



# **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

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

**Corso di laurea triennale in Scienze Psicologiche dello sviluppo, della personalità**

**e delle relazioni interpersonali**

**Elaborato finale**

**Congruenza/Genuinità nella relazione terapeutica: effetti su  
processo ed esito della psicoterapia.**

**Congruence/Genuineness in the therapeutic relationship: effects on process and  
outcome of psychotherapy.**

*Relatore: Prof. Diego Rocco*

*Laureanda: Grazzi Marta*

*Matricola: 1220734*

**Anno Accademico 2021/2022**



## Sommario

Capitolo I.....	4
<b>La ricerca in psicoterapia.....</b>	<b>4</b>
Capitolo II.....	7
<b>Congruenza/Genuinità.....</b>	<b>7</b>
Capitolo III.....	9
<b>Congruenza/Genuinità nella relazione terapeutica.....</b>	<b>9</b>
Capitolo IV.....	15
<b>Studi recenti.....</b>	<b>15</b>
1. Modalità di promozione del proprio grado di congruenza.....	15
2. Variabili sociali e congruenza/genuinità come implicazione dell'autenticità.....	17
3. Congruenza interpersonale vs. congruenza intrapersonale.....	18
Capitolo V.....	20
<b>Discussione.....</b>	<b>20</b>
Bibliografia.....	24

# Capitolo I

## La ricerca in psicoterapia

La relazione terapeutica si definisce come l'insieme di sentimenti e atteggiamenti che terapeuta e cliente hanno l'uno verso l'altro, e le modalità in cui vengono espressi (Gelso & Carter, 1985; 1994); in particolare, si crea una complessa interazione reciproca tra la relazione interpersonale instaurata dalle due parti e il modello di conduzione della terapia stessa (Norcross & Lambert, 2018).

Qualunque metodo di trattamento il terapeuta metta in atto, avrà un effetto sulla relazione terapeutica (Safran & Muran, 2000), perciò interviene la ricerca, che tenta di rispondere a tre domande:

- La psicoterapia crea nel paziente cambiamenti maggiori rispetto ad altri metodi di cura dei disturbi psicologici?
- Quale approccio psicoterapeutico è più efficace?
- Quali cambiamenti avvengono nel paziente durante la psicoterapia?

La ricerca in psicoterapia viene storicamente suddivisa in due ambiti: l'*outcome research* (la ricerca che riguarda i risultati) e la *process research* (la ricerca riguardo il processo terapeutico); l'integrazione dei due ambiti citati, la *process-outcome research* (Orlinsky et al., 2004), studia la relazione tra ciò che viene osservato durante le sedute e l'esito della terapia.

Da una parte l'*outcome research* ha lo scopo di stabilire se la psicoterapia sia efficace, in termini di differenze pre e post terapia valutate con strumenti standardizzati, dall'altra la *process research* indaga perché, se le teorie di riferimento e i modelli teorici utilizzati sono differenti, i risultati delle diverse terapie si equivalgono, tentando di svelare il cosiddetto "paradosso dell'equivalenza" (Luborsky et al., 2002; Stiles et al., 1999).

La moderna ricerca sul processo nasce in seguito all'introduzione dei metodi di audio-registrazione e trascrizione del materiale clinico (Orlinsky et al., 2004) e all'adozione di una prospettiva esperienziale riguardo a ciò che accade durante la psicoterapia (Orlinsky & Howard, 1967; Strupp et al., 1977). Tenendo presente che i risultati delle ricerche sul processo segnalano differenze sistematiche nelle tecniche d'intervento dei diversi approcci (Stiles, 1987; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986), la ricerca sul processo indaga in particolare tre questioni (Stiles, Honos-Webb & Knobloch, 1999):

- Le tecniche messe in atto nella pratica clinica da psicoterapeuti che si riferiscono a uno specifico modello teorico differiscono tra loro?
- I pazienti presentano differenze sistematiche tali da permettere a una specifica terapia di risultare più efficace?
- Esistono elementi comuni a tutte le psicoterapie?

Per rispondere a queste domande è necessario creare degli strumenti di valutazione che permettano di classificare e misurare ciò che avviene all'interno della relazione terapeutica, dal momento che la ricerca sul processo terapeutico viene effettuata quando la terapia è in corso e indipendentemente dai risultati.

Nel panorama della ricerca in psicoterapia si possono distinguere *fattori specifici*, caratteristiche peculiari di un determinato orientamento terapeutico, e *fattori aspecifici*, caratteristiche indipendenti dalla teorizzazione del modello terapeutico, riconducibili alle caratteristiche umane del paziente e del terapeuta. Entrambi i fattori vengono studiati in relazione al cambiamento che deriva dal processo terapeutico, relativo in particolare all'outcome. In generale la ricerca ha dimostrato che la psicoterapia è un metodo di cura efficace, ma le evidenze empiriche non permettono di confermare la validità di un modello teorico rispetto a un altro. Le prove empiriche, infatti, dimostrano che i fattori specifici non sono responsabili dell'outcome, poiché le terapie che attuano differenti interventi clinici si equivalgono, ed il cambiamento verrebbe perciò attribuito a fattori aspecifici e trasversali ad ogni tipo di psicoterapia.

Nonostante i fattori aspecifici influenzino maggiormente la terapia rispetto ai fattori specifici, perché producono un cambiamento nel paziente, la varianza rispetto all'outcome prodotta da entrambi i fattori o dalla somma dei due oscilla tra l'8% e il 45%, valori non sufficienti a spiegare empiricamente cosa accade durante la terapia. Di conseguenza ciò che va indagato riguarda l'influenza reciproca tra i diversi fattori, i quali si rinforzano e influenzano a vicenda (Beutler et al., 2000).

Norcross e Lambert (2018) hanno condotto una ricerca meta-analitica con lo scopo di delineare quali siano le caratteristiche della relazione terapeutica che producono un risultato, in modo da stabilire cosa funziona e cosa non funziona nella relazione in generale e in particolare, a seconda della diagnosi del paziente. Gli autori sottolineano come la caratteristica maggiormente predittiva all'interno di una psicoterapia sia la qualità della relazione terapeutica (Tasca et al., 2015), che condiziona l'efficacia di qualunque tipologia di intervento terapeutico (Department of Health, 2001). Inoltre, non si può non considerare l'importanza della figura del terapeuta, che contribuisce all'outcome tramite le proprie abilità interpersonali, la flessibilità, la congruenza, il calore e il

carisma (King, Orr, Poulsen, Giacomantonio & Haden, 2017). Nonostante sia stato dimostrato che le caratteristiche del terapeuta incidono sulla psicoterapia, non sono fornite alcune indicazioni empiriche riguardo a quali caratteristiche comportamentali contribuiscano ad alimentare la relazione.

Gli autori suggeriscono la creazione di linee guida che sanciscano i comportamenti e le qualità che il terapeuta dovrebbe mettere in atto al fine di promuovere la relazione terapeutica, poiché gli attuali tentativi realizzati al fine di promuovere trattamenti *evidence-based* si sono rivelati incompleti e potenzialmente fuorvianti.

L'attuale ricerca in psicoterapia sancisce, indipendentemente dall'orientamento teorico, "l'importanza dei fattori legati al rapporto emotivo e all'alleanza terapeutica" (Dazzi, 2006, p. 43) e la necessità di creare interventi mirati alla risoluzione di specifici problemi riguardanti il paziente. In conclusione, si desidera riportare le principali conquiste della ricerca negli ultimi anni: la psicoterapia genera risultati positivi e ha un'efficacia maggiore della remissione spontanea e dei gruppi di controllo trattati con placebo; l'outcome della psicoterapia è maggiormente riconducibile alle caratteristiche personali della figura del terapeuta, rispetto alle tecniche usate; i risultati di un vasto numero di psicoterapie, indipendentemente da durata e tecniche impiegate, si equivalgono; il rapporto paziente-terapeuta ha un'importanza centrale nel predire e causare modificazioni nella personalità del paziente; alcune terapie sono maggiormente efficaci per specifici disturbi; psicofarmaci e psicoterapia in interazione risultano più efficaci nel trattamento di particolari disturbi; la documentazione dei processi che portano a possibili effetti negativi della psicoterapia (Lambert & Bergin, 1992).

## Capitolo II

### Congruenza/Genuinità

In accordo con la ricerca meta-analitica della terza Task Force, costituita dall'*American Psychological Associations* al fine di studiare le relazioni terapeutiche *evidence-based*, esistono una serie di elementi specifici all'interno della relazione terapeutica che sono stati dimostrati come efficaci, probabilmente efficaci o promettenti (Norcross & Lambert, 2018); uno di questi elementi è definito come Congruenza/Genuinità.

Il costrutto di “genuinità, autenticità o congruenza” è stato teorizzato per la prima volta da Rogers (1957) come una condizione che permette, in una relazione, di essere liberamente e profondamente sé stessi.

Secondo Rogers (1961), specificamente per quanto riguarda la terapia centrata sul cliente, sono necessarie alcune condizioni affinché si produca nel cliente una “modificazione costruttiva della personalità”. Tali condizioni, se sono presenti e sussistono per un dato periodo di tempo, sono sufficienti a dare inizio al processo terapeutico:

1. Due persone sono in contatto psicologico.
2. La prima, che chiameremo cliente, è in uno stato di incongruenza, vulnerabilità o ansia.
3. La seconda persona, che chiameremo terapeuta, è in uno stato di congruenza; è cioè, nella relazione, liberamente e profondamente sé stesso.
4. Il terapeuta prova dei sentimenti di considerazione positiva nei confronti del cliente.
5. Il terapeuta prova comprensione empatica del sistema di riferimento interno del cliente e si sforza di comunicare al cliente questa esperienza.
6. Si verifica una comunicazione, almeno parziale, della comprensione empatica e della considerazione positiva incondizionata del terapeuta per il cliente.

In particolare, si prendono in esame la seconda e la terza condizione: il cliente si trova in uno stato di incongruenza, ossia uno stato di “discrepanza fra l'esperienza reale dell'organismo e l'immagine di sé che l'individuo ha quando si rappresenta quell'esperienza” (Rogers, 1961, p. 50). Tale discrepanza impedisce l'integrazione del significato registrato a livello organismico dell'esperienza in atto e della rappresentazione simbolica che avviene coscientemente; nel caso in cui le due parti venissero integrate creerebbero un conflitto con l'immagine che l'individuo ha di sé. Se l'incongruenza non è consapevole, il soggetto risulta vulnerabile all'ansia e alla disorganizzazione;

al contrario, se l'incongruenza viene percepita, si crea nel paziente uno stato di tensione dato dalla percezione di una minaccia al Sé.

Diversamente il terapeuta deve trovarsi in uno stato di congruenza e autenticità: all'interno della relazione si sente liberamente e profondamente sé stesso, di conseguenza l'esperienza reale che sta vivendo viene fedelmente rappresentata nella coscienza; in nessun caso, anche in condizioni non ideali, deve, consciamente o inconsciamente, erigere barriere o facciate professionali e/o personali. La condizione di congruenza non prevede che il terapeuta debba sempre mantenere un livello alto di integrazione o completezza, è sufficiente che si mostri trasparente e senza alcuna reticenza (Rogers, 1980), e che sia ciò che è realmente in quel particolare momento. Tutte queste componenti determinano coerenza tra ciò che viene sperimentato a livello fisico, ciò che è presente nella coscienza e ciò che viene espresso al cliente.

In seguito, Gelso (2002) ha definito la genuinità, una delle due caratteristiche componenti il costrutto della relazione reale, come la capacità di essere chi si è realmente, di mostrarsi sinceramente e di essere autentici e reali nel momento presente.

Infine, il costrutto "Congruenza/Genuinità" risulta essere non solo un elemento facilitatore della terapia, ma soprattutto uno stato di essere necessario al terapeuta, al fine di stabilire un rapporto con il cliente che produca nella terapia il massimo dell'efficacia (Shotts, 2019). Un terapeuta che si trova in uno stato di congruenza trasmette spontaneamente al cliente le qualità di genuinità e trasparenza, e una disponibilità a farsi conoscere (Witty, 2007), e questo potrebbe elicitare un'apertura nello stesso cliente, che lo condurrebbe verso un maggiore stato di congruenza.

## Capitolo III

### Congruenza/Genuinità nella relazione terapeutica

La congruenza è un elemento della relazione terapeutica che si articola in due parti differenti, una *intrapersonale* e una *interpersonale*: genuinità cosciente, consapevolezza personale e autenticità caratterizzano la prima parte; la capacità di dare voce rispettosamente e con trasparenza all'esperienza, caratterizza la seconda parte (Kolden, Wang, Austin, Chang & Klein, 2018).

Nonostante questa caratteristica sia stata approfondita principalmente nell'ambito della terapia centrata sul cliente, attualmente viene considerata da diversi orientamenti, in quanto elemento centrale non solo per la persona del terapeuta e del paziente, ma anche per la qualità della relazione.

La congruenza riguarda l'auto-consapevolezza e l'auto-accettazione, in interazione con la curiosità dell'incontro, la volontà di essere coinvolti e la capacità di condividere reciprocamente e con rispetto le proprie osservazioni; sia paziente che terapeuta dovrebbero essere accessibili, disponibili e sinceri, le esperienze che nascono dall'incontro non vengono celate, e la trasparenza è di primaria importanza. Inoltre, la congruenza promuove esperienze di apertura in uno spazio sicuro e autentico, crescente sicurezza riguardo la relazione e un contatto maggiormente immediato con sentimenti, pensieri e desideri.

All'interno della relazione terapeutica il paziente dà il suo contributo alla congruenza attraverso le proprie preferenze, bisogni e aspettative della relazione. Ciò che varia da paziente a paziente non è solo il bisogno di congruenza, ma soprattutto la capacità di partecipare genuinamente alla relazione. Un paziente che abbia un alto bisogno di congruenza e una grande capacità di autenticità si troverà più a suo agio con un terapeuta maggiormente congruente. Ciò che viene richiesto da questo tipo di paziente è che il terapeuta sia a proprio agio, reale e genuino, che dia voce diplomaticamente/con tatto a ciò che pensa e sente, che esprima naturalmente oneste e autentiche impressioni, che non eviti, nasconda, trattenga o fallisca nell'essere diretto nel caso si vada incontro a questioni difficili che hanno bisogno di attenzione e che vadano elaborate (Kolden et al., 2018).

Tutti gli elementi coinvolti nel costrutto congruenza/genuinità sono riconducibili al processo terapeutico, che promuove tutti questi atteggiamenti, incoraggiando un approccio aperto e autentico riguardo le condizioni mentali problematiche, invece di un approccio dettato da paura ed evitamento. I pazienti che sperimentano una terapia caratterizzata da congruenza percepiscono la relazione come uno spazio sicuro, si sentono degni di attenzione e tempo, e di avere importanza in

quanto persone con potenzialità, debolezze, rimpianti, sogni e speranze. L'impegno tra paziente e terapeuta a una relazione sincera promuove l'accettazione dei problemi e trasmette il coraggio necessario a impegnarsi nel problem-solving; inoltre, crea cambiamenti promuovendo benessere, sollievo sintomatico e un funzionamento arricchito.

Successivamente alla teorizzazione di Rogers, sono stati creati una serie di strumenti self-report, volti alla misurazione del costrutto congruenza/genuinità all'interno della relazione terapeutica, quali il *Barrett-Lennard Relationship Inventory*, BLRI (Barrett-Lennard, 1962) e il *Real Relationship Inventory*, RRI (Gelso et al., 2005). Il primo questionario è composto da 64 item divisi in 4 variabili (empatia, livello di stima, considerazione incondizionata e congruenza); per ogni item viene calcolato un punteggio sulla base delle risposte date in una scala Likert a 6 dimensioni. Il secondo misura la valutazione del terapeuta riguardo due elementi presenti nella relazione e correlati fra loro, il realismo e la genuinità, attraverso 24 item composti da due subscale, una per ogni elemento; il punteggio totale viene calcolato in una scala likert a 5 dimensioni.

La ricerca si è spesa nel tentativo di svelare la relazione che intercorre tra congruenza/genuinità e outcome della terapia, in particolare le principali evidenze empiriche sono state riportate nel corso degli anni all'interno di 13 studi (Kiesler, 1973; Klein, Kolden, Michels & Chishlom-Stockard, 2002; Kolden, Klein, Wang & Austin, 2011a; Lambert, DeJulio & Stein, 1978; Luborsky, Auerbach, Chandler, Cohen & Bachrach, 1971; Meltzoff & Kornreich, 1970; Mitchell, Bozart & Krauft, 1977; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky & Howard, 1978, 1986; Parloff, Waskow & Wolfe, 1978; Truax & Mitchell, 1971; Watson, 1984); i dati dimostrano che il contributo della congruenza nel psicoterapia sia misto, tendente verso un miglioramento della stessa.

Una ricerca più recente (Kolden et al., 2018), ha messo in luce l'associazione tra congruenza e miglioramenti successivi alla terapia, tramite una tecnica clinico-statistica che permette di combinare i dati presi da più studi riguardo uno stesso argomento, per ottenere un unico dato finale, detta metanalisi.

In questo specifico caso, gli studi utilizzati per la metanalisi sono stati identificati tramite una ricerca bibliografica, e selezionati a seconda di una serie di criteri, in modo che riguardassero studi o tesi pubblicati riguardo terapia individuale o di gruppo per fascia d'età che comprendesse adulti e adolescenti; inoltre, ogni studio doveva contenere le informazioni quantitative adeguate a calcolare l'effect size tra congruenza/genuinità e outcome della terapia. In accordo con questi criteri sono stati individuati 21 studi da includere nella presente metanalisi, contenenti un totale di 1192 pazienti (Tabella 1).

Tabella 1 Studi inclusi nella revisione meta-analitica di Kolden e colleghi (2018)

Studio	Effect size (r)	N	Congruenza		Outcome	
			Misura	Prospettiva	Misura	Prospettiva
Athay (1974)	.24	150	TRQ	Paziente	Globale	Paziente Terapeuta
Barnicot, Wampold & Priebe (2014)	.25	157	BLRI	Paziente	Sintomi	Paziente Osservatore
Buckley, Karasu & Charles (1981)	.06	71	Altri	Paziente	Sintomi Funzionamento Auto-costruzione	Paziente
Fretz (1966)	.25	17	BLRI	Paziente Terapeuta	Globale	Paziente Terapeuta
Garfield & Bergin (1971)	-.26	38	Altri	Osservatore	Sintomi Funzionamento Globale	Paziente Osservatore
Hansen, Moore & Carkhuff (1968)	.24	18	RRI-G	Paziente Terapeuta	Globale	Paziente
Hansen, Moore & Carkhuff (1968)	.69	70	BLRI Altri	Paziente	Auto-costruzione	Paziente
Jones & Zoppel (1982)	.10	99	Altri	Osservatore	Sintomi Funzionamento Globale Auto-costruzione	Paziente
Kelley, Gelso, Fuertes, Marmarosh & Larnier (2010)	.20	93	RRI-G	Paziente	Funzionamento	Paziente
Lo Coco, Gullo, Prestano & Gelso (2011)	.21	50	RRI-G	Paziente Terapeuta	Globale	Paziente
Marmarosh, Gelso, Majors, Markin, Mallery & Choi (2009)	.41	31	RRI-G	Paziente Terapeuta	Sintomi	Paziente
Melnick & Pierce (1971)	.42	18	Altri	Osservatore	Sintomi Funzionamento Auto-costruzione	Paziente
Ritter, Bowden, Murray, Ross, Greeley & Pead (2002)	.21	37	BLRI	Paziente	Sintomi Funzionamento Auto-costruzione	Paziente
Rothman (2007)	.50	44	BLRI	Paziente	Funzionamento Globale	Terapeuta
Staples & Sloane (1976)	.16	17	Altri	Osservatore	Globale	Osservatore
Tilliman (2016)	.17	31	BLRI	Paziente	Sintomi Funzionamento	Paziente
Truax (1961)	.20	39	Altri	Osservatore	Funzionamento	Osservatore
Truax (1966)	.38	63	BLRI Altri	Paziente Osservatore	Globale	Paziente
Truax (1971)	-.02	34	TRQ	Paziente	Sintomi Funzionamento Auto-costruzione	Paziente
Truax (1971)	.28	72	TRQ	Paziente	Sintomi Funzionamento Auto-costruzione	Paziente
Truax (1971)	.11	43	TRQ	Paziente	Sintomi Funzionamento Auto-costruzione	Paziente

L'effect size utilizzato in questa metanalisi è  $r$ , il coefficiente di correlazione lineare di Bravais-Pearson (1890), che misura il tipo e l'intensità della relazione lineare tra due variabili, in questo specifico caso tra congruenza e outcome della psicoterapia.

Gli strumenti utilizzati per misurare la congruenza nei diversi studi sono (BLRI) *Barrett-Lennard*

*Relationship Inventory*, (TRQ) *Truax Relationship Questionnaire*, (RRI-G) *Real Relationship Inventory-Genuineness subscale*, e altre misure della congruenza.

La misura dell'*outcome* si articola in diversi indicatori, a seconda dello studio considerato, che permettono di delineare le conseguenze della terapia. Ciò che viene effettivamente misurato sono i sintomi, attraverso la *Symptom Check list* (SCL-90-R), il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) e altre scale di misura dell'ansia, depressione e vari sintomi psichiatrici; il funzionamento, grazie alla *Global Assessment of Functioning Scale* (GAFS) e altre scale di funzionamento riguardo le abilità adattive; l'auto-costruzione, tramite scale di misura del concetto di sé, dell'autostima, dell'auto-efficacia, della soddisfazione di vita e del benessere psicologico; il funzionamento globale, indicatore che si focalizza sul cambiamento generale senza particolari dimensioni.

La metanalisi riporta una serie di evidenze riguardo la relazione tra congruenza e outcome della terapia: per prima cosa è stato calcolato l'*effect size* per ogni studio, ottenendo dei valori che variano in un range compreso tra  $r = -.26$  e  $r = .69$ ; il totale ponderato degli *effect size* riferiti a congruenza e outcome della psicoterapia risulta essere  $r = .23$ , valore attribuibile, secondo Cohen (1988), a un effetto che definisce un'associazione medio-piccola. Questo tipo di effetto giustifica approssimativamente il 5.3% della varianza nei risultati del trattamento, perciò la congruenza rappresenta una caratteristica di notevole importanza nella relazione terapeutica.

I risultati evidenziano un'eterogeneità negli effetti calcolati per gli studi singolarmente, perciò sono stati esaminati i possibili moderatori, variabili caratteristiche del terapeuta, del paziente o della terapia, deputate responsabili della variabilità nella rilevanza della correlazione tra congruenza e outcome.

Non sono stati ottenuti risultati statisticamente significativi riguardo un'influenza riconducibile agli strumenti di misura, né per la congruenza né per l'outcome; pertanto, le conclusioni riguardo la correlazione fra le due variabili non sono state influenzate dalle modalità di rilevazione delle informazioni. Le misure della congruenza hanno prodotto risultati simili nei diversi studi, invece, le quattro tipologie di misure dell'outcome hanno prodotto un *effect size* compreso tra  $.16 < r < .33$ .

Densità e tempismo delle misure di congruenza e outcome risulta siano moderatori dell'importanza della relazione fra le due variabili: misure multiple della congruenza hanno prodotto un *effect size* maggiore ( $r = .38$ ) di una singola misura successiva al trattamento ( $r = .14$ ). Allo stesso modo, gli studi che hanno applicato misure dell'outcome pre e post trattamento si osserva abbiano complessivamente un *effect size* maggiore ( $r = .31$ ) degli studi che hanno rilevato l'outcome solo

post trattamento ( $r = .14$ ).

Le variabili riguardanti il terapeuta considerate come possibili moderatori sono l'età, l'esperienza clinica, lo stato dell'abilitazione professionale, il genere e il tipo di abilitazione. Per quanto riguarda l'età (media = 37.2) l'analisi ha permesso di concludere che sia un moderatore, che definisce una relazione positiva tra l'età media del terapeuta e l'*effect size* della congruenza-outcome; lo stato dell'abilitazione professionale risulta essere un moderatore in quanto clinici con l'abilitazione da psicoterapeuta hanno prodotto un effetto maggiore ( $r = .27$ ) dei tirocinanti ( $r = -.08$ ); prendendo in considerazione il numero di anni di esperienza clinica (media = 6.4 anni) si osserva una relazione positiva tra l'esperienza clinica del terapeuta e l'*effect size*; genere e tipo di abilitazione non hanno prodotto un effetto tale da giustificare il loro valore di moderatori.

Per quanto riguarda il paziente, le variabili genere, livello di istruzione e appartenenza a una minoranza, non sono risultate essere moderatori della relazione congruenza-outcome. L'analisi sull'età dei pazienti ha prodotto dei risultati che non permetterebbero di collocarla fra i moderatori; successivamente l'analisi è stata ripetuta solo per i tre studi che includevano gli adolescenti: in questo caso la relazione outcome-congruenza negli studi che hanno preso in considerazione pazienti più giovani ha prodotto un effect-size maggiore ( $r = .34$ ) degli studi in cui venivano esaminati pazienti adulti ( $r = .18$ ), con il risultato che la congruenza del terapeuta sia una caratteristica maggiormente significativa per i pazienti adolescenti.

Le variabili del trattamento comprendono durata, setting, orientamento e struttura. Il numero di settimane del trattamento è associato negativamente all'*effect size*, maggiore è la durata del trattamento, minore l'effetto calcolato; il dato non è però clinicamente significativo. I setting considerati negli studi sono di tre tipi diversi, per ognuno è stato calcolato l'*effect size* che risulta essere maggiore per centri di counseling scolastico ( $r = .35$ ), successivamente per i setting misti ( $r = .21$ ) e per ultimi i setting per pazienti ambulatoriali ( $r = .06$ ). L'orientamento teorico non viene considerato moderatore. Infine la struttura del trattamento risulta associata alla congruenza-outcome con un effetto maggiore per la terapia di gruppo ( $r = .32$ ) rispetto alla terapia individuale ( $r = .19$ ), ma il confronto tra i due valori non è statisticamente significativo.

I principali limiti della metanalisi qui riportata riguarda il numero di studi esaminati e la mancanza di uno studio randomizzato controllato che investigasse l'impatto casuale della congruenza e la minima variazione dell'*effect-size* nei nuovi studi se confrontati con i vecchi. L'analisi dei moderatori sottolinea come la congruenza/genuinità potrebbe non essere un potente cambiamento del processo con tutti i terapeuti e per tutti i pazienti: il fattore potrebbe rivelarsi terapeutico per pazienti inseriti in un contesto insieme ad altre condizioni facilitanti, per esempio l'empatia o la

considerazione positiva.

Nonostante le limitazioni, la revisione quantitativa ha confermato come le prove supportino una relazione positiva tra congruenza e l'outcome della psicoterapia. La ricerca ribadisce che il costrutto congruenza/genuinità dovrebbe essere riconosciuto in quanto elemento essenziale della relazione terapeutica, poiché è associato e predice un cambiamento nel cliente.

In conclusione, vengono dati alcuni suggerimenti che aiuterebbero a promuovere la congruenza nella pratica clinica:

- I terapeuti potrebbero farsi coinvolgere genuinamente dai pazienti, la condizione è accettare e essere recettivi all'esperienza, ma anche essere disponibili a usare le informazioni riguardo a questo tipo di esperienza nel discorso clinico.
- Il terapeuta, al fine di aumentare la congruenza, dovrebbe creare uno spazio sicuro per il paziente dove poter dare voce in modo trasparente alle preoccupazioni.
- La congruenza può essere costruita in sessione: una risposta congruente include una moderata apertura all'altro attraverso informazioni riguardo la vita o esperienze personali.
- È fondamentale che i tirocinanti identifichino e siano consapevoli del proprio stile di congruenza, differenziandolo dai bisogni, preferenze e aspettative di congruenza del paziente; i terapeuti esperti modificheranno il proprio stile in accordo con i bisogni del paziente.
- Il mantenimento della congruenza richiede che il terapeuta sia consapevole dei momenti in cui questa vacilla.

# Capitolo IV

## Studi recenti

Successivamente all'articolo di Kolden e colleghi (2018), la ricerca nell'ambito della congruenza/genuinità ha continuato ad evolversi, discutendo svariati temi. In particolare, sono state prese in esame tre tematiche specifiche:

- Modalità di promozione del proprio grado di congruenza.
- Variabili sociali e congruenza/genuinità come implicazione dell'autenticità.
- Congruenza interpersonale vs. congruenza intrapersonale.

### **1. Modalità di promozione del proprio grado di congruenza.**

Kaimaxi & Lakioti (2021), in una ricerca recente, hanno analizzato il costrutto congruenza/genuinità in relazione alla terapia centrata sul cliente.

La terapia centrata sul cliente, anche detta approccio centrato sulla persona, racchiude l'ideologia di Rogers riguardo al lavoro terapeutico con ogni tipologia di disturbo o problema (Witty, 2007). Secondo l'autore qualunque persona possiede le risorse necessarie per conoscersi e guarire, che si realizzano in una tendenza attualizzante, motivazione dell'organismo a realizzare e migliorare il proprio potenziale ereditato (Goldstein, 1940). Affinché si verifichi questo tipo di cambiamento devono essere presenti alcune condizioni facilitanti (Rogers, 1957, 1980), una tra queste condizioni è lo stato di congruenza del terapeuta. I teorici dell'approccio centrato sulla persona descrivono la congruenza come una condizione che comprende la disponibilità del terapeuta a essere consapevole della propria esperienza, la capacità di ascoltare in modo paziente cosa succede in sé stessi (Rogers, 1961), e l'abilità di essere trasparente nella relazione con il cliente, in modo che i propri sentimenti risultino evidenti (Kaimaxi & Lakioti, 2021).

Kaimaxi e Lakioti (2021) hanno ideato uno studio che ha lo scopo di analizzare le modalità in cui un gruppo di terapeuti, promuove il proprio grado di congruenza. In generale, un terapeuta totalmente integrato, quindi congruente, ha una cognizione di sé come persona le cui esperienze presenti sono consapevoli e possono essere comunicate nella relazione terapeutica (Rogers, 1980).

Allo studio hanno preso parte otto partecipanti, idonei in quanto qualificati rispetto all'approccio centrato sulla persona e con almeno cinque anni di esperienza terapeutica. I dati sono stati raccolti attraverso approfondite interviste semi-strutturate della durata media di 40 minuti, poi esaminati per mezzo di un'analisi tematica, metodo analitico qualitativo utilizzato per individuare, analizzare e

riportare i temi contenuti all'interno dei dati raccolti (Braun & Clarke, 2006). La prima parte dell'intervista è composta da domande riguardo l'esperienza e la percezione di congruenza degli intervistati, la seconda parte indaga gli elementi che aiutano a mantenere uno stato di congruenza anche di fronte alle difficoltà; oltre a ciò, alla fine delle interviste, ai partecipanti è stato chiesto di aggiungere qualunque commento reputassero rilevante riguardo al tema dello studio.

Prima di essere analizzate, le interviste sono state audio-registrate e trascritte; successivamente il testo è stato analizzato dagli autori riga per riga, al fine di rilevare gli stralci che fossero rilevanti per la ricerca. I passi scelti sono stati codificati in frasi o parole in modo che identificassero una serie di temi specifici, dai quali sono risultati quattro temi principali e diciassette sotto-temi che riflettono il modo in cui i terapeuti accrescono la propria congruenza.

Il primo tema riflette la consapevolezza dei partecipanti riguardo il cambiamento e l'evoluzione del proprio stato di congruenza durante la vita: se inizialmente viene considerato come una tecnica, progressivamente si trasforma in un atteggiamento, che si articola in differenti livelli, sviluppandosi gradualmente nel tentativo di allenarsi; la graduale progressione promuove simultaneamente la sicurezza e fiducia in sé stessi, e quindi aumenta la probabilità che il terapeuta rischi esprimendo la propria congruenza. Inoltre l'espressione della congruenza è connessa a particolari fasi della relazione terapeutica, per esempio, durante le prime sedute, il terapeuta agisce con più cautela, non conoscendo bene le possibili reazioni del cliente. In ogni caso, il terapeuta impara durante la pratica clinica, attraverso prove, errori e feedback del cliente, a riconoscere le difficoltà nella comprensione ed espressione della congruenza, e sviluppa le abilità necessarie ad agire nel miglior modo possibile.

Il secondo tema racchiude l'idea comune della necessità di prendersi cura del proprio corpo, di nutrire lo spirito, mantenersi ben riposati e sereni, in modo da avere una mente libera per poter partecipare attivamente alle sedute con i clienti, e di coltivare la vita personale, mantenendo un equilibrio con la vita professionale. I partecipanti ritengono anche importante la terapia personale, in modo da conoscere sé stessi profondamente, aumentare l'auto-consapevolezza e crescere come persone, cosicché i propri problemi non impediscano una partecipazione completa alle questioni dei pazienti; inoltre, è fondamentale ampliare l'identità professionale attraverso supervisione e ulteriore formazione.

Il terzo tema riguarda il ruolo delle relazioni interpersonali come una delle maggiori risorse nello sviluppo della propria congruenza; le relazioni in questione sono di tipo personale, di supervisione, con il proprio terapeuta, con i colleghi e con i clienti.

L'ultimo tema presenta il concetto dell'essere in contatto, elemento chiave nello sviluppo della propria congruenza. Il terapeuta deve mantenere un contatto sia con il proprio sé, attraverso l'osservazione del corpo e delle emozioni, in particolare riguardo le proprie paure, aspettative e preoccupazioni, che con il cliente. Il contatto con il cliente è fondamentale al fine di riconoscere quale sia il modo più appropriato, avendo in mente la personalità del paziente, per esprimere la propria congruenza senza risultare irrispettosi. Inoltre si sottolinea quanto sia importante l'uso dell'empatia e della considerazione positiva incondizionata, in modo da mantenere il contatto con i clienti anche nei momenti di difficoltà.

Infine, i risultati dello studio forniscono informazioni fondamentali riguardo a tecniche efficaci nella promozione del proprio stato di congruenza, tenendo sempre presente che il cliente, in quanto persona, è un fattore indipendente che può influenzare sia l'abilità del terapeuta di essere congruente, sia l'esito stesso della terapia.

## **2. Variabili sociali e congruenza/genuinità come implicazione dell'autenticità.**

Il costrutto congruenza/genuinità viene spesso associato all'idea di autenticità, concetto che deriva dalla tradizione filosofica dell'esistenzialismo e della fenomenologia, e si articola in due componenti (Ryan & Dieci, 2004; Wild, 1965): essere autentici, che si realizza quando una persona sperimenta le proprie azioni o comunicazioni come auto-create, ed essere genuini, nel senso di agire congruentemente a ciò che si sperimenta e in modo da riflettere i propri valori e sentimenti. Al contrario, una persona inautentica non rivela il vero sé.

L'articolo preso in esame (Ryan & Ryan, 2019) evidenzia le condizioni sociali associate all'autenticità, in quanto alcuni contesti facilitano e supportano l'espressione della propria autenticità, altri la inibiscono e opprimono. La prospettiva utilizzata dagli autori è la *self-determination theory*, approccio che si concentra sulla motivazione e sulla personalità umana, in particolare riguardo le risorse interiori necessarie allo sviluppo della personalità e alla regolazione del comportamento, utilizzando metodi empirici tradizionali (Ryan, Khul & Dieci, 1997).

Secondo Jourard (1971), essere autentici significa essere onestamente sé stessi nella relazione con il sé, nonostante ciò, le ragioni per agire in modo inautentico e celare proprie caratteristiche possono essere varie e spesso sono associate a un aspetto adattivo. In ogni caso anche un'inautenticità adattiva, che può emergere in contesti percepiti come controllanti o giudicanti (Legate, Ryan & Weinstein; Ryan & Dieci, 2017), ha un costo per il sé, in quanto implica monitoraggio e inibizione di aspetti legati all'auto-espressione. Infatti alcuni studi mostrano come le persone generalmente più autentiche, più autonome e più genuine, godono di benessere maggiore (Lakey, Kernis, Heppner & Lance, 2008; Schlegel & Hicks, 2011; Wood, Linley, Malby, Baliouis & Joseph, 2008).

Al di là delle differenze individuali, l'autenticità varia entro l'individuo, dipendentemente dall'esperienza nel contesto sociale, e questa variazione risulta fortemente correlata al benessere e all'autostima del soggetto (Heppner, Kernis, Nezlek, Foster, Lakey & Goldman 2008). Secondo Ryan e Dieci (2004) l'autenticità non è un potenziale astratto, ma una capacità umana che può essere sostenuta o contrastata nelle diverse condizioni sociali.

A sostegno dell'ipotesi che una maggiore autenticità è associata a un maggior benessere, Ryan, LaGuardia e Rawsthorne (2005), hanno condotto uno studio trasversale, in cui partecipanti prendono parte a un compito di auto-descrizione sviluppato da Linville (1987). Il modello di Linville si riferisce al concetto di sé come un costrutto cognitivo composto da vari *aspetti*, i quali vengono definiti da rappresentazioni che corrispondono a vari ruoli, relazioni, attività o contesti. I partecipanti dello studio di Ryan et al. (2005), gli *aspetti di sé* sono stati misurati attraverso il compito di auto-descrizione, e poi valutati in termini di autenticità. I risultati dello studio mostrano come le persone siano autentiche in alcuni ruoli e inautentiche in altri, confermando l'ipotesi di variabilità interna; inoltre, nella misura in cui gli *aspetti di sé* risultavano più autentici, gli individui hanno riferito minore depressione, ansia e disagio somatico, e maggiore vitalità.

Come già anticipato, genuinità e trasparenza sono fondamentali nelle interazioni sociali al fine di aumentare l'autenticità (Kernis & Goldman, 2006; Rogers, 1961), nonostante ciò le persone saranno più autentiche e aperte riguardo le loro esperienze ed emozioni, tanto più sentiranno che la propria autonomia è supportata.

### **3. Congruenza interpersonale vs. congruenza intrapersonale**

Le persone sono inter-personalmente congruenti nella misura in cui il loro comportamento è congruente al contratto sociale che stabiliscono con gli altri. Secondo Frankel, Johnson & Polak (2019) le relazioni umane hanno la funzione di coinvolgimento nella risoluzione di problemi, attraverso la stipulazione di un contratto sociale, un patto di natura collaborativa definito dal comportamento, perciò osservabile. La congruenza, vista nel contesto relazionale, contiene l'idea che l'identità, l'integrità e il senso di interezza nascono, vengono mantenuti e mutano nel dialogo con l'altro (Taylor, 1992).

Questa concezione è contraria alla visione intrapersonale di Rogers riguardo la congruenza, la quale afferma che una persona è congruente quando non vi è discrepanza tra il sé percepito e l'effettiva esperienza dell'organismo. Brodley (2011) definisce le comunicazioni secondo la teoria di Rogers congruenti una "finzione", in quanto l'individuo non può, attraverso l'analisi introspettiva, determinare se sia congruente o difensivamente incongruente. Infatti, nel momento in cui l'organismo si sente minacciato, agisce difendendosi, con l'obiettivo di mantenere l'attuale struttura

del sé attraverso una distorsione percettiva dell'esperienza nella consapevolezza, che riduce l'incongruenza tra l'esperienza e la struttura del sé, o una negazione alla consapevolezza dell'esperienza minacciosa (Rogers, 1959).

Dal momento che i contratti sociali implicano atti e comportamenti osservabili, risultano non fittizi; perciò, si può da questo punto di vista stabilire un accordo o disaccordo riguardo la congruenza o incongruenza rispetto al contratto sociale di riferimento (Frankel et al., 2019).

## Capitolo V

### Discussione

Negli ultimi anni la ricerca si è concentrata sui fattori che concorrono ad aumentare l'efficacia del trattamento. Tenendo presente quali siano queste componenti, è bene approfondirle, in modo da raccogliere le informazioni necessarie a creare delle linee guida utili alla formazione dei terapeuti, poiché qualunque metodo di trattamento il terapeuta metta in atto, avrà un effetto sulla relazione terapeutica (Safran & Muran, 2000). Per questo motivo nei precedenti capitoli è stato affrontato il tema della congruenza/genuinità, costrutto importante nella relazione terapeutica, attraverso una rassegna della letteratura recente.

In particolare, la ricerca sulla congruenza/genuinità fornisce informazioni che permettono al terapeuta di approcciarsi alla relazione con il paziente sentendosi profondamente e liberamente sé stesso, mostrandosi come è realmente in quel preciso momento e trasmettendo al paziente trasparenza e disponibilità a farsi conoscere. La condizione di congruenza del terapeuta permette al paziente, che arriva in terapia in uno stato di discrepanza fra l'esperienza reale dell'organismo e il sé come percepito, di raggiungere, attraverso il lavoro terapeutico, uno stato di integrazione e congruenza (Witty, 2007).

Inizialmente il costrutto è stato presentato secondo la concezione storica di Rogers (1957), come condizione necessaria, nell'ambito della terapia centrata sul cliente, a produrre una modificazione costruttiva della personalità nel paziente; successivamente è stato definito nelle sue componenti intrapersonale, riferita a paziente e terapeuta, e interpersonale, come qualità esperienziale della relazione. Inoltre, la congruenza è considerata non solo un elemento facilitatore della terapia, ma soprattutto una condizione in cui il terapeuta deve necessariamente trovarsi in modo da creare e mantenere una relazione efficace con il paziente (Shotts, 2019).

Dopo aver delineato il costrutto, sono stati presi in esame una serie di studi che fornissero le informazioni più recenti relative al tema.

Il primo articolo riguarda l'analisi del costrutto congruenza-genuinità come caratteristica specifica della relazione e la sua associazione con relazione l'outcome della terapia (Kolden, Wang, Austin, Chang & Klein, 2018). I risultati prodotti dalla metanalisi hanno stabilito che la relazione tra congruenza e outcome della terapia produce un'effect size che definisce un effetto medio-piccolo. Fra gli elementi considerati come possibili moderatori dell'effetto prodotto dalla relazione fra le due

variabili, sono emersi come effettivamente significativi la densità e il tempismo delle misure di congruenza e outcome, l'età, lo stato di abilitazione professionale e il numero di anni di esperienza clinica del terapeuta, l'età dei pazienti, per quanto riguarda gli studi che riguardavano pazienti adolescenti, e la durata, il setting e la struttura del trattamento.

Infine, nel quarto capitolo sono stati analizzati tre articoli riguardanti diversi argomenti in relazione al costrutto congruenza/genuinità.

Per primo è stato considerato uno studio che analizza le modalità di promozione del grado di congruenza per un gruppo di terapeuti centrati sul cliente (Kaimaxi & Lakioti, 2021). L'analisi dei dati emersi dalle interviste semi-strutturate ha delineato quattro temi principali: l'idea che la congruenza è strettamente correlata all'esperienza personale e professionale e fa parte di un processo continuo che dura per tutta la vita; l'importanza di una cura costante, concetto che sottintende l'importanza di uno sforzo attivo da parte dei terapeuti nell'occuparsi di sé, sia come persone che come professionisti; il ruolo delle relazioni interpersonali, sia personali che professionali, nella sperimentazione dell'espressione della congruenza; e l'essere in contatto, sia con sé stessi che con il proprio cliente.

Il secondo articolo (Ryan & Ryan, 2019) racchiude il costrutto congruenza/genuinità all'interno del più ampio concetto di autenticità, definendo gli ambienti sociali che facilitano o ostacolano l'espressione dell'autenticità. Essere autentici viene definito come essere sé stessi in modo onesto nelle proprie relazioni (Jourard, 1971) e, nonostante le persone abbiano vari motivi per celare alcuni aspetti di sé, gli autori sottolineano come l'autenticità porti maggiori vantaggi al singolo, anche in contesti in cui potrebbe considerarsi disadattiva. I contesti controllanti o giudicanti inibiscono l'espressione dell'autenticità; al contrario, i contesti che promuovono l'autonomia, aumentano l'autenticità incrementando l'apertura verso esperienze ed emozioni e il benessere personale.

L'ultimo articolo discute la differenza tra la concezione classica di Rogers riguardo la congruenza intrapersonale e la congruenza interpersonale teorizzata da Frankel, Johnson & Polak (2019).

Considerando un contesto relazionale, una persona è congruente quando il suo comportamento concorda con il contratto sociale stabilito, attribuendo al costrutto un carattere dialogico. La tesi si oppone alla concezione di Rogers poiché, secondo gli autori, è impossibile determinare attraverso l'analisi introspettiva se si verifica una discrepanza tra il sé percepito e l'esperienza effettiva; al contrario, può essere fatta una valutazione riguardo la congruenza/incongruenza relativa a un contratto sociale, poiché implica sempre comportamenti osservabili.

I singoli studi presi in considerazione hanno una serie di limitazioni: in primo luogo i campioni di

popolazione considerati negli studi non sono abbastanza numerosi da essere considerati come rappresentativi della popolazione; perciò, è da considerare la misura in cui i risultati possono applicarsi a popolazioni diverse. Per esempio, nello studio di Kaimaxi & Lakioti (2021), terapeuti e ricercatori hanno una formazione omogenea; pertanto, le loro concezioni ed esperienze riguardo lo sviluppo della congruenza avrebbero potuto essere molto simili, questo potrebbe spiegare l'elevato grado di accordo, sia per quanto riguarda le tematiche emerse dalle interviste, sia per il grado di accordo degli autori durante l'analisi dei dati.

In secondo luogo, è importante tenere in considerazione il numero limitato di studi recenti che esaminano l'associazione tra congruenza/genuinità ed esito della terapia, e, soprattutto, la mancanza di studi controllati randomizzati che studino la relazione causale tra le due variabili.

Un'altra limitazione riguarda la scarsa attenzione data alla prospettiva del paziente nella relazione terapeutica, fattore che si rivela più predittivo dell'esito della terapia, rispetto alla prospettiva del terapeuta.

Inoltre, visto che la congruenza è un concetto legato alla terapia centrata sul cliente, la maggior parte dei risultati positivi riguardo il costrutto, sono stati trovati nelle ricerche con base teorica centrata sul cliente, eclettica e interpersonale; perciò, una possibile spiegazione dei risultati trovati potrebbe essere attribuibile al pregiudizio dei ricercatori, detto *allegiance effect*.

Le analisi condotte riguardo i moderatori dell'effetto, nello studio di Kolden et al. (2018), sottolineano l'idea che la congruenza/genuinità potrebbe si rivela essere un fattore di cambiamento positivo non con tutti i terapeuti, né per tutti i pazienti, ma può considerarsi terapeutica per il cambiamento del paziente in un contesto nel quale sono già presenti alcune condizioni facilitanti, ad esempio l'empatia e la considerazione positiva.

Sarà fondamentale per le future ricerche esaminare i fattori associati alle differenze culturali e individuali, tra cui età, etnia, identità di genere, orientamento sessuale, lingua e status socioeconomico, in quanto i risultati empirici riguardo a questi fattori sono limitati, per la loro influenza sulla relazione terapeutica in generale, così come in particolare per la congruenza. Si ipotizza che il background culturale possa influenzare la predilezione del paziente per la congruenza, sapendo che i membri di culture diverse spesso si approcciano alla psicoterapia in modi differenti (Patterson, 1996). La terapia culturalmente sensibile preserva qualità del paziente quali la personalità, i valori, l'eredità politica, la struttura sociale e lo stile di comunicazione (Kolden et al., 2018).

I futuri studi dovrebbero anche tenere conto delle caratteristiche specifiche del paziente, anche

riguardo alla diagnosi, al fine di raccogliere informazioni che permettano di adattare la relazione terapeutica al singolo paziente.

Infine, visto che sia l'esperienza clinica che le evidenze di ricerca indicano una complessa e reciproca interazione tra la relazione interpersonale e i metodi strumentali, che la relazione terapeutica non esiste se non in interazione a ciò che il terapeuta fa in termini di metodo, e che non si può immaginare alcun metodo di trattamento che non avrebbe un impatto relazionale (Safran & Muran, 2000), gli studi futuri dovrebbero avere come scopo principale quello di fornire linee guida chiare e concordi per i terapeuti, che affrontino esplicitamente comportamenti e qualità del terapeuta che promuovono una relazione terapeutica che faciliti il cambiamento del paziente.

## Bibliografia

- ATHAY, A. L. (1974). The relationship between counselor self-concept, empathy, warmth, and genuineness, and client rated improvement. *Dissertation Abstracts International*, 34(7-A), 3976.
- BARNICOT, K., WAMPOLD, B., & PRIEBE, S. (2014). The effect of core clinician interpersonal behaviours on depression. *Journal of Affective Disorders*, 167, 112–117.
- BARRETT-LENNARD, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76, 1–562.
- BEUTLER, L. E., MOLEIRO, C., MALIK, M., HARWOOD, T. M. (2000). The UC Santa Barbara study of fitting therapy patients. Relazione presentata all' *Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*, Chicago, IL, 21-24 giugno.
- BRAUN, V., & CLARKE, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- BRODLEY, B. (2011). A Chicago client-centered therapy: Nondirective and nonexperiential. In *Practicing client-centered therapy. Selected writings of Barbara Temaner Brodley* (pp. 4–27). Ross-on-Wye, EN: PCCS Books.
- BUCKLEY, P., KARASU, T. B., & CHARLES, E. (1981). Psychotherapists' view their personal therapy. *Psychotherapy*, 18, 299–305.
- COHEN, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- DAZZI, N., LINGIARDI, V., & COLLI, A. (2006). La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti. *Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia & Breve storia della ricerca in psicoterapia* (pp. 3-48). Milano, IT: Raffaello Cortina Editore.
- DEPARTMENT OF HEALTH. (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counseling*. London, United Kingdom: Department of Health Publications.
- FRANKEL, M., JOHNSON, M., & POLAK, R. (2019). Inter-personal congruence: the social contracts of client-centered and person-centered therapies. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 18(1), 22-53.
- FRETZ, B. R. (1966). Postural movements in a counseling dyad. *Journal of Counseling Psychology*, 13, 335–343.

- GARFIELD, S. L., & BERGIN, A. E. (1971). Therapeutic conditions and outcome. *Journal of Abnormal Psychology, 77*, 108–114.
- GELSO, C. J. (2002). Real Relationship: The “Something More” of Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 32*, 35-40.
- GELSO, C. J., & CARTER, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The counseling psychologist, 13*, 155-243.
- GELSO, C. J., & CARTER, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of counseling psychology, 41*, 296-306.
- GELSO, C. J., KELLEY, F. A., FUERTES, J. N., MARMAROSH, C., HOLMES, S. E., COSTA, C., & HANCOCK, G. R. (2005). Real Relationship Inventory - Therapist Form. *Journal of Counseling Psychology*.
- GOLDSTEIN, K. (1940). Human nature in the light of psychopathology. New York: Schocken.
- HANSEN, J. C., MOORE, G. D., & CARKHUFF, R. R. (1968). The differential relationships of objective and client perceptions of counseling. *Journal of Clinical Psychology, 24*, 244–246.
- HEPPNER, W. L., KERNIS, M. H., NEZLEK, J. B., FOSTER, J., LAKEY, C. E., & GOLDMAN, B. M. (2008). Within-person relationships among daily self-esteem, need satisfaction, and authenticity. *Psychological Science, 19*, 1140–1145.
- JONES, E. E., & ZOPPEL, C. L. (1982). Impact of client and therapist gender on psychotherapy process and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 259–272.
- JOURARD, S. M. (1971). Self-disclosure: an experimental analysis of the transparent self. Oxford, EN: Wiley.
- KAIMAXI, D., & LAKIOTI, A. (2021). The development of congruence: a thematic analysis of person-centered counselors’ perspective. *Person-centered & Experiential psychotherapies, 20*, 232-249.
- KELLEY, F. A., GELSO, C. J., FUERTES, J. N., MARMAROSH, C., & LANIER, S. H. (2010). The real relationship inventory: Development and psychometric investigation of the client form. *Psychotherapy, 47*, 540–553.
- KERNIS, M. H., & GOLDMAN, B. M. (2006). A multicomponent conceptualization of authenticity: Theory and research. *Advances in Experimental Social Psychology, 38*, 283–357.

- KIESLER, D. J. (1973). *The process of psychotherapy: Empirical foundations and systems of analysis*. Chicago, IL: Aldine.
- KING, R. J., ORR, J. A., POULSEN, B., GIACOMANTONIO, S. G., & HADEN, C. (2017). Understanding the therapist contribution to psychotherapy outcome: A meta-analytic approach. *Administration and Policy in Mental Health, 44*, 664-680.
- KLEIN, M. H., KOLDEN, G. G., MICHELS, J., & CHISHOLM-STOCKARD, S. (2002). Congruence. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 195– 215). New York, NY: Oxford University Press.
- KOLDEN, G. G., KLEIN, M. H., WANG, C.-C., & AUSTIN, S. B. (2011). Congruence. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (2nd ed., pp. 187–202). New York, NY: Oxford University Press.
- KOLDEN, G. G., WANG, C., AUSTIN, S. B., CHANG, Y., & KLEIN, M. H. (2018). Congruence/Genuineness: A Meta-Analysis. *Psychotherapy, 55*, 424-433.
- LAKEY, C. E., KERNIS, M. H., HEPPNER, W. L., & LANCE, C. E. (2008). Individual differences in authenticity and mindfulness as predictors of verbal defensiveness. *Journal of Research in Personality, 42*, 230 –238.
- LAMBERT, M. J., DEJULIO, S. S., & STEIN, D. M. (1978). Therapist interpersonal skills: Process, outcome, methodological considerations, and recommendations for future research. *Psychological Bulletin, 85*, 467– 489.
- LAMBERT, M. J., & BERGIN, A. E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. In D. K. Freedheim, H. J. Freudenberger, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Peterson, H. H. Strupp & P. L. Wachtel (Eds.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 360-390). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- LEGATE, N., RYAN, R. M., & WEINSTEIN, N. (2012). Is coming out always a “good thing”? Exploring the relations of autonomy support, outness, and wellness for lesbian, gay, and bisexual individuals. *Social Psychological & Personality Science, 3*, 145–152.
- LINVILLE, P. W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 663– 676.
- LO COCO, G., GULLO, S., PRESTANO, C., & GELSO, C. J. (2011). Relation of the real relationship and the working alliance to the outcome of brief psychotherapy. *Psychotherapy, 48*, 359 –367.

- LUBORSKY, L., AUERBACH, A. H., CHANDLER, M., COHEN, J., & BACHRACH, H. M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75, 145–185.
- LUBORSKY, L., ROSENTHAL, R., DIGUER, L., ANDRUSYNA, T. P., BERMAN, J. S., LEVITT, J. T., ET AL (2002). The dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology*, 9, 2-12.
- MARMAROSH, C. L., GELSO, C. J., MAJORS, R. D., MARKIN, R., MALLERY, C., & CHOI, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 337–350.
- MELNICK, B., & PIERCE, R. M. (1971). Client evaluation of therapist strength and positive-negative evaluation as related to client dynamics, objective ratings of competency and outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 408 – 410.
- MELTZOFF, J., & KORNREICH, M. (1970). *Research in psychotherapy*. New York, NY: Atherton.
- MITCHELL, K. M., BOZARTH, J. D., & KRAUFT, C. C. (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, nonpossessive warmth, and genuineness. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 503–543). Oxford, United Kingdom: Pergamon Press.
- NORCROSS, J. C., & LAMBERT, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303.
- ORLINSKY, D. E., GRAWE, K., & PARKS, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy—Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270 – 376). New York, NY: Wiley.
- ORLINSKY, D. E., & HOWARD, K. I. (1967). The good therapy hour. *Archives of General Psychiatry*, 16, 621-632.
- ORLINSKY, D. E., & HOWARD, K. I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed., pp. 283– 329). New York, NY: Wiley.
- ORLINSKY, D. E., RONNESTAD, M. H., & WILLUTZKI, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. j. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> ed., pp. 307-390). New York, NY: Wiley.

- PARLOFF, M. B., WASKOW, I. E., & WOLFE, B. E. (1978). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed., pp. 233– 282). New York, NY: Wiley.
- PATTERSON, C. H. (1996). Multicultural counseling: From diversity to universality. *Journal of Counseling and Development*, 74, 227–231.
- RITTER, A., BOWDEN, S., MURRAY, T., ROSS, P., GREELEY, J., & PEAD, J. (2002). The influence of the therapeutic relationship in treatment for alcohol dependency. *Drug and Alcohol Review*, 21, 261–268.
- ROGERS, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- ROGERS, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework (Vol. 3, p. 204-205). New York, NY: McGraw Hill
- ROGERS, C. (1961). La terapia centrata sul cliente. In A. Palmonari, & J. Rombauts (Eds.), *Le condizioni necessarie e sufficienti per una modificazione terapeutica della personalità* (pp. 47-64). Firenze, IT: Giunti Psychometrics S.r.l.
- ROGERS, C. (1980). Un modo di essere. *L'approccio centrato sulla persona* (pp. 115; 125). Firenze, IT: Giunti Psychometrics S.r.l.
- ROTHMAN, D. B. (2007). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy with sexual offenders (Unpublished doctoral dissertation). University of Manitoba, Manitoba, Canada.
- RYAN, R. M., & DECI, E. L. (2004). Autonomy is no illusion: Self-determination theory and the empirical study of authenticity, awareness, and will. In J. Greenberg, S. L. Koole & T. Pyszczynski (Eds.), *Hand-book of experimental existential psychology* (pp. 449 – 479). New York, NY: Guilford Press.
- RYAN, R. M., & DECI, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York, NY: Guilford Press Publishing.
- RYAN, R. M., KUHL, J., & DECI, E. L. (1997). Nature and autonomy: Organizational view of social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development. *Development and Psychopathology*, 9, 701-728.

- RYAN, R. M., LA GUARDIA, J. G., & RAWSTHORNE, L. J. (2005). Self-complexity and the authenticity of self-aspects: Effects on well-being and resilience to stress. *North American Journal of Psychology*, 7, 431–448
- RYAN, W., & RYAN, M. R. (2019). Toward a Social Psychology of Authenticity: Exploring Within-Person Variation in Autonomy, Congruence, and Genuineness Using Self-Determination Theory. *Review of General Psychology*, 23 (1), 99-112.
- SAFRAN, J. D., & MURAN, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York, NY: Guilford Press.
- SCHLEGEL, R. J., & HICKS, J. A. (2011). The true self and psychological health: Emerging evidence and future directions. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 989–1003.
- SHOTTS, C. S. (2019). Genuineness and Authenticity in Therapeutic Practice. *Unpublished work*.
- STAPLES, F. R., & SLOANE, R. B. (1976). Truax factors, speech characteristics, and therapeutic outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 163, 135–140.
- STILES, W. B. (1987). Verbal response modes as intersubjective categories. In R. Russell (Eds.), *Language in Psychotherapy* (pp. 131-170). New York, NY: Plenum Press.
- STILES, W. B., HONOS-WEBB, L., & KNOBLOCH, L. M. (1999). Treatment process research methods. In P. C. Kendall, J. N. Butcher & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. New York, NY: John Wiley and Sons.
- STILES, W. B., SHAPIRO, D. A., ELLIOTT, R. K. (1986). Disabuse of the drug-metaphore: Psychotherapy process-outcome correlation. *American Psychologist*, 41, 165-180.
- STRUPP, H. H., HADLEY, S. W., GOMES-SCHWARTZ, B. (1977). Psychotherapy for better or worse: The problem of negative effects. New York, NY: Jason Aronson.
- TASCA, G. A., SYLVESTRE, J., BALFOUR, L., CHYURLIA, L., EVANS, J., FORTIN-LANGELIER, B., ... & WILSON, B. (2015). What clinicians want: Findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy*, 52, 1-11.
- TAYLOR, C. (1992). *The ethics of authenticity*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- TILLIMAN, D. (2016). The effects of unconditional positive regard on psychotherapy outcome (Doctoral dissertation). The Chicago School of Professional Psychology, Chicago, IL: ProQuest LLC.

- TRUAX, C. B. (1961). The process of group therapy: Relationships between hypothesized therapeutic conditions and intrapersonal exploration. *Psychological Monographs: General and Applied*, 75, 1–35.
- TRUAX, C. B. (1966). Therapist empathy, warmth, and genuineness and patient personality change in group psychotherapy: A comparison between interaction unit measures, time sample measures, patient perception measures. *Journal of Clinical Psychology*, 22, 225–229.
- TRUAX, C. B. (1971). Perceived therapeutic conditions and client outcome. *Comparative Group Studies*, 2, 301–310.
- TRUAX, C. B., & MITCHELL, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 299–344). New York, NY: Wiley.
- WATSON, N. (1984). The empirical status of Rogers' hypotheses of the necessary and sufficient conditions for effective psychotherapy. In R. F. Levant & J. M. Schlein (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research, and practice* (pp. 17–40). New York, NY: Praeger.
- WILD, T. C. (1965). Authentic existence: A new approach to "value theory." In J. M. Edie (Ed.), *An invitation to phenomenology: Studies in the philosophy of experience* (pp. 59–78). Chicago, IL: Quadrangle.
- WITTY, M. C. (2007). Client-centered therapy. In N. Kazantzis & L. L'Abate (Eds.), *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice and prevention* (pp. 35–50). Boston, MA: Springer.
- WOOD, A. M., LINLEY, P. A., MALTBY, J., BALIOUSIS, M., & JOSEPH, S. (2008). The authentic personality: A theoretical and empirical conceptualization and the development of the Authenticity Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 385–399.

