperienza emotiva senza poterla rivivere completamente. (d) Poca riflessione: in situazioni in cui c'è poco tempo per riflettere, ad esempio quando gli eventi si svolgono rapidamente o l'osservatore è distratto (Preston & Hofelich, 2012). Posti questi limiti però, la sovrapposizione neurale si concepisce ancora

come una condizione non sufficiente, ma comunque necessaria per sperimentare quella risonanza soggettiva che permette quella che gli autori definiscono come la “vera empatia” (Preston & Hofelich, 2012). All'opposto quindi la sovrapposizione neurale genera una sovrapposizione soggettiva quando (a) l'osservatore ha in precedenza vissuto uno stato emotivo correlato particolarmente specifico e rilevante; (b) lo stato emotivo dell'altro è altamente evidente; (c) l'osservatore conserva una memoria affettiva forte o recente riguardo allo stato emotivo dell'altro; (d) vi è il tempo necessario per riflettere sullo stato emotivo dell'altro e non ci sono conflitti di obiettivi o distrazioni (Preston & Hofelich, 2012). In conclusione quindi da tale modello emerge una visione dell'empatia come una capacità complessa e multidimensionale, costituita da sottoprocessi multipli, interrelati e parzialmente separabili fra loro, accomunati tutti però dal meccanismo neurale di percezione-azione. Tale meccanismo permette il fenomeno della sovrapposizione sé-altro, nel quale si riconosce una fase più automatica e inconsapevole definita sovrapposizione neurale e una fase più consapevole e riflessiva chiamata sovrapposizione o risonanza soggettiva. Questo modo di organizzare i vari processi che costituiscono il fenomeno dell'empatia sembrerebbe richiamare in parte le tipiche distinzioni che teorizzano da una parte una forma di empatia affettiva e dall'altra una forma di empatia cognitiva. Su questo confronto e sui dati sperimentali utilizzati a fondamento di questo modello, verrà discusso nel paragrafo successivo.

1.3.3 La filogenesi, l'ontogenesi e il modello a matrioska

Come è stato precisato anche nel precedente paragrafo, l'empatia, nel modello PAM, è un termine ampio che include tutti quei processi che emergono “*dal fatto che gli osservatori comprendono gli stati degli altri attivando le proprie rappresentazioni personali, neurali e mentali di quello stato*” (De Waal & Preston, 2017, p.1). Questo termine generico inoltre, raggruppa differenti costrutti e fenomeni sulla base di un ipotetico meccanismo elementare sottostante comune a tutti: il meccanismo di percezione-azione. Questa ipotesi originale, che organizza fenomeni correlati ma distinguibili in un unico concetto, riflette l'approccio evuzionistico adottato dagli autori, secondo cui organi e capacità complesse sorgono in modo incrementale, evolvendosi a strati, ognuno dei quali viene costruito sopra, dipendendo da quelli più vecchi, senza mai però sostituirli (De Waal & Preston, 2017). Questa visione evolutiva dell'empatia è intesa sia a livello filogenetico che ontogenetico, ovvero punta a

delineare una continuità tra gli esseri umani e gli altri animali, nonché tra gli adulti e i neonati (De Waal, 2008). In particolare quindi, alcuni fenomeni osservati nei neonati già a partire dai primi giorni di vita, come il pianto contagioso in risposta al pianto degli altri (Decety & Svetlova, 2012; Simmer, 1971; Sagi & Hoffman, 1976; Geangu et al., 2010), o l'imitazione di determinate espressioni facciali (Field et al., 1982; Meltzoff & Moore, 1977), e il rispecchiamento delle espressioni emotive (Haviland & Lelwica, 1987), sono stati descritti come prodromi dell'empatia, e messi in relazione a manifestazioni tipiche di forme più sviluppate negli adulti, legate all'assunzione di prospettiva e alla mentalizzazione (Decety & Svetlova, 2012).

Tali osservazioni delineano una traiettoria nello sviluppo cerebrale umano che vede una progressiva riduzione dell'attività dei sistemi funzionali legati all'elaborazione degli affetti nel tronco encefalico e limbico, e all'opposto un maggiore coinvolgimento dei sistemi funzionali legati alle aree prefrontali e corticali (Killgore & Yurgelun-Todd, 2007), traiettoria questa che ricalca anche i processi evolutivi, a livello neurologico, che caratterizzano la filogenesi umana (De Waal, 2008). Le ricerche sul comportamento empatico nelle altre specie infatti, hanno trovato numerose prove dell'esistenza di questa capacità, seppur sviluppata in maniera differente, oltre che nei mammiferi anche in alcuni volatili (De Waal & Preston, 2017). Le forme più evolute di empatia, che consistono in compiti di *perspective taking* tipici dell'empatia cognitiva, sono state osservate in mammiferi intensamente sociali che presentano un alto grado di encefalizzazione, come le scimmie, gli elefanti e i delfini (De Waal & Preston, 2017). L'empatia a questo punto quindi, viene vista come una capacità multi-componenziale in cui, le diverse abilità che la compongono, si sono sviluppate nel corso dell'evoluzione umana rimanendo però tra loro funzionalmente integrate (De Waal & Preston, 2017). La forma che assume tale modello è definita "matrioska", o "bambola russa", e vede al centro il meccanismo della percezione-azione, che consente fenomeni elementari, e anche primitivi dal punto di vista filogenetico, come l'imitazione motoria e il contagio emotivo. Negli strati più esterni invece sono inquadrare funzioni più evolute come la preoccupazione empatica e il *perspective-taking* (De Waal & Preston, 2017). È importante sottolineare però come il meccanismo di percezione-azione, seppure posto come fattore fondamentale da cui tutte le altre abilità dipendono, di per sé non è in grado da solo di spiegarne la loro complessità. Specialmente le abilità più evolute infatti, implicano di per sé un buono sviluppo delle funzioni esecutive, dell'attenzione e della regolazione emotiva (De Waal & Preston, 2017). Un'altra

implicazione importante di questo modello è che, stipulando delle relazioni di dipendenza fra diversi meccanismi e abilità, teorizza di conseguenza anche una gerarchia fra di esse (Preston et al., 2020). Questa organizzazione di tipo gerarchico prevede in particolare che i fenomeni inquadrati all'interno dell'empatia affettiva siano posti ad un livello più basso rispetto alle abilità inquadrare nell'empatia di tipo cognitivo, considerando quindi queste ultime distinguibili ma non indipendenti dal livello sottostante. L'empatia cognitiva pertanto, secondo tale modello, non sarebbe possibile senza un'empatia affettiva intatta (Preston et al., 2020). Tale affermazione sembrerebbe contraddire molti studi che hanno sostenuto invece la separabilità delle due forme, attraverso casi su doppie dissociazioni (Harari et al., 2010; Kalpakci et al., 2016; Shamay-Tsoory et al., 2009), e studi di *neuroimaging* funzionale (e.g., Bzdok et al., 2012; Fan et al., 2011; Kanske et al., 2015; Kramer et al., 2010; Nummenmaa et al., 2008; Preston et al., 2007; Schnell et al., 2011). Secondo gli autori però queste prove sarebbero frutto di un'interpretazione fuorviante dei dati e di una sbagliata classificazione dei compiti utilizzati nella valutazione (Preston et al., 2020). In particolare, l'empatia affettiva intatta viene mascherata o per via di un elevato disagio o a causa di una scarsa motivazione (Preston et al., 2020). Gli autori poi portano come dimostrazione anche altre casistiche in cui, sia l'empatia affettiva sia l'empatia cognitiva, sono effettivamente entrambe compromesse, anche se quest'ultima viene erroneamente interpretata come intatta poiché: (a) il compito di empatia cognitiva non richiede emozione, (b) è un compito di riconoscimento dell'emozione *bottom-up*, (c) influenza solo emozioni specifiche che non sono misurate in entrambi i domini, (d) il compito può essere eseguito in un altro modo senza effettivamente usare l'empatia cognitiva, (e) i compiti sono troppo facili e quindi i disturbi legati all'empatia cognitiva sono trascurati (Preston et al., 2020). Le argomentazioni fin qui esposte portano in conclusione a delineare un modello incrementale a matrioska (inteso sia filogeneticamente che ontogenicamente), in cui si riconoscono tre macro-livelli, all'interno dei quali possiamo distribuire diverse abilità riunite tutte sotto il grande ombrello dell'empatia. Questi tre macro-livelli, che si possono sussumere in tre ampie categorie, il meccanismo di percezione-azione, l'empatia affettiva e l'empatia cognitiva, si concepiscono come interrelati e continuamente interagenti fra loro tramite processi di natura *bottom-up* e *top-down*. Sinteticamente gli autori riconducono poi i singoli livelli ad altrettanti macro-processi: in ordine dal più elementare, il riconoscimento delle emozioni, il sentire lo stato dell'altro, e il pensare o comprendere lo stato dell'altro (Preston et al., 2020), ognuno dei quali risponde e si interfaccia, a sua volta, con diversi

fattori che esulano dall'empatia ma che comunque ne influenzano significativamente la funzionalità. Tali fattori e l'interpretazione dei possibili deficit, o quelli che vengono definiti dagli autori "stati-stabili del sistema" saranno oggetto del successivo paragrafo.

1.3.4 I deficit di empatia spiegati dal modello e le diverse combinazioni

Stephanie Preston, insieme ad altri ricercatori, ha pubblicato nel 2020 un articolo in cui si è occupata di analizzare alcuni tra i casi clinici più studiati che coinvolgono un deficit nelle capacità empatiche (Preston et al., 2020). Tra questi sono stati presi in considerazione il disturbo di personalità borderline (BPD), il disturbo di personalità narcisistico (NPD) e la demenza frontotemporale (FTD). I primi due erano noti, all'interno della letteratura, come un esempio di doppia dissociazione tra l'empatia cognitiva e l'empatia affettiva, in quanto le persone affette da BPD hanno dimostrato prestazioni significativamente più basse in compiti di empatia cognitiva, mentre nei compiti di empatia affettiva i risultati erano nella norma (Harari et al., 2010; New et al., 2012; Petersen et al., 2016). Al contrario le persone affette da NPD presentavano prestazioni significativamente più basse in compiti di empatia affettiva mentre mostravano prestazioni nella norma nei compiti di empatia cognitiva (Baskin-Sommers et al., 2014; Wai & Tiliopoulos, 2012). Tuttavia questa interpretazione dei risultati viene messa in discussione e presentata come frutto di una errata categorizzazione dei compiti utilizzati dagli sperimentatori. Ciò può avvenire per due ordini di ragioni: o perché si considerano compiti di empatia cognitiva ciò che invece riguarda compiti di riconoscimento delle emozioni, o perché si raggruppano diversi indici che si riferiscono però a diversi meccanismi sottostanti (Preston et al., 2020). Per ovviare a ciò viene proposta una riformulazione delle misure di empatia, utilizzate dagli studi presi in considerazione, sulla base dei processi sottostanti identificati in 4 categorie: riconoscimento delle emozioni, empatia emotiva, empatia cognitiva e *perspective-taking* /TOM /*mental reading* (senza emozione). Tale riformulazione oltre a portare a conclusioni coerenti con il modello PAM dell'autrice, il quale postula che non è possibile eseguire un'empatia cognitiva neurotipica senza accedere alle rappresentazioni emotive immagazzinate che supportano l'empatia affettiva (Preston & De Waal, 2002; Preston & Hofelich, 2012a, 2012b; De Waal & Preston, 2017), porta anche ad una maggiore coerenza dei risultati, andando a chiarire alcune contraddizioni tra gli studi (Preston et al., 2020). Emerge così che le persone affette da BPD non siano in realtà carenti in tutti i compiti di empatia cognitiva ma solo in quelli

più difficili che richiedono di dedurre gli stati mentali degli altri quando le informazioni sono limitate (Harari et al., 2010; Petersen et al., 2016; Flisbeck et al., 2017). Ora, poiché i pazienti hanno ottenuto risultati simili ai controlli senza stress, ma hanno ottenuto risultati peggiori con lo stress (Wingenfeld et al., 2014), sembra più corretto attribuire questi deficit non tanto ai processi empatici ma bensì ad altri fattori che però influiscono sul funzionamento dell'empatia. In particolare la storia di traumi e la difficoltà nella regolazione delle emozioni che caratterizza le persone che soffrono di BPD potrebbe spiegare come mai, specialmente in situazioni stressanti, sono maggiormente orientate sul sé e ad attribuzioni negative, portando così ad errori di interpretazione in situazioni poco chiare (Preston e De Waal, 2002; Preston e Hofelich, 2012; Dziobek et al., 2011; Mitchell et al., 2014). Similmente anche per il NPD, rivalutando i vari compiti secondo le nuove categorie previste dal modello, si è potuto constatare un'empatia emotiva e un'empatia cognitiva pressoché intatte con qualche debole caduta, attribuibile però ad una scarsa motivazione verso l'altro, o ad un'elevata angoscia, piuttosto che ad un'incapacità nel processo empatico di per sé (Preston et al., 2020).

Al di là delle diverse spiegazioni legate ai deficit nelle capacità empatiche afferenti all'ambito clinico, rimane comunque una grande varietà di modi attraverso cui il processo empatico si attua nelle relazioni della vita quotidiana. Essi variano non tanto sulla base del buon funzionamento della capacità empatica, quanto dalle diverse modalità attraverso cui il sistema dinamico sé-altro, attraverso i suoi continui interscambi, assicura quelle condizioni attraverso cui il processo empatico possa attuarsi in maniera efficace o meno (Preston & Hofelich, 2012). Anche se le variabili che influenzano il funzionamento del processo empatico sono molte, e di conseguenza anche i possibili risultati del processo lo sono, gli autori hanno comunque proposto di identificare le modalità più comuni, chiamati "stati stabili", attraverso cui il sistema dinamico posto in diverse condizioni attua il processo empatico (Preston & Hofelich, 2012). Gli stati stabili descritti dagli autori sono nove, ma verranno presi in considerazione solo i primi sette poiché gli ultimi due descrivono costrutti affini ma non inerenti all'empatia, come la simpatia e l'altruismo:

- *La sovrapposizione intermedia produce una comprensione generale*: in uno scambio empatico tipico, sia il soggetto coinvolto sia l'osservatore hanno esperienze abbastanza simili da permettere all'osservatore di richiamare ricordi rilevanti e conoscenze generali per comprendere meglio l'altro (Preston & Hofelich, 2012). Tuttavia, quando l'evento attuale

dell'individuo che si vuole cercare di capire e gli eventi passati dell'osservatore non sono strettamente legati, la memoria emotiva perde la sua forza. In questi casi, l'osservatore non riesce ad esperire sentimenti simili a quelli esperiti dall'altro, ma ha solamente una comprensione generale della situazione. Questa situazione ci suggerisce l'importanza della sovrapposizione neurale tra sé e gli altri nella comprensione interpersonale, anche se non si dimostra sufficiente per un efficace e preciso funzionamento del processo empatico, come era già stato descritto nel paragrafo precedente (Preston & Hofelich, 2012).

- *L'empatia non si verifica a causa della mancanza di un'esperienza condivisa*: quando un osservatore non ha esperienze dirette legate a una determinata situazione, è incapace di sviluppare empatia tramite la semplice attivazione di rappresentazioni condivise (Preston & Hofelich, 2012). Ad esempio, se il soggetto sta vivendo un'emozione molto specifica come una rabbia particolare o una disperazione solitaria mai sperimentata dall'osservatore, la narrazione non riesce a creare connessioni emotive comuni. In situazioni del genere, soprattutto se l'osservatore non è motivato a comprendere, si attivano solo rappresentazioni astratte di ordine superiore, come "rabbia" o "tristezza", che, sebbene applicabili, risultano meno dettagliate e informative. Di conseguenza, per l'osservatore lo stato emotivo specifico del soggetto rimarrà in qualche modo estraneo, privandolo così dell'esperienza di significato condiviso che contribuisce a farlo sentire compreso e confortato. Tuttavia, l'osservatore può cogliere un senso generale del contesto e dell'affetto, consentendo almeno una risposta adeguata, come evitare di ridere (Preston & Hofelich, 2012).
- *L'empatia è imprecisa perché il target e l'osservatore valutano l'evento in modo diverso*: due soggetti possono vivere situazioni simili eppure avere esperienze dell'evento molto diverse. Questa diversità nella valutazione di un evento, dovuta alle storie di vita di ognuno e alle caratteristiche personologiche, porta a considerare come prioritario, per l'accesso ad un'esperienza empatica, non tanto le somiglianze superficiali di un evento, quanto l'esperienza personale che di questo è stata fatta (Preston & Hofelich, 2012). A riprova di ciò, le persone con esperienze di vita simili, come il parto o il divorzio dei genitori, non sono sempre più precise nel determinare come si sente un altro nella stessa situazione rispetto a quelle che non hanno vissuto quella stessa esperienza (Hodges, 2005).

- *L'empatia è influenzata dal modo in cui l'obiettivo esprime il suo bisogno*: esiste una grande varietà oltre che nelle valutazioni di uno stesso evento, anche nelle modalità di esprimere i nostri bisogni e le nostre emozioni. In aggiunta a ciò ogni individuo sarà poi più o meno propenso a rispondere all'altro a seconda che egli utilizzi una modalità piuttosto che un'altra. Immaginiamo ad esempio la circostanza in cui due individui di fronte al medesimo scenario reagiscono l'uno in maniera ritirata e l'altro in modo esplicito (Preston & Hofelich, 2012).
- *I processi top-down compensano la limitata esperienza condivisa*: attraverso la TOM e il *perspective taking* è possibile attivare processi di simulazione top-down che consentono all'osservatore di immaginare come l'altro potrebbe sentirsi, anche senza averne avuto una percezione diretta. Questo processo che richiede per attuarsi un'elevata motivazione, in quanto i meccanismi alla base come il controllo esecutivo, la memoria di lavoro e l'attenzione, i quali sono tutti molto dispendiosi, è in grado però di generare un'immagine interna dell'esperienza (Decety & Grezes, 2006), che può quindi attivare rappresentazioni personali e sensazioni corporee a valle. È importante sottolineare che immaginare come si sente un'altra persona coinvolge sia le regioni affettive anteriori che mediali (ad esempio, la corteccia prefrontale dorso- e ventro-mediale (PFC), il polo temporale, l'amigdala) così come le regioni posteriori necessarie affinché le trasformazioni visuo-spaziali adottino la punto di vista altrui (ad esempio, solco temporale superiore, giunzione temporo-parietale)(Schnell et al., 2011). Tuttavia, se l'osservatore può relazionarsi con lo stato dell'altro, le immagini personali e ipotetiche producono una risposta periferica con cambiamenti rilevanti nella frequenza cardiaca, nella conduttanza cutanea e nell'attività dei muscoli facciali. Quando l'osservatore invece non riesce, per vari motivi ad accedere facilmente allo stato dell'altro, attiva comunque rappresentazioni neurali comuni ma non sperimenta gli stessi sentimenti a valle, reclutando una regione nella corteccia associativa visiva che presumibilmente aiuta a "provare" lo stato dell'altro attraverso immagini visive più concrete (Preston et al., 2007).
- *Un'esperienza saliente e comune porta alla focalizzazione su di sé*: il disagio personale, derivante da un ricordo particolarmente saliente attivato dalla narrazione di un altro, potrebbe limitare la capacità di focalizzarsi sui bisogni dell'altro e quindi di attuare una risposta empatica efficace (Batson et al., 1987; Eisenberg & Miller, 1987). Le ricerche sul disagio personale si sono maggiormente concentrate su esperienze con un alto impatto

negativo come incidenti stradali o esperienze di abbandono (Latané, 1969; Krebs, 1982), tuttavia l'autocentramento dovuto a disagio personale può essere osservato anche negli scambi più comuni e banali, poiché capita spesso che gli osservatori spostino le conversazioni su se stessi. La ricerca tuttavia deve ancora scoprire se queste forme di autofocus conversazionali siano correlate con lo stesso aumento dell'*arousal* tra target e osservatore, o invece con la mancata regolazione di quest'ultimo, aspetto che caratterizza le forme di autofocus più inquietanti che sono state studiate finora (Preston & Hofelich, 2012).

- *Un'esperienza saliente e comune porta a una condivisione positiva*: nella situazione precedente è stato descritto come un evento che si mostra eccessivamente saliente per l'osservatore può inficiare sulla sua capacità di entrare in empatia con l'altro. Tuttavia la salienza dell'esperienza portata dal target per l'osservatore, in una situazione in cui non sono presenti eventi particolarmente traumatici, dovrebbe al contrario favorire una risonanza tra i due soggetti permettendo un maggiore coinvolgimento dell'osservatore e una sua migliore comprensione dei bisogni del soggetto (Preston & Hofelich, 2012). Infatti la storia portata da un altro per esempio, può suscitare ricordi ed esperienze passate da parte dell'osservatore, il quale potrebbe perfino menzionarle all'interno della conversazione, senza per questo decentrare il focus dall'altro, ma anzi utilizzandole per aumentare il legame tra di essi e il senso di sintonia (Preston & Hofelich, 2012).

Queste diverse condizioni presentate attraverso cui il processo empatico si attua, portando a differenti tipologie di risposte, hanno il valore di inquadrare una varietà che non cede alla tentazione di ridurre l'empatia a qualcosa che sia semplicemente presente o assente (Preston & Hofelich, 2012), allo stesso modo per cui si tiene lontani dal considerare ogni risposta empatica mancata come qualcosa che rientri nell'ambito della clinica. L'individuazione di stati stabili del processo empatico si è mossa a partire dai presupposti del modello (PAM), che considera l'empatia come un particolare stato di sovrapposizione sè-altro inteso sia a livello neurale che soggettivo, un quadro che si considera altamente incentrato sui processi neurali. Tuttavia i diversi scenari sopra riportati non trascurano neanche la componente esperienziale e soggettiva legata all'empatia, la quale si mostra nel quotidiano come un'esperienza ricca di sfumature e diversità. Questo duplice contributo derivante l'uno dalle neuroscienze e l'altro della fenomenologia dell'esperienza (Preston & Hofelich, 2012) permette di arricchire la carica informativa del modello, compensando l'uno i limiti

dell'approccio dell'altro. Nel successivo paragrafo verranno approfonditi alcuni aspetti critici del modello, sottolineandone sia i punti di forza che gli aspetti più discutibili.

1.3.5 Punti di forza e criticità

Il modello di Preston e De Waal fin qui presentato, nelle sue varie riprese e rielaborazioni nel corso di quasi venti anni, ha conosciuto un notevole successo per via soprattutto di alcune caratteristiche peculiari che ne rappresentano anche i punti di forza. Uno fra tutti è sicuramente quello di aver proposto una visione ampia del concetto di empatia che tenta di superare le annose problematiche legate al moltiplicarsi delle definizioni e al moltiplicarsi dei costrutti associati. L'empatia viene intesa infatti come un termine ombrello che permette di includere un numero elevato di fenomeni e costrutti come il contagio emotivo, l'*empathic concern*, il *perspective taking*, la teoria della mente, la mentalizzazione, l'empatia affettiva e cognitiva, ...ecc. Tale scelta è da intendere però non come una mancata consapevolezza delle differenze che ci sono tra i vari fenomeni che i costrutti sottendono, e neanche come una svalutazione di queste, bensì come una scelta metodologica originale che si prefigge di mettere in risalto le similarità piuttosto che le possibili distinzioni, così da avere un utile sguardo d'insieme (De Waal & Preston, 2017).

Coerente con questa linea di pensiero è da intendere anche la scelta di considerare il meccanismo di percezione-azione come l'elemento fondamentale e fondante del modello, tanto da utilizzarlo come nome per lo stesso. Se il termine empatia viene utilizzato come concetto ampio e inclusivo, il meccanismo di percezione-azione è da considerare come il vero criterio unificante dei diversi fenomeni. Tutti i costrutti inclusi all'interno dell'empatia infatti, sono considerati in qualche modo originati e dipendenti da tale meccanismo (De Waal & Preston, 2017). A livello metodologico, un altro punto di forza del modello è che tale dipendenza è stata spiegata attraverso un interessante approccio evolutivo, presentando numerose prove di studi comportamentali nel mondo animale. I vari fenomeni a questo punto possono essere ordinati in diversi livelli, ognuno dei quali rappresenta a livello teorico una diversa fase evolutiva, intesa sia dal punto di vista filogenetico che ontogenetico. Le diverse capacità quindi si considerano come sorte in modo incrementale, originatesi sulla base di quelle precedenti a livello evolutivo, senza però sostituirle (De Waal & Preston, 2017). Un'altra caratteristica del modello è il suo radicamento a livello neurale. Il meccanismo di percezione-azione infatti oltre che rappresentare l'elemento unificante fornisce al modello

una solida base neuroscientifica. Il modello però non si limita alla descrizione di questo meccanismo ma si spinge oltre, proponendo l'idea di un'empatia intesa come sovrapposizione neurale oltre che soggettiva. Sovrapposizioni queste che si intendono sia a livello delle rappresentazioni neurali, che mettiamo in gioco ogni volta che entriamo in contatto con uno stimolo, sia a livello esperienziale come vissuto di risonanza con l'altro (Preston & Hofelich, 2012). Attraverso questa impostazione, fattori come la familiarità, la rilevanza dello stimolo e la storia personale dell'individuo, concorrono a spiegare la variabilità nel quotidiano del processo empatico (Preston & Hofelich, 2012).

Nonostante questi elementi di forza poc'anzi presentati, che hanno reso il PAM un modello valido e prospero nel suo ambito, le sue teorizzazioni non sono state esenti da critiche da parte di molti studiosi che ne hanno messo in luce gli aspetti più fragili e poco chiari. Vittorio Gallese e colleghi in un commento all'articolo di Preston e De Waal definiscono le argomentazioni portate dagli autori come "vaghe" e "confuse" (Gallese et al., 2002). In particolare nel commento si mette in luce la poca precisione e chiarezza nell'utilizzo della terminologia utilizzata, soprattutto nei riguardi dell'empatia e del PAM (Gallese et al., 2002). Entrambi questi termini infatti, oscillano dall'essere delle categorie sovraordinate all'interno delle quali includere diversi costrutti (l'empatia per una molteplicità di fenomeni diversi, e il PAM come referente più generale per tutto il modello dell'empatia), a dei processi o meccanismi di base da rapportare proprio con quei fenomeni che dovrebbero sussumere (Gallese et al., 2002). All'interno dell'articolo di Preston e Hofelich del 2012 ad esempio, si usa il termine empatia per riferirsi a due cose distinte, sia come categoria ampia "per riferirci a processi attraverso i quali gli osservatori arrivano a comprendere e/o sentire lo stato di un altro attraverso la percezione diretta o l'immaginazione del proprio stato", sia come costrutto specifico che indica "uno stato compassionevole e orientato all'altro che richiede una distinzione nell'osservatore tra sé e l'altro", questo concetto viene distinto dal primo solo dalla considerazione della seconda come la cosiddetta "Vera empatia" (Preston & Hofelich, 2012). Accezione questa che solleva non pochi interrogativi.

Un altro elemento critico all'interno della formulazione del modello è il rapporto con i noti neuroni a specchio. A partire dal primo articolo pubblicato nel 2001, gli autori hanno conferito a questa tipologia di cellule un ruolo chiave a sostegno del modello (Preston & De Waal, 2001), in quanto esse rappresenterebbero la prova cellulare del meccanismo di percezione-azione con il quale si identifica il modello stesso (Preston & De Waal, 2001). Tuttavia in una teorizzazione successiva gli autori affermano anche che il PAM è da

considerarsi come un insieme più ampio rispetto al semplice “meccanismo dello specchio”, in quanto esso fornisce una spiegazione “più profonda” dell'empatia, e per questo esso viene incluso, all'interno del grande disegno della bambola russa, come parte del livello della PAM affettiva (Preston & De Waal, 2017). Infatti il PAM, secondo gli autori, sarebbe l'unico a spiegare la variazione individuale dell'empatia nella vita reale, in quanto include le rappresentazioni affettive, concettuali, e i ricordi personali specifici, all'interno del processo di sovrapposizione sé-altro (Preston & De Waal, 2017). Questa possibile contraddizione sembra però dovuta ancora in gran parte ad una ambiguità terminologica. Il *Perception-Action Model*, nonostante il nome, non elegge il meccanismo di percezione-azione, di cui i neuroni a specchio sono considerati i principali responsabili, come unico meccanismo alla base della sua teorizzazione dell'empatia, ma con questo termine compone il quadro di un meccanismo più ampio all'interno del quale colloca anche tutto il cosiddetto processo di “decodificazione concettuale” legato alle rappresentazioni neurali distribuite, attraverso cui la percezione viene mediata (Preston & Hofelich, 2012).

In conclusione, al di là delle criticità, il PAM rimane un modello valido e stimolante per una riflessione sull'empatia di ampio respiro, che consente di focalizzarsi sul processo nella sua complessità ed estensione, mettendo in secondo piano i diversi problemi definiti dagli autori di natura semantica e concettuale (Preston & Hofelich, 2012). Il sentore però, è che questa condivisibile scelta metodologica, si sia tradotta, più che in un superamento delle questioni semantiche, in un loro eclissamento, che ha portato ad alimentare invece che esaurire il “problema semantico” che si prefiggeva di risolvere.

Capitolo 2

L'empatia nel processo terapeutico

Sono giunto alla conclusione che è prima di tutto una questione di tatto psicologico quando e come si deve dire al paziente una determinata cosa, quando il materiale che ha prodotto deve essere considerato sufficiente per trarre delle conclusioni, in quale forma queste devono essere presentate al paziente, come si deve reagire a una reazione inaspettata o sconcertante da parte del paziente [...] ecc. Come vedete, l'uso della parola "tatto" mi ha permesso solo di ridurre l'incertezza a una formula semplice e appropriata. Ma che cos'è il "tatto"? La risposta non è molto difficile. È la capacità di empatia (Ferenczi, S. 1928, p. 39. Trad. mia).

Il primo capitolo è stato sviluppato con lo scopo di mostrare i tentativi e le difficoltà di una definizione del concetto e del fenomeno empatico. In particolare poi, ci si è voluti soffermare sul modello PAM, come espressione di una delle più interessanti teorizzazioni del campo. Nel seguente capitolo invece presenteremo l'empatia all'interno di un particolare contesto, quello clinico-terapeutico, con lo scopo di mostrare come esso sia stato un tema di grande importanza fin dagli albori di questa pratica, conoscendo via via numerose evoluzioni. L'empatia ad oggi infatti è riconosciuta come un elemento fondamentale per la costruzione dell'alleanza tra terapeuta e paziente, e come catalizzatore essenziale per il cambiamento (Alexander & Alessi, 2023; Gerdes & Segal, 2011; Murphy et al., 2013; Watson et al., 2022). Successivamente, all'interno del capitolo, verranno approfondite le modalità e i principali risultati attraverso cui l'impianto sperimentale ha cercato di studiare tale fenomeno all'interno di questo particolare contesto. Concluderemo infine con una rassegna sui più recenti tentativi di descrivere e riconoscere gli interventi di natura empatica in terapia.

2.1 Principali teorizzazioni

Il legame tra empatia e psicoterapia inizia dai primi albori di questa pratica. Freud infatti attribuiva all'*Einfühlung* (parola tedesca dalla cui traduzione è stata coniata la parola empatia), un significato enorme (Kaluzeviciute, 2020b). Come Pigman (1995) analizza, nella *Standard Edition* delle opere di Freud, tale parola è stata tradotta in tanti modi diversi, portando erroneamente a credere che il concetto di empatia fosse stato da lui riservato solo alle riflessioni teoriche riguardo all'estetica e alla psicologia (Pigman, 1995). Tuttavia, ad un'analisi più attenta delle sue opere, emerge come essa sia una componente essenziale della sua tecnica, e un prerequisito fondamentale per l'interpretazione (Pigman, 1995). L'empatia infatti viene descritta come quell'atteggiamento che l'analista deve assumere nei confronti del paziente, il quale permette a sua volta l'attaccamento del paziente alla cura e all'analista stesso, condizione necessaria per lo sviluppo di un transfert positivo (Pigman, 1995). Tale atteggiamento si prefigge di comprendere l'esperienza del paziente dal suo punto di vista e non da quello di qualcun altro (Pigman, 1995). In questo modo l'empatia si prospetta come quel terreno da cui nasce il potere curativo dell'analisi (Pigman, 1995). Tuttavia, nelle opere di Freud, si può notare come questo elemento dell'analisi così essenziale, era allo stesso tempo temuto a causa della sua natura sospettosamente affettiva (Kaluzeviciute, 2020; Freud, 1927). Questa capacità così inizialmente promossa infatti, porta con sé il rischio di proiettare inconsciamente i propri sentimenti sull'altro, rischio che mina alla validità stessa della tecnica psicoanalitica. È proprio l'assillo per tale possibile deriva che porterà Freud ad enfatizzare l'empatia come strumento epistemologico ed intellettuale, più che affettivo, e come qualcosa che deve essere tenuto "sotto controllo", per preservare i principi di neutralità, riservatezza e astinenza alla base della pratica terapeutica (Kaluzeviciute, 2020). Una tensione teorica simile si può riconoscere anche nel pensiero dello psichiatra e filosofo tedesco Karl Jaspers (Kaluzeviciute, 2020). Nelle sue opere egli sottolinea come le esperienze mentali e i sintomi clinici rientrino in due classi: oggettivi e soggettivi (Jaspers, 1912). La prima categoria è costituita da sintomi ed esperienze che sono accessibili attraverso la percezione visiva o tramite test clinici e resoconti verbali. Per accedere invece alle esperienze che rientrano nella seconda categoria è necessaria l'empatia (*Einfühlung*), descritta come un trasferimento della propria psiche nella mente dell'altro (Kaluzeviciute, 2020). In altre parole per essere dei buoni clinici per Jaspers non è sufficiente la raccolta di dati oggettivi, ma anche una comprensione dall'interno, che permetta di sperimentare il

mondo dal punto di vista del paziente (Jaspers, 1912). Tuttavia egli riconobbe anche che un utilizzo indiscriminato di questa modalità di comprensione, porta con sé il rischio di applicare pregiudizi e preconcetti nel lavoro clinico con il paziente (Kaluzeviciute, 2020). Sia in Jasper che in Freud quindi, si può notare come l'empatia sia carica di una certa ambiguità, viene descritta infatti come uno strumento essenziale e al tempo stesso come qualcosa da cui stare attenti e addirittura da limitare. Questa preoccupazione risponde in gran parte ai principi di oggettività e neutralità con cui la scienza in generale, e la psicoterapia di conseguenza, veniva inquadrata. Tale paradigma, a cui la psicoterapia rispondeva, portava come conseguenza diretta la connotazione negativa, e quindi l'evitamento, di tutti quei fattori che ponevano in risalto la soggettività del terapeuta e l'affettività (Kaluzeviciute, 2020). Il superamento dell'opposizione tra empatia e oggettività avvenne grazie ad un progressivo cambio di paradigma, in cui la visione ingenua del terapeuta come schermo bianco cadde definitivamente, per essere sostituita dall'idea di uomo come intrinsecamente connotato a livello culturale, sociale ed esperienziale, dimensioni queste a cui è impossibile sfuggire (Kaluzeviciute, 2020). All'interno di questa nuova corrente culturale, oltre che psicologica, si inseriscono le riflessioni di Rogers e Kohut. Uno è psicologo, l'altro è psichiatra, uno è fondatore della terapia centrata sul cliente e l'altro della psicologia del sé, entrambi promotori di uno sguardo nuovo sull'empatia, posta come punto cardine delle loro scuole. L'assoluta novità portata dal pensiero di Carl Rogers è stata quella di intendere l'empatia non più come uno strumento epistemologico finalizzato a comprendere il vissuto del paziente, bensì come lo strumento terapeutico per eccellenza, ovvero la ragione dell'efficacia della terapia stessa. Jerold D. Bozarth (1997), descriverà altre tre caratteristiche sulla concezione di empatia di Rogers, tali da metterla in discontinuità con le definizioni precedenti: è considerata un'esperienza che vive il cliente, indissolubilmente legata all'accettazione incondizionata dell'altro, e come un processo interpersonale fondato su un atteggiamento non direttivo (Bozarth, 1997). La prima e la terza caratteristica spiegano uno dei capisaldi del modello di Rogers, ovvero quello di chiedere conto al cliente circa l'accuratezza o meno delle risposte empatiche del terapeuta. Questo si comprende se si pone al centro, come strumento terapeutico, l'esperienza empatica vissuta dal cliente, e non più solo l'atteggiamento del terapeuta. Oltre a questo anche l'accettazione incondizionata dell'altro rappresenta un elemento di novità. Tale termine pone infatti per la prima volta come elemento parte dell'empatia, l'assenza di aspettative e giudizi, e il profondo rispetto per la storia dell'altro (Bozarth, 1997), con l'obiettivo di aiutare il destinatario a sentirsi

“apprezzato, curato, accettato per la persona che è” (Rogers, 1975). Quando ciò accade, “la vera empatia è sempre priva di qualsiasi qualità valutativa o diagnostica” (Rogers, 1975). A suggello del suo pensiero si riporta la definizione che Rogers stesso diede dell'empatia nel 1959: “Consiste nel percepire il quadro di riferimento interno di un altro con accuratezza, e con le componenti emotive e i significati ad esso pertinenti, come se si fosse l'altra persona, ma senza perdere mai la condizione del 'come se’” (Rogers, 1959, p. 210).

Anche Heinz Kohut è stato un autore che ha dato notevole importanza all'empatia. Diversamente da Rogers, egli era uno psicoanalista, e con il suo saggio del 1959 “Introspezione ed empatia” pose per la prima volta l'empatia al centro dell'attenzione di questo particolare settore. In questo saggio Kohut definì l'essenza dell'empatia come introspezione vicaria e inoltre come misura del limite, e allo stesso tempo della portata, della psicoanalisi stessa (Terman, 2011). La rivalutazione dell'empatia come fenomeno determinante all'interno del processo psicoanalitico acquisì una rilevanza tale da portare ad un vero e proprio distacco dalla psicoanalisi classica, fondando così la cosiddetta psicologia del sé. Questo nuovo modello comprendeva una considerazione originale sia dello sviluppo del sé psicologico, sia del trattamento (Terman, 2011). Alla base dello sviluppo di un sé coeso e stabile, Kohut individuava una sufficiente esposizione all'empatia, poiché tale capacità permetteva di rispondere ai bisogni fondamentali di rispecchiamento, gemellaggio e idealizzazione (Kaluzeviciute, 2020). Coerentemente con tali affermazioni si inserisce anche la concezione della psicopatologia, vista come una conseguenza di una insufficiente, o addirittura assente, esposizione all'empatia da parte delle figure genitoriali. Questo è in grado di spiegare anche il motivo per cui l'empatia venga assunta di conseguenza come lo strumento terapeutico elettivo (Kaluzeviciute, 2020). Circa la natura del processo empatico è importante sottolineare che per Kohut questa non era considerata né un'azione e tanto meno una forma di identificazione con il paziente, ma piuttosto come un processo di sintonizzazione a lungo termine con le sue emozioni, espressioni e gesti, consentendo così, attraverso il soddisfacimento dei bisogni del sé, il completamento e la riparazione del suo sviluppo (Kaluzeviciute, 2020).

Con il progressivo sviluppo dell'impianto sperimentale è stato possibile negli anni entrare all'interno del processo psicoterapeutico per comprendere se alcune variabili o costrutti come l'empatia fossero realmente coinvolte nel cambiamento e come queste lo rendessero possibile. Nel paragrafo successivo verrà presentato uno sguardo sull'attuale approccio della ricerca in psicoterapia con un focus particolare sull'empatia.

2.2 *Empatia e ricerca in psicoterapia*

La ricerca in psicoterapia si può dire che nasca con la nascita della psicoterapia stessa. Come riportato da Diana Braakmann nel suo capitolo sulla storia di questo ambito infatti, la prima importante ricerca sulla psicoterapia è il noto libro *Studi sull'isteria* di Freud e Breuer (1895)(Braakmann, 2015). Sul modello di questo, anche tutte le altre ricerche che ne seguirono adottarono la forma di casi studio, i quali riportavano le osservazioni e le riflessioni dello psicoterapeuta, e su tale base convalidavano o confutavano le varie teorie o ipotesi (Braakmann, 2015). Questa tendenza metodologica dovette fare però i conti, intorno all'inizio degli anni Cinquanta, con un ambiente accademico che andava prediligendo sempre più approcci sistematici e campioni ampi di individui, così da ottenere risultati dimostrati statisticamente (Hersen et al. 1984). Si può riconoscere a questo punto un repentino cambio di rotta al quale questo campo di studi dovette presto adattarsi, per rispondere sia alle rinnovate sensibilità storiche, sia alle importanti critiche che provenivano dall'ambiente accademico stesso (Braakmann, 2015). Fu sotto tale spinta che nacquero così i primi studi basati su campioni statistici, che avevano come fine principalmente apologetico, di dimostrare la legittimità scientifica e l'efficacia della psicoterapia. Questo filone di ricerca, seppur mutato nelle sue intenzioni e nel suo impianto sperimentale, si può ancora oggi riconoscere nell'ambito definito *outcome research*, distinto da un altro filone chiamato *process research*. Se l'obiettivo del primo è determinare se la psicoterapia funziona, valutando l'ampiezza dei cambiamenti nei pazienti che hanno subito una o più sessioni di psicoterapia, la ricerca sul processo invece, mira ad esplorare quello che accade all'interno della psicoterapia stessa, esaminando come si comportano il terapeuta e il paziente durante le sedute, e i processi attraverso cui si verifica il cambiamento (Gelo et al., 2010). Il primo esempio di questa seconda tipologia di approccio allo studio della psicoterapia si può riconoscere nel lavoro pionieristico di Carl Rogers, e del suo team, pubblicato nel 1942 (Rogers, 1942a; 1942b). In maniera rivoluzionaria, in questa ricerca, fu registrato per la prima volta lo scambio verbale tra paziente e terapeuta, illuminando pubblicamente lo spazio privato e denso di mistero della sessione (Braakmann, 2015). Attraverso l'utilizzo di questa nuova strumentazione fu possibile iniziare a classificare e valutare con precisione le risposte del paziente e del terapeuta, dando così il via ad una vasta tradizione di studi che porterà poi alla nascita di numerose scale in grado di analizzare l'interazione verbale e non-verbale, momento per momento, durante le sedute. Tra le variabili prese maggiormente in

considerazione negli studi sul processo, si trovano quelle che hanno una particolare rilevanza clinica, come i diversi interventi del terapeuta, l'alleanza terapeutica, i meccanismi di difesa e, non ultima, l'empatia, sulla quale ci soffermeremo nel corso di questo paragrafo.

Le ricerche che si sono occupate di indagare il ruolo dell'empatia come variabile all'interno del processo terapeutico hanno dato risultati sorprendenti, dimostrando come essa sia positivamente correlata al successo terapeutico. Nella meta-analisi condotta da Bohart e colleghi (2002) ad esempio, è stato calcolato come l'empatia contribuisca a circa il 10% della varianza dell'outcome terapeutico, incidendo in misura maggiore dello specifico orientamento del terapeuta così come calcolato da Wampold (2001). Tuttavia al di là di questi risultati consolanti, lo studio dell'empatia all'interno del contesto psicoterapeutico appare molto sfaccettato e non esente da numerose sfide e problematiche, riconducibili sia alla natura stessa del fenomeno intrinsecamente relazionale, sia alla molteplicità di approcci e strumenti utilizzati nella ricerca. Le modalità attraverso cui l'empatia viene indagata all'interno di questo particolare contesto possono essere sintetizzate in tre grandi macro categorie seguendo lo schema di Neumann e colleghi (2015): 1) Questionari self-report compilati direttamente dal paziente, dallo psicoterapeuta o da un giudice esterno. 2) Misure o scale di valutazione dei comportamenti o delle espressioni del paziente o del terapeuta, fatte da un giudice esterno o dal terapeuta stesso. 3) La misurazione di parametri fisiologici e della loro variazione durante la seduta, tra cui la conduttanza cutanea, il battito cardiaco o la respirazione. All'interno di questa suddivisione, la prima categoria di strumenti è quella che viene utilizzata più spesso negli studi in questo ambito (Ilgunaite et al., 2017). Il largo uso di questionari self-report è dovuto ai suoi numerosi vantaggi, in quanto sono veloci, pratici e poco dispendiosi, sia in termini economici che in termini di energie necessarie alla loro compilazione e alla loro valutazione. Queste caratteristiche li rendono anche fruibili all'interno di ricerche che richiedono ampi campioni di soggetti, tuttavia le qualità appena descritte portano anche con sé numerose criticità dovute, ad esempio, ai bias della desiderabilità sociale e alla facile falsificazione delle risposte (Baumeister et al., 2007; Eisenberg & Fabes, 1990). Un'altra problematica collegata all'utilizzo degli strumenti self-report sull'empatia è la difficoltà di sviluppare strumenti validi in grado di tradurre la complessità e la natura sfaccettata di tale costrutto (Kleinbub, 2019). Per questo motivo si può dire che non tutti i test sull'empatia misurino la stessa cosa. Alcuni infatti considerano solo la sua dimensione affettiva, altri al contrario solo quella cognitiva, e altri ancora entrambe le componenti, o semplicemente il costrutto nella sua globalità. Questa mancanza

di coerenza tra i vari test, che rende talvolta difficile la comparabilità e la generalizzazione dei risultati, ha portato gli studiosi ad esplorare e prediligere metodologie alternative come quelle che rientrano nei punti 2) e 3) sopra esposti, e a cui verranno dedicati i successivi paragrafi.

2.2.1 *Interventi empatici*

Tra gli strumenti sviluppati per valutare il processo terapeutico si trovano le scale per la classificazione degli interventi del terapeuta. Queste scale sono state costruite con l'obiettivo di comprendere i diversi modi attraverso cui un clinico può influenzare il processo e l'outcome di una psicoterapia (Colli & Lingiardi, 2006). Attraverso questi strumenti è stato anche possibile mettere a confronto le tecniche utilizzate da diverse tipologie di trattamento per dimostrarne empiricamente l'efficacia (Colli & Lingiardi, 2006). I risultati prodotti da questo filone di ricerca tuttavia, portarono a concludere, diversamente da quanto ci si poteva aspettare, una pressoché equivalenza tra le diverse forme di psicoterapia e una minore rilevanza della tecnica, a favore invece di quei fattori considerati aspecifici o relazionali, e quindi comuni ai diversi trattamenti (Ahn & Wampold, 2001; Horvath & Symonds, 1991). Tra questi fattori ritroviamo sicuramente l'empatia e l'alleanza terapeutica (Colli, 2006). Nonostante tale traguardo però, il concetto di empatia, a differenza di quello di alleanza (approfondito nel capitolo successivo), ha continuato a rimanere un costrutto ambiguo all'interno dei vari strumenti di valutazione degli interventi. Per alcuni infatti l'empatia sembra essere inquadrata come una tecnica specifica al pari di altre, come possono essere l'interpretazione o la chiarificazione, per altre scale invece, essa rimane sullo sfondo come un fattore trasversale che non rientra in nessuna categoria specifica. Presenteremo di seguito una esemplificazione di questa duplicità.

Nella scala di Gabbard (Gabbard, 2018), sono stati ordinati gli interventi del terapeuta lungo un continuum che si estende tra due polarità, da una parte il polo supportivo, dall'altra quello espressivo. All'interno di questa dimensione sono disposte 8 categorie di interventi con le quali si cerca di raggruppare tutti i possibili enunciati del clinico. Gli interventi che vengono considerati più vicini alla polarità supportiva sono in ordine: *consigli ed elogi*, *interventi psicoeducativi* e la *validazione empatica*. Poi spostandosi sempre più verso la polarità espressiva troviamo l'*incoraggiamento ad elaborare*, la *chiarificazione*, l'*osservazione* e in ultimo, come emblema dell'intervento espressivo c'è l'*interpretazione*. Come si può notare

all'interno di questa classificazione compare una particolare categoria chiamata validazione empatica, con la quale si vogliono raggruppare tutti quegli interventi che riflettono il tentativo del terapeuta di immergersi nello stato interno del paziente e di vedere le cose dal suo punto di vista (Gabbard, 2018). Così descritta questa categoria ricalca senza dubbio una delle tante possibili definizioni di empatia, portando così a considerare tale costrutto come una tecnica specifica al pari delle altre e non come un fattore più trasversale come invece è emerso nella ricerca più recente. Anche i coniugi Flanagan hanno proposto la loro scala di classificazione degli interventi (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2016). Partendo da un orientamento teorico differente rispetto a quello di Gabbard (esplicitamente psicodinamico), fondato sul person-centered approaches di Rogers, hanno concepito gli interventi del terapeuta come ordinabili attraverso la dimensione dell'ascolto. Questo continuum poi è stato suddiviso dagli autori in tre macro categorie all'interno delle quali sono stati collocati i vari interventi, chiamati comportamenti del terapeuta. I tre macro gruppi sono stati definiti sulla base del diverso grado di direttività, andando dai comportamenti di ascolto non direttivo a quelli di ascolto direttivo, fino ai comportamenti di azione direttiva. Sulla base di questa distinzione vengono poi distribuiti 19 interventi (Figura 1). Tra questi però non compare mai un riferimento diretto all'empatia, non perché venga ignorata l'importanza di tale costrutto, ma piuttosto perché all'interno del manuale essa viene inquadrata, diversamente da quanto fa Gabbard, come afferente ad una diversa dimensione non riconducibile a quella della tecnica e dei metodi, ovvero a quella della relazione (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2016).

Nondirective Listening Behaviors on the LEFT Edge (Chapter 4)	Directive Listening Behaviors in the MIDDLE (Chapter 5)	Directive Action Behaviors on the RIGHT Edge (Chapter 6)
Attending behaviors or minimal encouragers	Feeling validation	Closed and therapeutic questions
Therapeutic silence	Interpretive reflection of feeling	Psychoeducation or explanation
Paraphrase	Interpretation (classic or reframing)	Suggestion
Clarification	Confrontation	Agreement/disagreement
Reflection of feeling	Immediacy	Giving advice
Summary	Open questions	Approval/disapproval
		Urging

Figura 1. Classificazione degli interventi presa da (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2016)

Ognuno di questi due approcci al concetto di empatia, come mostrato nelle due scale, porta con sé dei vantaggi ma anche delle inevitabili criticità. Da una parte, nel tentativo di Gabbard di inquadrare l'empatia come un intervento, si trova il pregio di una definizione chiara che consenta di valutare la presenza o meno di questo tipo di elemento all'interno del processo psicoterapeutico, e di procedere quindi con i possibili studi sull'efficacia di questo tipo di costrutto. Dall'altro lato però questa operazione produce il classico effetto da letto di procuste, che rischia, nell'operatività riduzionistica, di snaturare l'originalità e la potenza del costrutto stesso. L'approccio dei coniugi Flanagan al contrario invece, nel tentativo di preservare la natura complessa ed articolata del fenomeno empatico, si sottrae in qualche modo alla possibilità di operationalizzarlo all'interno di una scala di valutazione, limitando le possibilità di studiarlo all'interno del processo terapeutico in maniera più approfondita e sistematica. Quello che appare come un indissolubile dilemma sembra assumere invece una svolta interessante grazie all'ausilio di nuove strumentazioni prese dal campo neuroscientifico come mostreremo nel successivo paragrafo.

2.2.2 Sincronizzazione fisiologica ed empatia

Uno degli approcci che ha consentito in qualche modo una svolta in questo campo è stato fornito dalle neuroscienze, le quali hanno conosciuto un notevole incremento di studi in questo settore, specialmente dopo la scoperta dei neuroni specchio, grazie alle promettenti

implicazioni che tale scoperta ha portato con sé. La strumentazione ad oggi disponibile tuttavia rende lo studio dell'attivazione neurale molto difficile da attuare in una condizione che ricalchi lo scambio interattivo di una sessione di psicoterapia (Kleinbub, 2019). I dispositivi di neuroimaging, come la risonanza magnetica o l'elettro-magnetoencefalografia infatti, oltre ad essere molto costosi, sono difficili da utilizzare al di fuori del laboratorio in un contesto di rilevanza ecologica. Per tutti questi motivi le ricerche in questo campo hanno prediletto altre strumentazioni meno ingombranti che permettessero di rilevare il funzionamento del sistema nervoso periferico come la variabilità della frequenza cardiaca (HRV), la conduttanza cutanea (SC), l'elettromiografia o la temperatura cutanea (Kleinbub, 2019). Tali strumenti, oltre a poter essere inseriti facilmente all'interno di una seduta senza modificare significativamente il setting originario, danno anche la possibilità di misurare i parametri in maniera sincrona, sia del paziente che del terapeuta. La possibilità di registrare le dinamiche fisiologiche tra due persone in interazione ha fornito prospettive interessanti all'esigenza di trovare fondamenti empirici alternativi a costrutti intrinsecamente relazionali proprio come l'empatia. Questo campo di applicazione costituisce ad oggi un vero e proprio ambito di ricerca che viene denominato attraverso vari termini come quello di fisiologia interpersonale (IP) e sincronizzazione fisiologica (PS). Alcuni tentativi di sistematizzazione hanno proposto di inquadrare le ricerche afferenti a questo campo all'interno di un ambito molto più esteso che comprende non solo l'indagine dei parametri fisiologici, ma anche tutta un'altra serie di fenomeni come la sincronizzazione dell'attivazione motoria (Ramseyer & Tschacher, 2011c), la sincronia vocale (Bryan et al., 2018; Imel et al., 2014), e lo stile linguistico (Borelli et al., 2019). Questo ambito di ricerca, che si estende oltre la ricerca in psicoterapia anche nell'*infant research*, nella psicologia cognitiva, fino alla robotica, ha portato ed esiti molto interessanti per i quali si rimanda ad altre revisioni (Scheidt et al. 2021). Ai fini della nostra esposizione, in questo paragrafo approfondiremo in particolare alcuni risultati interessanti emersi dalla ricerca sulla sincronizzazione in psicoterapia, con un focus particolare per gli studi relativi all'empatia. Sono ormai numerosi i contributi che suggeriscono l'importanza della sincronizzazione nel processo terapeutico, anche se il ruolo che essa assume non è così chiaro per via di risultati a volte contraddittori (Scheidt et al., 2021). L'evidenza attuale sul legame tra sincronizzazione e risultato della terapia, ad esempio, non è in grado di approdare a considerazioni conclusive. Ramseyer e Tschacher (2011, 2014) sono stati tra i primi a dimostrare che la sincronizzazione non verbale è correlata ad alcuni processi durante la

seduta, come l'alleanza, e al buon esito della terapia. Recentemente poi, Altmann e colleghi (2020) hanno riportato che in un gruppo omogeneo di pazienti con disturbo d'ansia sociale, la sincronizzazione nelle prime fasi del trattamento era un indicatore di miglioramento nelle relazioni interpersonali, soprattutto nella terapia cognitivo-comportamentale (CBT). La ricerca ha inoltre evidenziato che i movimenti sincronizzati tra paziente e terapeuta supportano l'associazione tra la sincronizzazione del movimento e il successo terapeutico (Altmann et al., 2020). Questo è in linea anche con le meta-analisi che confermano gli effetti prosociali della sincronizzazione (Rennung & Göritz, 2016; Mogan et al., 2017). In sintesi quindi, la sincronizzazione sembra essere associata a buoni esiti della psicoterapia poiché faciliterebbe la creazione di un legame positivo tra paziente e terapeuta, migliorando la comunicazione non verbale e rafforzando l'alleanza terapeutica, tutti elementi cruciali per il successo del trattamento. Tuttavia alcuni studi hanno ottenuto risultati apparentemente contrastanti. Nello studio di Lutz e colleghi (2020) ad esempio, è stata esaminata la relazione tra la sincronizzazione del movimento e il cambiamento precoce in psicoterapia, identificando tre gruppi di pazienti con diversi ritmi di miglioramento. Contrariamente alle aspettative, i risultati hanno mostrato che livelli più bassi di sincronizzazione interpersonale erano associati a una risposta positiva precoce e a una maggiore stabilità del miglioramento iniziale. In un altro studio, che ha indagato l'esito di un intervento su pazienti con schizofrenia, Galbusera e colleghi (2016) hanno trovato una relazione inversa tra la sincronizzazione del movimento e l'esito del trattamento, suggerendo che maggiore sincronizzazione non sempre coincide con un miglioramento terapeutico. Similmente, anche Paulick e colleghi (2018), in uno studio naturalistico di psicoterapia, hanno osservato che i pazienti che non mostravano miglioramenti e terminavano consensualmente la terapia presentavano i livelli più alti di sincronizzazione, mentre quelli che la abbandonavano senza preavviso mostravano i livelli più bassi di sincronizzazione. Anche Reich e colleghi (2014) hanno scoperto che una maggiore sincronizzazione vocale era associata a risultati peggiori della terapia, suggerendo che una maggiore sincronizzazione non è sempre vantaggiosa, soprattutto nel contesto della sincronizzazione emotiva (Mayo & Gordon, 2020). Questi risultati contrastanti indicano che la relazione tra sincronizzazione e esito della terapia è complessa e non completamente compresa, variando in base al contesto terapeutico, al tipo di sincronizzazione (movimento, vocale, emotiva) e alle specifiche condizioni dei pazienti. Per quanto riguarda gli studi che hanno approfondito il possibile legame tra empatia e sincronizzazione, possiamo trovare risultati interessanti provenienti in particolare dalla

sincronizzazione linguistica e vocale. Bryan e colleghi (2018) hanno riscontrato che i livelli medi di attivazione emotiva di pazienti e terapeuti, misurati attraverso la quantificazione delle frequenze vocali medie, si corrispondevano durante la psicoterapia. Inoltre una maggiore sincronizzazione vocale tra paziente e terapeuta era associata a un legame emotivo più forte (Bryan et al., 2018). Altri studi, che hanno utilizzato la frequenza vocale media per misurare la sincronizzazione vocale, hanno rilevato che questa era correlata con le valutazioni dell'empatia nelle coppie terapeutiche (Imel et al., 2014). Un approccio diverso, che si concentra sugli aspetti semantici e sui contenuti della sincronizzazione linguistica, è stato suggerito da Lord et al. (2015). Utilizzando il software LIWC (Pennebaker et al., 2007) per classificare le parole in categorie teoriche, hanno scoperto che la sincronizzazione dello stile linguistico tra paziente e terapeuta era positivamente associata all'empatia espressa durante le sessioni (Lord et al., 2015). Altri risultati interessanti sono stati ottenuti anche attraverso l'analisi della sincronizzazione del sistema nervoso autonomo (ANS), rilevato attraverso l'attività elettrodermica (EDA). Marci e Orr (2006), ad esempio, hanno esaminato l'effetto della distanza emotiva sulla sincronizzazione fisiologica e sull'empatia attraverso uno studio su 20 pazienti adulti del Massachusetts General Hospital. Le interviste semi-strutturate condotte da uno psichiatra sono state divise in due gruppi: in uno, metà dei partecipanti era posto nella condizione di ricevere segnali di comprensione e sensibilità non verbali dall'intervistatore, mentre l'altro gruppo sperimentava un'interazione caratterizzata da una marcata distanza emotiva, con una deliberata riduzione dei segnali non verbali di empatia da parte dell'intervistatore. Attraverso la misurazione della conduttanza cutanea e l'applicazione di un questionario di empatia modificato di Barrett-Lennard, è emerso che una maggiore distanza emotiva portava a una minore sincronizzazione fisiologica e a una ridotta empatia percepita, indicando che la sincronizzazione fisiologica può servire come indicatore dell'empatia (Marci & Orr, 2006). Sempre lo stesso gruppo di ricerca guidato da Marci ha condotto un'altra importante ricerca, pubblicata nel 2007 (Marci et al., 2007), in cui è stata indagata la relazione tra sincronizzazione fisiologica, empatia percepita dai pazienti e dinamiche socio-emotive nelle sedute di psicoterapia, concentrandosi su 20 coppie di terapeuti e pazienti. Hanno utilizzato la conduttanza cutanea per misurare la sincronizzazione fisiologica e il questionario EUS di Barrett-Lennard per valutare l'empatia percepita dai pazienti. Inoltre, nei momenti di alta o bassa sincronizzazione fisiologica, facendo uso di una versione adattata del Bales Interaction Coding System (BICS), uno strumento consolidato per lo studio dell'interazione sociale faccia a faccia, è stata effettuata

una microanalisi di segmenti video delle sedute, così da poter evidenziare pattern socio-emotivi positivi, negativi o neutri. I risultati hanno evidenziato che una maggiore sincronizzazione fisiologica era correlata a una percezione più forte dell'empatia da parte dei terapeuti e interazioni socio-emotive più positive, sottolineando l'importanza della connessione fisiologica nell'efficacia della psicoterapia.

Un altro risultato interessante è stato ottenuto dalla ricerca di Messina e colleghi (2013), che si è posta come obiettivo quello di indagare il rapporto tra empatia e sincronizzazione fisiologica, nonché l'effetto delle abilità interpersonali specifiche dei terapeuti attraverso una condizione sperimentale che simulavano le dinamiche tipiche degli ambienti clinici. Il gruppo di studio comprendeva tredici volontari privi di disturbi neurologici o psichiatrici pregressi, nei panni di "pseudo-pazienti", e trentanove "ascoltatori", suddivisi equamente tra psicoterapeuti, psicologi e soggetti senza formazione specifica in psicologia o discipline umanistiche. Ogni pseudo-paziente ha partecipato a tre sessioni di venti minuti ciascuna, che venivano registrate e osservate da un ascoltatore di ogni categoria. Al termine di ciascuna sessione, ai partecipanti veniva chiesto di compilare il questionario EUS (Barrett-Lennard, 1986; Messina et al., 2013) per valutare l'empatia reciproca (data e ricevuta), mentre l'empatia osservabile esternamente, era valutata attraverso la scala EUIP (Carkhuff, 1969), analizzando i video delle sessioni. La sincronizzazione fisiologica, misurata tramite l'attività elettrodermica di entrambi i partecipanti, ha evidenziato un legame diretto con l'empatia espressa dagli ascoltatori: livelli più alti di sincronizzazione corrispondevano infatti ad una maggiore empatia percepita dagli pseudo-pazienti. È emersa inoltre una correlazione tra gli indici legati alle interazioni positive, coinvolgimento e solidarietà, valutate esternamente, e le misure di conduttanza cutanea. L'empatia autopercepita dagli ascoltatori però, non mostrava correlazioni con la sincronizzazione fisiologica, indicando una divergenza nella concezione dell'empatia tra ascoltatori e pseudo-pazienti: più cognitiva per i primi e più emotiva e profonda per i secondi. Da sottolineare come gli psicoterapeuti si distinguessero per livelli più elevati di sincronizzazione fisiologica e di empatia percepita, a differenza degli psicologi, i cui risultati si avvicinavano a quelli dei non terapeuti (Messina et al., 2013).

I contributi fin qui presentati sembrano suggerire un coinvolgimento significativo del sistema nervoso autonomo (ANS), rilevabile tramite l'attività elettrodermica, nel fenomeno empatico. Inoltre la sincronizzazione tra paziente e terapeuta, misurata tramite questo indice, sembrerebbe poter essere utilizzata come utile indicazione di empatia percepita dal paziente.

Sulla scia di queste importanti scoperte diventa necessario approfondire anche le ragioni di questi legami, fornendo delle proposte teoriche che possano fungere da collante per i risultati sperimentali. Alcune proposte in questa direzione saranno approfondite nel successivo paragrafo.

2.2.3 Possibili implicazioni sul rapporto tra empatia e sincronizzazione

Innanzitutto, sono fondamentali alcune precisazioni: il sistema nervoso autonomo consiste in due sottosistemi antagonisti che si alternano a seconda delle specifiche esigenze contestuali, producendo un aumento o una diminuzione dell'arousal dell'individuo. I due sottosistemi sono il sistema nervoso parasimpatico (PNS), legato a processi di tipo anabolico e a contesti di riposo, mentre il secondo, il sistema nervoso simpatico (SNS) al contrario, è un sistema di tipo catabolico collegato ad un aumento dell'arousal e alla cosiddetta modalità *fight and flight* (Sequeira et al., 2009; Brodal, 2010). Se come indicatore del primo sottosistema viene generalmente utilizzata una specifica misura del battito cardiaco chiamata aritmia sinusale respiratoria (RSA), per il secondo invece la rilevazione avviene attraverso l'attività elettrodermica (EDA) sopra menzionata, connessa con l'attivazione delle ghiandole sudoripare (Kleinbub et al., 2020). L'attivazione o meno del sistema simpatico è un indice molto significativo poiché esso è connesso direttamente con aree del cervello come il sistema limbico (Ramachandra et al., 2009), o con reti neurali ampie come il Central Autonomic Network (CAN), le quali hanno una notevole rilevanza per molti fenomeni psicologici (Kleinbub, 2017). Ad esempio, Carr e colleghi (2003) hanno dimostrato che il lobo limbico è connesso, tramite l'insula anteriore, al sistema di neuroni a specchio che, come abbiamo già discusso, rappresenta il meccanismo neurale alla base del complesso fenomeno empatico. Tale connessione fornisce così delle ragioni ai risultati presentati nel paragrafo precedente, in quanto spiega come sia possibile studiare indirettamente il funzionamento del sistema dei neuroni a specchio utilizzando alcuni parametri fisiologici, come l'EDA (Ramachandra et al., 2009). Nonostante questo, non è ancora chiaro il meccanismo che permette invece la sincronizzazione fisiologica tra due persone, e come questo possa essere collegato in qualche modo all'empatia. Una proposta interessante a riguardo arriva dall'articolo di Palmieri e colleghi (2021), nel quale viene descritto un network neurale ampio, mediato dal neurotrasmettitore ossitocinergico, come possibile meccanismo alla base della sincronizzazione fisiologica durante un'interazione empatica. L'ossitocina non è in realtà

presente nei nervi coinvolti nel sistema nervoso autonomo (ANS), poiché essi hanno origine solo nel nucleo paraventricolare (PVN) e nel nucleo supraottico dell'ipotalamo (SON) (Palmieri et al., 2021). Tuttavia questo neurotrasmettitore è coinvolto nel controllo dell'ANS attraverso dei centri troncoencefalici di innervazione, nei quali l'ossitocina produce rispettivamente una riduzione dell'attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e del sistema nervoso simpatico, e un aumento della funzione del sistema nervoso parasimpatico (Palmieri et al., 2021). I neuroni ossitocinergici che originano dal nucleo paraventricolare proiettano inoltre anche su altre aree note per modulare funzioni emotive, come l'amigdala, e su aree coinvolte nel controllo del dolore, come il midollo spinale (Palmieri et al., 2021). Sempre l'ossitocina sembra avere un impatto anche in quelle aree, facenti parte della rete autonoma centrale (CAN), coinvolte nell'elaborazione degli stimoli sociali, come la corteccia prefrontale, l'amigdala e l'ippocampo. Questa particolare interazione sarebbe permessa da un sistema di feedback e feedforward pseudocircolare che agisce, sia sul rilascio di ossitocina nei nuclei ipotalamici PVN e SON, sia sul sistema espresso nelle strutture frontali (Palmieri et al., 2021). Questa interazione permessa dall'ossitocina risulta particolarmente importante perché il complesso prefrontale-amigdala-ippocampo presenta anche delle considerevoli capacità di *mirroring*, grazie alla presenza di neuroni specchio. Tale complesso neurale fin qui descritto rende possibile pensare alle dinamiche di coordinazione che coinvolgono aree cerebrali centrali e periferiche in cui sono coinvolti anche i neuroni specchio. In questo modo sarebbe possibile spiegare la sincronizzazione fisiologica come un effetto dei neuroni specchio, i quali captando l'intensità dell'attivazione dell'ANS di un altro individuo con cui sono in relazione, attraverso le informazioni sensoriali, influenzano anche la regolazione anche dei propri sistemi periferici e centrali, grazie all'azione esercitata dall'ossitocina all'interno della rete precedentemente descritta (Palmieri et al., 2021).

Un altro modello attraverso cui sembra possibile spiegare come il fenomeno della sincronizzazione fisiologica sia collegato all'empatia è dato dal già citato Perception Action Model (PAM) (De Waal & Preston, 2017). All'interno di questo modello l'empatia è considerata un termine ombrello all'interno del quale è possibile ordinare diversi fenomeni distinti. L'elemento unificante è dato dal meccanismo di percezione-azione, anche chiamato sovrapposizione sé-altro, dove quest'ultimo però rappresenta una conseguenza del primo. Per sovrapposizione sé-altro si intende quel fenomeno per cui un osservatore impegna uno stato simile a quello del bersaglio attraverso l'attivazione delle proprie rappresentazioni personali, mediante sia la percezione diretta che la simulazione (Preston &

Hofelich, 2012). Ribadito questo, la sincronizzazione fisiologica potrebbe essere inclusa all'interno dei processi implicati nella sovrapposizione sé-altro, in quanto contribuirebbe a creare uno stato di attivazione simile (arousal) tra due persone, dato a sua volta da livelli di attivazioni simili del sistema nervoso autonomo. La sincronizzazione fisiologica sarebbe anche coerente con la visione evolutivamente orientata del modello, la quale utilizza come criterio ordinatore dei diversi fenomeni la progressione con cui essi emergono all'interno del processo filogenetico e ontogenetico. Questa modalità di ordinare i vari fenomeni afferenti all'empatia è stata chiamata "matrioska". All'interno di una tale impostazione la sincronizzazione potrebbe essere posta nei livelli più bassi a cui corrispondono le abilità più primitive e precoci dell'essere umano. La sincronizzazione infatti è uno dei processi fondamentali che coinvolgono fin da subito la diade madre-bambino, anche all'interno del mondo animale (con particolare riguardo per gli animali definiti sociali) (Feldman et al., 2011). Attraverso il contatto sociale precoce infatti, le madri dei mammiferi adattano i loro sistemi fisiologici a quelli del bambino e questa esperienza organizza la crescita del bambino (Schanberg et al., 2003), modella le strutture cerebrali che modulano la risposta allo stress (Champagne, 2008), imposta l'orologio biologico (Hofer & Shair, 1982) e regola il ritmo cardiaco (Hofer, 1971).

La sincronizzazione fisiologica in conclusione può essere concepita come un processo pertinente con l'empatia, oltre che per le evidenze sperimentali sopra esposte che hanno riscontrato una correlazione tra questi due fenomeni, anche per la coerenza con cui tale relazione può essere inserita all'interno di alcuni modelli teorici già esistenti. Tali modelli teorici permettono di integrare l'empatia e la sincronizzazione sia a livello neurobiologico (Palmieri et al., 2021) che a livello neuroevolutivo (De Waal & Preston, 2017).

Capitolo 3

L'alleanza terapeutica

L'evidenza dell'altro è possibile perché io non sono trasparente per me stesso e perché la mia soggettività si trascina dietro il suo corpo
(Husserl, 1961 p.457)

Un fattore tra i più citati nel campo di ricerca in psicoterapia è l'alleanza terapeutica, nota anche come la variabile integrativa per eccellenza (Wolfe & Goldfried 1988). Tale concetto dalle origini storiche lontane, risalenti fino ad alcuni scritti di Freud, ha acquisito particolare notorietà grazie all'interesse sempre più marcato della ricerca verso i fattori aspecifici della psicoterapia, e soprattutto dalla constatazione che tale elemento è il predittore più affidabile dell'efficacia di un trattamento (Horvath & Bedi, 2002; Martin et al., 2000; Wampold, 2001). Il presente capitolo si pone quindi come obiettivo quello di presentare tale costrutto, nella sua evoluzione storica, fino ai risultati della ricerca più recente.

3.1 Cenni teorici e modelli teorici

L'origine del concetto di alleanza terapeutica può essere rintracciata nei primi scritti di Freud riguardo al transfert (Lingiardi & Colli, 2015). In realtà Freud si scontrò con le tematiche e le questioni da cui poi tale costrutto ebbe origine, non appena iniziò a prendere in cura i primi pazienti (Hatcher, 2010). Inizialmente utilizzando il metodo dell'ipnosi, e anche successivamente quando adottò quello delle libere associazioni, si scontrò infatti con il fenomeno da lui chiamato "resistenza". Questo problema a cui Freud tanto si dedicò, si riferiva alla circostanza, non così rara, in cui il paziente non si mostrava collaborativo durante il trattamento, arrivando addirittura in taluni casi ad abbandonare la terapia. Per tale motivo alcune delle famose tecniche di analisi introdotte da Freud, come l'analisi della

resistenza e anche l'analisi del transfert, possono essere pensate come delle modalità per far fronte agli ostacoli che impedivano al paziente di rimanere motivato e impegnato nel trattamento (Hatcher, 2010). Focalizzandosi invece sui fattori positivi che promuovevano la collaborazione con il paziente, e l'irrinunciabile fiducia nei confronti dell'analista, individuò il cosiddetto "transfert ineccepibilmente positivo" (Freud, 1912), una sorta di vettore fondamentale, favorito da precedenti esperienze di cura positive, che consentiva la costruzione di un legame con il terapeuta in grado di superare i dubbi ed essere motivato nel lavoro di cura (Lingiardi & Colli, 2015). Infine, in uno dei suoi lavori più recenti, Freud ha espresso chiaramente che la situazione analitica si basa anche su un'alleanza tra l'analista e la parte più matura dell'io del paziente (Freud, 1937). Questa importante riflessione di Freud sembra un riferimento al precedente lavoro di un altro psicoanalista viennese Richard Sterba, il quale è considerato il primo ad avere introdotto questa nozione, attraverso il termine "alleanza", per approfondire la dinamica di coalizione dell'analista con la capacità razionale e osservativa del paziente, in grado di fronteggiare le forze irrazionali, legate alle difese e al transfert negativo dello stesso (Sterba, 1934). Questa alleanza diventa possibile grazie alla realizzazione di una cosiddetta "frattura terapeutica" dell'Io del paziente, ovvero tramite la promozione di un Io-osservante, alleato con l'Io-analizzante del terapeuta, distinto da un Io-esperienziale, sul quale invece si compivano le osservazioni e le interpretazioni. A partire da queste originali considerazioni si sviluppa anche il lavoro di Elizabeth Zetzel che introdusse per la prima volta l'espressione di "alleanza terapeutica" (1956). La novità del suo contributo consiste soprattutto nell'aver dato maggiore rilevanza al ruolo del terapeuta all'interno della costituzione del legame con il paziente. Per far ciò l'analista non dev'essere più visto solo nei panni di oggetto di transfert del paziente, ma anche come persona reale, sul quale ricade nella stessa misura l'imperativo di costruire l'alleanza con il paziente (Zetzel, 1958). In questo modo viene riconosciuta esplicitamente la natura interattiva e bipersonale dell'alleanza terapeutica (Lingiardi & Colli, 2015). Un altro contributo significativo su questo tema arriverà negli anni 60 grazie alle opere di Greenson, anche lui psicoanalista. Mettendo a fuoco il tema della relazione terapeutica, egli sosterrà una necessaria distinzione fra tre livelli, quello del transfert, quello della relazione reale, ed infine dell'alleanza di lavoro (Greenson, 1965). Quella che lui definisce l'alleanza di lavoro, può trovare sostegno in entrambe le dimensioni, ma è principalmente in quella reale che si situa il suo nucleo fondamentale. L'alleanza di lavoro infatti, viene descritta come «il rapporto razionale e relativamente non nevrotico che il paziente ha con il suo analista» (Greenson, 1967, p.102).

Una parte innovativa del suo approccio consisteva nel parlare direttamente con i suoi pazienti dei problemi dell'alleanza, visti come qualcosa di più che manifestazioni di transfert o difese, arrivando così a discutere gli obiettivi, le aspettative e i metodi stessi del lavoro psicoanalitico. Durante gli anni 70 il concetto di alleanza terapeutica travalica i confini della psicoanalisi all'interno della quale è nato, diventando gradualmente un campo d'indagine della ricerca empirica (Lingiardi & Colli, 2015). Un autore che funse da importante catalizzatore per tutte le successive ricerche fino ad oggi è Bordin, il quale, sulla scia delle evidenze sperimentali che mostravano una sostanziale equiparabilità tra le varie tipologie di trattamento a livello di efficacia, elevò il concetto di alleanza a quadro teorico unificante per tutti i diversi tipi di processi di cambiamento interpersonale, all'interno del quale c'erano anche le psicoterapie (Hatcher, 2010). Al centro della sua idea di alleanza c'è la visione del processo terapeutico come lavoro finalizzato che, essendo svolto da due o più persone, implica collaborazione. L'attuazione di questa alleanza di lavoro avviene nel momento in cui paziente e terapeuta si impegnano efficacemente nel processo, il quale prevede delle richieste che devono essere attese, sia da parte del paziente che da parte del clinico. Tali insiemi di richieste formano le cosiddette regole di trattamento, che traducono a livello operativo la teoria clinica dell'approccio utilizzato (Hatcher, 2010). Un altro concetto centrale del pensiero di Bordin è quello di negoziazione. La negoziazione dura lungo tutto il processo terapeutico e avviene tra le aspettative del terapeuta, conseguenza diretta della teoria clinica, e quelle del paziente, che è invece guidato dalle sue personali convinzioni sui suoi problemi e sul modo per risolverli (Bordin, 1979). In particolare egli individua tre elementi su cui questa negoziazione si gioca:

- I compiti: questi consistono nelle attività specifiche che il paziente e il terapeuta devono svolgere affinché il trattamento risulti efficace.
- Gli obiettivi: sono i risultati generali verso i quali il trattamento è diretto, che possono variare a seconda del tipo di approccio utilizzato e a seconda delle domande con cui il paziente si presenta.
- Il legame: con questo termine si fa riferimento alla qualità affettiva della relazione tra paziente e terapeuta.

Questi tre insiemi tematici costituiscono gli elementi fondamentali su cui si basa l'accordo e la corrispondenza tra i due attori in gioco all'interno del processo, e che quindi determinano, nella visione di Bordin, l'efficacia e il risultato del trattamento (Bordin, 1979). Questa originale concezione dell'alleanza porta con sé la possibilità di pensare questo elemento come qualcosa che si gioca su diverse dimensioni della terapia, le quali possono rimanere in diversi livelli di consapevolezza. Questo aspetto pluridimensionale dell'alleanza suggerisce anche l'idea di concepirla non all'interno di una dicotomia presente/assente, ma come un processo complesso e dinamico, che svolgendosi lungo tutto il percorso terapeutico, può conoscere fluttuazioni e variazioni (Lingiardi & Colli, 2015). E inoltre, la caratteristica della negoziazione, suggerisce di intenderla non come qualcosa di statico ma invece co-costruito all'interno di una matrice relazionale e interattiva (Lingiardi & Colli, 2015). Tutte queste qualità del costrutto, hanno permesso la transizione verso quella che molti studiosi hanno riconosciuto come la terza fase della ricerca sull'alleanza (Lingiardi 2002; De Bei 2006; Hatcher 2010), che in linea con le tendenze generali della ricerca nel campo della psicoterapia, si è gradualmente focalizzata sull'analisi del processo.

All'interno di questo movimento si possono riconoscere i lavori di numerosi autori che negli ultimi decenni si sono occupati di comprendere cosa accade quando c'è un indebolimento dell'alleanza (Carter et al., 2010). Questo fenomeno è stato chiamato in molteplici modi, attraverso i termini "sfide" (ad esempio, Harper, 1989a, 1989b), oppure "eventi di incomprendimento" (ad esempio, Rhodes et al., 1994); "impasse" (ad esempio, Hill et al., 1996); "minacce all'alleanza" (ad esempio, Bennett et al., 2006); e "marcatori di enactment" (ad esempio, Safran, 2002). Questi momenti tuttavia sono più comunemente indicati come "rottture" dell'alleanza (vedi Safran et al., 1990; Safran & Muran, 1996; 2000; Safran et al., 1994), e si definiscono come una compromissione, o una variazione, della qualità dell'alleanza tra paziente e terapeuta, la quale a sua volta può variare per intensità, durata e frequenza (Safran et al., 1990). All'interno di questo ambito viene preso in considerazione anche un altro fenomeno che fa da contraltare al primo, quello della "riparazione" che, al contrario, può essere inteso come un momento in cui viene rinsaldata la collaborazione nella diade terapeutica esplorando attivamente gli accadimenti nella relazione in atto (Safran & Muran 2000). Questi due momenti distinti, secondo alcuni studi, possono costituire un modello più affidabile e accurato attraverso cui descrivere il ruolo dell'alleanza all'interno della terapia. L'alleanza all'interno del processo terapeutico infatti, sembra non essere descritta efficacemente da un modello di crescita lineare, ma piuttosto come una sequenza

di sviluppi, rotture e riparazioni (Safran et al., 1990), in cui proprio le rotture possono rappresentare degli elementi necessari affinché il percorso terapeutico proceda in maniera efficace (Ardito & Rabellino, 2011). Tramite la convergenza con altri ambiti di ricerca, queste caratteristiche dell'alleanza, hanno permesso una serie di importanti risonanze teoriche, che hanno contribuito ad attribuire un significato al fenomeno delle rotture all'interno della terapia. Uno spunto molto interessante, per esempio, è stato proposto dall'articolo di Safran e colleghi (1990), i quali utilizzano le ricerche sulla coordinazione affettiva e la riparazione all'interno della diade madre-bambino di Tronick (1989). Dalle ricerche di questo autore si evince infatti che anche all'interno di una diade madre-bambino sana, l'interazione si muove spesso tra momenti in cui la comunicazione affettiva è coordinata a momenti in cui non lo è. Tuttavia, l'aspetto che differenzia una diade sana da una non, sta nella capacità da parte del care-giver di riparare la mancanza di sintonizzazione, riportando la comunicazione ad uno stato di coordinazione affettiva. Questa oscillazione promuoverebbe nel bambino la creazione di aspettative positive sulle relazioni, nelle quali le rotture sono rimediabili, e le emozioni negative sono transitorie e contenibili (Safran et al., 1990; Cohn & Tronick, 1988). Un altro contributo, attraverso il quale è possibile comprendere il significato della dinamica rottura-riparazione, arriva dalla psicoanalisi, e in particolare dal principio chiamato frustrazione ottimale di Kohut (1986). Secondo l'autore infatti, una fase fondamentale nel processo di guarigione sarebbe proprio il disattendere il soddisfacimento ottimale del bisogno del paziente per poter accedere, attraverso la comprensione empatica dello stato di frustrazione che si viene a creare, ad una nuova modalità di regolazione. Questo processo a due fasi, riconosce quindi nella rottura, a patto che questa non sia traumatica, un passaggio fondamentale, in quanto facilita la dinamica chiamata da Kohut di "internalizzazione trasmutante", che agisce nella costituzione e nel cambiamento delle strutture psichiche del Sé.

Possiamo infine richiamare un ultimo spunto che ci viene dato da Gelo e Salvatore (2016) tramite l'approccio basato sui sistemi dinamici (DS). Questa particolare prospettiva inquadra il processo psicoterapeutico come un fenomeno dinamico e complesso che risponde ai principi di autorganizzazione propri dei sistemi dinamici (Gelo & Salvatore, 2016). Il cambiamento in psicoterapia, al pari di ogni altro sistema dinamico, si distingue in due categorie: cambiamento di primo ordine e cambiamento di secondo ordine. La prima tipologia di cambiamento permette al sistema di rimanere lo stesso nel tempo nonostante le perturbazioni che subisce. La seconda tipologia invece, è rappresentata da tutte quelle

modificazioni che il sistema affronta e che lo portano, da una modalità di funzionamento esistente, ad una che si considera qualitativamente nuova (Gelo & Salvatore, 2016). Questo tipo di cambiamento è permesso da informazioni o contenuti che non riescono ad essere assimilati negli schemi di funzionamento del sistema, detti anche attrattori, e che quindi richiedono una ristrutturazione. Calando questi concetti all'interno della psicoterapia, è possibile vedere, nei cosiddetti schemi di funzionamento del sistema, i pattern comportamentali disadattivi del paziente, portatori di sofferenza e disagio e, nel cambiamento di secondo ordine, la capacità del terapeuta di perturbare il sistema in modo tale da ottenere un traghettaggio del paziente verso dei comportamenti più adattivi. Questa operazione di traghettaggio può essere sostenuta proprio dall'alleanza terapeutica e dalle sue strategiche rotture e riparazioni (Gelo & Salvatore, 2016). L'alleanza in questo caso rappresenterebbe un attrattore del sistema paziente-terapeuta, che partendo da una particolare modalità di funzionamento, attraverso le varie rotture e riparazioni, contribuirebbe a generare quel cambiamento necessario per raggiungere una nuova organizzazione, che si rifletterebbe anche nel cambiamento sperato dal paziente stesso (Gelo & Salvatore, 2016).

3.2 Tematiche principali

All'interno di questo paragrafo verranno presentati alcuni snodi tematici su cui la ricerca nel campo dell'alleanza si confronta tutt'oggi. In particolare, partendo da una visione ampia di questo costrutto, verranno inizialmente approfonditi i tentativi di assimilazione, sia a livello teorico che clinico, di questo particolare aspetto all'interno della tecnica terapeutica. Successivamente verrà chiarito il rapporto che tale concetto intrattiene con quello di transfert e delle ragioni per cui questi due aspetti sono stati messi a confronto. Infine verrà dedicata una digressione ai progressi, fatti nel cercare di spiegare l'evoluzione nel tempo dell'alleanza all'interno della terapia, e i modelli che ne sono risultati.

3.2.1 La relazione tra tecnica e alleanza

Come illustrato nel paragrafo precedente il concetto di alleanza nasce agli albori della psicoterapia, nel momento in cui divenne chiaro che questo nuovo approccio terapeutico, per essere efficace, aveva bisogno dell'attiva collaborazione del paziente nelle tecniche proposte

dal clinico. Le problematiche date dalla mancata collaborazione del paziente crearono quell'impulso necessario a proporre nuovi metodi terapeutici da introdurre all'interno della sessione. Come si nota quindi, l'alleanza e la tecnica terapeutica sono sempre rimaste all'interno di una relazione quasi indissolubile che ha permesso ad entrambi i concetti, in questo continuo confronto, di illuminarsi reciprocamente. Ma proprio per via di questa stretta dipendenza tra i due, entrambi sono stati spesso motivo di confusione e fraintendimenti, per questo motivo appare necessario definirli mettendoli a confronto.

La tecnica, secondo Muran e Barber, si può definire come quella strategia intenzionale e pianificata del terapeuta, basata su una specifica teoria clinica, applicata per ottenere dei cambiamenti desiderati nel paziente (Muran & Barber, 2010). L'alleanza invece mette a fuoco, più che la particolare strategia, il come il paziente e il terapeuta lavorano insieme (Muran & Barber, 2010). Sebbene i due concetti si riferiscano a diversi elementi del processo terapeutico, tuttavia non possono essere considerati indipendenti e separati fra loro. Infatti l'efficacia di una tecnica implica che ci sia anche una buona alleanza. Quindi una tecnica per dirsi buona deve considerare l'aspetto dell'alleanza come parte integrante della messa in atto di quella particolare strategia, in quanto una mancata collaborazione del paziente rischierebbe di vanificare la strategia stessa (Muran & Barber, 2010). Alcuni studiosi hanno proposto che, come soluzione possibile per tenere insieme questa duplicità, fosse quella di creare delle tecniche ad hoc per rinforzare l'alleanza. Questa modalità di affrontare il problema quindi, distingue due tipologie di azioni terapeutiche, quelle propriamente "tecniche", nate per risolvere i sintomi, e quelle invece legate all'alleanza. Questo tipo di soluzione tuttavia non sembra cogliere la differenza fondamentale tra l'alleanza e la tecnica, ovvero quella di essere su diversi livelli concettuali. La tecnica si occupa di quali azioni mettere in campo, mentre l'alleanza valuta il come il lavoro tra terapeuta e paziente sta procedendo. Alla luce di questa precisazione quindi si può comprendere come la creazione di nuove tecniche specifiche per l'alleanza, non permetta di esaurire, e tanto meno di risolvere, queste problematiche all'interno della terapia, in quanto il come sarà una questione sempre presente all'interno di qualsiasi azione terapeutica si possa mettere in pratica.

3.2.2 Alleanza e transfert

Sia il concetto di alleanza che quello di transfert sono nati all'interno dell'alveo psicoanalitico per descrivere diverse proprietà della relazione terapeutica. Nonostante

questo, la modalità di considerare questi due concetti ha suscitato diverse controversie, per via soprattutto della tendenza a riconoscerli come concetti in contrapposizione fra loro (Muran & Barber, 2010). Il transfert è un concetto fondamentale che descrive come i pattern tipici delle relazioni infantili del paziente si ripetano all'interno dell'analisi, nei confronti in particolare dello psicoterapeuta, al quale verranno attribuiti sentimenti e caratteristiche proprie di una figura del passato (Gabbard, 2018). A questo particolare fenomeno relazionale venne assegnata un'importanza cruciale, e se inizialmente venne visto come un ostacolo per il processo psicoanalitico, successivamente si riconosce come un agente fondamentale di cura, grazie alla sua interpretazione proposta al paziente (Freud, 1901). L'interpretazione del transfert diventa così la tecnica espressiva per eccellenza, quella strategia essenziale che permetteva di tramutare la fonte di un'importante resistenza del paziente, in veicolo di cambiamento (Gabbard, 2018). Tuttavia già lo stesso Freud riconobbe che non sempre il transfert avesse bisogno di essere interpretato, in quanto esso in taluni casi veicolava sentimenti positivi nei confronti dell'analista (Freud, 1912). Si delineava così l'idea di una duplice natura del transfert, una caratterizzata da sentimenti per di più negativi che fungono da ostacolo all'interno del trattamento, e una seconda tipologia invece, altrettanto fondamentale, che ha attributi positivi in quanto veicola fiducia e collaborazione (Lingiardi & Colli, 2015). Proprio in questo secondo aspetto del transfert alcuni autori riconoscono una protodefinizione del concetto denominato successivamente con il nome di alleanza. Come mostrato nel primo paragrafo, l'alleanza acquisì progressivamente spazio all'interno del pensiero psicoanalitico, tanto da suscitare la preoccupazione da parte di alcuni che questo aspetto della relazione mettesse in secondo piano, o addirittura offuscasse, il meccanismo fondamentale dell'analisi del transfert. Le ragioni di questa critica giunsero da una contrapposizione dei due concetti. Brenner, ad esempio (1979), vede nell'alleanza un evitamento e un sostituto del lavoro analitico, in quanto condurrebbe ad un'inibizione dell'espressione degli affetti negativi nei confronti del clinico. Questo perché l'enfasi sull'alleanza gratificherebbe il transfert non analizzato invece di farlo emergere attraverso la sua frustrazione (Brenner, 1979). Il timore espresso da questo autore e da molti altri (ad esempio Adler & Bachant, 1998; Curtis, 1979; Kanzer, 1975; Stein, 1981), si può sintetizzare nel monito che la diade paziente-analista possa diventare troppo impegnata nella reciproca gratificazione e collaborazione, tanto da eludere ed esplorare gli elementi nevrotici all'interno della relazione (Messer & Wolitzky, 2010). La convinzione che l'interpretazione in generale, e in particolar modo quella legata al transfert, sia l'elemento principale e curativo

nelle terapie psicodinamiche è stata messa in discussione dal crescente riconoscimento dell'importanza degli aspetti relazionali. In questo processo hanno notevolmente contribuito alcune successive elaborazioni del pensiero psicodinamico legate all'approccio relazionale e alla psicologia del sé, le quali hanno enfatizzato come le esperienze terapeutiche positive con il terapeuta, vissute come nuove e benevole, siano cruciali. Per Heinz Kohut, ad esempio, il valore dell'interpretazione si trova nella sua capacità di far sentire il paziente compreso, spostando l'attenzione dall'insight alla qualità della relazione con il terapeuta (Kohut, 1984). La relazione con un terapeuta "sufficientemente bravo" quindi, viene vista come curativa di per sé, tanto quanto l'insight derivante dal lavoro interpretativo (Messer & Wolitzky, 2010). A questo punto la formulazione comune secondo cui l'analista debba essere percepito come un "oggetto cattivo" (cioè con qualità negative) affinché si sviluppi il transfert, viene integrata dall'idea complementare che sia altrettanto importante che il terapeuta sia vissuto come un "oggetto buono" (più benigno e comprensivo dei genitori in alcuni aspetti) (Messer & Wolitzky, 2010). Una comprensione completa dell'efficacia della terapia deve considerare quanto l'alleanza terapeutica sia essenziale per facilitare l'interpretazione e quanto essa stessa rappresenti un elemento curativo. Oltre a questo, negli ultimi anni, si è fatta strada anche l'idea che l'enfasi sul transfert debba essere graduata in funzione delle caratteristiche del singolo paziente (Gabbard, 2018). Alcune ricerche si sono proprio occupate di identificare i fattori che possono concorrere nel trarre maggior beneficio da questa tipologia di intervento. Nello studio di Hoglend e colleghi ad esempio (2011), sono stati messi a confronto pazienti con disturbi diversi, assegnati in maniera randomizzata e controllata ad una terapia psicodinamica della durata di un anno, la quale poteva utilizzare interpretazione del transfert o meno, a seconda della condizione sperimentale. I risultati della ricerca hanno mostrato come i pazienti, con relazioni oggettuali di livello più alto e una migliore alleanza terapeutica, non solo non hanno beneficiato delle interpretazioni sul transfert, ma questa sembra aver avuto addirittura un impatto negativo sull'outcome. Il lavoro sul transfert invece è risultato cruciale nel trattamento dei pazienti con un'alleanza terapeutica debole e con relazioni oggettuali poco positive (Hoglend, 2011).

3.2.3 L'alleanza nel tempo

Come in qualsiasi relazione umana, l'alleanza tra cliente e terapeuta è soggetta a cambiamenti nel tempo. Per comprendere meglio questi cambiamenti, i ricercatori hanno

valutato l'alleanza in diverse fasi della terapia, con l'obiettivo di comprendere se ci fossero dei modelli con i quali fosse possibile prevedere il suo andamento durante il corso del trattamento fino alla sua conclusione. Questa tipologia di studi che si è focalizzata sul processo è stata anche poi combinata con le ricerche sull'outcome, per comprendere se andamenti differenti, in termini di variazione dell'alleanza, fossero associati ad outcome più o meno positivi.

Uno dei primi modelli testati è stato quello dell'aumento lineare durante il corso delle sessioni (Stiles & Goldsmith, 2010). Le ricerche a riguardo non hanno mostrato risultati coerenti in quanto, sebbene alcune riportano prove a conferma di tale modello (come ad esempio Fitzpatrick et al., 2005; Kramer et al., 2009), altrettanti studi non sono invece riusciti a confermare questa tendenza (Hilsenroth et al., 2004; Sexton et al., 1996). Sexton e il suo gruppo (1996), mostrano come una leggera pendenza positiva scompariva se la prima veniva omessa, suggerendo quindi che il modello di crescita lineare era in realtà un modello stabile falsato solo dalla prima seduta.

Un altro modello testato nel corso degli anni è stato quello che segue un andamento a forma di U, ovvero forte nelle prime sessioni, più debole nel mezzo, e di nuovo forte alla fine (Stiles & Goldsmith, 2010). Tale modello venne teorizzato inizialmente da studiosi come Mann (1973), Luborsky (1976; 1993) e Gelso & Carter (1994). Sulla base di queste influenti concettualizzazioni, i ricercatori successivi sono stati stimolati nel verificare l'attendibilità di tale tendenza, tuttavia le evidenze a sostegno sono state scarse (ad esempio, Joyce & Piper, 1990; Kramer et al., 2008, 2009; Paivio & Patterson, 1999; Stiles et al., 2004). Questa debolezza dei risultati ha portato ad intendere le teorie precedenti più adatte nel descrivere un livello di analisi microscopico, piuttosto che macroscopico come invece era stato fatto. Il modello di rottura e riparazione di Safran e Muran, è uno dei frutti più importanti di questo spostamento di prospettiva. Questo modello infatti propone anch'esso oscillazioni dell'alleanza tra paziente e terapeuta, ma caratterizzate da un lasso di tempo molto più ristretto, che variano dalla durata di qualche minuto, fino al massimo ad una o due sessioni (Safran & Muran, 1996; Safran et al., 2001). Infatti nel caso delle terapie a lungo termine, il modello a U implicherebbe in modo implausibile la presenza di lunghissimi periodi di alleanza debole e compromessa. Per questo motivo è stato proposto che un andamento più realistico potrebbe essere quello descritto da una forma segmentata a V (Stiles & Goldsmith, 2010). Nonostante questi sviluppi interessanti, non esiste tuttavia ancora una coerenza tra le varie ricerche che riesca a confermare chiaramente la maggiore predittività di un modello

sull'altro (Stiles & Goldsmith, 2010). Così allo stesso modo nessuno di questi andamenti sembra essere associato in maniera incontrovertibile ad outcome terapeutici migliori (Stiles & Goldsmith, 2010). Le ragioni di questa frammentazione dei risultati possono essere spiegate da una mancanza di uniformità a livello metodologico, rispetto sia ad esempio alla diagnosi dei pazienti coinvolti, o agli approcci terapeutici, e sia alle misure utilizzate o al numero diverso di punti campionati lungo il trattamento (Stiles & Goldsmith, 2010). Per completezza appare così rilevante, ai fini di questa esposizione, dedicare uno spazio specifico proprio al tema della misurazione dell'alleanza e ai diversi strumenti messi in gioco, spazio a cui verrà dedicato il seguente paragrafo.

3.3 Strumenti di valutazione

Lo sviluppo di strumenti testistici per la misurazione dell'alleanza è iniziato agli albori degli anni '80, contestualmente alla nascita dell'interesse verso i fattori aspecifici della psicoterapia, e allo studio della loro rilevanza sull'outcome (McAleavey & Castonguay, 2015; Budge & Wampold, 2015). In questo primo arco di tempo quindi, numerose ricerche si concentrarono sull'indagine della relazione esistente tra questo costrutto e l'esito della terapia, prendendo in considerazioni diverse variabili come la tipologia di trattamento, la prospettiva della valutazione o il momento della valutazione (Lingiardi & Colli, 2015). A suggello dei risultati che questa tipologia di ricerca ha prodotto, sono state svolte numerose meta-analisi, le quali hanno indicato una moderata ma consistente relazione tra alleanza terapeutica ed outcome (Horvath & Bedi 2002; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al. 2000; Horvath et al. 2011). Gli strumenti sviluppati in questo periodo sono quelli che vengono ancora maggiormente utilizzati, infatti a dispetto di una grande abbondanza di test (34 secondo la review di Elvins & Green, 2008), circa due terzi delle ricerche sono state condotte utilizzando lo stesso pool di misure (Horvath et al. 2011). Queste sono la Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath and Greenberg 1989), la California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS) (Gaston and Marmar 1994), l'Helping Alliance Questionnaire (Haq) (Alexander and Luborsky 1986), e la Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS) (O'Malley et al. 1983). Tutte queste scale prevedono una scala Likert per la prospettiva del paziente, del terapeuta e di un osservatore esterno, e inoltre, presentano fra loro un'affidabilità piuttosto elevata (Elvins & Green, 2008; Martin et al., 2000). Tuttavia la varianza comune inferiore al 50% può essere segno dalla diversa enfasi posta ai vari elementi

attraverso cui il concetto di alleanza viene descritto (Apostolopoulou & Giovazolias, 2021). Ognuna di queste misure infatti è costruita sulla base di una diversa concettualizzazione del costrutto. Il WAI si focalizza efficacemente sugli accordi generali relativi a compiti e obiettivi, mentre il PHAS invece è più sensibile a come l'alleanza terapeutica si modifica nel tempo. Il CALPAS mette in luce, sia il coinvolgimento affettivo del terapeuta, che la capacità operativa del paziente, mentre il VTAS si concentra più sui fattori del terapeuta che influenzano negativamente l'alleanza, e sulla qualità delle interazioni della diade (Lingiardi & Colli, 2015). Sebbene queste misure differiscano su alcuni aspetti, è importante sottolineare come tutte condividano due dimensioni fondamentali: la dimensione affettiva o relazionale, e quella relativa al compito, che riguarda gli aspetti più formali della programmazione del trattamento e dell'orientamento agli obiettivi (Lingiardi & Colli, 2015). Con il progressivo emergere dell'interesse, intorno agli anni '90, per un diverso tipo di ricerca, che non si occupava solo di indagare il trattamento psicoterapico in termini di outcome, ma che poneva la propria attenzione sul processo che esso sottende, anche dei nuovi strumenti di misurazione vennero sviluppati per seguire queste nuove esigenze sperimentali. Infatti se con le ricerche finora descritte era stato possibile verificare l'importanza di una solida alleanza terapeutica ai fini della buona riuscita di un trattamento, ora la ricerca era chiamata a rispondere a quell'interesse clinico che si chiedeva il "come" era possibile costruire un'alleanza positiva con i propri pazienti. Per fare questo, come illustrato nei paragrafi precedenti, oltre allo studio dell'andamento dell'alleanza ad un livello macro lungo il corso della terapia, i ricercatori hanno focalizzato la propria attenzione anche a livello di microprocesso, andando a cogliere quelle che sono state chiamate "rotture" e "riparazioni" (Lingiardi & Colli, 2015). Come descritto nell'articolo di Eubanks-Carter e colleghi (2010a), si possono riconoscere tre metodologie attraverso cui le rotture e le riparazioni sono state valutate: attraverso degli strumenti self-report diretti, attraverso strumenti self-report indiretti e in ultimo quelli basati sull'osservazione. Nelle prime due tipologie di misure vengono interrogati i pazienti e i terapeuti attraverso una serie di items o domande dai quali è possibile inferire, direttamente o indirettamente, la presenza o meno, durante la sessione, di eventuali rotture. Un esempio di misure impiegate in questo tipo di metodologia sono il Post-Session Questionnaire (PSQ) (Muran et al., 1992) e l'Alliance Negotiation Scale (ANS) (Doran et al., 2012). Considerando però le limitazioni dovute alle misure self-report, alcuni studiosi hanno sviluppato strumenti alternativi in grado di valutare la fluttuazione dell'alleanza all'interno di una sessione, tramite l'utilizzo di criteri basati

sull'osservazione. Questi approcci hanno in comune due aspetti principali: quello di coinvolgere osservatori esterni e quello di concentrarsi, anziché su una valutazione globale della sessione, sull'identificazione di indicatori di rotture e risoluzioni a livello dei singoli turni di parola (Lingiardi & Colli, 2015). Gli strumenti basati su questa diversa metodologia di analisi, tuttavia, non sono molti, forse anche per via dell'importante dispendio in termini di tempo che questi richiedono per il loro utilizzo. Nonostante questo però, essi possono essere considerati i più coerenti con la visione dell'alleanza come qualcosa non di statico, ma bensì co-costruito nel corso del tempo a livello dell'interazione nella diade. Per questo motivo approfondiremo due degli strumenti appartenenti a questa categoria, e i loro relativi modelli teorici di riferimento.

3.3.1 Il Rupture Resolution Rating System (3RS)

Questo sistema di valutazione è ad oggi lo strumento basato sull'osservatore più usato per la codifica delle rotture (Eubanks et al., 2018). La concettualizzazione dell'alleanza di questo strumento si basa su quella proposta da Bordin (1979), descritta come formata dall'interazione di tre elementi distinti: l'accordo tra paziente e terapeuta sui compiti del trattamento, l'accordo sugli obiettivi del trattamento, e il legame personale e affettivo tra il paziente e il terapeuta (Eubanks et al., 2015). Sulla base di questo, le rotture possono essere descritte come una mancanza di collaborazione su uno dei tre livelli sopra menzionati. L'accento posto sulla collaborazione esprime una specifica posizione teorica degli autori, in quanto una visione relazionale dell'alleanza supera la considerazione della rottura come un semplice accordo o disaccordo sui contenuti, mettendo in primo piano la matrice interpersonale su cui questo scambio avviene, e quindi oltre che i contenuti, mettendo a tema anche le modalità attraverso cui la comunicazione avviene (Lingiardi & Colli, 2015). Questo permette ad esempio di uscire dalla logica secondo la quale un paziente sempre d'accordo con il proprio terapeuta, è un paziente che ha instaurato una buona alleanza con esso, logica questa, che incarna un tipo di approccio chiamato "one-person psychology" (Lingiardi & Colli, 2015). Proseguendo la riflessione quindi, si può anche dire che non tutti i disaccordi tra paziente e terapeuta saranno per forza segni della presenza di una rottura, un paziente infatti può esprimere il proprio disaccordo in maniera appropriata, non inficiando sulla collaborazione con il clinico, ma anzi promuovendola (Eubanks et al., 2015). Per aiutare

nell'individuazione di una rottura gli autori suggeriscono alcuni indizi attraverso cui è possibile riconoscerla (Eubanks et al., 2015):

- Il paziente e il terapeuta non lavorano insieme in modo collaborativo e produttivo.
- Non sono “sulla stessa pagina”.
- C'è tensione o imbarazzo tra paziente e terapeuta.
- Il paziente e il terapeuta sono disallineati o in disaccordo.
- Il paziente e il terapeuta sembrano distanti l'uno dall'altro.
- Il modo di lavorare tra paziente e terapeuta è incompatibile.
- Il paziente e il terapeuta si comportano in modo amichevole, ma si percepiscono tensioni o disaccordi sotto la superficie, tanto che la cordialità sembra essere una pseudo-alleanza.
- Il paziente e il terapeuta sembrano coinvolti in un circolo vizioso o in una messa in scena.
- Sentirsi molto annoiati mentre si assiste ad una seduta. Questo potrebbe essere un segno che il paziente sta evitando di parlare di sentimenti e preoccupazioni autentiche.

Il 3RS inoltre dispone di una classificazione di diverse rotture, basate principalmente sulla suddivisione proposta da Harper in rotture di ritiro, e rotture di confronto (Harper, 1989a, 1989b; Eubanks et al., 2019). Questa distinzione si basa a sua volta sulla dinamica descritta da Horney (1950), secondo cui, di fronte ad uno stimolo che ci causa ansia reagiamo, o allontanandoci, o avvicinandoci, oppure scontrandoci con esso (Horney, 1950). Le rotture da ritiro quindi inquadrano tutte quelle situazioni in cui il paziente, per così dire, si “allontana” dal terapeuta, o dal tema da lui proposto, attraverso comportamenti evitanti o eludenti (Eubanks et al., 2015). Nelle rotture da confronto invece, il paziente si pone contro il terapeuta attraverso l'espressione di rabbia o insoddisfazione, minando quindi alla collaborazione tra i due (Eubanks et al., 2015). Sebbene le rotture, secondo il modello di riferimento degli autori, siano determinate dal contributo di entrambi gli attori della diade, questo strumento valuta solo i comportamenti del paziente, riservando al terapeuta solo una sezione finale del foglio di valutazione. Riportiamo ora i differenti indicatori di rottura suddivisi per categorie, con una piccola descrizione per ognuno tratta dal manuale (Eubanks et al., 2015):

Marcatori di rottura per il ritiro:

- Negazione
- Risposta minima
- Comunicazione astratta
- Racconto evitante e/o spostamento dell'argomento
- Deferente e acquiescente
- Scissione contenuto/affetto
- Autocritica e/o mancanza di speranza

Marcatori di rottura del confronto:

- Lamentele/preoccupazioni nei confronti del terapeuta
- Il paziente rifiuta l'intervento del terapeuta
- Lamentele/preoccupazioni sulle attività di terapia
- Lamentele/preoccupazioni sui parametri della terapia
- Lamentele/preoccupazioni sui progressi della terapia
- Il paziente si difende dal terapeuta
- Sforzi per controllare/pressare il terapeuta

Un'altra caratteristica di questa scala è la valutazione anche delle strategie di risoluzione messe in atto dal terapeuta. Tale classificazione è basata principalmente sulle categorie descritte da Safran e Muran (Safran & Muran, 2000). Per questi autori quando si verifica la riparazione di una rottura si deve poter notare, all'interno della sessione, un cambio di rotta in positivo, una sorta quindi di discontinuità rispetto alle interazioni precedenti. È importante anche precisare che, per essere presente un comportamento di riparazione, esso deve essere sempre collegato con almeno una rottura, la quale può anche essersi verificata in una seduta precedente, purché appaia plausibile questo tipo di collegamento (Eubanks et al., 2015). Di seguito riportiamo le strategie di riparazione individuate all'interno di questo strumento:

- Il terapeuta chiarisce un malinteso.
- Il terapeuta modifica i compiti o gli obiettivi.
- Il terapeuta illustra i compiti o fornisce una motivazione per il trattamento.

- Il terapeuta invita il paziente a discutere pensieri o sentimenti rispetto al terapeuta o a qualche aspetto della terapia.
- Il terapeuta riconosce il proprio contributo alla rottura.
- Il terapeuta rivela la propria esperienza interna dell'interazione paziente-terapeuta.
- Il terapeuta collega la rottura a modelli interpersonali più ampi tra il paziente e il terapeuta.
- Il terapeuta collega la rottura a modelli interpersonali più ampi nelle altre relazioni del paziente.
- Il terapeuta convalida la postura difensiva del paziente.
- Il terapeuta risponde alla rottura reindirizzando o riorientando il paziente.

Infine, parlando delle proprietà psicometriche, è possibile affermare che ci sono stati diversi studi che, utilizzando il 3RS, hanno dato supporto alla sua validità e alla sua capacità predittiva (Eubanks et al., 2019). Alcune ricerche inoltre hanno riportato un'affidabilità tra valutatori che rientra nell'intervallo da buono a eccellente (Cicchetti, 1994).

3.3.2 Collaborative Interaction Scale Revised (CIS-R)

Il CIS-R (Colli et al., 2019), è una scala di valutazione delle rotture e delle risoluzioni dell'alleanza basata sulle trascrizioni delle sedute. Questa ultima versione della scala è frutto di un lungo lavoro di progressive revisioni e aggiustamenti iniziato con una versione solo in italiano presentata nel 2001 con il nome di IVAT (Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica). I presupposti teorici da cui questa scala viene sviluppata attingono alle concezioni di alleanza e rottura sviluppate da Safran e Muran, i quali partendo da un paradigma bipersonale, descrivono l'alleanza come una proprietà emergente in costante cambiamento all'interno della relazione terapeutica (Safran & Muran, 2006). Coerentemente con tale quadro, le rotture vengono definite come frutto del contributo sia del paziente che del terapeuta (Colli et al., 2019). A differenza però della scala precedentemente descritta, questa posizione teorica si è tradotta concretamente all'interno della scala di valutazione, proponendo una sottoscala per classificare le interazioni del paziente e una sottoscala per quelle del terapeuta, chiamate rispettivamente CIS-P e CIS-T. Entrando più nel dettaglio possiamo dire che la CIS-P, che viene quindi utilizzata per valutare le rotture dell'alleanza e i processi collaborativi del paziente, viene a sua volta suddivisa in quattro sottoscale, che racchiudono i Marcatori Diretti di Rottura (DRM), i Marcatori Indiretti di Rottura (IRM), i

Processi Collaborativi Diretti (DCP) ed infine i Processi Collaborativi Indiretti (ICP). Questa suddivisione interna prende spunto anch'essa dal lavoro di Safran e Muran, e in particolare, dalla distinzione tra marcatori di ritiro e di confronto da una parte, e dal loro contributo sui processi riparativi dell'altra (Colli et al., 2019). La scelta però di esprimere queste diverse categorie con termini diversi, quali rotture dirette e indirette al posto di ritiro/confronto, e processi collaborativi diretti e indiretti, al posto invece di processi riparativi, deriva dalla volontà di mettere maggiormente l'accento sull'aspetto comunicativo dell'interazione e di svincolare gli aspetti di riparazione da quelli di rottura (Colli et al., 2019). Allo stesso modo per la CIS-P, anche la CIS-T è composta da quattro sottoscale, che valutano rispettivamente gli Interventi Diretti di Collaborazione (DCI), gli Interventi Indiretti di Collaborazione (ICI), gli Interventi di Rottura (RI) ed infine gli Interventi Terapeutici (TI). I riferimenti teorici adottati per queste suddivisioni sono più eclettici e per questo rappresentano anche il contributo più originale di questo strumento. Gli interventi di collaborazione diretti o indiretti descrivono quelle interazioni del terapeuta che si possono concentrare esplicitamente (diretti) o no (indiretti) sulla relazione con il paziente, e che in generale contribuiscono positivamente alla relazione con esso (Colli et al., 2019). A tale riguardo studi precedenti affermano che i percorsi terapeutici con esito positivo sono caratterizzati da affermazioni da parte del clinico che esprimono comprensione, ascolto attento e apertura (Henry et al., 1986). Gli interventi di rottura da parte del terapeuta invece sono stati formulati, in parte utilizzando le rotture di ritiro concepite per i pazienti, in parte un'altra scala detta Vanderbilt Negative Indicator Scale (Suh et al., 1989). Con interventi terapeutici invece si distinguono quattro tipologie: di supporto, esplicativi, esplorativi ed espressivi. Gli interventi di supporto includono validazione o riflessione empatica; gli interventi esplicativi spiegano al paziente cose come i meccanismi psicologici e/o i sintomi, le basi teoriche del trattamento, le regole del setting o gli obiettivi della terapia; gli interventi esplorativi aiutano i pazienti ad elaborare in maniera più profonda e includono chiarimenti, riformulazioni e domande aperte. Infine l'interpretazione, il confronto e l'osservazione sono esempi di interventi espressivi (Colli et al., 2019). Il contributo del terapeuta nell'alleanza può essere in generale concepito su due assi principali, distinguibili ma non indipendenti tra loro. Uno sottende l'aspetto relazionale, mentre l'altro quello della tecnica (Colli et al., 2019).

Per quanto riguarda la validità e l'affidabilità della scala gli studi hanno confermato che i punteggi sono in linea con i risultati delle ricerche precedenti in merito al verificarsi delle rotture da ritiro e di confronto (Sommerfeld et al., 2008; Hill et al., 1993; Hill et al., 1992;

Regan & Hill, 1992), e agli interventi del terapeuta (Colli et al., 2017). Anche per quanto riguarda l'affidabilità le ricerche attribuiscono risultati da discreti ad eccellenti portando ad un miglioramento rispetto alla versione precedente (Colli et al., 2017).

3.4 Strumenti alternativi

Come abbiamo precedentemente illustrato la ricerca sull'alleanza terapeutica si può descrivere all'interno di diversi archi narrativi. Il primo di questi, attraverso gli studi sull'outcome, ha portato al riconoscimento di questo elemento come fondamentale all'interno della psicoterapia, al pari o in misura maggiore anche delle specifiche tecniche. Un secondo arco narrativo descrive invece il crescente interesse, dovuto dalla progressiva assimilazione dei risultati precedenti, verso il processo sottostante all'alleanza. Grazie anche al contributo di diversi studiosi, il modo di considerare questo costrutto si è orientato progressivamente sul suo aspetto dinamico e interattivo. Questo cambio di prospettiva ha reso quindi necessario lo sviluppo anche di metodologie e strumenti empirici alternativi, che permettessero di indagare tale fenomeno sotto queste nuove lenti. Le scale osservative-based descritte nel precedente paragrafo si muovono proprio in tale direzione, proponendo dei marker attraverso cui è possibile valutare le fluttuazioni nel tempo dell'alleanza, tramite l'alternarsi di ricorrenti rotture e riparazioni. Tuttavia i limiti di misure basate sull'osservazione e sull'analisi delle interazioni verbali, come il considerevole dispendio di tempo e di denaro, ha portato gli studiosi a sperimentare nuovi indici per lo studio dell'alleanza nel tempo. Tra questi troviamo marcatori vocali acustici (Imel et al., 2014; Dolev-Amit et al., 2020b), marcatori biologici (Zilcha-Mano et al., 2020; Tchizick et al., 2024), la sincronizzazione brain-to-brain (Zhang et al., 2018) e la sincronizzazione non verbale e fisiologica (Ramseyer & Tschacher, 2011; Cohen et al., 2021;). In questo paragrafo approfondiremo in particolare questo ultimo filone di ricerca.

3.4.1 La sincronizzazione interpersonale

Nel corso degli anni sono numerose le prove che hanno supportato un collegamento fra la sincronizzazione non verbale e fisiologica e l'alleanza terapeutica (Ramseyer & Tschacher, 2011, 2014; Altman et al., 2020). Ad esempio, Cohen e colleghi (2021) hanno condotto uno studio sull'interconnessione tra la sincronizzazione non verbale e l'alleanza terapeutica in

pazienti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore. Nel loro studio, hanno suddiviso il concetto di alleanza in due aspetti: tratti e cambiamenti di stato. I tratti si riferiscono alle differenze tra le interazioni delle diadi nella capacità di formare una forte alleanza, mentre i cambiamenti di stato riguardano le variazioni nell'alleanza durante il trattamento. La sincronizzazione è stata misurata tramite la Motion Energy Analysis (MEA; Ramseyer, 2020b), mentre l'alleanza terapeutica è stata valutata utilizzando il Working Alliance Inventory Short Form (Horvath & Greenberg, 1989). I risultati hanno indicato una correlazione significativa tra la componente di cambiamento di stato dell'alleanza e la sincronizzazione non verbale (Cohen et al., 2021). Un'altra ricerca interessante è quella di Tschacher e Meier (2020) nella quale hanno condotto uno studio su 55 sedute di psicoterapia diadica, durante le quali hanno misurato l'attività cerebrale (EEG), la frequenza cardiaca e la respirazione di pazienti e terapeuti. Sono stati somministrati questionari autovalutativi sia ai pazienti che ai terapeuti. I terapeuti hanno completato scale riguardanti la qualità della relazione terapeutica, la percezione della cooperazione del paziente e il progresso della terapia. I pazienti hanno valutato la qualità della relazione con il terapeuta, il proprio benessere e il progresso della terapia. Lo studio ha rilevato correlazioni significative tra la sincronizzazione fisiologica misurata e le valutazioni autovalutative dell'alleanza terapeutica. Inoltre, sono emerse associazioni negative tra la sincronizzazione della frequenza cardiaca anti-phase e la percezione del progresso della terapia da parte del paziente, indicando che un aumento della frequenza cardiaca del terapeuta era associato a una diminuzione di quella del paziente. Al contrario, il benessere e la qualità della relazione percepiti dal paziente erano associati alla sincronizzazione in-phase della frequenza cardiaca (Tschacher & Meier, 2020).

I risultati promettenti delle ricerche in questo campo hanno sollecitato anche lo sviluppo di modelli teorici che permettessero una maggiore integrazione teorica tra la sincronizzazione interpersonale e l'alleanza terapeutica. Particolarmente significativo è il modello In-Synch proposto da Koole e Tschacher (2016). Il concetto centrale del modello In-Synch è che l'alleanza terapeutica si sviluppa grazie all'accoppiamento dell'attività neurale tra il cervello del paziente e quello del terapeuta. Ad un maggiore accoppiamento tra i cervelli, corrisponde una migliore alleanza. Questo matching può avvenire solo attraverso la reciproca sincronizzazione del comportamento, e delle varie esperienze vissute, durante la terapia. La sincronia tra paziente e terapeuta facilita quindi lo sviluppo dell'alleanza, che a sua volta favorisce la regolazione emotiva adattiva nel paziente e, di conseguenza, il raggiungimento

di risultati terapeutici positivi (Koole & Tschacher, 2016). Questo modello inoltre distingue tre livelli attraverso cui questo processo di sincronizzazione agisce. I livelli si distinguono in termini di complessità dei processi cognitivi coinvolti, e in termini di velocità di elaborazione. Al livello 1 si situano i processi percettivo-motori e quindi tutti quei fenomeni di sincronizzazione a livello delle espressioni facciali, dello sguardo, degli schemi respiratori e del movimento del corpo (Koole & Tschacher, 2016). Al livello 2 vengono considerati quei processi socio-cognitivi più complessi che non hanno più una diretta connessione con i sistemi motori, e che insieme concorrono nello sviluppo dell'alleanza terapeutica. Fanno parte di questo livello i sistemi motivazionali e la memoria autobiografica. I processi di sincronizzazione a tale livello si sviluppano anche all'interno di una finestra temporale più lunga rispetto a quelli precedenti, che secondo gli autori varia dall'ordine dei secondi a quello delle ore (Koole & Tschacher, 2016). Al livello 3 infine si situa la regolazione delle emozioni. Questo elemento viene considerato come quel fattore collegato al 75% delle psicopatologie inserite nei manuali diagnostici, e che quindi è in grado di determinare in gran parte l'esito della psicoterapia e il livello di salute del paziente. Tale processo è coinvolto in processi di sincronizzazione che rientrano in una finestra temporale compresa tra qualche giorno fino ad anni (Koole & Tschacher, 2016). L'alleanza quindi, in tale modello, viene posta come ponte per lo sviluppo di capacità autoregatorie dei pazienti. Essa inoltre viene descritta come composta di tre processi distinguibili ma strettamente interagenti, i quali implicano sempre una sincronizzazione tra paziente e terapeuta. Il primo processo viene chiamato "linguaggio comune" e descrive lo sviluppo di rappresentazioni mentali condivise attraverso lo scambio reciproco di significati e di modalità di utilizzo del linguaggio, processo anche noto come allineamento linguistico (Koole & Tschacher, 2016). Il secondo processo chiamato "condivisione" fa riferimento invece allo scambio di esperienze personali. L'ultimo processo infine è chiamato coregolazione affettiva e fa riferimento alla regolazione congiunta delle risposte affettive e dei loro correlati fisiologici. È importante sottolineare che essa implica qualcosa di più della semplice corrispondenza fisiologica (Koole & Tschacher, 2016).

Il modello In-Sync quindi appare come un quadro teorico promettente in grado di integrare i risultati provenienti da diverse discipline, e traducendo l'aspetto intrinsecamente relazionale dell'alleanza anche a livello neurale e fisiologico, attraverso il meccanismo della sincronizzazione, il quale si ripercuote su vari livelli di complessità.

3.4.2 Possibili risonanze tra alleanza ed empatia

Il modello In-Sync offre anche alcune interessanti suggestioni per spiegare come due fenomeni come quello dell'empatia e dell'alleanza terapeutica siano collegati fra loro. In particolare, quando viene approfondito il secondo livello del modello, dedicato specificamente all'alleanza, si accenna all'empatia come ad un fenomeno implicato nei processi descritti. Infatti, sia per quanto riguarda lo sviluppo di un linguaggio comune (prima componente), sia per quanto riguarda la coregolazione affettiva (terza componente), vengono riportati studi che indagano l'empatia, al fine di supportare il collegamento che questi fenomeni hanno con l'alleanza. Viene citata ad esempio la ricerca di Lord e colleghi (2015) nella quale, attraverso la trascrizione di 122 sedute di 122 clinici differenti, è stata indagata la sincronizzazione a livello di stile linguistico tra paziente e terapeuta ed è emerso come questa fosse significativamente collegata all'empatia del terapeuta valutata da osservatori esterni attraverso un test standardizzato (Lord et al., 2015). Un'altra ricerca citata è quella di Marci e colleghi (2007), nella quale ad essere indagata è la sincronizzazione della conduttanza cutanea tra paziente e terapeuta. Anche in questo caso questa particolare tipologia di sincronizzazione fisiologica, già presentata nel capitolo precedente, è risultata correlata significativamente con l'empatia del terapeuta valutata dal paziente (Marci et al., 2007). Il collegamento fatto dagli autori tra alleanza ed empatia non è quindi esplicitamente spiegato, anche se tuttavia viene comunque proposto a supporto del modello che mette in stretto collegamento il fenomeno della sincronizzazione con quello dell'alleanza. L'empatia sembra quindi essere delineata come un ponte, o un fattore peculiare, che concorre nello sviluppo di una buona alleanza tra paziente e terapeuta, e che condivide con essa il meccanismo della sincronizzazione. Tale ruolo assegnato all'empatia ricorre anche nell'articolo di Colli e Lingiardi (2009), nel quale si dichiara che gli elementi chiave dell'empatia (come calore/amichevolezza, affermazione, aiuto e comprensione) sono positivamente associati all'alleanza terapeutica (Colli & Lingiardi, 2009). Tali affermazioni sono in linea con numerose altre ricerche che si sono proposte di indagare tale legame (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Hilsenroth et al., 2012). Interessante è la meta-analisi condotta da Nienhuis e colleghi (2016), nella quale viene indagato il contributo dell'empatia all'alleanza terapeutica. In questa ricerca, in cui sono stati raccolti 46 studi, è emerso che esiste una relazione forte fra questi due fenomeni (Nienhuis et al., 2016). Anche la revisione

di Hilsenroth e colleghi (2012), propone l'empatia come una caratteristica del terapeuta fondamentale per la costituzione di un'alleanza con il paziente positiva e duratura (Hilsenroth et al., 2012). Ritornando quindi al modello In-Sync, esso potrebbe dare un contributo originale nello spiegare la relazione fra questi due fenomeni, in quanto, proponendo l'alleanza come il risultato di diversi processi di sincronizzazione, l'empatia, già nota per essere positivamente correlata con essi, potrebbe essere coerentemente inclusa in questo quadro.

Capitolo 4

La Ricerca

Il percorso fin qui tracciato ha permesso di mettere in luce diversi fronti di ricerca prolifici, nei quali si persiste nel tentativo di rispondere a domande molto care alla psicologia. Le tematiche toccate, e ancora aperte, riguardano la comprensione e la definizione del fenomeno dell'empatia e dell'alleanza, e collegato a questi, il ruolo che essi giocano all'interno della psicoterapia e quindi anche la possibilità di monitorarli e misurarli. L'esposizione dei più recenti contributi della ricerca in questi ambiti ha rilanciato nuovamente le domande verso lo sviluppo di nuove ipotesi. Il presente capitolo si occuperà di descrivere l'intero processo attraverso cui è sorta l'ipotesi che ha guidato la presente ricerca e le varie metodologie messe in atto per verificarla sperimentalmente. In ultimo verranno esposti i risultati dell'analisi statistica.

I contributi fin qui esposti hanno portato a descrivere l'empatia come un fenomeno elusivo, per via soprattutto della difficoltà di definirlo in maniera chiara e coerente con costrutti affini. Tali problematiche hanno cercato una risoluzione attraverso l'utilizzo di approcci neuroscientifici che hanno consentito di descrivere il fenomeno attraverso una nuova lente. Tuttavia, sebbene gli sviluppi dati da questa metodologia siano stati fondamentali, rimane ancora aperta la questione su come il fenomeno empatico accada all'interno di una relazione. Tale domanda risulta particolarmente significativa per l'ambito della psicologia clinica e della psicoterapia, all'interno del quale la ricerca ha stimato che l'empatia ricopre un ruolo importante ai fini dell'outcome. Il modello del Perception Action Model (De Waal & Preston, 2017), suggerisce di concepire l'empatia in termini di sovrapposizione sé-altro, sovrapposizione data sia a livello neurale, da meccanismi come quello dei neuroni a specchio, sia a livello di esperienze personali e conoscenze. Tale modello inoltre inquadra l'empatia come un termine ombrello all'intero del quale è possibile ordinare, attraverso un approccio neuroevolutivo integrato, diverse capacità e componenti disponendole tra loro in maniera gerarchica, da quelle più elementari come il meccanismo della percezione-azione,

a quelle più complesse come l'empatia cognitiva. Il modo in cui il PAM è stato concepito sembrerebbe riuscire ad integrare anche le scoperte legate al fenomeno della sincronizzazione fisiologica e dell'empatia (Marci & Orr, 2006; Marci et al., 2007; Messina et al., 2013). Inoltre, il meccanismo della sincronizzazione fisiologica, oltre che rappresentare un possibile strumento attraverso cui monitorare il fenomeno dell'empatia in termini relazionali e di processo, sembra svolgere anche un ruolo di ponte con l'alleanza terapeutica (Ham & Tronick, 2009). Anche per questo fenomeno infatti, sono state raccolte prove convincenti di un legame con la sincronizzazione fisiologica (Høgenhaug et al., 2024b; Deres-Cohen et al., 2021; Tschacher & Meier, 2020), a tal punto che questi risultati hanno portato ad alcune interessanti proposte di sistematizzazione, tra cui quella del modello In-Sync (Koole & Tschacher, 2016) e quella di impostazione neurobiologica di Palmieri e colleghi (2021). All'interno del modello In-Sync la sincronizzazione viene proposta come meccanismo cardine che facilita l'alleanza e che a sua volta promuove le capacità di regolazione delle emozioni del paziente, influenzando così il cambiamento terapeutico. Mentre per quanto riguarda la proposta di Palmieri e colleghi (2021), viene ipotizzato, che l'ossitocina funga da mediatore della sincronizzazione fisiologica per via del collegamento tra le aree coinvolte nel sistema nervoso autonomo e i centri anteriori superiori, implicate nei meccanismi a specchio, proponendo così un quadro integrato a livello neurobiologico fra il fenomeno della sincronizzazione e i fenomeni di livello superiore come l'empatia e l'alleanza (Palmieri et al., 2021).

Alla luce delle connessioni messe in luce durante questo excursus, risulta interessante approfondire se la sincronizzazione fisiologica possa costituire un elemento valido attraverso cui descrivere anche le rotture dell'alleanza terapeutica. Le rotture dell'alleanza infatti, appaiono come un concetto essenziale per spiegare lo sviluppo di questa durante il processo terapeutico, costituito da una continua dinamicità fatta da rotture e successive riparazioni (Eubanks et al., 2018). Precedenti studi infatti hanno deciso di indagare il legame tra rotture e sincronizzazione (Deres-Cohen et al., 2021; Mylona et al., 2022), ottenendo risultati interessanti ma allo stesso contraddittori. Sulla base di tutte queste premesse è stata sviluppata l'ipotesi di ricerca del presente studio.

4.2 L'ipotesi di ricerca

La domanda scaturita riguarda il possibile rapporto tra le rotture dell'alleanza e la sincronizzazione fisiologica tra paziente e terapeuta. In particolare, si ipotizza che nei momenti in cui, durante l'interazione, si verifica una rottura, il livello di sincronizzazione fisiologica sia più basso rispetto al caso. Questo perché si crede che il fenomeno delle rotture possa essere collegato ad un fallimento empatico da parte del terapeuta, così come messo in luce da alcune revisioni sul tema (Ackerman et al., 2001; Ackerman & Hilsenroth, 2003). Per estensione quindi, dato che l'empatia è correlata con momenti di sincronizzazione fisiologica più elevati (Marci et al., 2007; Marci & Orr, 2006; Messina et al., 2011; Kleinbub, 2019), è lecito ipotizzare che le rotture da parte del terapeuta potrebbero verificarsi in momenti in cui la sincronizzazione fisiologica è più bassa rispetto al caso.

4.3 Metodo

Per verificare tale ipotesi, abbiamo raccolto il materiale proveniente da 32 simulazioni cliniche videoregistrate. Durante queste simulazioni, è stata anche rilevata la conduttanza cutanea dei partecipanti. Le simulazioni cliniche sono state progettate per ricreare situazioni realistiche di interazione terapeutica, permettendoci di osservare e analizzare le dinamiche tra terapeuti e pazienti in un ambiente controllato. Le videoregistrazioni forniscono una documentazione visiva dettagliata delle interazioni, mentre la misurazione della conduttanza cutanea consente di monitorare le risposte fisiologiche, offrendo dati preziosi per l'analisi della sincronizzazione fisiologica tra gli individui coinvolti.

4.3.1 Partecipanti

Ciascuna diade era composta rispettivamente da una studentessa di sesso femminile iscritta ad un corso Magistrale di Psicologia, e da uno studente di sesso maschile, iscritto ad un corso magistrale differente. La scelta di distinguere i ruoli in base al genere è stata fatta per evitare delle possibili differenze nella relazione, e nella sincronizzazione fisiologica, date da sessi diversi. Tale precauzione ha quindi fatto propendere per una standardizzazione dei ruoli sulla base del genere, assegnando il ruolo di ascoltatore alle studentesse di Psicologia, e il ruolo

di parlante agli studenti maschi iscritti ad un'altra magistrale. Come criterio di esclusione dalla partecipazione all'esperimento c'era l'eventuale trattamento psicofarmacologico in corso. L'adesione alla ricerca è stata su base volontaria, non motivata da retribuzioni economiche di alcun genere.

4.3.2 Procedura

Ad ogni ruolo assegnato corrispondevano delle specifiche consegne, in particolare chi aveva il ruolo di parlante, era incaricato di condividere memorie e sensazioni suscitate da un filmato precedentemente visionato. Esso era tratto dal film "Il campione" e mostrava uno spezzone emotivamente toccante. La scelta di far guardare questo video è stata fatta per aiutare il parlante ad esprimere il proprio vissuto emotivo fungendo da innesco per elicitare delle emozioni che fossero coerenti con il compito richiesto. Inoltre, il filmato ha anche fornito ai parlanti un pretesto narrativo con cui iniziare la condivisione. Tuttavia, oltre alle sensazioni e ai pensieri legati al filmato, veniva chiesto a questo ruolo di esprimere anche altre esperienze vissute che potessero fare riferimento ad esperienze di perdita e abbandono, o a situazioni problematiche vissute con i familiari, con partner, o figure autoritarie. A chi invece è stato assegnato il ruolo di ascoltatore aveva il compito di ascoltare in modo attivo ed empatico ciò che l'altro partecipante condivideva con lei, cercando di mettersi nei suoi panni e impegnarsi nella comprensione del suo vissuto e nella costruzione di una buona relazione. Nella consegna veniva inoltre precisato che non si trattava di un colloquio clinico e che quindi non doveva essere messa in atto nessuna particolare tecnica o strategia. Nel caso in cui l'interlocutore avesse esaurito l'argomento prima dello scadere del tempo veniva suggerito di proporre, attraverso qualche domanda, l'approfondimento di altri temi come episodi di perdita e di abbandono, situazioni problematiche inerenti la relazione con i familiari, o con partner attuali o passati, e con qualche figura autoritaria. Il colloquio nel quale entrambi i partecipanti erano coinvolti aveva una durata di 20 minuti. Ad entrambi i membri della diade inoltre, durante l'interazione è stata misurata la conduttanza cutanea attraverso un sensore Shimmer. Questo ha permesso la registrazione dei segnali fisiologici di entrambi i soggetti e quindi la successiva analisi per la sincronizzazione fisiologica. In seguito, sono state trascritte integralmente le interazioni verbali tra parlante e ascoltatore.

4.3.3 Misure

La conduttanza cutanea (SC) e la sincronizzazione

Come misura della sincronizzazione fisiologica è stata scelta la conduttanza cutanea (SC), questa è una misura indiretta dell'attività del Sistema Nervoso Autonomo e più precisamente del Sistema Nervoso Simpatico, associato alla risposta di attacco e fuga, all'attenzione e all'arousal. Come menzionato nei precedenti capitoli la SC non è l'unica misura attraverso cui è stato studiato il fenomeno della sincronizzazione, nonostante questo, la scelta è ricaduta proprio su tale indice per via della poca invasività della strumentazione richiesta per la sua misurazione. Alcuni limiti che denotano tale strumento sono da ravvisare nell'elevata sensibilità degli elettrodi posizionati sui polpastrelli delle dita. Il movimento di queste infatti, produce segnali disturbati e quindi artefatti all'interno del tracciato. Si è cercato di compensare questi limiti attraverso il posizionamento della strumentazione su due dita (l'indice e il medio) della mano non dominante. Lo strumento utilizzato è lo Shimmer 3 GSR+ provvisto di sensori wireless. L'algoritmo utilizzato per l'osservazione simultanea del segnale di entrambi i soggetti e l'individuazione dei momenti di sincronizzazione è L'Adaptive Matching Interpolated Correlation, nella versione 1.1 (AMICo; Kleinbub, 2023). Questo tipo di procedura presenta dei notevoli miglioramenti rispetto agli approcci classici. L'approccio più comune nella valutazione della sincronia considera infatti un tempo di latenza (lag), costante tra i picchi e i minimi all'interno della finestra di analisi. L'algoritmo AMICo invece, implementa una logica dinamica di latenza temporale che consente di valutare la somiglianza dei segnali con lag e velocità variabili (Kleinbub et al., 2023). Una volta stabiliti gli abbinamenti ogni coppia di segmenti viene quindi correlata con un punteggio di correlazione di Pearson.

La valutazione delle rotture dell'alleanza

Per l'individuazione delle rotture prodotte dall'ascoltatore è stato scelto il Rupture Resolution Rating System (3RS; Eubanks et al., 2015). È importante ricordare che lo strumento è stato concepito principalmente per lo studio delle interazioni all'interno delle sedute di psicoterapia, ed inoltre, come è già stato detto, per valutare le rotture da parte del paziente. Nonostante queste limitazioni, si è deciso comunque di utilizzare tale strumento

per via della mancanza di un'alternativa disponibile. Il CIS-R infatti, che presenta una scala per la valutazione del contributo del terapeuta, come spiegato nel capitolo 3, non è stato possibile reperirlo online, in quanto il manuale di codifica non è pubblicato. I compiti assegnati ai partecipanti, e in generale la condizione sperimentale creata, hanno cercato di riprodurre la situazione di una seduta terapeutica. La codifica delle rotture è stata fatta applicando sia la distinzione tra rotture da ritiro (withdrawal) e rotture da confronto (confrontation), sia le diverse tipologie di marker assegnati per ogni rottura (si rimanda la Capitolo 2 per una descrizione più approfondita). Per la codifica le due principali sottocategorie sono state denominate con (w) e (c), con il significato rispettivamente di “withdrawal rupture” (ritiro) e “confrontation rupture” (confronto). I vari marker invece sono stati nominati attraverso una sequenza di numerica. Si riportano di seguito i dettagli:

Marcatore di rottura per il ritiro (w):

- (1): Negazione
- (2): Risposta minima
- (3): Comunicazione astratta
- (4): Racconto evitante e/o spostamento dell'argomento
- (5): Deferente e acquiescente
- (6): Scissione contenuto/affetto
- (7): Autocritica e/o mancanza di speranza

Marcatore di rottura del confronto (c):

- (1): Lamentele/preoccupazioni nei confronti del terapeuta
- (2) Il paziente rifiuta l'intervento del terapeuta
- (3) Lamentele/preoccupazioni sulle attività di terapia
- (4) Lamentele/preoccupazioni sui parametri della terapia
- (5) Lamentele/preoccupazioni sui progressi della terapia
- (6) Il paziente si difende dal terapeuta
- (7) Sforzi per controllare/pressare il terapeuta

Si precisa inoltre che, seguendo il suggerimento dato dal manuale, si è scelto di utilizzare, come unità di analisi per la codifica delle rotture, segmenti di 5 minuti. Seguendo sempre le

indicazioni del manuale inoltre, non sono state usate solo le trascrizioni dei colloqui per la codifica, ma anche la comunicazione non verbale proveniente dalle videoregistrazioni.

Valutazione bottom-up degli interventi dell'ascoltatore

A scopo esplorativo, oltre che descrittivo, si è scelto anche di classificare gli interventi dell'ascoltatore. Per fare questo però sono utilizzate due differenti metodologie. La prima ha implicato una valutazione della tecnica attraverso uno strumento pensato per il colloquio clinico, la seconda invece ha previsto una valutazione del livello del discorso dell'ascoltatore. Quest'ultimo tipo di analisi non ha comportato l'utilizzo di uno strumento specifico preso dalla letteratura ma è stata basata sull'intuizione dello scrivente come verrà precisato di seguito. L'intento in generale di queste due analisi aggiuntive è stato quello di verificare se, oltre alle rotture, la sincronizzazione fisiologica subisse variazioni significative anche a seconda del tipo di intervento utilizzato dall'ascoltatore.

Valutazione della tecnica

Per fare questo tipo di valutazione è stato scelto il modello di Flanagan (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2016). La scelta è ricaduta su questa classificazione e non su altre anche più note, come quella di Gabbard (Gabbard, 2015), per via del criterio ordinatore con cui tale classificazione è stata pensata. Al contrario di altre infatti, i vari interventi vengono posizionati all'interno di un continuum dell'ascolto, che si muove da un polo non-direttivo ad uno direttivo, fino ad arrivare a quelle che vengono definite azioni direttive. Tale tema dell'ascolto è parso, oltre che particolarmente attinente visto il ruolo della persona che si andava a valutare, ovvero l'ascoltatore, anche maggiormente adattabile ad una situazione non propriamente clinica come quella in cui i partecipanti erano coinvolti. L'utilizzo di un continuum espressivo-supportivo, come nel caso della classificazione di Gabbard (Gabbard, 2015), avrebbe infatti corso il rischio di limitare la capacità descrittiva dello strumento al solo polo supportivo, essendo gli interventi di tipo espressivo espressamente sconsigliati nelle indicazioni iniziali dell'esperimento. Una precisazione importante da aggiungere è che, essendo molte le varie tipologie di interventi descritti dal modello dei Flanagan, si è scelto di utilizzare per la valutazione solo i tre macrogruppi previsti nel manuale (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2016). Questa operazione è stata fatta per cercare di incrementare la numerosità delle variabili considerate, aumentando il potere descrittivo

dell'analisi statistica successiva. Le categorie utilizzate quindi sono state quelle di "Comportamenti di Ascolto Non-direttivo" (NLB), "Comportamenti di Ascolto Direttivo" (DLB) e in ultimo di "Comportamenti di Azione Direttiva" (DAB).

Valutazione del livello

L'altra metodologia utilizzata per la valutazione degli interventi dell'ascoltatore è consistita nell'utilizzo del concetto di "livello del discorso". Questo tipo di valutazione non si basa su uno strumento, o un modello, reperito dalla letteratura scientifica, ma su una particolare intuizione suscitata dall'osservazione delle interazioni tra ascoltatore e parlante. Il concetto a cui si fa riferimento tenta di descrivere il fenomeno, più volte osservato, in cui l'ascoltatore risponde al parlante senza apparentemente cogliere la significatività e l'implicazione emotiva di quello gli che era appena stato detto. Le risposte dell'ascoltatore in questi casi potevano essere sia delle domande che rilanciavano l'interazione su altro, sia delle affermazioni su aspetti secondari rispetto al tema appena emerso. In tutti questi casi la risposta dell'ascoltatore però assumeva, agli occhi dell'osservatore, una certa quota di sorpresa e di inaspettato. Seppure la validità di questa categoria utilizzata per descrivere questo fenomeno abbia considerevoli limitazioni, come la mancanza di riferimenti bibliografici e teorici, si è deciso comunque di mantenerla all'interno dell'analisi poiché è da tale intuizione che la presente ricerca è partita. Anche se poi infatti sia stato individuato nel concetto di rottura dell'alleanza, e nello strumento del 3RS, un costrutto più valido e attendibile per descrivere quanto osservato, si è deciso comunque di mantenere questa variabile all'interno dell'analisi per verificare anche se l'intuizione originaria fosse coerente con il costrutto di rottura reperito successivamente. La variabile "livello del discorso" è stata suddivisa in due sole categorie, le quali descrivono, da una parte se l'ascoltatore all'interno di una comunicazione affettiva rimane sullo stesso livello del parlante, identificando questo con il nome "stesso", e dall'altra, al contrario, se nell'interazione l'ascoltatore non rimane sullo stesso livello del parlante, identificando questo fenomeno con il nome "cambio".

4.3.4 Analisi statistiche

Una volta concluso il processo di individuazione delle rotture da parte dell'ascoltatore e il processo di valutazione degli interventi, attraverso le due metodologie sopra descritte, si è proceduto con l'analisi statistica. Sono state escluse dall'analisi quelle parti dell'interazione,

o in alcuni casi delle intere sessioni, in cui non venivano rispettate le consegne date. Ad esempio, non sono state considerate le interazioni in cui non venivano affrontate le tematiche attese legate al filmato, o ad altre esperienze di perdita e abbandono, o a situazioni problematiche vissute con i familiari, con partner, o figure autoritarie, come richiesto. Un altro criterio di esclusione è stato l'inversione di ruolo che in alcuni casi si è creata tra ascoltatore e parlante. In questi casi, anche quando la condivisione delle tematiche richieste c'è stata, non è stata considerata per via del fatto che a parlare non era colui a cui era stato chiesto di farlo bensì l'ascoltatore. Oltre a questo, prima dell'analisi statistica, sono stati visionati i tracciati fisiologici per la possibile individuazione di artefatti dati dallo strumento. Conoscendo infatti l'andamento tipico della conduttanza cutanea lungo il tempo è stato possibile rintracciare, in alcuni picchi insoliti, dei segnali disturbati prodotti dal mal funzionamento o da un utilizzo non appropriato dello strumento. È stato introdotto così un ulteriore criterio di esclusione. Qualora il tracciato fisiologico fosse risultato disturbato per più dei due terzi del totale, la diade in oggetto veniva automaticamente esclusa dall'analisi. Riassumendo, l'analisi statistica è stata svolta su tre gruppi differenti di variabili. Il primo gruppo, utilizzato per l'ipotesi principale, fa riferimento alle rotture dell'alleanza. Il secondo gruppo fa riferimento invece alla valutazione della tecnica utilizzata dall'ascoltatore e dal livello di discorso presente. Tutte le varie categorie di variabili appena esposte hanno permesso, oltre che di descrivere cosa accade all'interno dell'interazione, anche di isolare delle particolari finestre temporali all'interno del flusso dello scambio verbale. Questo è stato fondamentale per avere un riferimento preciso da utilizzare per il confronto tra il livello di sincronizzazione corrispondente e il momento dell'interazione da analizzare. Per ottenere poi un valore rappresentativo del livello di sincronizzazione all'interno di questi frame temporali, si è scelto di considerare la mediana dei valori presenti in ogni singolo frame. Questo ha permesso di ritrarre così la distribuzione dei valori delle mediane, che descrivono i livelli di sincronizzazione, per ogni occorrenza della variabile considerata.

Un passaggio ulteriore è stato quello di creare un confronto che fosse in grado di rappresentare l'ipotesi nulla, permettendo così di calcolare la significatività delle distribuzioni ottenute. Questo confronto è stato reso possibile grazie al test di permutazione, ovvero la creazione di distribuzioni date dal campionamento casuale della sincronizzazione all'interno delle diadi coinvolte, in numero uguale alla frequenza con cui ogni variabile era caratterizzata. L'estrazione casuale è stata eseguita fino all'ottenimento di 10000 distribuzioni differenti per ogni variabile considerata. La variabilità delle mediane di queste

10000 distribuzioni random è stata poi rappresentata anch'essa attraverso un grafico sulla distribuzione delle mediane. A questo punto è stato possibile procedere con il calcolo della significatività (p value) e della grandezza dell'effetto (d di Cohen), utilizzando la distribuzione delle mediane sopra menzionata come “gruppo di controllo” per le variabili prese in oggetto.

Le analisi statistiche sono state eseguite tramite il Software R, nella versione 4.2.1 (R core team 2022), e il pacchetto DyadSync (Kleinbub, 2019). Nel paragrafo successivo verranno approfonditi i risultati di tale analisi.

4.4 Risultati

Alla fine del processo di raccolta e selezione dei dati, il numero totale di diadi analizzate è stato ridotto a 17. Questo numero è stato ottenuto dopo un'attenta revisione delle 32 simulazioni cliniche videoregistrate inizialmente raccolte.

4.4.1. Ipotesi principale

L'ipotesi principale prevedeva che nei momenti, identificati tramite il 3RS come una rottura dell'alleanza da parte dell'ascoltatore, fosse anche presente un livello di sincronizzazione tra ascoltatore e parlante inferiore al caso. L'analisi dei trascritti e delle videoregistrazioni ha rivelato la presenza di 80 rotture di ritiro (withdrawal; w) ($n=80$), e di solo 3 rotture di confronto (confrontation; c) ($n=3$). Per tale ragione nella permutation analysis sono stati considerati solo i momenti di rottura da ritiro, in quanto la casistica delle rotture di confronto era troppo bassa per essere analizzata.

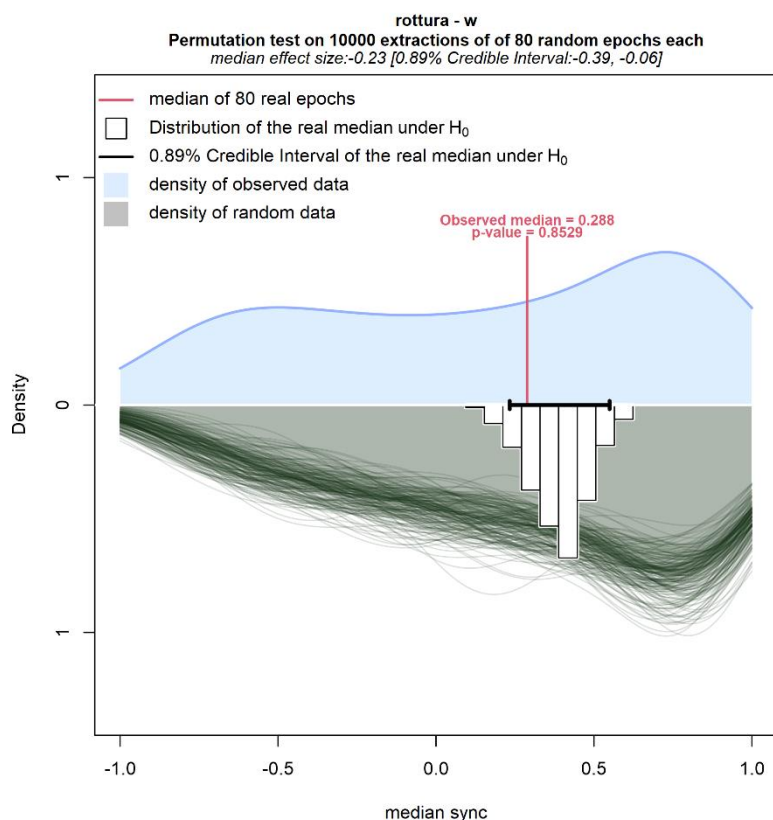


Figura 2. Il grafico rappresenta in (blu) la distribuzione della sincronizzazione osservata in corrispondenza della variabile in esame (in questo caso **rottura w**) e con la linea (rossa) il valore della mediana. In (grigio) vengono rappresentate invece l'insieme di 10.000 distribuzioni ottenute da estrazioni random (in numero uguale all'occorrenza della variabile in esame). In (banco) è rappresentata la distribuzione delle mediane delle 10.000 distribuzioni random. In (nero) l'intervallo di credibilità del valore di questa distribuzione.

Il valore della mediana della sincronizzazione campionata durante i momenti di rottura analizzati è di 0.288, tale valore è stato poi messo a confronto, attraverso la *permutation analysis*, con la distribuzione delle mediane di 10000 campionamenti casuali, come spiegato nel paragrafo precedente. Tale confronto ha prodotto un *effect size* piccolo di -0.23 (d di Cohen), e un *p value* non significativo di 0.853. Questo significa che il livello di sincronizzazione nei momenti di rottura da ritiro considerati, non è significativamente inferiore al caso.

4.4.2. Ipotesi secondarie

Osservazione iniziale

Una parte delle ipotesi secondarie era quella di considerare se, i momenti che si erano individuati nell'osservazione iniziale come interazioni in cui l'ascoltatore e il parlante non erano sullo stesso livello, erano rimasti un metro di giudizio valido per considerare i momenti di bassa sincronizzazione. Per fare questo quindi è stata eseguita l'analisi statistica anche per questa particolare variabile definita "cambio". L'analisi dei trascritti e delle videoregistrazioni ha rivelato la presenza di 86 momenti in cui si verificava il cambio (n=86). Il valore della mediana della sincronizzazione campionata durante i momenti di cambio è di 0.288, tale valore è stato poi messo a confronto, attraverso la *permutation analysis*, con la distribuzione delle mediane di 10000 campionamenti casuali, come spiegato nel paragrafo precedente. Tale confronto ha prodotto un *effect size* piccolo di -0.19 (d di Cohen), e un *p value* non significativo di 0.867. Questo significa che il livello di sincronizzazione nei momenti di cambio considerati, non è significativamente inferiore al caso.

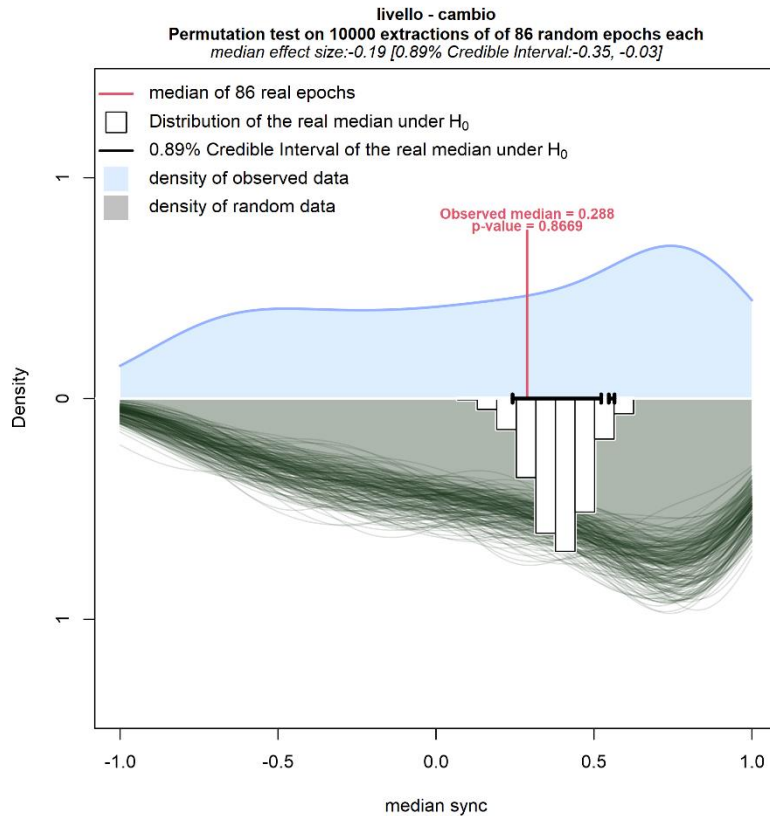


Figura 3. Variabile (cambio)

Oltre a questo tipo di variabile chiamata “cambio”, l’osservazione iniziale aveva anche individuato quei momenti in cui il parlante e l’osservatore sembravano invece interagire sullo stesso piano del discorso, questa variabile è stata chiamata “stesso”. In questo caso quindi ci si sarebbe aspettati di osservare una sincronizzazione più alta rispetto al caso. Anche per quanto riguarda questa variabile è stata eseguita l’analisi statistica, che ha prodotto i risultati seguenti.

L’analisi dei trascritti e delle videoregistrazioni ha rivelato la presenza di 60 momenti in cui si verificava la variabile “stesso” (n=60). Il valore della mediana della sincronizzazione campionata durante questi momenti è di 0.296, tale valore è stato poi messo a confronto, attraverso *la permutation analysis*, con la distribuzione delle mediane di 10000 campionamenti casuali, come spiegato nel paragrafo precedente. Tale confronto ha prodotto un *effect size* piccolo di -0.16 (d di Cohen), e un *p value* non significativo di 0.795. Questo significa che il livello di sincronizzazione nei momenti di cambio considerati, non è significativamente inferiore al caso.

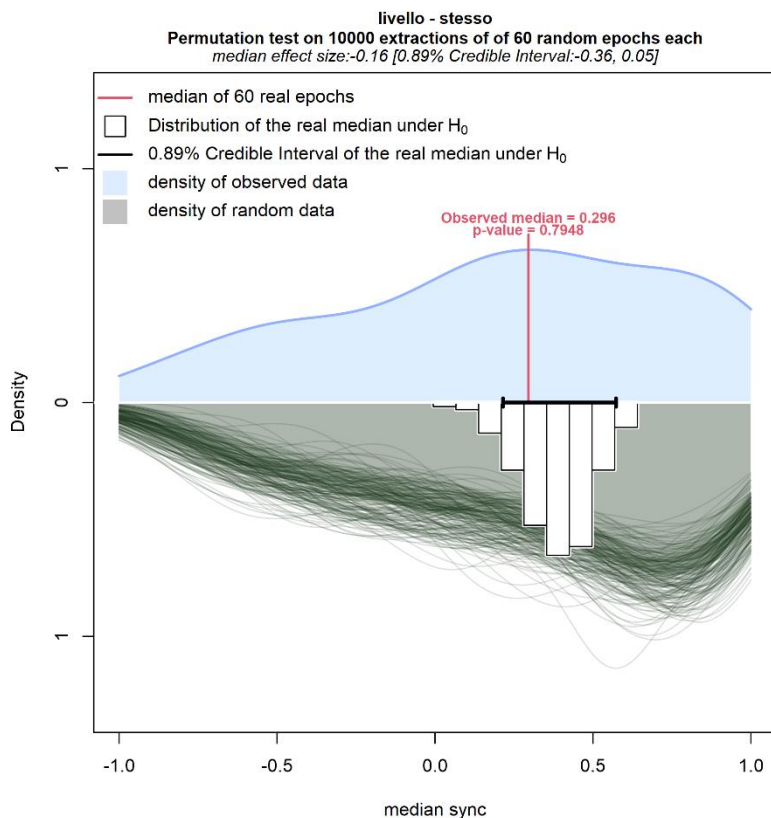


Figura 4. Variabile (stesso)

Marker

A scopo esplorativo sono stati considerati nell'analisi anche i differenti marker per ogni tipologia di rottura, così come definiti dal 3RS, e così come presentati nel capitolo precedente. Tale analisi si poneva come obiettivo quello di verificare se i marker avessero una diversa capacità di descrivere i momenti di bassa sincronizzazione, e se alcuni di essi portassero a risultati più rilevanti a livello statistico rispetto alla macrocategoria di rottura a cui fanno riferimento. L'analisi dei trascritti e delle videoregistrazioni ha rivelato la seguente presenza dei marker:

Marcatori di rottura per il ritiro (w):

- (1): Negazione = 0
- (2): Risposta minima = 0
- (3): Comunicazione astratta = 3
- (4): Racconto evitante e/o spostamento dell'argomento = 75
- (5): Deferente e acquiescente = 0

(6): Scissione contenuto/affetto = 3

(7): Autocritica e/o mancanza di speranza = 3

Non sono stati presi in considerazione i marker di rottura da confronto per via della bassa casistica con cui tale categoria è stata rivelata all'interno delle interazioni. Oltre a ciò, si è deciso poi di considerare all'interno dei marker da ritiro sono la tipologia 4 in quanto tutte le altre categorie avevano un'occorrenza troppo limitata. Il confronto quindi tra i diversi marcatori non è stato quindi possibile, tuttavia si è proceduto comunque all'analisi della sincronizzazione presente nei momenti in cui è stato riscontrato un marcatore di tipo 4, ovvero in cui l'ascoltatore metteva in atto dei racconti evitanti e/o uno spostamento dell'argomento.

Il valore della mediana della sincronizzazione campionata durante i momenti identificati con il marker 4 è di 0.288, tale valore è stato poi messo a confronto, attraverso la *permutation analysis*, con la distribuzione delle mediane di 10000 campionamenti casuali. Tale confronto ha prodotto un *effect size* piccolo di -0.23 (d di Cohen), e un *p value* non significativo di 0.8424. Questo significa che il livello di sincronizzazione, nei momenti descritti attraverso il marker 4, non è significativamente inferiore al caso.

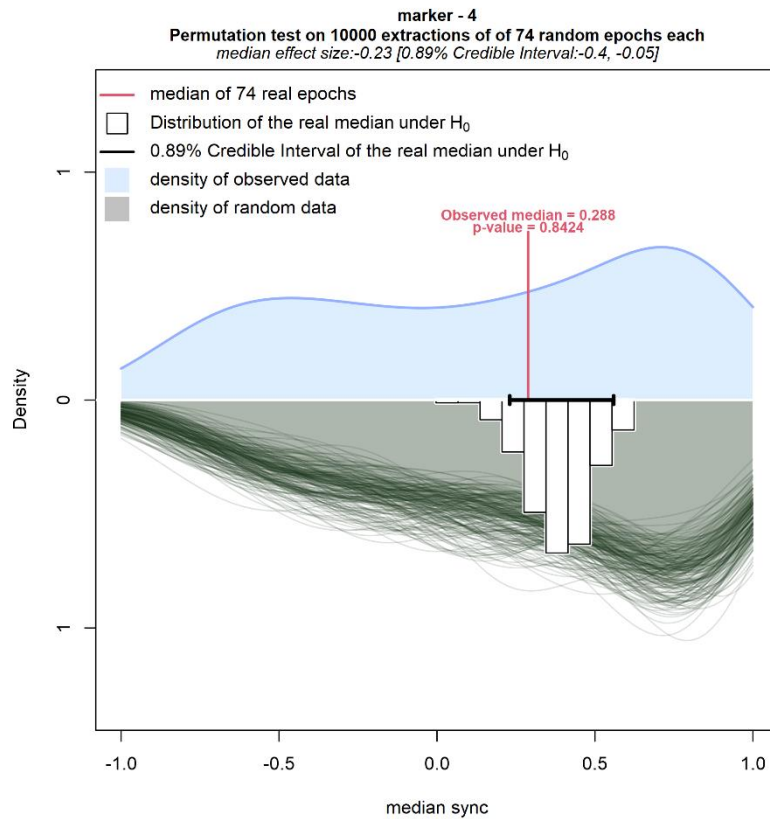


Figura 5. Variabile (marker 4)

Interventi

Un'altra parte dell'analisi si è concentrata invece nel considerare le diverse categorie di interventi secondo la classificazione dei Flanagan (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2016). Anche tale analisi è stata effettuata a scopo esplorativo per comprendere se le diverse variabili considerate avrebbero prodotto risultati differenti in termini di sincronizzazione.

L'analisi dei trascritti e delle videoregistrazioni ha rivelato la presenza di 31 interventi inerenti alla categoria dei "No-Directive Listening Behaviour; NLB" (n=31), 87 inerenti alla categoria dei "Directive Listening Behaviour; DLB" (n=87) e 17 inerenti invece alla categoria dei "Directive Action Behaviour; DAB" (n=17). Il valore della mediana della sincronizzazione campionata durante i NLB è di 0.293, durante i DLB è di 0.293 e durante i DAB di 0.189. Tali valori sono stati poi messi a confronto, attraverso la *permutation analysis*, con la distribuzione delle mediane di 10000 campionamenti. Tale confronto ha prodotto i seguenti *effect size* -0.22 per la categoria NLB, -0.18 per la categoria DLB, e -0.22 per la categoria DAB, e un *p value* non significativo per ognuna di queste variabili

corrispondente a 0.726 per i NLB, 0.842 per i DLB, e 0.832 per i DAB. Questo significa che il livello di sincronizzazione per ognuna delle categorie di intervento considerate non è significativamente inferiore al caso.

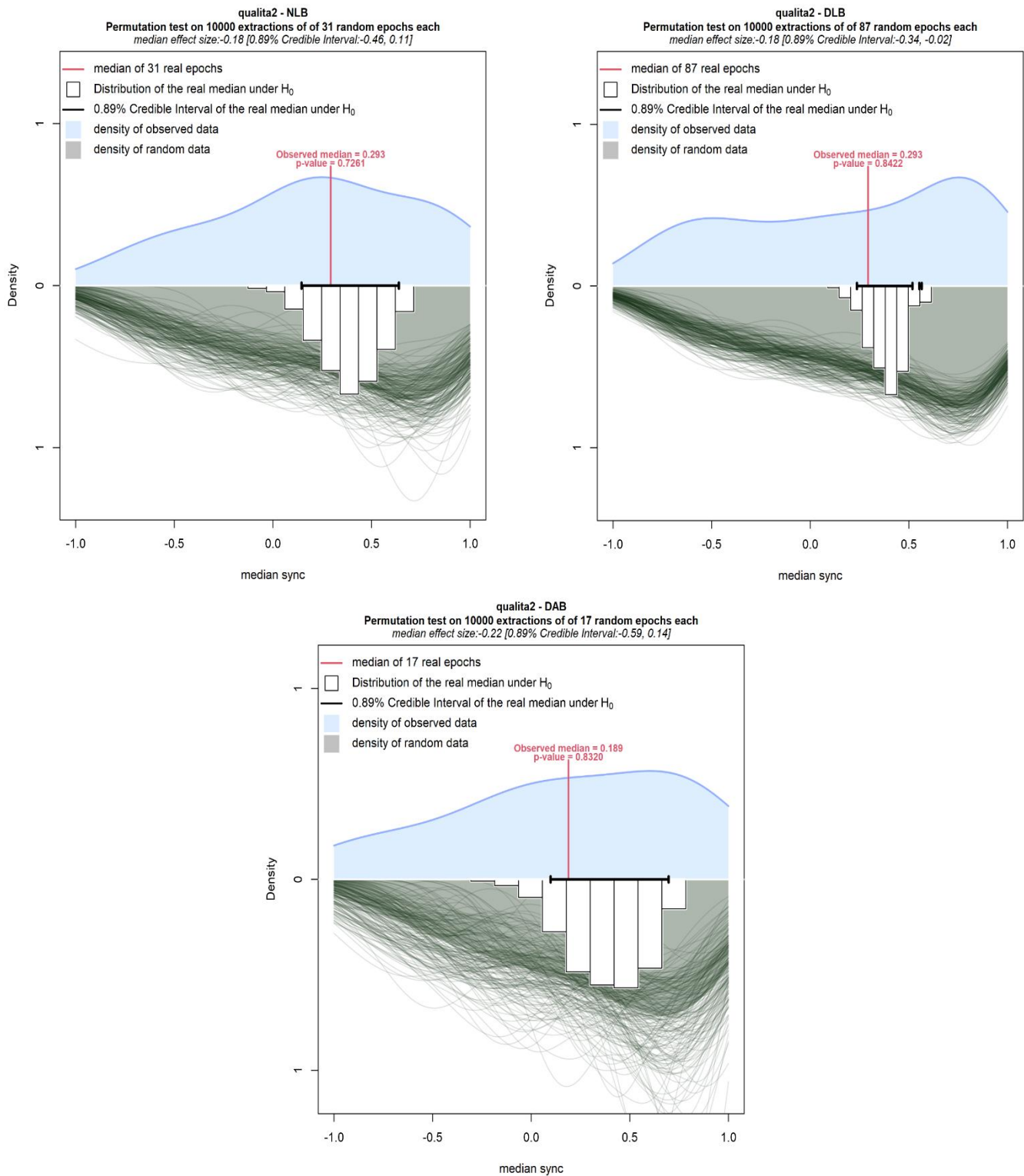


Figura 7: Variabili NLB (in alto a sinistra); DLB (in alto a destra); DAB (in basso)

Capitolo 5

Discussione

Il percorso fin qui tracciato è cominciato approfondendo alcuni nuclei tematici specifici. Il primo fulcro di partenza è stato l'empatia, descritta inizialmente attraverso le varie problematiche derivanti dalle sue molteplici definizioni (Maibon, 2017; Cuff et al., 2016; Batson, 2011), e successivamente attraverso l'approccio delle neuroscienze (Zaki & Ochsner, 2012; Decety et al., 2012), il quale ha permesso con rigore di mostrare la sua natura stratificata e multicomponentiale. È all'interno di questo framework che viene presentato il Perception Action Model (PAM) di Preston e De Waal (2017), come possibile quadro teorico di riferimento, attraverso il quale posizionare i molteplici fenomeni collegati a tale costrutto e i vari contributi della ricerca. Una particolarità di tale modello infatti, è quella di riuscire a convogliare con coerenza, oltre che le conoscenze emerse dalla ricerca neuroscientifica, anche i contributi della psicologia clinica riguardo alle diverse sfaccettature che i deficit di empatia assumono a seconda dei vari disturbi. Proprio l'attenzione sull'empatia nella clinica, e sul suo strumento principe, la psicoterapia, è stato il tema centrale del secondo capitolo, nel quale si è scelto di esporre, oltre che la nascita e l'evoluzione che il concetto di empatia ha conosciuto in questo ambito, anche i vari sforzi fatti per studiarlo attraverso una metodologia sperimentale, fino agli ultimi importanti traguardi fatti grazie allo studio della sincronizzazione fisiologica. L'ambito della ricerca in psicoterapia è rimasto anche lo sfondo all'interno del quale si è inquadrato un altro fenomeno, quello dell'alleanza terapeutica. Partendo anche qua dalla genesi di tale concetto, sono stati in seguito approfonditi i risultati della ricerca sperimentale, che hanno contribuito a definirlo come un processo interattivo e dinamico. Particolare rilievo a tale riguardo è stato dato al concetto di rottura dell'alleanza, così come formulato da Safran e colleghi (Safran et al., 1990). La trattazione dell'alleanza si è conclusa mettendo in luce il modello teorico chiamato In-Sync (Koole & Tschacher, 2016), e il modello neurobiologico di Palmieri e colleghi (2021). Il primo propone di estendere il ruolo giocato dalla sincronizzazione come meccanismo alla base dell'alleanza

terapeutica e del cambiamento terapeutico in generale, il secondo modello invece, teorizza la presenza di un network neurale mediato dall'ossitocina, nel quale è possibile spiegare il legame tra la sincronizzazione fisiologica e altri fenomeni come quello dell'empatia e dell'alleanza. Come si può notare, un fil rouge che emerge dalla trama di questo panorama teorico è la sincronizzazione, che è stata approfondita come possibile meccanismo fisiologico sottostante ad entrambi i fenomeni presentati, l'empatia e l'alleanza, in accordo con le ricerche in questo campo (Kleinbub, 2017; Høgenhaug et al., 2024), e con i modelli teorici presentati (Koole & Tschacher, 2016; Palmieri et al., 2021).

Da tali presupposti è stata anche formulata l'ipotesi che ha guidato la presente ricerca, la quale ha messo in collegamento le rotture dell'alleanza terapeutica con livelli di sincronizzazione fisiologica più bassa. Per studiare tale legame sono stati raccolti i dati di 32 diadi videoregistrate, nelle quali è stata misurata anche la conduttanza cutanea di entrambi i membri. Le diadi erano composte da un ascoltatore e un parlante, ai quali è stato chiesto, a quest'ultimo, di condividere sensazioni e ricordi legati ad esperienze di abbandono, o a situazioni problematiche vissute con persone care, e all'ascoltatore invece, di assumere un atteggiamento empatico. Le interazioni erano tutte della durata di 20 minuti. Per quanto riguarda l'osservazione simultanea della conduttanza cutanea di entrambi i soggetti, e l'individuazione dei momenti di sincronizzazione, è stato usato L'adaptive Matching Interpolated Correlation, nella versione 1.1 (AMICo; Kleinbub, 2022). Si è proceduto quindi con la trascrizione delle interazioni e con l'analisi dei tracciati fisiologici per escludere possibili artefatti. Una prima osservazione dei dialoghi ha orientato la ricerca verso l'analisi delle rotture prodotte dall'ascoltatore piuttosto che dal parlante. Lo strumento utilizzato per l'analisi delle rotture è stato il 3RS (Eubanks et al., 2015), e inoltre a scopo esplorativo, si è deciso anche di analizzare gli interventi dell'ascoltatore attraverso la classificazione proposta dai Flanagan (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan; 2016), con l'obiettivo di comprendere se diverse tipologie di intervento fossero associate a un diverso livello di sincronizzazione. In ultimo, tutte le analisi statistiche sono state effettuate attraverso il metodo delle permutazioni, che ha permesso di ottenere un riferimento valido attraverso cui calcolare la significatività o meno del fenomeno. I risultati ottenuti non hanno mostrato una significatività statistica (*p-value*) per nessuna delle variabili considerate, mentre l'*effect size* (d di Cohen) è risultato variabile. In questo capitolo verranno approfonditi in maniera critica i risultati delle singole analisi, proponendo delle possibili interpretazioni, e mettendo in luce i limiti e le direzioni future della ricerca.

5.1 Rotture dell'alleanza e sincronizzazione della conduttanza cutanea

I risultati riguardanti l'ipotesi principale non hanno prodotto risultati significativi. Il confronto ottenuto tramite il metodo delle permutazioni infatti, ha portato ad un *p-value* di 0.8529, valore questo che non consente di rifiutare l'ipotesi nulla. Non è possibile quindi asserire che, durante i momenti valutati come rotture dell'alleanza, tra ascoltatore e parlante sia presente un livello di sincronizzazione fisiologica inferiore al caso. Tale risultato potrebbe giustificare l'esclusione della sincronizzazione della conduttanza cutanea, come un indice valido per le rotture dell'alleanza. Tuttavia il valore dell'*effect size* induce a considerare i risultati di questa ricerca sotto un'ottica più complessa, rifuggendo da conclusioni troppo affrettate e semplicistiche. Il median effect size infatti, ottenuto tramite l'indice (*d*) di Cohen, risulta piccolo, ma non nullo (-0.23), e inoltre orientato nella direzione ipotizzata. Anche l'intervallo di credibilità, posto all'89%, conferma che il valore del livello di sincronizzazione valutato durante i momenti di rottura è inferiore del valore delle mediane delle sincronizzazioni, ottenute tramite il metodo delle permutazioni, andando da -0.39 a -0.06. Un altro elemento che deve essere considerato all'interno dell'interpretazione dei risultati è che l'unica categoria di rotture inclusa nell'analisi è stata quella da ritiro (*withdrawal*), in quanto l'occorrenza delle rotture da confronto era troppo bassa per essere rilevante a livello statistico. Questo significa che i risultati ottenuti non possono permettere di trarre conclusioni sulle rotture in generale, ma solo per questa particolare categoria considerata. La sproporzione tra rotture da ritiro e rotture da confronto è coerente anche con altri studi che indicano come le rotture da ritiro siano in generale più frequenti, soprattutto durante le prime sedute (Mylona & Avdi, 2021; Schenk et al., 2019; Gersh et al., 2017). Non sono state trovate invece altre ricerche che abbiano messo anche loro a confronto le rotture da ritiro con la sincronizzazione fisiologica misurata attraverso la conduttanza cutanea (SC). Tale mancanza rende sicuramente limitata la possibilità di questo studio di giungere a considerazioni di carattere più generale. La ricerca di Deres-Cohen e colleghi (2021), è quella forse più compatibile con la nostra, in termini di fenomeno studiato. Anche in questa infatti, vengono analizzate le rotture dell'alleanza attraverso il 3RS, e poste in relazione con la sincronia tra paziente e terapeuta. Tuttavia la sincronizzazione è stata studiata attraverso l'analisi dell'energia del movimento (MEA; Ramseyer, 2020b), una misura della sincronia non verbale, e non attraverso la conduttanza cutanea come nella presente ricerca. I risultati di questo studio hanno comunque registrato una maggiore sincronizzazione durante i

momenti in cui l'interazione del paziente veniva valutata come una rottura da confronto, mentre per quanto riguarda le rotture da ritiro non sono stati trovati rapporti significativi (Deres-Cohen et al., 2021). Un altro studio di rilievo è quello di Tchizick e colleghi (2024) nel quale è stato indagato il diverso grado di attivazione del sistema parasimpatico (PNS) di terapeuta e paziente, nel caso di rotture da ritiro e di rotture da confronto. Come indice dell'attivazione del sistema parasimpatico è stata utilizzata una misura della variabilità della frequenza cardiaca (HRV), chiamata "RMSSD" (Root Mean Square of Successive Differences). I risultati emersi da questo studio hanno rilevato, nel momento in cui occorrono rotture da ritiro, una maggiore attivazione del PNS del paziente e l'assenza di una chiara risposta a livello di PNS da parte del terapeuta. Nel caso delle rotture da confronto invece, è stata rivelata una minore attivazione del PNS del paziente e una maggiore attivazione da parte del terapeuta (Tchizick et al., 2024). Sulla scia di questi studi precedenti potremmo concludere che i risultati della presente ricerca confermano che le rotture da ritiro non hanno un pattern fisiologico corrispondente in termini di sincronizzazione non verbale tra terapeuta e paziente, così come è stato constatato anche nella ricerca di Deres-Cohen e colleghi (2021). L'articolo di Tchizick e colleghi (2024) potrebbe fornirci una possibile spiegazione di questo fenomeno: la mancanza di un pattern chiaro di sincronizzazione fisiologica tra ascoltatore e parlante potrebbe essere dovuto all'assenza di una reazione coerente da parte dell'ascoltatore. Nello studio citato, durante le rotture da ritiro infatti, è stato riscontrato che il paziente, a cui veniva attribuita la rottura, produceva un aumento dell'attivazione del sistema parasimpatico, al contrario invece del terapeuta che, nel recepire questo tipo di comunicazione, non aveva una reazione parasimpatica chiara. Questa differente attivazione del PNS è stata interpretata dagli autori come un tentativo di autoregolazione da parte del paziente, e invece come un'assenza di un'evidente strategia da parte del terapeuta (Tchizick et al., 2024). Questo schema, secondo gli autori, potrebbe essere dovuto al fatto che la mancanza di una comunicazione trasparente da parte del paziente, che si verifica nei momenti delle rotture da ritiro, renda difficile per il terapeuta identificare che è appena avvenuta una rottura, e quindi rispondere ad essa in maniera chiara, anche a livello fisiologico (Tchizick et al., 2024). Questo tipo di spiegazione è effettivamente coerente anche la concettualizzazione delle rotture da ritiro di Safran e Muran (2000), secondo la quale esse rappresenterebbero una strategia con cui il paziente si sforza di discostarsi da qualcosa di perturbante, senza inficiare la relazione con l'altro attraverso un esplicito disaccordo. Allo stesso modo quindi potrebbero essere interpretati anche i risultati della

presente ricerca, leggendo nella mancanza di un pattern di sincronizzazione tra ascoltatore e parlante, una difficoltà da parte del parlante di percepire, nelle rotture da ritiro attribuite all'ascoltatore, un chiaro segnale di disaccordo e rottura, causando così, anche a livello fisiologico, una mancanza di coerenza con l'attivazione del terapeuta. Tali considerazioni tuttavia devono essere prese con assoluta cautela, in quanto, gli studi precedentemente citati, e in generale tutte le ricerche visionate, hanno sempre considerato le rotture dell'alleanza prodotte dal paziente e mai quelle che invece emergono dal parlato del terapeuta. Questo aspetto merita la giusta considerazione, in quanto non è detto che, sebbene a livello verbale le rotture possano manifestarsi in modalità simili, sia da parte del paziente che del terapeuta, questa similitudine sia presente anche a livello fisiologico.

Tutte le considerazioni fino a questo momento poste in essere, fanno propendere per un'interpretazione dei risultati sicuramente non risolutiva, la quale necessita di includere, all'interno della riflessione, anche le specifiche condizioni e i limiti nel quale questa ricerca è stata fatta, oltre che i dati numerici. Questo per consentire di orientare le direzioni future della ricerca e rendere la metodologia di indagine più consapevole e coerente con le domande iniziali. La non significatività dei risultati potrebbe ad esempio essere influenzata dalle dimensioni ridotte del campione. Ricerche future su questo tema quindi potrebbero beneficiare di un campione più ampio. Un altro limite legato al campione è da individuare nella sua composizione. Esso è costituito infatti da soli studenti universitari, rendendo il confronto con altri campioni, formati da coppie terapeuta-paziente, per nulla immediato. Soprattutto per quanto riguarda il ruolo dell'ascoltatore, il fatto che esso sia stato ricoperto da studenti magistrali di psicologia e non da professionisti con esperienza, che hanno acquisito una specifica formazione psicoterapeutica, potrebbe aver influito in maniera rilevante sulla presenza delle rotture analizzate. Questo rende così difficile estendere tali risultati al contesto clinico in cui sono coinvolti il paziente e il terapeuta. Oltre a questo la condizione sperimentale in cui si è svolta la ricerca, era differente dal contesto in cui si svolge una psicoterapia, contesto al quale è destinato il concetto di alleanza e di rottura. A differenza di quanto accade durante una psicoterapia inoltre, la condivisione di esperienze dolorose, in questa condizione sperimentale, non è avvenuta in maniera spontanea, all'interno di un processo graduale di conoscenza e apertura. Anche questo aspetto potrebbe avere influito sulle risposte fisiologiche di entrambi i partecipanti. Un ultimo aspetto che si può sottolineare come una limitazione è la divisione dei ruoli in base al genere. Tale distinzione, come spiegato nel precedente capitolo, è stata fatta per limitare possibili

differenze determinate dal genere, tuttavia rende difficile la generalizzabilità dei risultati per coppie che prevedono una combinazione di genere e ruoli differente.

È possibile mettere in luce un'altra serie importante di considerazioni esaminando anche i risultati emersi per la variabile "livello" e i "marker" delle rotture da ritiro. La variabile "livello", suddivisa nelle due categorie "cambio" e "stesso", è l'esito dell'osservazione iniziale dei trascritti, e non è basata su criteri e modelli validati presi dalla letteratura. I risultati dell'analisi statistica tuttavia hanno rivelato valori molto simili a quelli emersi per la variabile rotture, in particolar modo per la sottocategoria "cambio". Questa similitudine comprende sia i risultati della statistica descrittiva che di quella inferenziale. La frequenza di queste due tipologie di variabili è simile, 86 per la variabile "cambio", 80 per quella di "rottura". Il valore della mediana del livello di sincronizzazione rilevata nelle finestre temporali identificate da queste due variabili è lo stesso, è di 0.288 per entrambi. Anche la distribuzione dei valori del livello di sincronizzazione descrive curve simili per entrambe le variabili. Una differenza sottile si può riscontrare nell'*effect size*, che è maggiore per la variabile rottura (-0.23) rispetto a quella cambio (-0.19), seppur entrambe vadano comunque nella stessa direzione. La natura di questo confronto potrebbe suggerire quindi, se escludiamo tra le possibili ragioni il ruolo giocato dal caso, che le due variabili descrivono fenomeni molto simili tra loro. Tale affermazione tuttavia deve essere presa con la dovuta cautela in quanto sarebbero necessarie ulteriori ricerche, con campioni più ampi, per poter giungere a tale conclusione. Al di là di questo però, sembra possibile affermare già da ora che, tra le due, la variabile rottura sembra più promettente nel descrivere momenti in cui la sincronizzazione tra ascoltatore e parlante è inferiore rispetto al caso. La variabile "marker" invece, è stata utilizzata per caratterizzare in maniera ancora più precisa le diverse rotture, oltre alle due categorie di ritiro e confronto. Questa scelta però non ha raggiunto l'obiettivo che ci si era prefissati in quanto, la frequenza dei diversi marker è risultata molto sproporzionata, con una concentrazione di quasi tutte le rotture all'interno di una sola categoria di marker, il quarto, che descrive "un racconto evitante e/o uno spostamento dell'argomento". Tale sproporzione ha nella pratica annullato la capacità descrittiva della variabile. Anche i risultati dell'analisi statistica confermano questo fallimento, l'*effect size* infatti è lo stesso sia per la variabile rottura che per il marker 4 (-0.23), e anche il *p-value* è molto simile (0.853 per la variabile rottura, 0.842 per il marker 4). Tuttavia è importante precisare che nessuna delle ricerche a noi note ha mai confrontato prima i diversi marker delle rotture con l'intento di verificare se ci fossero possibili differenze a livello di parametri

fisiologici. Questo vuoto all'interno della ricerca scientifica non ci permette quindi di poter trarre considerazioni aggiuntive su quanto trovato.

5.2 Interventi e sincronizzazione della conduttanza cutanea

Oltre ai risultati già descritti, all'interno della ricerca è stata anche aggiunta una valutazione delle tecniche utilizzate durante l'interazione dall'ascoltatore per rispondere al parlante. Questa scelta è stata fatta per esplorare la possibilità che le rotture non fossero l'unica variabile, o magari non quella più efficace, in grado di descrivere i momenti in cui l'ascoltatore e il parlante non erano sincronizzati fisiologicamente a livello di conduttanza cutanea. Detto in altri termini la variazione della sincronizzazione fisiologica potrebbe essere anche dovuta da altri fattori come la diversa tecnica utilizzata, e questo tipo di analisi aveva come obiettivo quello di esplorare tale possibilità. Come strumento per la codifica degli interventi dell'ascoltatore è stata utilizzata la scala proposta dai coniugi Flanagan, restringendo le categorie disponibili alle sole tre macrocategorie chiamate “Non-directive Listening Behaviour; NLB”, “Directive Listening Behaviour; DLB”, “Directive Action Behaviour; DAB” (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2016). Come spiegato in precedenza nel capitolo quattro, la scelta è ricaduta su questo strumento e non su altri, più comuni nell'ambito della ricerca, per via della maggiore adattabilità alla condizione sperimentale utilizzata. I risultati emersi dall'analisi non hanno però portato ad alcuna significatività. Le implicazioni di questo approdo statistico meritano comunque di essere approfondite. La mancanza di significatività potrebbe implicare che il processo legato alla sincronizzazione della conduttanza cutanea tra ascoltatore e parlante non è in realtà legato alla variabilità degli interventi. Questa cosa tuttavia non esclude che altri parametri fisiologici utilizzati per misurare la sincronizzazione fisiologica possano invece esserne implicati. La conduttanza cutanea (SC) infatti, è un indice affidabile dell'attivazione del sistema simpatico, coinvolto in fenomeni importanti come l'attenzione, l'arousal, l'orientamento e la risposta di attacco e fuga (Kleinbub et al., 2020). Come messo in luce nel capitolo 2 inoltre, alcune ricerche hanno anche trovato che la sincronizzazione fisiologica, rilevata con la SC, era correlata positivamente con l'empatia percepita dai pazienti (Marci et al, 2007; Messina et al, 2013). Questi contributi potrebbero quindi suggerire che i processi fisiologici associati alla conduttanza cutanea, e i fenomeni correlati con la sincronizzazione fisiologica misurata con tale indice, potrebbero non essere associati alla variabilità degli

interventi del terapeuta. Non ci sono tuttavia note però altre ricerche che abbiano indagato tale associazione, né utilizzando questo indice per la sincronizzazione fisiologica, né altri. Un'altra implicazione connessa ai risultati ottenuti potrebbe essere legata al fatto che lo strumento scelto, basato su un continuum dell'ascolto che va da un polo non direttivo ad uno direttivo, non sia adatto a descrivere le variazioni di sincronizzazione fisiologica tra ascoltatore e parlante. Altre classificazioni invece, come quelle basate su un continuum espressivo-supportivo, potrebbero portare a risultati differenti. L'utilizzo di categorie teoriche diverse, attraverso cui ordinare gli interventi, potrebbe infatti comportare variazioni anche nella capacità dello strumento di rivelare variazioni nella sincronizzazione della conduttanza cutanea e della sincronizzazione fisiologica in generale. Anche in questo caso però, non sono note altre ricerche sul tema. Per queste ragioni, e per altre importanti limitazioni presenti in questo studio, non è possibile andare al di là delle suggestioni finora presentate. Un primo limite da evidenziare è la valutazione degli interventi in un contesto non clinico. Il modello utilizzato per la valutazione infatti è stato pensato per l'intervista clinica, nei quali sono coinvolti un paziente, o cliente, e un professionista. Il fatto che gli obiettivi tra ascoltatore e parlante non fossero gli stessi di un colloquio clinico e, il fatto che l'ascoltatore non fosse in realtà un professionista bensì uno studente magistrale, rendono difficile generalizzare i risultati di questo studio, sia per quanto riguarda le considerazioni sulla sincronizzazione fisiologica, sia per le considerazioni riguardo allo strumento. Inoltre l'occorrenza di alcune categorie di interventi è stata abbastanza bassa, ad esempio il numero di interventi DAB analizzati sono solo 17. Anche questo aspetto quindi, legato alla numerosità delle variabili considerate, potrebbe aver influito sulla non significatività dei risultati.

5.3 Direzioni future e considerazioni finali

In questo paragrafo vengono proposti alcuni suggerimenti per le ricerche future in questo campo, allo scopo di poter superare i limiti riscontrati nella presente ricerca e proporre una metodologia sperimentale più efficace, consapevole ed in linea con gli obiettivi. Un aspetto di cui crediamo possano beneficiare le ricerche future è l'implementazione di più parametri simultaneamente, così come suggerito da alcuni studi (Tal et al., 2022; Clark et al., 2020; Halfon et al., 2021). Questo approccio multimodale si basa sull'idea che ogni tipologia di marker offra informazioni uniche, e che quindi l'integrazione di queste informazioni possa

rivelare una comprensione più dettagliata e completa (Tal et al., 2022). Diverse linee di ricerca in altri campi hanno dimostrato che l'uso di un approccio multimodale permette di raggiungere conclusioni che in precedenza non erano possibili (Joshi et al., 2013; Venugopalan et al., 2021; Nguyen et al., 2021). Per le ricerche che indagano le dinamiche di rottura e riparazione dell'alleanza all'interno della diade terapeutica, potrebbe risultare prolifico mettere a confronto diversi indici di sincronizzazione fisiologica che sono rappresentativi di sistemi distinti, come ad esempio il già citato HRV per l'attivazione del sistema parasimpatico, e l'SC per il sistema simpatico. Oltre a questo, sarebbe interessante introdurre anche altre misure di sincronizzazione non-verbale come la *Motion Energy Analysis* (MEA; Ramseyer, 2020b). Le evidenze empiriche hanno dimostrato infatti che varie modalità di sincronia non verbale non solo sono correlate tra loro (Tourunen et al., 2022), ma potrebbero anche formare dei pattern dinamici in grado di spiegare meglio fenomeni complessi come proprio le fluttuazioni dell'alleanza all'interno delle singole sessioni (Tal et al., 2022). In particolare, nella ricerca condotta da Shachaf Tal e colleghi (2022), è stata studiata la possibilità di utilizzare, all'interno di una psicoterapia, due misure di sincronizzazione non verbale, una fisiologica (HRV), come indice di informazioni contestuali, e un'altra invece non fisiologica come il MEA, per rilevare invece variazioni più puntuali dell'alleanza. I risultati di questa ricerca hanno portato a risultati interessanti, indicando come un modello di sincronia fisiologica antifase denota un contesto in cui la sincronia del movimento e l'alleanza sono associate, mentre un modello di sincronia fisiologica in fase è indicativo di un contesto in cui questa associazione è assente. Gli esempi clinici hanno dimostrato che la sincronia fisiologica antifase indicava un contesto di conversazione più coinvolgente, in cui, ad esempio, veniva condiviso un ricordo doloroso e tale racconto veniva corrisposto dal terapeuta in modo empatico. Nel contesto di questi momenti, la sincronia di movimento si è verificata insieme a un rafforzamento dell'alleanza. Al contrario, la sincronia fisiologica in fase indicava un contesto in cui il terapeuta e il paziente pretendevano qualcosa dall'altra o si allontanavano l'una dall'altra. Nel contesto di questi momenti, la sincronia di movimento si è verificata insieme a un'alleanza fluttuante. Questi risultati evidenziano il potenziale dell'analisi di più modalità di sincronia non verbale, mostrando come diverse modalità possono associarsi tra loro e formare un'interazione dinamica collegata con l'alleanza terapeutica.

Un altro aspetto di cui crediamo possa beneficiare la ricerca futura in questo ambito è l'impiego di analisi che mettano a confronto, oltre che la dinamica di interazione reciproca

tra paziente e terapeuta, attraverso ad esempio la sincronizzazione fisiologica, anche la dinamica fisiologica individuale, lungo il tempo, di ogni membro della diade. Il vantaggio di integrare anche questa tipologia di analisi consentirebbe di cogliere delle sfumature, nell'andamento della fisiologia individuale, che non sarebbero colte se si considerasse solo la prospettiva interpersonale. Come è stato fatto nello studio di Tchizick et al., 2024 ad esempio, i momenti in cui si verificavano delle rotture da ritiro e da confronto sono stati confrontati, a livello di parametri fisiologici individuali, con situazioni in cui questi non si verificavano. Tale confronto ha permesso di mostrare, nel caso delle rotture da ritiro ad esempio, la presenza di un pattern fisiologico nel paziente che indicava un incremento dell'attivazione del sistema parasimpatico, mentre nel caso del terapeuta non è stata rilevata nessuna reazione fisiologica chiara (Tchizick et al., 2024). Questo fenomeno interessante non sarebbe potuto essere colto se si fosse considerata solo la sincronizzazione fisiologica tra paziente e terapeuta. L'esemplificazione presentata quindi, mostra come sia rilevante analizzare i medesimi dati da prospettive diverse così poter far emergere informazioni importanti che potrebbero arricchire il quadro d'insieme.

Un'ultima indicazione per gli studi futuri si muove dalla constatazione di una scarsità di modelli adottati e proposti in questo campo della ricerca. Lo sviluppo di modelli teorici è infatti cruciale per il progresso scientifico, poiché consente di integrare i diversi risultati della ricerca all'interno di un quadro unificato. Tali modelli offrono una struttura coerente che guida la ricerca verso obiettivi comuni, facilitando la comprensione e l'interpretazione dei risultati individuali. In questo modo, si attribuisce un significato più ampio ai risultati delle singole ricerche, contribuendo a una visione complessiva e integrata dei fenomeni studiati. L'utilizzo di modelli quindi conduce ad un beneficio su due fronti: da un lato, essi forniscono una direzione chiara per la ricerca sperimentale; dall'altro, i risultati empirici possono affinare e migliorare i modelli stessi, creando un ciclo virtuoso di sviluppo scientifico. Tuttavia, in questo campo, si è potuto notare che sono ancora pochi i tentativi di sviluppare e adottare tali modelli teorici e le poche proposte esistenti spesso rimangono isolate e poco considerate dalla ricerca di base, il che limita il loro impatto e la loro utilità. Questa disconnessione non giova né alla teoria né alla pratica, ostacolando il progresso e l'innovazione. Per superare questo *impasse*, è necessario promuovere una maggiore collaborazione e comunicazione tra teorici e ricercatori empirici. Incentivare l'adozione di modelli teorici unificati può portare a una ricerca più coesa e sinergica, migliorando la qualità e la rilevanza delle scoperte scientifiche. Solo attraverso un impegno concertato verso

l'integrazione teorica ed empirica si potrà raggiungere una comprensione più completa e profonda dei fenomeni studiati, permettendo così l'avanzo della disciplina nel suo complesso.

Il presente progetto di ricerca si è avvalso di un'analisi approfondita del microprocesso partendo dalle osservazioni di interazioni specifiche, e si è poi spostato alla ricerca di costrutti e strumenti che potessero tradurre, attraverso delle teorie convalidate, l'intuizione iniziale in un'ipotesi sperimentale. Questo percorso ha permesso di esplorare importanti direzioni di ricerca attuali come quella legata all'embodiment, alle neuroscienze e alla sincronizzazione, e quella legata ai fattori aspecifici della psicoterapia e, nello specifico, all'empatia e all'alleanza terapeutica. A conclusione di questo lavoro, viene proposta una riflessione su questi indirizzi di ricerca, trovando in essi una chiave indispensabile attraverso cui far progredire la psicologia, e la scienza in generale, verso nuovi paradigmi e orizzonti. I metodi e i modelli utilizzati in questa ricerca possono essere considerati rappresentativi di una nuova e sempre più preponderante tendenza all'interno della psicologia. La tendenza di cui si parla ha portato progressivamente gli studiosi ad orientarsi, dallo studio dei nessi causali tra i fenomeni e i costrutti, alla descrizione di relazioni significative e complesse, e dall'utilizzo di disegni di ricerca macro, che prevedono la sintesi di numerose informazioni, all'utilizzo di disegni di ricerca micro che valorizzano invece l'abbondanza di dati. Questa rinnovata attenzione sul microprocesso, e sulla complessità all'interno della psicologia, sta permettendo di mutare anche le domande a cui fino ad ora la ricerca ha permesso di rispondere, andando oltre le questioni legate all'efficacia e alla causalità, e consentendo di accedere al "come" dell'accadere di certi fenomeni. Pensiamo per esempio al "come avviene un cambiamento terapeutico" o al "come si sviluppa il Sé", al "come si sviluppa una psicopatologia", al "come è caratterizzata una relazione sana tra madre e bambino o tra due partner". Riuscire a rispondere a queste tipo di domande, oltre che essere affascinante, è anche forse la vocazione originaria della ricerca in psicologia, una disciplina chiamata ad aiutare e ad aggiungere significati piuttosto che a toglierli. Insieme a questa tendenza appena descritta, se ne può ravvisare anche un'altra, la quale ha che fare invece con l'estendersi dei confini tradizionalmente imposti alla psiche (o mente), e al corpo. Se infatti è ormai assodato il ruolo giocato dal cervello come base biologica e funzionale della mente, negli ultimi decenni, si assiste ad un superamento delle tradizionali tecniche utilizzate dalla psicologia e dalle neuroscienze, portando a connubi innovativi. Pensiamo ad esempio alla

sincronizzazione fisiologica e non verbale, o al ruolo sempre più importante dato al microbiota intestinale. La direzione data da questi studi sembra quella di uno sconfinamento della mente dal tradizionale *locus* dato dal cervello, producendo un duplice effetto: una “mentalizzazione” del corpo e una “incorporazione” della mente. Tale esito può essere chiamato sinteticamente con il termine *embodiment*. La novità data da questa nuova prospettiva consente di andare oltre l'utilizzo del corpo per la mera localizzazione della mente e delle sue capacità, superando la concezione di esso come qualcosa di disgiunto ma allo stesso tempo allineato con la mente, per approdare all'idea che esso faccia in realtà parte, insieme alla mente, della stessa unità indissolubile. Questa prospettiva, potrebbe promuovere quel traghetamento necessario verso un nuovo paradigma della psicologia, che consentirebbe di ricucire quella frammentazione, che non è sempre abbondanza, data dall'inarrestabile proliferazione di approcci e scuole diverse.

Conclusione

Si è giunti alla fine di un lungo percorso, un viaggio di scoperta e apprendimento che ha portato a esplorare la complessità di fenomeni affascinanti e ancora non del tutto compresi come quello della sincronizzazione tra paziente e terapeuta, dell'alleanza terapeutica e dell'empatia. È opportuno, ora, guardarsi indietro e riflettere sul cammino compiuto, sui traguardi raggiunti e sulle sfide affrontate.

La ricerca è un viaggio che, senza accorgerti, ti cambia. Ogni fase di questo progetto ha contribuito non solo alla personale conoscenza scientifica, ma anche alla crescita personale e professionale. Si è potuto imparare a navigare tra dati complessi, a formulare ipotesi, a verificare le proprie idee e a interpretare i risultati con rigore e umiltà.

Nonostante i risultati di questa tesi non abbiano trovato una correlazione significativa tra la sincronizzazione fisiologica e l'alleanza terapeutica, si può essere comunque fieri di aver preso parte al grande sogno della scienza. Ogni contributo, grande o piccolo che sia, aggiunge un tassello al vasto mosaico della conoscenza umana. La mancanza di risultati significativi non diminuisce il valore di questo lavoro; al contrario, sottolinea la complessità delle interazioni umane e la necessità di ulteriori ricerche per comprendere appieno i processi terapeutici.

Essere parte di questo processo scientifico è stato un onore e un privilegio. Si è avuto l'opportunità di contribuire a un campo di studio in continua evoluzione, offrendo nuove prospettive e stimoli per future indagini. Guardando avanti, si spera che questo lavoro ispiri altri studenti e ricercatori a continuare l'esplorazione di queste tematiche, integrando nuove metodologie e prospettive per arricchire ulteriormente la nostra comprensione.

In conclusione, ringraziamo tutti coloro che hanno supportato questo percorso. Il viaggio non finisce qui; perchè si è pronti a continuare ad esplorare, imparare e a dare un contributo al mondo e alla comunità.

Bibliografia

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171–185. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.2.171>
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1–33. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00146-0)
- Adler, E., & Bachant, J. L. (1998). Intrapsychic and interactive dimensions of resistance: A contemporary perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 15(4), 451–479. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.15.4.451>
- Adriaense, J., Koski, S., Huber, L., & Lamm, C. (2020). Challenges in the comparative study of empathy and related phenomena in animals. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews/Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 112, 62–82. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.01.021>
- Ahn, H. N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of counseling psychology*, 48(3), 251.
- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325–366). Guilford Press
- Alexander, L. H., & Alessi, E. J. (2023). A Critical Review of the Conceptualization of Empathy: Toward a Deeper Understanding for Clinical social work practice. *Clinical Social Work Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10615-023-00912-z>

- Altmann, U., Schoenherr, D., Paulick, J., Deisenhofer, A., Schwartz, B., Rubel, J. A., et al. (2020). Associations between movement synchrony and outcome in patients with social anxiety disorder: evidence for treatment specific effects. *Psychother. Res.* 30, 574–590. doi: 10.1080/10503307.2019.1630779
- Apostolopoulou, A., & Giovazolias, T. (2021). The therapeutic alliance: Definitions, reflections and therapeutic implications. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 26(2), 8–31.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in psychology*, 2, 270.
- Barrett-Lennard, G. T. (1986). The relationship inventory now: Issues and advances in theory, method and use. In *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 439-476). Guilford Press.
- Baskin-Sommers, A., Krusemark, E., & Ronningstam, E. (2014). Empathy in narcissistic personality disorder: From clinical and empirical perspectives. *Personality Disorders*, 5(3), 323–333. <https://doi.org/10.1037/per0000061>
- Batson, C. D. (2009). These things called empathy: eight related but distinct phenomena. In *The MIT Press eBooks* (pp. 3–16). <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0002>
- Batson, C. D., Fultz, J., & Schoenrade, P. A. (1987). Distress and Empathy: Two Qualitatively Distinct Vicarious Emotions with Different Motivational Consequences. *Journal of Personality*, 55(1), 19–39. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00426.x>
- Batson, C. D., Lishner, D. A., Cook, J., & Sawyer, S. (2005). Similarity and nurturance: two possible sources of empathy for strangers. *Basic and Applied Social Psychology*, 27(1), 15–25. https://doi.org/10.1207/s15324834basp2701_2
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Funder, D. C. (2007). Psychology as the science of Self-Reports and Finger Movements: whatever happened to actual behavior? *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), 396–403. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00051.x>

- Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: A task analysis. *Psychology and Psychotherapy*, 79(3), 395–418. <https://doi.org/10.1348/147608305x58355>
- Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition*, 14, 698–718. doi:10.1016/j.concog.2005.06.004
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89–108). Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Borelli, J. L., Sohn, L., Wang, B. A., Hong, K., DeCoste, C., and Suchman, N. E. (2019). Therapist–client language matching: initial promise as a measure of therapist–client relationship quality. *Psychoanal. Psychol.* 36, 9–18. doi: 10. 1037/pap0000177
- Boucsein, W. (2012). Electrodermal activity. In *Springer eBooks*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-1126-0>
- Bozarth, J. D. (1997). Empathy from the framework of client-centered theory and the Rogerian hypothesis. In *American Psychological Association eBooks* (pp. 81–102). <https://doi.org/10.1037/10226-003>
- Braakmann, D. (2015). Historical Paths in Psychotherapy Research. In: Gelo, O., Pritz, A., Rieken, B. (eds) *Psychotherapy Research*. Springer, Vienna. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_3
- Brenner C. Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *J Am Psychoanal Assoc.* 1979;27 Suppl:137-57. PMID: 263963.
- Breuer, J., & Freud, S. (1973). *Studies on hysteria: (1865)*.
- Brodal, P. (2010). *The central nervous system*. Oxford University Press.
- Bryan, C. J., Baucom, B. R., Crenshaw, A. O., Imel, Z., Atkins, D. C., Clemans, T. A., et al. (2018). Associations of patient-rated emotional bond and vocally encoded emotional arousal among

- clinicians and acutely suicidal military personnel. *J. Consult. Clin. Psychol.* 86, 372–383. doi: 10.1037/ccp0000295
- Buckner, R. L., & Carroll, D. C. (2007). Self-projection and the brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(2), 49–57. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.11.004>
- Budge, S. L., & Wampold, B. E. (2015). The relationship: How it works. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 213–228). Springer-Verlag Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_11
- Bzdok, D., Schilbach, L., Vogeley, K., Schneider, K., Laird, A. R., Langner, R., & Eickhoff, S. B. (2012). Parsing the neural correlates of moral cognition: ALE meta-analysis on morality, theory of mind, and empathy. *Brain Structure & Function*, 217(4), 783–796. <https://doi.org/10.1007/s00429-012-0380-y>
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and Human Relations: Selection and training*. Holt McDougal.
- Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M. C., Mazziotta, J. C., & Lenzi, G. L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the national Academy of Sciences*, 100(9), 5497–5502.
- Champagne, F. A. (2008). Epigenetic mechanisms and the transgenerational effects of maternal care. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 29, 386–397.
- Cheng, Y., Yang, C., Lin, C., Lee, P., & Decety, J. (2008). The perception of pain in others suppresses somatosensory oscillations: A magnetoencephalography study. *NeuroImage*, 40(4), 1833–1840. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.01.064>
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284–290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>
- Cikara, M., Bruneau, E., Van Bavel, J., & Saxe, R. (2014). Their pain gives us pleasure: How intergroup dynamics shape empathic failures and counter-empathic responses. *Journal of Experimental Social Psychology*, 55, 110–125. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2014.06.007>

- Clark, S. R., Cearns, M., Schubert, K. O., & Baune, B. T. (2020). Multimodal modeling for personalized psychiatry. In *Elsevier eBooks* (pp. 521–536). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-813176-3.00043-2>
- Cohen, K., Ramseyer, F. T., Tal, S., & Zilcha-Mano, S. (2021). Nonverbal synchrony and the alliance in psychotherapy for major depression: disentangling state-like and trait-like effects. *Clinical Psychological Science*, 9(4), 634-648.
- Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1988). Mother-infant face-to-face interaction: Influence is bidirectional and unrelated to periodic cycles in either partner's behavior. *Developmental Psychology*, 24(3), 386–392. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.24.3.386>
- Colli A, Lingiardi V (2006) Therapist's interventions adjustment ratio and relational failures: a pilot study on the way therapists break the alliance. Paper presented at the 37th 79 international meeting of the society for psychotherapy research, Edinburgh, Scotland
- Colli, A., & Lingiardi, V. (2009). The Collaborative Interactions Scale: A new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(6), 718–734. <https://doi.org/10.1080/10503300903121098>
- Colli, A., Gentile, D., Condino, V., & Lingiardi, V. (2019). Assessing alliance ruptures and resolutions: Reliability and validity of the Collaborative Interactions Scale-revised version. *Psychotherapy Research*, 29(3), 279-292.
- Cuff, B. M., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2014). Empathy: A review of the concept. *Emotion Review*, 8(2), 144–153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
- Curtis H.C. (1979) The concept of therapeutic alliance: implications for the "widening scope". In *Psychoanalytic Explorations of Technique*, ed. H.P.Blum. New York, International Universities Press, 1980.
- Darwall, S. L. (1998). Empathy, sympathy, care. *Philosophical Studies*, 89(2/3), 261–282. <https://doi.org/10.1023/a:1004289113917>
- Davis, M. H. (1996). *Empathy: A Social Psychological Approach*. Westview Press.

- Davis, M. H. (2017). Empathy, compassion, and social relationships. In E. M. Seppälä, E. Simon-Thomas, S. L. Brown, M. C. Worline, C. D. Cameron, & J. R. Doty (Eds.), *The Oxford handbook of compassion science* (pp. 299–315). Oxford University Press.
- De Bei F (2006) La ricerca sull'alleanza terapeutica. In: Dazzi N, Lingiardi V, Colli A (eds) *La ricerca in psicoterapia: Modelli e Strumenti*. Raffaello Cortina, Milano.
- De Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: how, when and why? *Trends in Cognitive Sciences*, *10*(10), 435–441. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.08.008>
- De Waal, F. B. (2008). Putting the Altruism Back into Altruism: The Evolution of Empathy. *Annual Review of Psychology*, *59*(1), 279–300. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093625>
- De Waal, F. B. (2021). Empathy, the umbrella term. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews/Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *129*, 180–181. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.034>
- De Waal, F. B. M., & Preston, S. D. (2017). Mammalian empathy: behavioural manifestations and neural basis. *Nature Reviews. Neuroscience*, *18*(8), 498–509. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.72>
- Decety, J., & Grèzes, J. (2006). The power of simulation: Imagining one's own and other's behavior. *Brain Research*, *1079*(1), 4–14. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2005.12.115>
- Decety, J., & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, *6*, 1146–1163. <https://doi.org/10.1100/tsw.2006.221>
- Decety, J., & Michalska, K. J. (2009). Neurodevelopmental changes in the circuits underlying empathy and sympathy from childhood to adulthood. *Developmental Science*, *13*(6), 886–899. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2009.00940.x>
- Decety, J., & Sommerville, J. A. (2003). Shared representations between self and other: a social cognitive neuroscience view. *Trends in Cognitive Sciences*, *7*(12), 527–533. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2003.10.004>
- Decety, J., & Svetlova, M. (2012). Putting together phylogenetic and ontogenetic perspectives on empathy. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *2*(1), 1–24. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2011.05.003>

- Decety, J., Michalska, K. J., Akitsuki, Y., & Lahey, B. B. (2009). Atypical empathic responses in adolescents with aggressive conduct disorder: A functional MRI investigation. *Biological Psychology, 80*(2), 203–211. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2008.09.004>
- Decety, J., Norman, G. J., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2012). A neurobehavioral evolutionary perspective on the mechanisms underlying empathy. *Progress in Neurobiology, 98*(1), 38–48. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2012.05.001>
- Deres-Cohen, K., Dolev-Amit, T., Peysachov, G., Ramseyer, F. T., & Zilcha-Mano, S. (2021). Nonverbal synchrony as a marker of alliance ruptures. *Psychotherapy, 58*(4), 499–509. <https://doi.org/10.1037/pst0000384>
- Di Pellegrino, G., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (1992). Understanding motor events: a neurophysiological study. *Experimental Brain Research, 91*(1), 176–180. <https://doi.org/10.1007/bf00230027>
- Dolev-Amit, T., Nof, A., Asaad, A., Tchizick, A., & Zilcha-Mano, S. (2020b). The melody of ruptures: identifying ruptures through acoustic markers. *Counselling Psychology Quarterly, 35*(4), 724–743. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1860906>
- Doran, J. M., Safran, J. D., Waizmann, V., Bolger, K., & Muran, J. C. (2012). The Alliance Negotiation Scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. *Psychotherapy Research, 22*(6), 710-719.
- Dziobek, I., Preißler, S., Grozdanovic, Z., Heuser, I., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2011). Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *NeuroImage, 57*(2), 539–548. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.05.005>
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1990). Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. *Motivation and emotion, 14*(2), 131-149.
- Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin, 101*(1), 91–119. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.1.91>
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B., Karbon, M., Maszk, P., Smith, M., O’Boyle, C., & Suh, K. (1994). The relations of emotionality and regulation to dispositional and situational empathy-

- related responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(4), 776–797.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.4.776>
- Eisenberg, N., Shea, C. L., Carlo, G., & Knight, G. (1991). Empathy-related responding and cognition: A “chicken and the egg” dilemma. In W. Kurtines & J. Gewirtz (Eds.), *Handbook of moral behavior and development*. Vol. 2: Research (pp. 63–88). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Eklund, J. H., & Meranius, M. S. (2021). Toward a consensus on the nature of empathy: A review of reviews. *Patient Education and Counseling*, 104(2), 300–307.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.022>
- Elvins, R., & Green, J. (2008b). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167–1187.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.002>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Rupture resolution rating system (3RS): Manual. *Unpublished manuscript, Mount Sinai-Beth Israel Medical Center, New York*.
- Eubanks, C. F., Lubitz, J., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Rupture Resolution Rating System (3RS): Development and validation. *Psychotherapy Research*, 29(3), 306–319.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1552034>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508–519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2010). Alliance ruptures and resolution. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 74–94). The Guilford Press.
- Fadiga, L., Fogassi, L., Pavesi, G., & Rizzolatti, G. (1995). Motor facilitation during action observation: a magnetic stimulation study. *Journal of Neurophysiology*, 73(6), 2608–2611.
<https://doi.org/10.1152/jn.1995.73.6.2608>
- Fan, Y., Duncan, N. W., De Greck, M., & Northoff, G. (2011). Is there a core neural network in empathy? An fMRI based quantitative meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral*

- Reviews/Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 903–911.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.10.009>
- Feldman, R., Magori-Cohen, R., Galili, G., Singer, M., & Louzoun, Y. (2011). Mother and infant coordinate heart rhythms through episodes of interaction synchrony. *Infant Behavior & Development*, 34(4), 569–577. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.06.008>
- Ferenczi, S. (1928). The elasticity of psycho-analytic technique. In *Final contributions to the problems and methods of psycho-analysis* (pp. 87–101). London: Karnac Books.
- Field, T. M., Woodson, R., Greenberg, R., & Cohen, D. (1982). Discrimination and imitation of facial expression by neonates. *Science*, 218(4568), 179–181. <https://doi.org/10.1126/science.7123230>
- Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 69-80.
- Flasbeck, V., Enzi, B., & Brüne, M. (2017). Altered empathy for psychological and physical pain in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 31(5), 689–708.
https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_276
- Freud, A. (1937). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. (The International Psycho-analytical Library, No. 30.).
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *Classics in psychoanalytic techniques*, 12, 97-108.
- Freud, S. (1927). *L'avvenire di un'illusione*. Giulio Einaudi Editore.
- Gabbard, G. O. (2018). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore.
- Galbusera, L., Finn, M. T., and Fuchs, T. (2016). Interactional synchrony and negative symptoms: an outcome study of body-oriented psychotherapy for schizophrenia. *Psychother. Res.* 28, 457–469.
doi: 10.1080/10503307.2016.1216624
- Gallese, V., Eagle, M. N., & Migone, P. (2007). Intentional attunement: mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(1), 131–175. <https://doi.org/10.1177/00030651070550010601>
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L., & Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119(2), 593–609. <https://doi.org/10.1093/brain/119.2.593>

- Gallese, V., Ferrari, P. F., & Umiltà, M. A. (2002). The mirror matching system: A shared manifold for intersubjectivity. *Behavioral and Brain Sciences*, 25(1), 35-36.
- Gaston, L., & Marmar, C. R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 85–108). John Wiley & Sons.
- Geangu, E., Benga, O., Stahl, D., & Striano, T. (2010). Contagious crying beyond the first days of life. *Infant Behavior & Development*, 33(3), 279–288. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.03.004>
- Gelo, O. C. G., & Salvatore, S. (2016). A dynamic systems approach to psychotherapy: A meta-theoretical framework for explaining psychotherapy change processes. *Journal of Counseling Psychology*, 63(4), 379–395. <https://doi.org/10.1037/cou0000150>
- Gelo, O. C. G., Auletta, A. F., & Braakmann, D. (2010). Theoretical, methodological and data-analytical issues in psychotherapy research. Part I: Process and outcome research – from the '50s to the '80s. *Research in Psychotherapy: Psychopathology*, 13(1), 61. doi: 10.4081/ripppo.2010.10
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.3.296>
- Gerdes, K. E., & Segal, E. (2011). Importance of empathy for social work Practice: Integrating new science. *Social Work*, 56(2), 141–148. <https://doi.org/10.1093/sw/56.2.141>
- Gersh, E., Hulbert, C. A., McKechnie, B., Ramadan, R., Worotniuk, T., & Chanen, A. M. (2016). Alliance rupture and repair processes and therapeutic change in youth with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 90(1), 84–104. <https://doi.org/10.1111/papt.12097>
- Grafton, S., Arbib, M., Fadiga, L., & Rizzolatti, G. (1996). Localization of grasp representations in humans by positron emission tomography. *Experimental Brain Research*, 112(1). <https://doi.org/10.1007/bf00227183>
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 155–181. <https://doi.org/10.1080/21674086.1965.11926343>

- Greenson, R. R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, Vol. 1. New York, NY: International Universities Press.
- Gu, X., & Han, S. (2007). Attention and reality constraints on the neural processes of empathy for pain. *NeuroImage*, *36*(1), 256–267. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.02.025>
- Halfon, S., Doyran, M., Türkmen, B., Oktay, E. A., & Salah, A. A. (2020). Multimodal affect analysis of psychodynamic play therapy. *Psychotherapy Research*, *31*(3), 313–328. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1839141>
- Harari, H., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M., & Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *175*(3), 277–279. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.002>
- Harper, H. (1989a). *Coding Guide I: Identification of confrontation challenges in exploratory therapy*. Sheffield, England: University of Sheffield
- Harper, H. (1989b). *Coding Guide II: Identification of withdrawal challenges in exploratory therapy*. Sheffield, England: University of Sheffield.
- Hatcher, R. L. (2010). Alliance theory and measurement. *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*, 7-28.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson, R. L. (1994). *Emotional contagion*. Cambridge University Press.
- Haviland, J. M., & Lelwica, M. (1987). The induced affect response: 10-week-old infants' responses to three emotion expressions. *Developmental Psychology*, *23*(1), 97–104. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.1.97>
- Hein, G., & Singer, T. (2008). I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation. *Current Opinion in Neurobiology*, *18*(2), 153–158. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2008.07.012>
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*(1), 27–31. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.54.1.27>

- Hersen M, Michelson L, Bellack AS (1984) Historical overview. In: Bellack AS, Hersen M, Michelson I (eds) *Issues in psychotherapy research*. Plenum, New York, pp 3–33
- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J., & Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 207–217. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.2.207>
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Corbett, M. M. (1992). The impact of therapist ability to perceive displayed and hidden client reactions on immediate outcome in first sessions of brief therapy. *Psychotherapy Research*, 2, 143–155.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., Cogar, M., & Denman, D. W. (1993). Beneath the surface of long-term therapy: Therapist and client report of their own and each other's covert processes. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 278–287.
- Hilsenroth, M. J., Cromer, T. D., & Ackerman, S. J. (2012). How to make practical use of therapeutic alliance research in your clinical work. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence* (pp. 361–380). Humana Press/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_22
- Hilsenroth, M. J., Peters, E. J., & Ackerman, S. J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 332-344.
- Hodges, S. D. (2005). Is how much you understand me in your head or mine. *Other minds: How humans bridge the divide between self and others*, 298-309.
- Hodges, S. D., & Biswas-Diener, R. (2007). Balancing the empathy expense account: Strategies for regulating empathic response. In T. F. D. Farrow & P. W. R. Woodruff (Eds.), *Empathy in mental illness* (pp. 389–407). Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Hodges, S. D., & Wegner, D. M. (1997). Automatic and controlled empathy. In W. J. Ickes (Ed.), *Empathic accuracy* (pp. 311–339). The Guilford Press.
- Hofer, M. A. (1971). Cardiac rate regulated by nutritional factor in young rats. *Science*, 172, 1039–1041.

- Hofer, M. A., & Shair, H. (1982). Control of sleep-wake states in the infant rat by features of the mother–infant relationship. *Developmental Psychobiology*, 15, 229–243.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for Caring and Justice*.
- Høgenhaug, S. S., Kongerslev, M. T., & Telléus, G. K. (2024). The role of interpersonal coordination dynamics in alliance rupture and repair processes in psychotherapy—A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1291155>
- Høglend, P., Hersoug, A. G., Bøgwald, K., Amlo, S., Marble, A., Sørbye, Ø., Røssberg, J. I., Ulberg, R., Gabbard, G. O., & Crits-Christoph, P. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 697–706. <https://doi.org/10.1037/a0024863>
- Hommel, B., Müsseler, J., Aschersleben, G., & Prinz, W. (2001). The Theory of Event Coding (TEC): A framework for perception and action planning. *Behavioral and Brain Sciences*, 24(5), 849–878. doi:10.1017/S0140525X01000103
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth; the struggle toward self-realization*. W. W. Norton.
- Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*. 2011 Mar;48(1):9-16. doi: 10.1037/a0022186. PMID: 21401269.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–69). Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Husserl, E. (1961). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Il Saggiatore, Milano.

- Ilgunaite, G., Giromini, L., & Di Girolamo, M. (2017). Measuring empathy: A literature review of available tools. *BPA-Applied Psychology Bulletin (Bollettino di Psicologia Applicata)*, 65(280).
- Imel, Z. E., Barco, J. S., Brown, H. J., Baucom, B. R., Baer, J. S., Kircher, J. C., & Atkins, D. C. (2014). The association of therapist empathy and synchrony in vocally encoded arousal. *Journal of Counseling Psychology*, 61(1), 146–153. <https://doi.org/10.1037/a0034943>
- Jackson, P. L., Meltzoff, A. N., & Decety, J. (2005). How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. *NeuroImage*, 24(3), 771–779. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.09.006>
- Jaspers, K. (1912). The phenomenological approach in psychopathology. In K. Jaspers (Ed.), *General psychopathology*. Springer
- Joshi, J., Goecke, R., Alghowinem, S., Dhall, A., Wagner, M., Epps, J., Parker, G., & Breakspear, M. (2013). Multimodal assistive technologies for depression diagnosis and monitoring. *Journal on Multimodal User Interfaces*, 7(3), 217–228. <https://doi.org/10.1007/s12193-013-0123-2>
- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1990). An examination of Mann's model of time-limited individual psychotherapy. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 35(1), 41–49.
- Kalpakci, A., Vanwoerden, S., Elhai, J. D., & Sharp, C. (2016). The independent contributions of emotion dysregulation and hypermentalization to the “Double Dissociation” of affective and Cognitive empathy in female adolescent inpatients with BPD. *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 242–260. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_192
- Kaluzeviciute, G. (2020b). The role of empathy in psychoanalytic psychotherapy: A historical exploration. *Cogent Psychology*, 7(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2020.1748792>
- Kanske, P., Böckler, A., Trautwein, F., & Singer, T. (2015). Dissecting the social brain: Introducing the EmpaToM to reveal distinct neural networks and brain–behavior relations for empathy and Theory of Mind. *NeuroImage*, 122, 6–19. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.07.082>
- Kanzer, M. (1975), The therapeutic and working alliances, *Int. J. Psychoanal. Psychother.*, 4, 48-68.

- Killgore, W. D. S., & Yurgelun-Todd, D. A. (2007). Neural correlates of emotional intelligence in adolescent children. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 7(2), 140–151.
<https://doi.org/10.3758/cabn.7.2.140>
- Kleinbub, J. R. (2017). State of the Art of Interpersonal Physiology in Psychotherapy: A Systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02053>
- Kleinbub, J. R. (2023). DyadSync: An R package for interpersonal physiology analysis.
<https://github.com/kleinbub/DyadSync>.
- Kleinbub, J. R., Palmieri, A., Orsucci, F. F., Andreassi, S., Musmeci, N., Benelli, E., ... & de Felice, G. (2019). Measuring empathy: A statistical physics grounded approach. *Physica A: Statistical Mechanics and its Applications*, 526, 120979.
- Kleinbub, J. R., Talia, A., & Palmieri, A. (2020). Physiological synchronization in the clinical process: A research primer. *Journal of Counseling Psychology*, 67(4), 420–437.
<https://doi.org/10.1037/cou0000383>
- Kohut H. (1984), *La cura psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, 1986.
- Kohut, H. (1959). *Introspezione ed empatia. Raccolta di scritti (1959-1981)*.
- Koole, S. L., & Tschacher, W. (2016). Synchrony in Psychotherapy: A review and an Integrative Framework for the Therapeutic Alliance. *Frontiers in Psychology*, 7.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00862>
- Kozak, M. N., Marsh, A. A., & Wegner, D. M. (2006). What do i think you're doing? Action identification and mind attribution. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(4), 543–555.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.4.543>
- Krämer, U. M., Mohammadi, B., Doñamayor, N., Samii, A., & Münte, T. F. (2010). Emotional and cognitive aspects of empathy and their relation to social cognition—an fMRI-study. *Brain Research*, 1311, 110–120. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2009.11.043>
- Kramer, U., De Roten, Y., Beretta, V., Michel, L., & Despland, J. (2008). Patient's and therapist's views of early alliance building in dynamic psychotherapy: Patterns and relation to outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 55(1), 89–95. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.1.89>

- Kramer, U., de Roten, Y., Beretta, V., Michel, L., & Despland, J. N. (2009). Alliance patterns over the course of short-term dynamic psychotherapy: The shape of productive relationships. *Psychotherapy Research, 19*(6), 699-706.
- Krebs, D. (1975). Empathy and altruism. *Journal of Personality and Social Psychology, 32*(6), 1134–1146. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.32.6.1134>
- Krebs, D. (1982). Helping in Emergencies: the construction and disintegration of a model. *Contemporary Psychology, 27*(10), 775–777. <https://doi.org/10.1037/020673>
- Lamm, C., Batson, C. D., & Decety, J. (2007). The neural substrate of human empathy: effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience, 19*(1), 42–58. <https://doi.org/10.1162/jocn.2007.19.1.42>
- Lamm, C., Meltzoff, A. N., & Decety, J. (2010). How Do We Empathize with Someone Who Is Not Like Us? A Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *Journal of Cognitive Neuroscience, 22*(2), 362–376. <https://doi.org/10.1162/jocn.2009.21186>
- Latané, B., & Rodin, J. (1969). A lady in distress: Inhibiting effects of friends and strangers on bystander intervention. *Journal of Experimental Social Psychology, 5*(2), 189-202.
- Lingiardi, V., Colli, A. (2015). Therapeutic Alliance and Alliance Ruptures and Resolutions: Theoretical Definitions, Assessment Issues, and Research Findings. In: Gelo, O., Pritz, A., Rieken, B. (eds) *Psychotherapy Research*. Springer, Vienna. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_16
- Lord, S. P., Sheng, E., Imel, Z. E., Baer, J., and Atkins, D. C. (2015). More than reflections: empathy in motivational interviewing includes language style synchrony between therapist and client. *Behav. Ther. 46*, 296–303. doi: 10.1016/j.beth.2014.11.002
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome. In J. L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92–116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., et al. (1996). The revised helping alliance questionnaire (HAQ II). *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 5*, 260–271.

- Lutz, W., Prinz, J. N., Schwartz, B., Paulick, J., Schoenherr, D., Deisenhofer, A. K., et al. (2020). Patterns of early change in interpersonal problems and their relationship to nonverbal synchrony and multidimensional outcome. *J. Couns. Psychol.* 67, 449–461. doi: 10.1037/cou0000376
- Maibom, H. (2017). *The Routledge Handbook of Philosophy of Empathy*. Routledge.
- Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Marci, C. D., & Orr, S. P. (2006). The effect of emotional distance on psychophysiological concordance and perceived empathy between patient and interviewer. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 31, 115-128.
- Marci, C. D., Ham, J., Moran, E., & Orr, S. P. (2007). Physiologic correlates of perceived therapist empathy and social-emotional process during psychotherapy. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(2), 103-111.
- Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2000 Jun;68(3):438-50. PMID: 10883561.
- Mayo, O., and Gordon, I. (2020). In and out of synchrony-Behavioral and physiological dynamics of dyadic interpersonal coordination. *Psychophysiology* 57:e13574. doi: 10.1111/psyp.13574
- McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2014). The process of change in psychotherapy: Common and unique factors. In *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 293-310). Vienna: Springer Vienna.
- Meltzoff, A., & Moore, M. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198(4312), 74–78. <https://doi.org/10.1126/science.897687>
- Merleau-Ponty, M. (2014). *Fenomenologia della percezione*. Giunti.
- Messer, S. B., & Wolitzky, D. L. (2010). A psychodynamic perspective on the therapeutic alliance: Theory, research, and practice. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 97–122). The Guilford Press.

- Messina, I., Palmieri, A., Sambin, M., Kleinbub, J. R., Voci, A., & Calvo, V. (2013). Somatic underpinnings of perceived empathy: The importance of psychotherapy training. *Psychotherapy Research, 23*(2), 169-177.
- Mitchell, A. E., Dickens, G. L., & Picchioni, M. M. (2014). Facial Emotion Processing in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology Review, 24*(2), 166–184. <https://doi.org/10.1007/s11065-014-9254-9>
- Mogan, R., Fischer, R., and Bulbulia, J. A. (2017). To be in synchrony or not ? A metaanalysis on synchrony's effects on behavior, perception, cognition and affect. *J. Exp. Soc. Psychol. 72*, 13–20. doi: 10.1016/j.jesp.2017.03.009
- Morrison, I. (2012). Comment: A Trade-off between Broad and Specific Ideas of Neural Self–Other Overlap. *Emotion Review, 4*(1), 36–37. <https://doi.org/10.1177/1754073911421392>
- Morrison, I., Peelen, M. V., & Downing, P. E. (2006). The sight of others' pain modulates motor processing in human cingulate cortex. *Cerebral Cortex, 17*(9), 2214–2222. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhl129>
- Muran, J. C., & Barber, J. P. (Eds.). (2010). *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. The Guilford Press.
- Muran, J. C., & Segal, Z. V. (1992). The development of an idiographic measure of self-schemas: An illustration of the construction and use of self-scenarios. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 29*(4), 524.
- Murphy, D., Duggan, M., & Joseph, S. (2012). Relationship-Based Social Work and Its Compatibility with the Person-Centred Approach: Principled versus Instrumental Perspectives. *British Journal of Social Work, 43*(4), 703–719. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs003>
- Mylona, A., & Avdi, E. (2021). ALLIANCE RUPTURES AND EMBODIED AROUSAL IN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY: AN EXPLORATORY STUDY. *Hellenic Journal of Psychology, 18*(2), 226–248. <https://doi.org/10.26262/hjp.v18i2.8193>
- Mylona, A., Avdi, E., & Paraskevopoulos, E. (2022). Alliance rupture and repair processes in psychoanalytic psychotherapy: multimodal in-session shifts from momentary failure to repair.

- Counselling Psychology Quarterly*, 35(4), 814–841.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2021.2013162>
- Neumann, D. L., Chan, R. C., Boyle, G. J., Wang, Y., & Westbury, H. R. (2015). Measures of empathy: Self-report, behavioral, and neuroscientific approaches. *Measures of personality and social psychological constructs*, 257-289.
- New, A. S., Rot, M. a. H., Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., Weinstein, S. R., Koenigsberg, H. W., Hazlett, E. A., Goodman, M., & Siever, L. J. (2012). Empathy and alexithymia in Borderline Personality Disorder: Clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 660–675. <https://doi.org/10.1521/peidi.2012.26.5.660>
- Nguyen, T., Abney, D. H., Salamander, D., Bertenthal, B. I., & Hoehl, S. (2021). Proximity and touch are associated with neural but not physiological synchrony in naturalistic mother-infant interactions. *NeuroImage*, 244, 118599. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2021.118599>
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Black, S. W., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S., & Hilsenroth, M. (2016). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593–605.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Nietzsche, F. (1881). *Aurora. Pensieri sui pregiudizi morali*. Tr. it. Adelphi, 1978
- Nummenmaa, L., Hirvonen, J., Parkkola, R., & Hietanen, J. K. (2008). Is emotional contagion special? An fMRI study on neural systems for affective and cognitive empathy. *NeuroImage*, 43(3), 571–580. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.08.014>
- O'Malley, S. S., Suh, C. S., & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 581–586. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.51.4.581>
- Oliveira-Silva, P., & Gonçalves, Ó. F. (2011). Responding Empathically: A Question of Heart, not a Question of Skin. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 36(3), 201–207.
<https://doi.org/10.1007/s10484-011-9161-2>

- Paivio, S. C., & Patterson, L. A. (1999). Alliance development in therapy for resolving child abuse issues. *Psychotherapy, 36*(4), 343–354. <https://doi.org/10.1037/h0087843>
- Palmieri, A., Pick, E., Grossman-Giron, A., & Bitan, D. T. (2021). Oxytocin as the neurobiological basis of synchronization: a research proposal in psychotherapy settings. *Frontiers in Psychology, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.628011>
- Paulick, J., Deisenhofer, A.-K., Ramseyer, F., Tschacher, W., Boyle, K., Rubel, K., et al. (2018). Nonverbal synchrony: a new approach to better understand psychotherapeutic processes and drop-outs. *J. Psychother. Integr. 28*, 367–384. doi: 10.1037/int0000099
- Pennebaker, J. W., Booth, R. J., and Francis, M. E. (2007). Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC): A Computerized Text Analysis Program. Available online at: <http://www.liwc.net/index.php>
- Peterson, J. K., & Silver, R. C. (2016). Developing an understanding of victims and violent offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 32*(3), 399–422. <https://doi.org/10.1177/0886260515586361>
- Piaget, J., & Cook, M. (1952). *The origins of intelligence in children* (Vol. 8, No. 5, pp. 18-1952). New York: International Universities Press.
- Pigman, G.W. (1995). Freud and the history of empathy. *The International journal of psycho-analysis, 76* (Pt 2), 237-56.
- Povinelli, D. J. (1993). Reconstructing the evolution of mind. *American Psychologist, 48*(5), 493–509. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.48.5.493>
- Preston, S. D. (2007). A perception–action model for empathy. In T. F. D. Farrow & P. W. R. Woodruff (Eds.), *Empathy in mental illness* (pp. 428–447). Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Preston, S. D., & De Waal, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences, 25*(1), 1–20. <https://doi.org/10.1017/s0140525x02000018>
- Preston, S. D., & Hofelich, A. J. (2012). The Many Faces of Empathy: Parsing Empathic Phenomena through a Proximate, Dynamic-Systems View of Representing the Other in the Self. *Emotion Review, 4*(1), 24–33. <https://doi.org/10.1177/1754073911421378>

- Preston, S. D., Ermler, M., Lei, Y., & Bickel, L. (2020). Understanding empathy and its disorders through a focus on the neural mechanism. *Cortex*, *127*, 347–370.
<https://doi.org/10.1016/j.cortex.2020.03.001>
- R Core Team (2022). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- Ramachandra, V., Depalma, N., & Lisiewski, S. (2009). The role of mirror neurons in processing vocal emotions: evidence from psychophysiological data. *International Journal of Neuroscience*, *119*(5), 681-691.
- Ramseyer, F. T. (2020). Motion energy analysis (MEA): A primer on the assessment of motion from video. *Journal of Counseling Psychology*, *67*(4), 536–549. <https://doi.org/10.1037/cou0000407>
- Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2011c). Nonverbal synchrony in psychotherapy: Coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(3), 284–295. <https://doi.org/10.1037/a0023419>
- Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2014). Nonverbal synchrony of head-and body-movement in psychotherapy: different signals have different associations with outcome. *Frontiers in psychology*, *5*, 101957.
- Regan, A. M., & Hill, C. E. (1992). Investigation of what clients and counselors do not say in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, *39*, 168–174.
- Reich, C. M., Berman, J. S., Dale, R., and Levitt, H. M. (2014). Vocal synchrony in psychotherapy. *J. Soc. Clin. Psychol.* *33*, 481–494. doi: 10.1521/jscp.2014.33.5. 481
- Rennung, M., and Göritz, A. S. (2016). Prosocial consequences of interpersonal synchrony. A meta-analysis. *Z. Psychol.* *224*, 168–189. doi: 10.1027/2151-2604/ a000252
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, *41*(4), 473–483.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.4.473>

- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3(2), 131–141. [https://doi.org/10.1016/0926-6410\(95\)00038-0](https://doi.org/10.1016/0926-6410(95)00038-0)
- Rogers C (1942a) Counseling and psychotherapy. Houghton Mifflin, Boston
- Rogers C (1942b) The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. *Am J Orthopsychiatry* 12:429–434. doi:10.1111/j.1939-0025.1942.tb05930.x
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework, McGraw-Hill, 1959
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>
- Ruby, P., & Decety, J. (2004). How Would You Feel versus How Do You Think She Would Feel? A Neuroimaging Study of Perspective-Taking with Social Emotions. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 16(6), 988–999. <https://doi.org/10.1162/0898929041502661>
- Safran JD, Muran JC. Resolving therapeutic alliance ruptures: diversity and integration. *J Clin Psychol*. 2000 Feb;56(2):233-43. doi: 10.1002/(sici)1097-4679(200002)56:2<233::aid-jclp9>3.0.co;2-3. PMID: 10718606.
- Safran, J. D. (2002). Brief relational psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 171–195.
- 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: Guilford Press.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 154–165. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.154>

- Safran, J. D., Muran, J. C., & Rothman, M. (2006). The therapeutic alliance: Cultivating and negotiating the therapeutic relationship. In *Clinical strategies for becoming a master psychotherapist* (pp. 37-54). Academic Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 225–255). John Wiley & Sons.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 406.
- Sagi, A., & Hoffman, M. L. (1976). Empathic distress in the newborn. *Developmental Psychology*, 12(2), 175–176. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.12.2.175>
- Schanberg, S. M., Ingledue, V. F., Lee, J. Y., Hannun, Y. A., & Bartolome, J. V. (2003). PKC alpha mediates maternal touch regulation of growth-related gene expression in infant rats. *Neuropsychopharmacology*, 28, 1026–1030
- Scheidt, C. E., Pfänder, S., Ballati, A., Schmidt, S., & Lahmann, C. (2021). Language and Movement Synchronization in Dyadic Psychotherapeutic Interaction – A Qualitative review and a proposal for a classification. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.696448>
- Schenk, N., Zimmermann, R., Fürer, L., Krause, M., Weise, S., Kaess, M., Schlüter-Müller, S., & Schmeck, K. (2019). Trajectories of alliance ruptures in the psychotherapy of adolescents with borderline personality pathology: timing, typology and significance. *Research in Psychotherapy*, 22(2). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.348>
- Schnell, K., Bluschke, S., Konradt, B., & Walter, H. (2011). Functional relations of empathy and mentalizing: An fMRI study on the neural basis of cognitive empathy. *NeuroImage*, 54(2), 1743–1754. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.08.024>
- Schurz, M., Radua, J., Tholen, M. G., Maliske, L., Margulies, D. S., Mars, R. B., Sallet, J., & Kanske, P. (2021). Toward a hierarchical model of social cognition: A neuroimaging meta-analysis and integrative review of empathy and theory of mind. *Psychological Bulletin*, 147(3), 293–327. <https://doi.org/10.1037/bul0000303>

- Sened, H., Zilcha-Mano, S., & Shamay-Tsoory, S. (2022). Inter-brain plasticity as a biological mechanism of change in psychotherapy: A review and integrative model. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.955238>
- Sequeira, H., Hot, P., Silvert, L., & Delplanque, S. (2009). Electrical autonomic correlates of emotion. *International journal of psychophysiology*, 71(1), 50-56.
- Sexton, H. C., Hembre, K., & Kvarme, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess: a sequential analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 471.
- Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2009). Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132(3), 617–627. <https://doi.org/10.1093/brain/awn279>
- Shaw, L. L., Batson, C. D., & Todd, R. M. (1994). Empathy avoidance: Forestalling feeling for another in order to escape the motivational consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(5), 879–887. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.5.879>
- Simner, M. L. (1971). Newborn's response to the cry of another infant. *Developmental Psychology*, 5(1), 136–150. <https://doi.org/10.1037/h0031066>
- Singer, T., & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 81–96. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. J., & Frith, C. D. (2004). Empathy for Pain Involves the Affective but not Sensory Components of Pain. *Science*, 303(5661), 1157–1162. <https://doi.org/10.1126/science.1093535>
- Sommerfeld, E., Orbach, I., Zim, S., & Mikulincer, M. (2008). An in-session exploration of ruptures in working alliance and their associations with clients' core conflictual relationship themes, alliance-related discourse, and clients' postsession evaluations. *Psychotherapy Research*, 18(4), 377–388. <https://doi.org/10.1080/10503300701675873>
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2016). *Clinical interviewing*. John Wiley & Sons.
- Spreng, R. N., Mar, R. A., & Kim, A. S. N. (2009). The common neural basis of autobiographical memory, prospection, navigation, theory of mind, and the default mode: a quantitative meta-

- analysis. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 21(3), 489–510.
<https://doi.org/10.1162/jocn.2008.21029>
- Stein, M. H. (1981). The unobjectionable part of the transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29(4), 869-892.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *The international journal of psycho-analysis*, 15, 117.
- Stiles, W. B., & Goldsmith, J. Z. (2010). The alliance over time. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 44–62). The Guilford Press.
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., ... & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped?. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81.
- Suh, C. S., O'Malley, S. S., Strupp, H. H., & Johnson, M. E. (1989). The Vanderbilt psychotherapy process scale (VPPS). *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3(2), 123-154.
- Tal, S., Bar-Kalifa, E., Kleinbub, J. R., Leibovich, L., Deres-Cohen, K., & Zilcha-Mano, S. (2023). A multimodal case study utilizing physiological synchrony as indicator of context in which motion synchrony is associated with the working alliance. *Psychotherapy*, 60(1), 86–97.
<https://doi.org/10.1037/pst0000465>
- Tchizick, A., Kleinbub, J.R., Bittan, S., Bitton, T., & Zilcha-Mano, S. (2024). Physiological regulation processes differentiate the experience of ruptures between patient and therapist. *Manuscript submitted for publication*.
- Terman, D. M. (2011). Empathy and neuroscience: A psychoanalytic perspective.
- Titchener, E. B. (1909). Lectures on the experimental psychology of the thought-processes. MacMillan Co. <https://doi.org/10.1037/10877-000>
- Tourunen, A., Nyman-Salonen, P., Muotka, J., Penttonen, M., Seikkula, J., & Kykyri, V. (2022). Associations between sympathetic nervous system synchrony, movement synchrony, and speech in couple therapy. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.818356>

- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), 112–119. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.44.2.112>
- Tschacher, W., & Meier, D. (2019). Physiological synchrony in psychotherapy sessions. *Psychotherapy Research*, 30(5), 558–573. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1612114>
- Venugopalan, J., Tong, L., Hassanzadeh, H. R., & Wang, M. D. (2021). Multimodal deep learning models for early detection of Alzheimer’s disease stage. *Scientific Reports*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-74399-w>
- Wai, M., & Tiliopoulos, N. (2012). The affective and cognitive empathic nature of the dark triad of personality. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 794–799. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.008>
- Walter, H. (2012). Social Cognitive Neuroscience of empathy: concepts, circuits, and genes. *Emotion Review*, 4(1), 9–17. <https://doi.org/10.1177/1754073911421379>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wampold, B. E. (2013). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Routledge.
- Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2013). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24(3), 286–298. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.802823>
- Weisz, E., & Zaki, J. (2018). Motivated empathy: a social neuroscience perspective. *Current Opinion in Psychology*, 24, 67–71. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.05.005>
- Wingenfeld, K., Kuehl, L. K., Janke, K., Hinkelmann, K., Dziobek, I., Fleischer, J., Otte, C., & Roepke, S. (2014). Enhanced Emotional Empathy after Mineralocorticoid Receptor Stimulation in Women with Borderline Personality Disorder and Healthy Women. *Neuropsychopharmacology*, 39(8), 1799–1804. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.36>
- Wispé, L. (2013). *The psychology of sympathy*. Springer Science & Business Media.

- Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(3), 448–451. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.56.3.448>
- Xu, X., Zuo, X., Wang, X., & Han, S. (2009). Do you feel my pain? Racial group membership modulates empathic neural responses. *The Journal of Neuroscience, 29*(26), 8525–8529. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.2418-09.2009>
- Yabar, Y., Johnston, L., Miles, L., & Peace, V. (2006). Implicit Behavioral mimicry: Investigating the impact of group membership. *Journal of Nonverbal Behavior, 30*(3), 97–113. <https://doi.org/10.1007/s10919-006-0010-6>
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E., & Chapman, M. (1992). Development of concern for others. *Developmental Psychology, 28*(1), 126–136. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.1.126>
- Zaki, J., & Ochsner, K. N. (2012). The neuroscience of empathy: progress, pitfalls and promise. *Nature Neuroscience, 15*(5), 675–680. <https://doi.org/10.1038/nn.3085>
- Zetzel, E. R. (1956). An approach to the relation between concept and content in psychoanalytic theory: With special reference to the work of Melanie Klein and her followers. *The Psychoanalytic Study of the Child, 11*(1), 99-121.
- Zetzel, E. R. (1958). Ernest Jones: His contribution to psycho-analytic theory. *The International Journal of Psycho-Analysis, 39*, 311.
- Zilcha-Mano, S., Shamay-Tsoory, S., Dolev-Amit, T., Zagoory-Sharon, O., & Feldman, R. (2020). Oxytocin as a biomarker of the formation of therapeutic alliance in psychotherapy and counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 67*(4), 523–535. <https://doi.org/10.1037/cou0000386>

