

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia clinico-dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

Controtransfert e self-disclosure: uno studio pilota di fisiologia
interpersonale

COUNTERTRANSFERENCE AND SELF-DISCLOSURE: A PILOT STUDY OF
INTERPERSONAL PHYSIOLOGY

Relatore: Prof. Johann Roland Kleinbub

Laureanda: Sofia Trucchia

Matricola: 2021080

Anno Accademico 2022-2023

CONTROTRANSFERT E SELF-DISCLOSURE: UNO STUDIO DI FISIOLOGIA INTERPERSONALE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUZIONE | 6 |
| CAPITOLO 1: IL SE' DEL TERAPEUTA: CONTROTRANSFERT E SELF-DISCLOSURE | |
| <i>Introduzione</i> | 9 |
| 1.1 Transfert | 9 |
| 1.2 Controtransfert | 15 |
| <i>Introduzione</i> | 15 |
| 1.2.1 <i>Storia del controtransfert</i> | 16 |
| 1.2.2 <i>Studi attuali</i> | 23 |
| 1.3 Self-Disclosure | 28 |
| 1.3.1 <i>Introduzione e storia della self-disclosure</i> | 28 |
| 1.3.2 <i>Studi attuali</i> | 30 |
| | |
| CAPITOLO 2: INDICI FISIOLGICI INTERPERSONALI | |
| 2.1 La Sincronizzazione Fisiologica | 35 |
| 2.1.1 <i>La sincronizzazione fisiologica del Sistema Nervoso Autonomo</i> | 35 |
| 2.1.2 <i>La sincronizzazione fisiologica nei contesti clinici</i> | 37 |
| 2.3 Il Biofeedback | 41 |
| <i>Introduzione</i> | 41 |
| 2.2.1 <i>Il biofeedback nel contesto clinico e relazionale</i> | 43 |
| | |
| CAPITOLO 3: LO STUDIO | |
| 3.1 Introduzione | 48 |
| 3.2 Ipotesi di ricerca | 49 |
| 3.3 Metodo | 51 |
| <i>Partecipanti</i> | |

| | |
|--|-----------|
| <i>Misure</i> | |
| <i>Procedura</i> | |
| 3.4 Risultati | 58 |
| <i><u>Ipotesi principale</u></i> | |
| <i><u>Ipotesi secondarie</u></i> | |
| <i>Similarità dell'esperienza</i> | |
| <i>Chiusura della Self-Disclosure</i> | |
| <i>Numerosità e durata delle Self-Disclosure</i> | |
| | |
| CAPITOLO 4: DISCUSSIONE | 64 |
| | |
| CONCLUSIONE | 73 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA | 74 |

INTRODUZIONE

L'intento della presente tesi è quello di andare ad approfondire il fenomeno del controtransfert come manifestazione di esperienza condivisa all'interno di diadi cliniche: tale fenomeno è stato analizzato, nella sua forma teorica e fisiologica, attraverso uno studio empirico, grazie all'utilizzo della sincronizzazione fisiologica e della tecnica del biofeedback. Vista la difficoltà di osservare fenomeni controtransferali in studi empirici, si è preferito analizzare le finestre di esperienza condivisa attraverso il costrutto di Self-Disclosure, affine ma non identico a quello controtransferale, e sicuramente più utile per l'ambito di ricerca. L'intento dello studio è quindi un'osservazione delle dinamiche relazionali della coppia terapeutica, non solo in quanto fondamento del processo terapeutico stesso, ma anche in quanto base fondamentale dell'esistenza umana: l'uomo è infatti un animale sociale, che necessita di relazioni significative nella propria vita, ed è tramite tali relazioni che cambia e sviluppa le proprie caratteristiche psicologiche. Nel primo capitolo della presente tesi si andranno quindi ad affrontare alcune delle dinamiche caratteristiche della psicoterapia ad orientamento dinamico, ovvero il controtransfert, con una digressione introduttiva sul transfert, elemento imprescindibile della terapia e base teorica fondamentale per parlare del controtransfert; è attraverso le dinamiche transferali e controtransferali infatti che si sviluppa la terapia stessa, dove il paziente può proiettare oggetti e stati interni materni sul terapeuta. Quest'ultimo, attraverso una sana gestione delle proprie reazioni a tale transfert e ad una elaborazione di esse, è in grado di continuare a condurre il colloquio nella maniera più adatta e benefica per il paziente. Si presenterà quindi un excursus storico del concetto di controtransfert, partendo dalle teorie freudiane di "schermo bianco" dell'analista, che presuppongono una sua impenetrabilità ed una totale aderenza ai principi di neutralità ed astinenza, passando poi per i principali autori psicoanalitici, ed arrivando infine alle concezioni moderne del costrutto, grazie ai contributi della scuola interpersonale, con l'idea di una co-costruzione del processo terapeutica delle soggettività di paziente e terapeuta, agli studi più attuali, nonostante la letteratura si sia dimostrata lacunosa. Nel capitolo sarà infine presente una descrizione della tecnica della Self-disclosure, che prevede la rivelazione al paziente, da parte del

terapeuta, di parti della propria esperienza, intendendo sia informazioni personali che condivisione di esperienze passate. L'utilizzo della tecnica sembra infatti portare dei benefici nel processo terapeutico, facendo sentire il paziente più compreso ed elicitando una maggiore propensione ad aprirsi sui propri conflitti interni. La tecnica è stata trattata nel presente capitolo con uno scopo ben preciso: essa infatti, presupponendo l'apertura del terapeuta su temi personali e delicati, sembra sottendere dei meccanismi inconsci di bisogno di comprensione e di spazio per sé all'interno della terapia, che potrebbero essere riconducibili ai processi controtransferali. Essendo difficoltoso infatti rintracciare il controtransfert se non attraverso studi ad hoc, si è tentato nello studio presentato nel terzo capitolo di utilizzare tale tecnica per poter individuare i momenti di condivisione e quindi di minore gestione del proprio controtransfert. Nel secondo capitolo della presente tesi invece viene illustrata la fisiologia del sistema nervoso autonomo, con maggior riguardo verso la psicofisiologia, soprattutto da un punto di vista interpersonale: essa infatti rappresenta la base dei processi umani, e sembra influire su diversi aspetti psicologici; il focus è stato concentrato principalmente sul suo utilizzo nell'ambito clinico da un punto di vista relazionale, in quanto sembra permettere una comprensione delle dinamiche tra individui in modo ancora più approfondito, che non sia solamente a livello psicologico ma anche somatico. In particolare, si è approfondito il tema della sincronizzazione fisiologica, ovvero la presenza di picchi di arousal tra due individui interagenti nello stesso momento temporale: tale fenomeno è stato osservato in relazione ad altri costrutti come la terapia di coppia e la relazione terapeutica, risultandone effettivamente associato; lo studio si occuperà quindi di analizzarne la possibile relazione con le self-disclosure, per risalire al costrutto di controtransfert. E' stato inoltre trattato il tema del biofeedback, uno strumento che a livello terapeutico ha riportato importanti risultati di miglioramento dei sintomi fisici e psicologici; verrà qui presentato come strumento utilizzabile a livello interpersonale, in uno studio pilota che ne prevede l'utilizzo in diadi cliniche. Nel terzo capitolo verrà invece illustrato lo studio condotto, partendo dalle ipotesi di ricerca e descrivendo accuratamente metodologia e risultati ottenuti, al fine di dare una visione esaustiva del progetto: ciò che si è tentato di osservare è il rapporto tra la sincronizzazione fisiologica e le self-disclosure effettuate dai partecipanti, che si ipotizza sottendano reazioni controtransferali. Si è inoltre osservato il possibile intervento del biofeedback in relazione ad essi: è stato utilizzato come strumento interpersonale, per poter comunicare

ad uno dei due partecipanti lo stato fisiologico della relazione ed in particolare i momenti di sincronizzazione. Questo strumento potrebbe infatti essere utilizzato in maniera efficace a livello clinico durante le sedute psicoterapeutiche, una volta validato. Infine, nel quarto capitolo, si offriranno delle riflessioni e considerazioni in merito ad i risultati ottenuti dalle analisi condotte.

La presente tesi si pone come studio pilota a livello esplorativo, quindi intende contribuire alla letteratura scientifica fornendo informazioni utili da poter utilizzare in ricerche successive, oltre a mettere in evidenza i dubbi a cui ancora non è stata trovata risposta; il campo di studio è infatti ancora poco approfondito, e per tale motivo si auspica una maggiore attenzione da parte della comunità scientifica.

CAPITOLO 1

IL SE' DEL TERAPEUTA: CONTROTRANSFERT E SELF-DISCLOSURE

In questo capitolo si andranno ad affrontare alcuni costrutti che vertono intorno alla relazione terapeutica, focalizzandosi sulla figura dello psicoterapeuta. All'interno della diade infatti si vengono a creare una serie di dinamiche che da un lato favoriscono il rafforzamento del rapporto con il paziente, dall'altro, se non individuate e quindi inconsapevoli, rischiano di comprometterlo; il risultato potrebbe quindi essere una buona efficacia nell'outcome della psicoterapia, oppure un suo ostacolo. In particolare, ci si soffermerà sul fenomeno del controtransfert, con una breve introduzione sul transfert, in quanto precursore ed elemento inscindibile di tale fenomeno, e sulla tecnica della self-disclosure, che dalla letteratura sembra essere profondamente legata ai processi controtransferali.

1.1 Il Transfert

Quando si parla della relazione paziente-terapeuta all'interno della cornice teorica psicoanalitica, ciò che viene subito in mente è il concetto di transfert: esso, costituisce non solo una base fondamentale all'interno della tecnica stessa, ma risulta essere lo strumento d'elezione per la formazione di una alleanza terapeutica valida e quindi una buona riuscita della terapia (Gabbard, 1995). Come infatti è emerso dalla ricerca e dall'osservazione clinica, è proprio la qualità della relazione che si instaura tra i due partecipanti nella stanza d'analisi a permettere di entrare in uno stato di regressione durante la seduta e superare così la sintomatologia (Gabbard, 1995). All'interno della situazione analitica si crea quindi una sorta di spostamento degli affetti del paziente, sia positivi che negativi, che sono caratteristici delle sue relazioni interpersonali attuali, ma che risalgono ad un periodo ben più remoto, ovvero l'infanzia; vi è infatti da parte del paziente il tentativo inconscio di riattualizzare quella che in origine era la dinamica della diade madre-bambino, sostituendo la figura materna con quella dell'analista (Semi, 2011)

La scoperta di tale fenomeno va ricondotta a Freud, il quale attraverso i suoi celebri studi sull'isteria è riuscito a formulare una teoria che permettesse di spiegare questo particolare fenomeno, denominato appunto transfert o traslazione. (Freud, 1912). Esso consiste infatti nella ripetizione e riattualizzazione delle interazioni e delle dinamiche emotive infantili nella relazione analitica, in quanto essa rappresenta per il paziente quella che più si avvicina tra tutte all'originaria: infatti attraverso l'analisi di tale transfert è possibile accedere al rimosso ed a tutti quei sintomi che altro non sono se non dei sostituti di elementi psichici non accettabili dalla coscienza, e le rappresentazioni connesse all'analista diventano i contenuti preconsoci su cui il rimosso viene trasferito nel corso dell'analisi (Freud, 1912). La sua origine deriverebbe da lacune affettive, che porterebbero l'individuo a ricercare nella prima persona disponibile, l'analista, l'amore di cui hanno bisogno e di cui si sentono privati.

Il transfert viene definito da Freud un vero e proprio cliché, in quanto sono i desideri libidici e sessuali ad essere trasferiti sull'analista (Freud 1912, p.524). Dando uno sguardo agli scritti, viene utilizzata dall'autore la metafora dell'archeologo: l'analista infatti sarebbe paragonabile alla figura di un archeologo, il cui compito è quello "di scoprire o costruire il materiale dimenticato dalle tracce che quest'ultimo ha lasciato dietro di sé" (Freud, 1937), anche se viene precisato che "l'analista lavora in condizioni più favorevoli, perché dispone di un tipo di materiale che non ha corrispettivo negli scavi archeologici; tale è ad esempio il ripetersi di reazioni che traggono da epoche remote e tutto ciò che in merito a queste ripetizioni si evidenzia mediante [il transfert]". (Freud, 1937). Dopo una prima differenziazione, nello scritto del Caso di Dora, in "ristampe" e "riedizioni", a seconda di come esso sia intervenuto nella creazione della figura del terapeuta e della relazione con egli, Freud arriva ad una seconda distinzione, in "Dinamica della traslazione", in tre diversi tipi: uno positivo irreprensibile, uno erotico e uno negativo. (Gazzillo, 2013).

- Il primo è caratterizzato dalla libido che si trova nel preconsocio e nella coscienza e che quindi prevede uno sviluppo psicosessuale completo: infatti esso si sviluppa in individui che hanno avuto durante l'infanzia esperienze di caretaking positivo con le figure genitoriali e che quindi sono in grado di instaurare una relazione di stima e fiducia con l'analista e di poter collaborare durante le sedute di analisi, e che costituirebbe secondo l'autore la vera base per la buona riuscita della tecnica analitica, a differenza della

curiosità individuale e la sofferenza per la nevrosi che sono solo successive. Ciò che permette al paziente di affidarsi alle cure analitiche è la suggestionabilità, che a differenza di quella ipnotica serve ad eliminare le resistenze, non ad introdurre nuovo materiale psichico (Freud, 1904, p.438). L'analisi è quindi per questi pazienti "una cura d'amore".

- Il secondo ed il terzo sono invece espressione dell'energia sessuale che si è fissata nell'infanzia ed è stata rimossa, quindi non modificata dalle esperienze successive del paziente ed è solitamente rintracciabile in individui affetti da nevrosi; durante le situazioni stressanti il transfert si diventa evidente a causa della frustrazione esperita ed emerge nella relazione con l'analista, il quale lo rafforza con il principio di astinenza che deve perseguire, provocando quindi un'ulteriore frustrazione nel paziente. (Freud, 1912b, pp. 523-4). Nella sua funzione di coazione a ripetere del passato personale, il transfert da nevrosi emerge negli attimi che precedono il riemergere di un contenuto rimosso significativo, quasi a sottolineare questa sua caratteristica di resistenza. Ciò che però differenzia la relazione del paziente con il terapeuta rispetto alle altre che ha instaurato nel corso della sua vita è che in essa il transfert non viene controagito, bensì preso come oggetto di analisi e cura come ogni altro oggetto, attraverso un atteggiamento impassibile dell'analista (Freud, 1910b, 1913-14c). Soprattutto quando si presenta un transfert erotico, è necessario ridimensionare le emozioni del paziente cercando di fargli comprendere come esse siano dovute alla resistenza verso la cura e le sue componenti, come le libere associazioni, e in seguito mostrare come tale transfert sia il frutto di un cliché che si ripete sin dall'infanzia in ogni relazione significativa, tentando così di "scoprire la scelta oggettuale infantile e le fantasie che intorno ad esso il paziente ha elaborato" (Freud, *ivi*, p. 370).

L'acmé dell'analisi sta quindi nella risoluzione della nevrosi di transfert, che tuttavia non corrisponde ad un suo superamento o un' interruzione di rapporti con l'analista, ma che esso venga rielaborato dal paziente grazie al transfert positivo irreprensibile che si è venuto a creare durante le sedute: è infatti grazie a questo amore per il terapeuta che il paziente si sente libero di poter fare associazioni e superare le proprie resistenze (Freud, 1913-14b).

Grazie agli scritti freudiani sul transfert, l'attenzione della comunità scientifica si è rivolta verso questo particolare fenomeno analitico, approfondendo e teorizzando nuove ipotesi

sul suo funzionamento e obiettivo. Ad esempio, Melanie Klein e i suoi seguaci, nonché i teorici delle relazioni oggettuali, hanno parlato soprattutto in termini di identificazione proiettiva, ovvero quel meccanismo di difesa in cui viene proiettata inconsciamente una rappresentazione, del Sé o di un oggetto interno, sul terapeuta, tale da spingerlo ad assumere comportamenti e caratteristiche in accordo con quelle proiettate, attraverso una pressione interpersonale (Gabbard, 1995). Difatti secondo la sua teoria degli oggetti interni, buoni e cattivi, è grazie alla proiezione, e quindi l'espiazione, che il bambino riesce a superare l'angoscia; tuttavia, tale meccanismo di difesa primario non servirebbe esclusivamente a tranquillizzare il bambino, ma soprattutto ad attuare una sorta di controllo dell'altro attraverso le proprie parti cattive proiettate (Klein, 1946). Ciò che caratterizza e differenzia l'identificazione proiettiva dalla semplice proiezione è proprio la relazione con l'oggetto: attraverso la proiezione lo si elimina, attraverso l'identificazione proiettiva lo si controlla e lo si fa identificare con il Sé (Klein, 1946).

Un ulteriore contributo è stato dato dalla corrente teorica della Psicologia del Sé, il cui massimo esponente è Heinz Kohut, che si è concentrata su come i transfert da oggetto-Sé abbiano lo scopo di cercare nel terapeuta quelle parti del proprio Sé mancanti, a causa di inadeguate cure materne e carenza di empatia, per poter ricevere un rassicurante senso di approvazione (Kohut, 1977 o 84); l'autore, dedicatosi soprattutto alla cura di pazienti con personalità narcisistiche, mostra infatti come tali transfert siano delle riattualizzazioni di strutture narcisistiche arcaiche all'interno della stanza d'analisi, in quanto si verifica una lacuna di investimenti pulsionali verso l'oggetto mentre vengono mobilitate le strutture del Sé e dell'oggetto-Sé, il cui scopo è il mantenimento di una sorta di equilibrio narcisistico (Kohut, 1977).

Ulteriori proposte provengono da Ogden, il quale teorizza che da una parte il paziente possa essere identificato come oggetto interno del terapeuta, dall'altra l'analista sia indotto ad assumere atteggiamenti propri delle rappresentazioni del paziente: questo avviene in quanto, nell'analista, è proiettata non solo la rappresentazione di sé, ma anche dell'oggetto; ma affinché questo processo giunga a compimento, l'analista deve possedere delle caratteristiche ed inclinazioni personali che possano fungere da aggancio per le resistenze del paziente (Gabbard, 1995).

Una concezione bidimensionale del transfert arriva invece dalla corrente dell'intersoggettivismo (Storolow, 1995), che riprende la teoria freudiana di transfert come clichè per orientare la percezione: il tentativo del paziente risulta quindi di andare a ricreare quei pattern relazionali arcaici nell'attuale rapporto con il terapeuta, andando a ripetere in modo inconscio una relazione oggettuale dell'infanzia; contemporaneamente, vi sono il tentativo e la speranza, inconsci, che questa nuova relazione possa differenziarsi da quella originaria e permettere un processo di miglioramento, sintomatico ma anche puramente relazionale.

Negli ultimi decenni le teorie sul transfert hanno subito l'influenza delle correnti relazionali, interpersonali e costruttiviste (Gabbard, 1995). Andandosi a porre in linea con le teorie post-moderne, la prospettiva costruttivista si pone l'obiettivo di scardinare la concezione di oggettività nella definizione di transfert (Hoffman, 1998): il focus viene posto sul contributo dell'analista all'interno della relazione terapeutica, che risulta essere fondamentale per la comprensione, da parte di entrambi, delle dinamiche e caratteristiche del paziente durante le interazioni. Il transfert sarebbe quindi impossibile da comprendere senza il lavoro analitico del terapeuta, che solo grazie all'individualità che caratterizza il suo intervento può riuscire ad interpretarlo e comprenderlo appieno e renderne consapevole il paziente. Infatti non si tratta di distorsioni proiettive ma di una sorta di rigidità nell'individuare e comprendere i dati nel contesto del momento, portando ad un effetto simile al "contatore geiger": l'esperienza del soggetto creerebbe una più spiccata sensibilità circa determinati temi, che verrebbero quindi individuati e visti con maggiore facilità, e a cui l'individuo tenderebbe ad attribuire significati per lui fondamentali, ma che potrebbero rivelarsi di poco interesse dinamico. La scuola della Psicologia dell'Io e delle relazioni Oggettuali propone una prospettiva basata sulle teorie sui disturbi di personalità in ambito clinico di Kernberg: le modalità relazionali del paziente vengono infatti studiate durante la seduta grazie alla messa in atto delle teorie sul transfert e attraverso l'interpretazione. Grazie a tali accorgimenti nasce la Terapia Focalizzata sul Transfert (Transference-Focused Psychotherapy, TFP; Clarkin, Kernberg, & Yeomans, 2006), utilizzata soprattutto con i pazienti più gravi e, solitamente, con personalità borderline; dopo un primo momento in cui si inquadra la personalità del paziente, l'attenzione si concentra sulle percezioni distorte di sé e degli altri, e delle emozioni connesse, che si manifestano nel rapporto con il terapeuta, andando quindi a delineare il

transfert. Infatti, tali distorsioni vengono considerate non solo come manifestazioni nella vita quotidiana, ma anche nelle interazioni con l'analista. L'obiettivo della TFP quindi è di utilizzare la comunicazione tra paziente e terapeuta per andare a collegare le parti scisse delle rappresentazioni di sé attraverso un intenso lavoro di interpretazione, permettendo al paziente di sviluppare migliori capacità di autocontrollo. Essa risulta essere l'analisi dei sintomi fondamentali, durante la quale il terapeuta durante il colloquio fa emergere tali sintomi e modalità relazionali del paziente, evidenziandole attraverso l'interpretazione del transfert (Clarkin, Kernberg, & Yeomans, 2006).

Il transfert quindi si presenta nella relazione paziente-terapeuta come uno strumento indispensabile per far emergere i contenuti rimossi e per far prendere coscienza al paziente delle dinamiche relazionali che mette in atto in maniera totalmente inconscia ed automatica, e che vanno poi ad aggiungersi al materiale da prendere come oggetto d'analisi; spesso può diventare una vera e propria resistenza, in quanto interrompe il dialogo e al tempo stesso aggiunge nuovo materiale inconscio nel processo analitico (Friedman, 1991). Lo stesso Freud aveva già compreso tale dinamica tanto da proporre come nuovo obiettivo dell'analista la creazione, nel paziente, di una coscienza tale da poter osservare e comprendere i propri atteggiamenti e desideri inconsci espressi tramite i propri comportamenti, a discapito del precedente approccio che si proponeva semplicemente di superare la resistenza e permettere al paziente di ricordare (Friedman, 1991).

Il transfert inoltre può presentare un duplice aspetto all'interno della stanza d'analisi: in quanto fenomeno di transfert o in quanto nevrosi da transfert; la principale differenza tra queste due è che i primi fanno parte della vita quotidiana, o meglio della psicopatologia della vita quotidiana, e si tratta di fenomeni singoli che non sono ricollegabili secondo una struttura organizzata; i secondi invece sono i veri e propri transfert della storia psicoanalitica, caratterizzati quindi dalla sovrapposizione della figura dell'analista con quella genitoriale facendo riemergere tutte le difese ed i pattern relazionali infantili, portando quindi ad una convergenza di temi durante le sedute di analisi (Semi, 2011).

Essendo un fenomeno inconscio, può accadere che venga scambiato per un qualsiasi contenuto cosciente che presenta caratteristiche simili a quelle transferali: spesso il paziente può creare collegamenti tra le relazioni attuali e quelle infantili, finendo però per

creare solamente ulteriori “teorie su sé stesso” che non hanno quel potere di risolvere gli aspetti problematici delle relazioni interiorizzate (Semi, 2011). Compito fondamentale dell’analista sarà quindi quello di far sì che il paziente non ceda al transfert, senza però mettere in atto una vera e propria repressione di esso, in quanto solo attraverso l’esperienza del rivivere tali sentimenti e conflitti del passato si può imparare a vederli in un’ottica differente e trovare un modo per esperirli in modo da poterli definire superati. (Gabbard 1995).

Un’altra caratteristica del transfert è che presenta una natura mutevole ed instabile, in quanto tende a variare nel corso della terapia: essendo infatti determinato dalle relazioni significative arcaiche, esso tende a cambiare a seconda del feedback che giunge dal terapeuta, passando da stati di stima e, a volte, amore fino a stati di rabbia o odio. (Gabbard, 2017). Difatti bisogna sempre ricordare che l’esistenza del transfert come fenomeno terapeutico è dovuta proprio alla relazione instaurata con l’analista, il quale a sua volta svilupperà delle reazioni e dei comportamenti in risposta a tale transfert, ovvero il controtransfert.

1.2 Il Controtransfert

Introduzione

Cos’è il controtransfert? Questo termine indica quell’insieme di dinamiche generate dalla reazione del terapeuta al transfert del paziente; il terapeuta risponde attivando in maniera inconscia una serie di emozioni, sensazioni e conflitti interni, andando a contribuire così alla creazione di uno degli aspetti fondamentali della dimensione curativa della terapia, ovvero la relazione terapeutica con il paziente (Gabbard, 1995). All’interno della stanza d’analisi, quindi, non vi è un’unica soggettività: entrambi i presenti contribuiscono in, quasi, egual misura al clima emotivo e relazionale nel corso della terapia. Nel corso dei decenni il controtransfert ha gradualmente assunto un ruolo di primo piano nella teoria e pratica clinica, tanto da essere oggi considerato un “emerging common ground” da parte di numerosi autori (Gabbard, 1995). Tuttavia, l’evoluzione delle definizioni che sono

state attribuite a questo termine hanno subito modificazioni e rivisitazioni importanti, andando a toccare non solo la teoria, con le annesse sovrapposizioni a concetti simili, come l'identificazione proiettiva, l'"enactment controtransferale" o la "role responsiveness", ma anche la tecnica psicoanalitica ed in particolar modo la neutralità dell'analista e la sua partecipazione al processo analitico (Gabbard, 2001).

1.2.1 Storia del controtransfert

Nel 1965 Kernberg ha sistematizzato le numerose teorie sul controtransfert, individuando due categorie principali, ovvero l'approccio classico freudiano, o "ristretto", e quello contemporaneo degli autori post-freudiani, o "allargato". Storicamente infatti il controtransfert viene scoperto e analizzato sin dagli esordi della psicoanalisi: la concezione freudiana di controtransfert, definita appunto "ristretta", ruota attorno all'idea che esso sia una resistenza da parte dell'analista ai contenuti portati in seduta dal paziente; esso non solo costituirebbe un ostacolo nel fornire un aiuto autentico all'analizzando, ma anche che sia compito dell'analista stesso di riconoscerlo e contenerlo il più possibile: il ruolo dell'analista infatti è quello di uno "schermo bianco", che non deve farsi influenzare dai conflitti interni del paziente e che deve mantenere un atteggiamento professionale, nel massimo rispetto dei principi fondamentali di neutralità ed astinenza (Freud, 1910). L'analista freudiano, infatti, è metaforicamente rappresentato come "un freddo chirurgo", che rimane impassibile davanti alle emozioni del paziente (Freud, 1912). Una volta aver preso atto della presenza di tali dinamiche controtransferali, probabilmente frutto di una analisi deficitaria, in quanto l'emergere del controtransfert durante la seduta psicoanalitica sarebbe un indicatore dei conflitti irrisolti nel terapeuta, è fondamentale che l'analista se ne prenda cura sottoponendosi ad una auto-analisi, per non compromettere la qualità del proprio intervento (Freud, 1912).

La teoria classica freudiana, nonostante i limiti e l'assenza di una sistematizzazione del lavoro teorico, è stata mantenuta e applicata per diversi anni, anche se iniziavano già a comparire approcci alternativi focalizzati sulla dimensione interpersonale del controtransfert: Sándor Ferenczi, ad esempio, fu uno dei primi autori a spostare l'attenzione sull'importanza che riveste nel processo analitico la relazione della diade terapeutica, e non solamente la soggettività del paziente (Lingiardi, 2022). Nella sua

teoria viene posto l'accento sull'utilità di questo aspetto per poter comprendere le dinamiche all'interno della relazione paziente-terapeuta: l'analista quindi ricopre un ruolo attivo e partecipativo nel processo terapeutico, distanziandosi dall'osservatore neutrale che aveva proposto Freud, e possedendo un ulteriore strumento per comprendere ciò che accade nella situazione terapeutica (Ferenczi, 1919). Nonostante sul momento le teorie innovative di Ferenczi non ebbero particolare risonanza, è importante ricordarle per l'impatto che hanno avuto sugli sviluppi teorici e tecnici successivi, ponendosi come precursori di essi (Gelso, 2007). Nei decenni successivi infatti si verifica una maggiore attenzione verso i meccanismi di transfert-controtransfert analitici, non solo da un punto di vista teorico ma anche pratico e tecnico: ciò che avviene all'interno della stanza d'analisi, infatti, costituisce del materiale molto utile per comprendere ed interpretare il benessere del paziente (Lingiardi, 2022); controtransfert, attraverso i pensieri dell'analista ed i suoi comportamenti, associati alle emozioni e sensazioni sperimentate, si inserisce definitivamente tra gli strumenti utilizzati per portare una maggiore consapevolezza di sé al paziente e per mettere in atto, all'interno di una relazione sicura e terapeutica, quei comportamenti disfunzionali da correggere e migliorare (Gelso CJ, Hayes JA, 2007). Tale approccio "totalistico" rappresenta quindi il primo tentativo di superare la teoria classica e reintrodurre il concetto di controtransfert, in un'ottica però positiva (Lingiardi, 2022).

Dagli anni Cinquanta in poi si verifica la prima vera rivisitazione teorica delle dinamiche controtransferali, permettendo di superare definitivamente l'approccio classico: tra i primi autori ad occuparsene vi è Paula Heimann, allieva di Melanie Klein. Nel 1950 viene pubblicato un primo articolo, approfondito in un secondo nel 1960, dove viene posto l'accento sull'inalienabilità emotiva dell'analista nel corso delle sedute di analisi: ciò che viene criticato è il concetto di "schermo bianco" dell'analista, ovvero che l'analista si comporti come un "freddo chirurgo" con i pazienti, prescindendo tutta la componente emotiva personale e concentrandosi unicamente su quella del paziente, per timore di interferirvi in maniera negativa (Heimann, 1950). Heimann sostiene invece che il controtransfert dell'analista non sia altro se non una risposta significativa al transfert del paziente, e che quindi, in seguito ad una sua analisi accurata, esso possa costituire una importante fonte di informazioni circa gli stati interni del paziente. Dovrebbe inoltre essere possibile per l'analista distinguere il controtransfert sia dalla nevrosi personale che

dal transfert nevrotico verso il paziente: infatti le nervosi dell'analista non andrebbero ad intaccare il controtransfert, permettendogli così di utilizzarlo come un vero e proprio strumento di valutazione del paziente. (Lingiardi, 2022).

In accordo con la Heimann, Donald Winnicott (1949) approfondisce la teorizzazione del fenomeno del controtransfert da una prospettiva focalizzata sul rapporto madre-bambino: grazie ai suoi studi da pediatra, fu in grado di vedere una stretta relazione tra l'emergere del controtransfert in analisi e la reazione materna agli stimoli del neonato. Egli si concentrò sui sentimenti negativi evocati nell'analista da determinati pazienti, con funzionamento mentale piuttosto primitivo, i quali metterebbero in atto dinamiche transferali risalenti alle proprie esperienze con l'oggetto primario: il tentativo di Winnicott è di normalizzare il controtransfert negativo, che non sarebbe altro se non una intensa reazione dell'analista, particolarmente realistica, paragonabile ai sentimenti di odio che talvolta si manifestano nelle madri. Tale tipo di controtransfert viene definito "oggettivo", a differenza di un altro tipo "soggettivo", che rappresenterebbe invece l'emergere dei sentimenti negativi dell'analista e dei suoi traumi irrisolti al comparire del transfert del paziente (Winnicott, 1949).

Racker (1953), grazie a numerosi studi basati sull'osservazione delle dinamiche relazionali nella stanza d'analisi, introduce nella teorizzazione psicodinamica del controtransfert la distinzione tra concordante o complementare: il controtransfert concordante sta ad indicare l'identificazione, da parte dell'analista, con le diverse parti dell'io e della personalità del paziente, mentre il secondo, complementare, riprendendo il modello dell'identificazione di Deutsch, avverrebbe tramite l'identificazione dell'io dell'analista con gli oggetti interni del paziente. Inoltre l'autore suggerisce dei collegamenti tra il controtransfert ed altri tipi di concetti teorici: in particolare nota una stretta relazione con l'empatia, soprattutto riguardo il controtransfert concordante, vista la somiglianza con il processo di identificazione concordante che permette l'emergere di un'empatia positiva dell'analista; mentre per quanto riguarda il controtransfert complementare, esso viene descritto come l'introiezione degli oggetti interni del paziente e la conseguente assunzione di comportamenti ed emozioni coerenti con tale oggetto interno (Racker, 1957). Le intuizioni di Racker sono state riprese da differenti autori in letteratura per spiegare concetti che al tempo stesso approfondiscono e si sovrappongono

parzialmente al concetto di controtransfert, quale ad esempio la “role responsiveness”, l’identificazione proiettiva e l’enactment controtransferale (Lingiardi, 2022).

La responsività di ruolo viene affrontata da Sanders (1976), secondo il quale è assolutamente fisiologico aspettarsi una risposta da parte dell’analista alle spinte transferali del paziente, in quanto è proprio quest’ultimo ad imporre una modalità di relazione, derivata non solo “dalle pulsioni istintuali, ma dall’intera gamma dei desideri, preconsce e inconsci, riconducibili ai più svariati bisogni, gratificazioni e difese” (Sanders, 1976, trad. it. pag 276): il terapeuta si trova quindi ad essere persuaso ad assumere un ruolo specifico, dettato da uno o più oggetti relazionali internalizzati dal paziente, attraverso la messa in atto del transfert. Nel 1993 Sandler riprende il tema della “role responsiveness” distinguendola da una “identificazione primaria”, dove quest’ultima, sottostante al concetto di empatia, sarebbe un meccanismo di rispecchiamento automatico.

Il meccanismo dell’identificazione proiettiva è un concetto chiave per la definizione di controtransfert. Esso si compone di due fasi principali: inizialmente una rappresentazione del Sé o dell’oggetto viene inconsciamente proiettata, insieme al contenuto affettivo sottostante, su un’altra persona e successivamente la persona su cui è stato proiettato il materiale psichico subisce una pressione interpersonale per identificarsi con tale materiale; ciò che avviene durante l’analisi quindi è un accoglimento delle parti scisse del sé del paziente e la conseguente sensazione di doverle agire (Gabbard, 1995). Tale concetto viene articolato per la prima volta da Melanie Klein (1955), la quale lo utilizza come colonna portante del proprio modello teorico: la realtà del bambino si divide tra mondo interno ed ambiente esterno, ed entrambi influenzano lo sviluppo dell’Io; l’identificazione proiettiva viene descritta come una fantasia intrapsichica, che interviene nello sviluppo dei processi mentali e determina, insieme alle interazioni con gli oggetti primari, la creazione degli oggetti interni, sia parziali, “buoni” e “cattivi”, sia interi. Tuttavia, la Klein non si dedicò ad approfondire la possibile dimensione interpersonale degli oggetti interni, rimanendo sempre legata alla tradizione classica del concetto di controtransfert. L’autrice, infatti, si scontrò con la Heimann, sua allieva, proprio a causa del distanziamento di quest’ultima dal pensiero della scuola, circa la necessità di superare il rigido principio di massima neutralità dell’analista durante l’analisi, da parte dell’analista, onde evitare di proiettare i propri problemi sul paziente (Klein, 1955).

Il meccanismo dell'identificazione proiettiva venne ulteriormente approfondito da Wilfred Bion (1956), aggiungendo alla teorizzazione classica la componente interpersonale. Come già aveva scritto la Klein, l'identificazione proiettiva risulta fondamentale affinché l'Io del bambino si sviluppi in maniera adeguata, e per far avvenire tale processo è necessario l'intervento materno: secondo la sua teoria "contenitore-contenuto", la madre ha il compito di contenere, appunto, tutti quei bisogni emotivi non appagati del bambino, che risultano per lui intollerabili; una volta "contenuti", essi vanno da lei rielaborati in una forma accessibile per la mente del bambino, e restituiti, per poter essere re-internalizzati (Bion, 1962). Questo intervento materno è possibile grazie al concetto di "reverie", o in termini winnicottiani "madre sufficientemente buona", ovvero la capacità di comprendere i bisogni del proprio bambino e farvi fronte in maniera adeguata.

Ogden (1982), allievo di Bion, si concentra sulla relazione tra paziente ed analista, delineando la complessità di questa dinamica: ciò che il paziente proietta sull'analista sono infatti sempre o oggetti interni, o una parte del sé, talmente pericolosa per il sé da dover essere spostata oppure, al contrario, ritenuta salvifica e quindi proiettata per mantenerne le qualità positive. Inoltre, il paziente mette in atto una serie di dinamiche interpersonali, pressando l'analista affinché si identifichi con i contenuti proiettati su di lui e li metta in atto; infine, grazie alla funzione di contenimento, l'analista restituisce al paziente i contenuti proiettati, tale da riconoscerli e da riappropriarsene in una forma più tollerabile. È necessario quindi che l'analista non si faccia intrappolare nei pattern disfunzionali del paziente, in quanto essi portano all'adesione da parte dell'analista ad un ruolo specifico, e provocano quindi un "enactment controtransferale" (Jacobs, 1986).

Il lavoro di Ogden viene successivamente ripreso e rivisto dagli autori della corrente intersoggettiva negli anni Ottanta: le sue teorie sono considerate come un primo passo verso l'apertura all'intersoggettività psichica della coppia analitica (Lingiardi, 2022). L'identificazione proiettiva, infatti, svolge per Ogden un ruolo di "terzo analitico" che si viene a creare all'interno delle dinamiche tra paziente e terapeuta, tale da portare i due partecipanti a riconoscerla e rielaborarla in maniera adeguata per riappropriarsi delle soggettività personali, ormai modificate dalle influenze relazionali; Grazie a questa formulazione, sarebbe possibile avere una descrizione dell'interazione tra il materiale intrapsichico e l'area interpersonale della persona (Ogden, 1994).

L'enactment controtransferale è stato ampiamente approfondito in maggior parte dagli psicoanalisti Americani, in particolar modo dalla Scuola della psicologia dell'Io. Nonostante non esista una definizione universale per tale termine, è utile citare quella di Chused (1991), secondo cui si può parlare di enactment quando una fantasia transferale del paziente viene trasposta in una reazione controtransferale del terapeuta. L'enactment è quindi un processo interattivo della coppia analitica che si viene a verificare dall'incontro delle resistenze di entrambi i partecipanti; il piano su cui si svolgono tali dinamiche è totalmente inconscio e nonverbale, tanto da sfociare spesso in caratteristiche fisiche come tensioni muscolari o difficoltà respiratorie (Gabbard, 2001). Spesso l'enactment viene accostato al meccanismo di identificazione proiettiva, probabilmente per la componente relazionale, di co-costruzione delle dinamiche in analisi, che caratterizza questo concetto (Ogden, 1994).

A partire dagli anni ottanta si verifica nel panorama psicoanalitico la cosiddetta svolta intersoggettiva, la quale ha permesso un cambiamento radicale non solo nella visione delle dinamiche inter e intra psichiche, passando da una psicoanalisi monopersonale ad una bipersonale, ma anche nella teorizzazione del controtransfert: il centro dell'attenzione è posto sulla relazione tra paziente e terapeuta, la quale porta ad un incontro tra le soggettività dei due ed alla creazione di un nuovo terreno comune su cui poter lavorare, caratterizzato dalle particolarità psichiche di entrambi (Lingiardi, 2022). Viene quindi criticata e superata "il mito dell'individuo isolato", secondo cui la mente umana seguirebbe uno sviluppo individuale e soggettivo: ogni essere umano sarebbe caratterizzato da una forte indipendenza rispetto al contesto in cui si ritrova inserito e delle reti sociali che ha creato (Stolorow, Atwood, Brandchaft. 1994). Al contrario, i teorici intersoggettivi enfatizzano l'importanza del contesto e della matrice relazionale, formatasi grazie al connubio tra le diverse soggettività psichiche. Tra i maggiori autori di spicco troviamo Stephen Mitchell (1988), George Atwood e Robert Stolorow (1984), i quali sostengono l'influenza del comportamento e delle emozioni del terapeuta all'interno della stanza d'analisi, tanto da andare a rivedere i concetti di transfert e controtransfert inserendoli in una cornice teorica relazionale ed intersoggettiva. Viene finalmente a cadere la funzione di "schermo bianco" dell'analista, che nonostante le critiche aveva sempre mantenuto una posizione centrale nella tecnica analitica: il terapeuta è infatti

inestricabilmente inserito in uno sfondo intersoggettivo e relazionale di interazioni personali (Lingiardi, 2022).

Il lavoro teorico di Mitchell (2002) risulta particolarmente interessante in questa prospettiva, soprattutto per quanto riguarda la “mente relazionale” e i quattro “Modi”. Il concetto di mente relazionale viene definito dall’autore un ossimoro, in quanto dire che una mente individuale è un ossimoro significa che “nessuna mente individuale umana può sorgere sui generis e sostenersi in modo del tutto individuale dalle altre menti”: infatti non vi può essere alcuna soggettività senza una intersoggettività. In tale cornice teorica, ciò che è interno alla psiche e ciò che è esterno ad essa non è definito da un confine chiaro e netto, ma è flessibile e permeabile, inserito in uno scambio continuo. A tal proposito vengono delineati quattro Modi, che riprendono le teorie precedenti di autori quali Bowlby con i Modelli Operativi Interni, e l’*Infant Research* con gli scambi madre-bambino; tali Modi sono delle dimensioni interazionali, organizzate in maniera progressiva allo sviluppo del bambino, nonostante seguano percorsi paralleli che permettono così un’influenza reciproca e continua. Il Modo 1 riguarda il comportamento riflessivo pre-simbolico, in quanto è assente una concettualizzazione chiara del sé e dell’altro; riguarda ciò che le persone fanno l’una all’altra, influenzandosi a vicenda secondo pattern relazionali preconsce o inconsci in cui le azioni di ciascuno dei partecipanti sono complementari a quelle dell’altro. (Mitchell, 2002). Il Modo 2 riguarda la condivisione degli affetti intensi tra i partecipanti, essendo i confini di essi permeabili: gli affetti sono infatti contagiosi, e quando si incorre in quelli maggiormente intensi si tende a “contagiare” l’altro, a livello interpersonale. Ciò avviene per tutto l’arco di vita delle persone, per mezzo di risonanze emotive, arrivando a livelli profondi ed inconsci. L’empatia sarebbe quindi riconducibile a questo Modo, essendo il livello affettivo fondamentale dell’esperienza relazionale. Mitchell riprende qui il lavoro di Leowald (1978) il quale aveva già teorizzato una interdipendenza degli stati affettivi sperimentati, i quali andrebbero a formare un’entità globale, e non due soggettività separate: infatti nel Modo 2 le esperienze affettive si manifestano come diadi interpersonali. Il Modo 3 prevede una sistematizzazione delle esperienze interpersonali in configurazioni Sé-altro: le interazioni sono differenziate e costruite in base alle persone implicate, a livello conscio e inconscio. Riprendendo i contributi di Fairbairn, secondo cui è impossibile una formazione del sé e dell’altro oggetto che non si implicino vicendevolmente, Mitchell

illustra come il meccanismo per cui avviene l'interiorizzazione dell'altro, è dato dal sé in relazione all'altro e, al tempo stesso, l'altro in relazione a sé. Tuttavia, è solo nel Modo 4, l'intersoggettività, che l'altro è un soggetto distinto: infatti le persone agiscono grazie ad una intenzionalità autoriflessiva, e sono in grado di riconoscersi a vicenda come soggettività diverse (Mitchell, 2002). La teoria di Mitchell si dimostra fondamentale sia da un punto di vista teorico che tecnico: infatti il focus della terapia si sposta su un campo relazionale che riguarda i due agenti nella stanza d'analisi, il cui compito è quello di creare una esperienza interpersonale significativa, che porti alla creazione, ed appropriazione, di nuovi modelli relazionali più adeguati (Lingiardi, 2002).

1.2.2 Studi attuali

Attualmente, le teorie sul controtransfert convergono in una visione comune per cui tale fenomeno sia il prodotto finale di un processo interattivo e co-costruttivo da parte sia del paziente che del terapeuta: il paziente, attraverso le spinte transferali, induce il terapeuta ad assumere determinati atteggiamenti e reazioni, e dall'altra parte il terapeuta non è avulso dal contesto ma ne è parte attiva e integrante, quindi porta all'interno della relazioni aspetti emotivi e psichici personali (Gabbard, 1995). Il terapeuta, quindi, non è semplicemente portato ad assumere un ruolo, perché questo ostacolerebbe ogni tipo di cambiamento benefico: le caratteristiche psichiche del terapeuta devono in parte essere riconoscibili e simili per il paziente, tanto da riconoscerci i propri oggetti interni, ma devono essere anche sufficientemente differenti da non ritrovarsi invorticato nelle dinamiche transferali ed appropriarsi di contenuti interni del paziente. Citando Greenberg (1986) "Se l'analista non può essere percepito come un nuovo oggetto, l'analisi non ha mai inizio; se non può essere percepito come un vecchio oggetto, l'analisi non ha mai fine": il compito dell'analista è quindi di mantenere un equilibrio tra l'aderire ad un oggetto primario e il porsi come oggetto nuovo (Gabbard, 1995).

Il controtransfert, quindi, dipende dalle caratteristiche specifiche della psiche del paziente e del terapeuta, e si genera grazie all'incontro di esse: per questo motivo esistono diverse possibilità e tipologie di manifestazione del fenomeno, proprio per le peculiarità da cui scaturisce. Sono presenti in letteratura diverse tassonomie e classificazioni, ognuna con focus su aspetti differenti del medesimo fenomeno (Gabbard, 1995). Reich (1951)

suddivide le manifestazioni controtransferali in acute e croniche: le prime emergono in situazioni specifiche, in cui il paziente assume la funzione di specchio di aspetti intollerabili del terapeuta stesso, mentre le seconde sono dovute a problemi caratteriali del terapeuta che tendono a ripresentarsi in terapia, per cui risulta necessaria un'analisi estensiva dell'analista. Racker (1953), dopo aver individuato i due tipi di controtransfert concordante e complementare, successivamente distingue i pensieri da controtransfert dalle posizioni da controtransfert: i pensieri, di carattere transitorio, sono un'insieme di emozioni, sensazioni e ricordi che appaiono nella mente dell'analista e che vengono utilizzati come strumento per comprendere meglio i contenuti del paziente, anche se spesso non sono direttamente riconducibili ad essi; le posizioni da controtransfert invece sono il risultato dell'incontro tra il transfert del paziente e i conflitti inconsci dell'analista, e sono delle disposizioni emotive e comportamentali del terapeuta, e sono stabili e durature (Racker, 1968). Gabbard (2005) presenta alcuni esempi di tali manifestazioni, come il controtransfert erotico, individuato già da Freud; il terapeuta infatti può reagire in maniera difensiva di fronte ad un paziente che viene considerato attraente ed arrivare, in alcuni casi, a proiettare tali sensazioni sul paziente, come se fosse il responsabile di tali sensazioni (Gabbard, 2014); ciò avviene soprattutto nei casi di terapeuti di sesso maschile, che tentano così di allontanare dalla coscienza i propri desideri sessuali nei confronti delle pazienti. Esso può semplicemente comparire attraverso comportamenti ed atteggiamenti leggermente diversi dalla norma e che permettono al terapeuta di mantenere inconsci le proprie pulsioni; a volte può diventare un problema difficilmente maneggiabile, casi in cui è consigliabile il rinvio ad un altro terapeuta o l'intervento di una supervisione (Gabbard, 2017). Il terapeuta, nel controtransfert erotico e non, può attribuirsi caratteristiche salvifiche, tipiche fantasie nell'intraprendere la professione: nel momento in cui si presenta un paziente con il forte desiderio di essere salvato, e che intravede nel terapeuta tale figura, è possibile che egli si senta spinto e legittimato ad assumere tale ruolo, a volte superando anche i limiti professionali, per timore che essi siano distruttivi per il benessere del paziente (Smith, 1977). È fondamentale quindi che queste fantasie vengano individuate il prima possibile e di evitare le infrazioni del setting, in quanto potrebbero passare inosservate a causa della visione di sé stessi come guaritori (Gabbard, 2017). Un ulteriore tipo di controtransfert è il terapeuta annoiato, o assonnato: è importante per il terapeuta qui comprendere se la sensazione di noia è dovuta alle

caratteristiche proprie del paziente oppure alla particolare tematica che si sta affrontando durante la seduta. Tali sensazioni, infatti, non vanno limitate e tollerate, spesso aggravandole da un forte senso di colpa per la loro comparsa, ma comprese gestite e in collaborazione con il paziente stesso (Gabbard, 2017). Clarkson e Nuttal (2000) forniscono una descrizione dei fenomeni controtransferali attraverso una matrice, con un vettore, rappresentato dal controtransfert reattivo e/o proattivo, e con una variabile, ovvero il controtransfert concordante ed il complementare; successivamente, introducono una terza dimensione all'interno di questa matrice, ovvero la valenza o potenziale, che può essere facilitativa o distruttiva. Quest'ultima distinzione non dipende tanto dalla natura del controtransfert, quanto dalla capacità dell'analista di accoglierlo e restituirlo in una forma chiara ed utile per il benessere del paziente, o al contrario di confermare il suo transfert distorto attraverso interventi inappropriati o acting-in. Descrivendo il contenuto della matrice, il controtransfert proattivo riguarda i conflitti interni del terapeuta, inconsci e non risolti, che si ripercuotono durante le sedute, sotto forma di reazioni controtransferali, e che vanno a distorcere la relazione terapeutica; tali reazioni dovrebbero essere tenute sotto controllo attraverso l'analisi continua di un supervisore, tuttavia è impossibile pensare che possano essere completamente estirpate, quindi bisogna tener conto che esse continueranno a ritornare, sia attraverso modalità facilitative che distruttive. Risulta fondamentale che il terapeuta sia consapevole delle proprie vulnerabilità e le tenga il più possibile sotto controllo, per evitare di attuare comportamenti antiterapeutici con il paziente. Il controtransfert proattivo, quando è concordante, si verifica quando il cliente fa emergere sensazioni ed emozioni collegate alle esperienze dell'Io arcaico del terapeuta; quando è complementare, tali sensazioni sono collegate alle rappresentazioni degli oggetti primari interiorizzati del terapeuta. Il controtransfert reattivo riguarda invece tutte quelle reazioni, emotive e comportamentali, che sono indotte nel terapeuta dal paziente, ma diversamente dal controtransfert proattivo esse riguardano il materiale psichico del paziente, e non del terapeuta. Ciò viene percepito dal terapeuta come se avesse ricevuto un insieme di sensazioni ed emozioni, inconscie, del paziente, probabilmente le più rinnegate e represses. E' quindi fondamentale per svolgere un buon lavoro clinico riuscire a comprendere e differenziare il materiale che il terapeuta stesso proietta, quindi il controtransfert proattivo, da quello che invece introietta dal paziente, quindi il controtransfert reattivo. Inoltre, quando il controtransfert reattivo è

anche concordante, il terapeuta internalizza sensazioni collegate a fantasie negate dell'io del paziente, mentre quando è complementare, le sensazioni sono collegate alle rappresentazioni degli oggetti arcaici del paziente. Prendendo infine in considerazione la dimensione della varianza, il controtransfert facilitativo per eccellenza viene solitamente considerato quello reattivo, in quanto costituirebbe la risposta empatica genuina del terapeuta nei confronti del paziente, nonostante venga considerato facilitativo anche il controtransfert proattivo. Tuttavia ciò che viene considerato facilitativo nella restituzione del controtransfert non si esaurisce con la qualità dei sentimenti: infatti possono avere un effetto benefico sul paziente sia i sentimenti positivi, e quindi generino affetto ed empatia, sia quelli negativi, come ad esempio l'odio; questi ultimi infatti sarebbero percepiti dal paziente come una reazione genuina del terapeuta e lo spingerebbero a fidarsi delle sue dimostrazioni d'affetto, in quanto si è dimostrato in grado di tollerare quegli affetti che il paziente stesso considera indesiderabili ed imperdonabili (Winnicott, 1947). Il controtransfert, quando è considerato distruttivo, lo può essere sia per il terapeuta, che per il paziente; ciò che viene messo in pericolo è la relazione che intercorre tra i due partecipanti, in quanto i sentimenti distruttivi sono totalmente inconsci. E' per questo che risulta fondamentale la supervisione e l'analisi personale del terapeuta: grazie ad essa infatti è possibile rintracciare i propri punti di forza e le proprie debolezze, e diventare consapevoli a quali prestare maggiore attenzione per un lavoro preventivo di miglioramento e aggiustamento per il benessere dell'altro, monitorando continuamente i sistemi d'allarme psichici (Clarkson, 1998a). Uno psicoterapeuta professionista deve possedere la capacità di riconoscere quali tipi di controtransfert possano essere facilitativi o distruttivi per il lavoro individuale con un determinato paziente.

Negli ultimi decenni, i tentativi di studiare il fenomeno del controtransfert da un punto di vista empirico sono stati molteplici, nonostante questa operazione risulti particolarmente difficoltosa: la facilità con cui si potrebbe sfociare in alcuni costrutti simili, e non toccare effettivamente le dinamiche transferali e controtransferali, sembra infatti aver scoraggiato questo tipo di ricerca; tuttavia, sono presenti in letteratura molti contributi in cui, a discapito di tali premesse, si è riusciti a studiare ed approfondire ulteriormente le manifestazioni cliniche del controtransfert (L. M. Najavits, 2000). Molti studi evidenziano come la presenza del controtransfert nell'interazione clinica sia spesso una variabile determinante per l'esito della terapia: infatti i terapeuti che avevano vissuto

esperienze simili al paziente, in particolare se non completamente superate ed elaborate, non solo presentavano maggiori difficoltà nella gestione del proprio controtransfert, ma anche la percezione di sé come terapeuti risultava decisamente peggiore. Cutler (Cutler, 1958) ha infatti notato come più i simili erano le esperienze vissute dal paziente ed i conflitti interni del terapeuta, più gli interventi del terapeuta durante la seduta erano visti come poco utili ed efficaci. Rosenberg e Hayes (Rosenberger & Hayes, 2002b) hanno eseguito uno studio su 13 sessioni di psicoterapia, condotte da terapeuti di sesso femminile con anni di esperienza sul campo, ed i risultati hanno mostrato come più i pazienti parlavano di temi collegati al vissuto del terapeuta, soprattutto quando rappresentava ancora un conflitto irrisolto, più il terapeuta tendeva a percepirsi come poco esperto ed efficace. Un ulteriore contributo è stato fornito dallo studio di Williams (1997), dove è emerso che le reazioni controtransferali dei terapeuti erano spesso causate dalla discussione con il paziente di determinate tematiche, collegate alle proprie esperienze non elaborate, e che tali reazioni avevano un effetto negativo sulle capacità terapeutiche dello psicoterapeuta. Inoltre, Hayes (Hayes et al., 1998) ha dimostrato come il controtransfert sia evidente in più dell'80% delle sedute di terapia analizzate, ovvero 127 (Hayes et al., 1998), e che maggiore il conflitto interno non risolto del terapeuta, maggiore è la reazione controtransferale, mentre minore è la sua componente conflittuale, maggiore è la capacità di gestirlo (Gelso & Hayes, 1998, 2007). Il controtransfert è infatti uno dei fenomeni imprescindibili della terapia: la concezione freudiana secondo cui un buon analista sia in grado di evitare la sua presenza è chiaramente ormai superata e ciò che sembra emergere dalla letteratura è che il controtransfert rappresenta una delle possibili forme di incontro psichico tra il paziente ed il terapeuta, in quanto a livello inconscio ciò che avviene è un vero e proprio avvicinamento del mondo interno di entrambi. Come è stato già evidenziato, esistono molteplici aspetti della teoria psicodinamica che si avvicinano, e si sovrappongono per alcuni aspetti, al fenomeno controtransferale, come l'identificazione proiettiva, l'enactment o la role responsiveness. Una tecnica che si accosta al costruito del controtransfert, e che si è rivelata fondamentale per lo studio della presente tesi, è la Self-Disclosure, letteralmente "Svelamento del Sé", che assume un ruolo cruciale nella ricerca empirica e nello studio dei fenomeni relazionali della psicoterapia: essa infatti consiste nella rivelazione di alcuni contenuti personali o stati interni, e ciò sembra suggerire che vi siano delle dinamiche inconsce a monte del suo utilizzo, che permettano

di mostrare al paziente tali aspetti; il controtransfert potrebbe quindi avere un ruolo nella scelta dei contenuti e dei tempi della rivelazione, in base a ciò che il paziente sta comunicando in quel momento.

1.3 La Self-Disclosure

1.3.1 Introduzione e storia della Self-disclosure

Con il termine Self-Disclosure si intende quella particolare tecnica, elaborata da Jourard nel 1958 ma spesso ricondotta a Rogers e la sua Client-Centered Therapy (1951), attraverso cui il terapeuta espone una parte del proprio sé e del proprio vissuto al paziente, entrando quindi in una dinamica interpersonale in cui non è solo il paziente a dover proporre all'altro le proprie esperienze, ma talvolta, e solo quando ritenuto opportuno e terapeutico, anche il terapeuta può partecipare a tale condivisione (Gallucci, 2002).

All'interno della diade paziente-terapeuta, ciò che risulta efficace è la relazione che si instaura tra i due partecipanti: infatti è proprio grazie al particolare rapporto che si viene a creare nel corso della terapia che il paziente è in grado di acquisire nuovi strumenti per far fronte alle proprie criticità. Ogni orientamento teorico psicoterapeutico ha tentato di formulare delle linee guida che permettessero al terapeuta di essere percepito come efficiente e degno di fiducia, creando una quantità innumerevole di strumenti a cui poter accedere (Gabbard, 1995). Nella psicoanalisi freudiana il buon terapeuta era colui che si presentava come uno "schermo bianco", la cui soggettività era quindi completamente nascosta e da tenere come tale: i principi di neutralità ed astinenza erano la certezza a cui appellarsi, onde evitare un accentuarsi del transfert del paziente ed incorrere nel rischio di un peggioramento sintomatico, piuttosto che in una sua cura (Freud, 1912). In seguito Heimann (1950), distaccandosi dalla scuola kleiniana, critica per prima la neutralità dell'analista, affermando che è inevitabile una qualche sorta di partecipazione al transfert del paziente, affinché l'analisi abbia una buona riuscita. Tale concetto venne poi ripreso da Bion (1962), che attraverso il concetto di funzione alfa materna, stabilisce l'importanza della soggettività del terapeuta nel restituire al paziente contenuti emotivi impossibili per

lui da elaborare. Un ulteriore contributo lo abbiamo con la scuola intersoggettivista, dove Mitchell (1988) evidenzia contributo centrale del terapeuta nell'analisi: egli è inestricabilmente coinvolto nella creazione del processo terapeutico, immerso in una cornice relazionale, e senza il suo contributo soggettivo viene a mancare la base della psicoterapia, ovvero una salda ed efficace relazione con il paziente. L'importanza di questo tipo di terapia, costruita insieme da paziente e terapeuta, si è pian piano affermata nello scenario psicodinamico moderno, con particolare enfasi da parte della scuola psicoanalitica americana: è proprio qui che emerge l'utilizzo della tecnica "Self-Disclosure", ovvero lo svelamento di una parte del Sé al paziente.

Jourard nel 1958 pone l'attenzione sull'importanza dello svelamento del vero Sé nella relazione terapeutica in termini di apertuta verso l'altro, da parte di entrambi i soggetti: la sua Self-Disclosure Theory infatti si concentra proprio su questo aspetto, ovvero sulla necessità di rintracciare quelle peculiarità personali che costituiscono l'autenticità del Sé e che ognuno, per timore del giudizio e dell'incomprensione da parte del mondo esterno, tenderebbe a nascondere, prediligendo uno sguardo dettato dalla visione dell'altro. A causa di tale mancanza di riconoscimento e connessione con la propria unicità, l'individuo tenderebbe ad erigere difese e rinchiudersi nella propria solitudine: da qui secondo l'autore si rintraccia l'origine della self-disclosure, ovvero dal bisogno di ritrovare quella spontaneità ed autenticità, in modo da reinstaurare uno stato di benessere generale. La capacità di aprirsi con l'altro viene quindi associata alla capacità di essere consapevoli del Sé e di prendersene cura, soprattutto a livello mentale: essere in grado di instaurare e mantenere delle relazioni soddisfacenti è alla base della salute mentale dell'individuo, e quindi una sua lacuna porterebbe allo sviluppo di disturbi mentali. (Jourard, 1971b).

La Self-disclosure ha ricevuto una notevole attenzione anche grazie alla scuola della psicologia umanistica, dove Rogers (1951) ha proposto la sua teoria di stampo prettamente interpersonale: l'individuo infatti necessita di relazioni che siano autentiche e che gli permettano di esprimere sé stesso nella forma più intima e genuina possibile. Questo tipo di relazioni comprende quella tra il paziente ed il terapeuta, che diventa quindi una figura cardine per poter ritrovare la propria genuinità attraverso, appunto, l'apertura: essa diventa un mezzo per poter dimostrare al paziente come, grazie all'autenticità della relazione, si possa trovare la propria realtà. E' infatti la relazione stessa che permette il cambiamento, in quanto processo interpersonale che prevede un cambiamento ed un

miglioramento in entrambi i soggetti: all'aprirsi del terapeuta corrisponde, quindi, un'apertura da parte del paziente (Farber, 2006). Grazie alla trasparenza del terapeuta infatti, il paziente sembra sentirsi più compreso e tenderebbe a normalizzare maggiormente le proprie difficoltà, percependo il terapeuta come più "umano", quindi più simile a sé stessi (Lane & Hull, 1990).

1.3.2 Studi attuali

Molte teorie psicodinamiche moderne hanno ormai rivoluzionato i vecchi dictat freudiani a favore di un'impostazione clinica meno rigida per il terapeuta: l'idea di una totale chiusura verso il paziente è un qualcosa di inconcepibile, vista la compartecipazione di entrambi nel processo di terapia; i principi di neutralità ed astinenza quindi sono impossibili da applicare, non essendovi più né istanze teoriche a reggerne l'applicazione, né studi empirici a dimostrarne l'assoluta necessità (Bernstein, 1999, p. 595). Con l'utilizzo della self-disclosure infatti il paziente è in grado di percepire le emozioni del terapeuta, cosa che altrimenti risulterebbe difficoltosa senza una apertura spontanea ed autentica; risulta di fondamentale importanza per il paziente poter percepire l'altro come un essere umano simile a sé, che è in grado di provare emozioni positive e negative, come la tristezza, la confusione, l'invidia (Billow, 2000).

Ciò che è bene evidenziare è proprio questo cambiamento nello scenario analitico, in quanto sembra che il fulcro della discussione non sia più se sia effettivamente corretto e terapeutico aprirsi con il paziente, essendo ormai dato per assodato quanto questa operazione risulti benefica, bensì domandarsi quali siano le parti di sé, dei propri pensieri e della propria emotività da condividere con il paziente, affinché la terapia risulti sempre effettivamente utile e benefica (Bernstein, 1999). Molti terapeuti infatti tendono a condividere non solo la propria emotività, ma anche informazioni ed esperienze personali che vertono intorno alle proprie vite, quindi al di fuori del contesto terapeutico: è chiaro quindi che il dibattito circa l'utilizzo di tale tecnica sia in continua evoluzione, rimanendo comunque una parte fondamentale del processo psicoterapeutico (Bridges, 2001).

Come già esposto, la tecnica della Self-disclosure è solo una delle possibili aperture verso il paziente: infatti, è da notare come solo un numero esiguo di terapeuti la utilizzi; questo probabilmente perché, essendo una tecnica che prevede la messa in campo di informazioni riguardanti il terapeuta, quindi non previste dal paziente, viene ancora utilizzata con cautela. Una riflessione che deve essere posta per poter comprendere e facilitare l'utilizzo della self-disclosure a scopo terapeutico è proprio la natura della stessa: essendo una tecnica di autorivelazione del Sé, essa può assumere forme molto diverse in base al suo utilizzo soggettivo. Farber (2006) ha notato come nella ricerca sulla Self-disclosure ci siano state diverse lacune circa la natura stessa della tecnica, portando quindi ad avere una letteratura non lineare e trasparente sul tema. Un esempio è la diversa valenza che assume, positiva o negativa: in base al contenuto che viene portato infatti può cambiare la percezione della self-disclosure, e conseguentemente l'utilità della stessa (Hoffmann-Graff, 1977). Per tentare una delucidazione ed una sistematizzazione, Knox e Hill (2003) hanno classificato le diverse self-disclosure del terapeuta prima in sette sottotipi, poi in tre: la self-disclosure dei sentimenti (es., *"When I was in a similar situation, I felt very angry"*) la self-disclosure dell'insight (es., *"While growing up, I got into a lot of trouble. Later on I realized that was the only way that my very successful and busy parents could focus on me. I wonder if that was your experience."*) e la self disclosure della strategia (es., *"Whenever I give an important presentation, I practice it out loud a few times, as a way of being more familiar with it and to detect any needed changes"*) (Hill, 2009). Un altro tentativo di classificazione è analizzandone l'intimità: in tal modo si può immediatamente vedere la partecipazione diretta del terapeuta all'interno dell'apertura o meno. Una intimità alta infatti si caratterizza per l'utilizzo della prima persona singolare, quindi l'esperienza che è stata comunicata è chiaramente riconducibile al vissuto del terapeuta; un'intimità bassa invece si caratterizza dall'uso di verbi impersonali e dalla terza persona singolare, o della prima e seconda plurale, come a voler disperdere le evidenze della propria presenza e partecipazione nella comunicazione appena fatta (Carter & Motta, 1988). Individuare il tipo di intimità della self-disclosure risulta fondamentale per poter verificare l'efficacia dell'intervento, tuttavia dalla letteratura disponibile sembra che abbiano buoni risultati sia gli interventi ad alta intensità, visti come una sorta di confidenza del terapeuta, e quindi un tentativo di connessione ed avvicinamento al vissuto del paziente, sia quelli a bassa intensità, in

quanto sembrano essere correlati con un maggior numero di self-disclosure del paziente (Watkins, 1990).

La relazione terapeutica è la colonna portante del cambiamento e del miglioramento, sintomatico e generale, del paziente: confrontarsi con una figura in grado di accogliere e comprendere il proprio vissuto e dare indietro una visione più elaborata ed accettabile di esso è il cuore del processo terapeutico. Come è stato evidenziato finora, sembra che la tecnica della self-disclosure possa favorire una buona alleanza terapeutica e portare ad outcome migliori: l'apertura su determinate tematiche sembra infatti produrre un effetto benefico, tale da creare un maggiore senso di insight e di comprensione; inoltre, tali risultati sembrano emergere sia nell'immediato che nella lunga durata della terapia (Knox e Hill, 2003). Da uno studio di Ramsdell e Ramsdell (1993) è emerso che i terapeuti che utilizzassero la tecnica della self-disclosure fossero maggiormente apprezzati, e che la tecnica è stata considerata impattante sulla terapia per i suoi effetti benefici. Barrett e Berman (2001) hanno mostrato come i pazienti che hanno ricevuto da parte del terapeuta una self-disclosure "reciproca", ovvero in seguito ad una propria apertura simile, hanno valutato come migliori i terapeuti e riferiscono di aver avuto meno sintomi finito il trattamento. Un'altra caratteristica importante da tenere in considerazione quando viene utilizzata tale tecnica è la frequenza: la letteratura sembra infatti riportare maggiori risultati positivi nei casi in cui le self-disclosure non sia state né troppe, né troppe poche (Watkins, 1990). I terapeuti che tendono a non rivelare nulla di sé sono infatti maggiormente percepiti come troppo distanti e distaccati, e ciò porterebbe ad un peggioramento della relazione con il paziente; allo stesso modo, i terapeuti che utilizzano in maniera massiccia la tecnica, vengono percepiti come troppo focalizzati su di sé, incapaci di rispettare i confini della relazione e quindi di concentrarsi sui contenuti del paziente. Da tenere in considerazione è anche il tema su cui il terapeuta decide di aprirsi ed il grado di intimità che esso veicola: Geller e Farber (1997) hanno trovato che i contenuti su cui psicoanalisti e psicoterapeuti dinamici effettuano maggiormente una self-disclosure sono principalmente errori commessi di cui si è consapevoli, mentre i temi meno condivisi riguardano la religione, l'orientamento sessuale e la data di nascita; i temi utilizzati per fare self-disclosure risultano essere quelli che inficiano di meno il rapporto con il paziente ed elicitano maggiormente una sua risposta positiva. Inoltre, nonostante risulti fondamentale che nella self-disclosure sia presente un certo grado di intimità e di

contenuto emotivo, risulta controproducente aprirsi su temi personali e ritenuti intimi: Witkins (1990) ha infatti notato come i terapeuti che facevano self-disclosure più intime venivano percepiti come meno efficaci rispetto a terapeuti che utilizzavano tematiche meno personali. Il rischio per il terapeuta è di andare ad utilizzare lo spazio clinico, anche solo in sporadici momenti, come uno spazio personale, dove aprirsi e parlare di temi che riguardano problemi personali e conflitti interiori non risolti, proprio per tale motivo, secondo Knox e Hill (2003), è fondamentale tentare di applicare la tecnica della self-disclosure solo quando necessario, tenendo per sé le proprie vulnerabilità emotive, per non fornire interventi che siano tutt'altro che efficaci per il paziente in quanto focalizzati sui contenuti del terapeuta. La self-disclosure infatti, per definizione, prevede uno spostamento dell'attenzione dai contenuti del paziente a quelli del terapeuta: nonostante alcuni studi abbiano sconsigliato l'utilizzo della tecnica proprio per tale motivo, vista la possibile reazione del paziente (Geller e Farber, 1997), altri ne hanno evidenziato l'importanza per normalizzare i sentimenti dell'altro. Hill (1989) in uno studio su otto sessioni di psicoterapia breve, riporta le parole di uno dei terapeuti il quale, aprendosi circa le proprie preoccupazioni momentanee sull'esperimento cui stavano partecipando, ha poi specificato al paziente che queste informazioni non erano da intendere come focalizzate solo su di sé, ma come possibile stato d'animo di entrambi.

Dai risultati trovati in letteratura, sembra quindi che la self-disclosure sia una tecnica particolarmente efficace per stabilire una buona relazione tra paziente e terapeuta e per aiutare il primo a fidarsi nel parlare di esperienze personali, oltre ad avere maggiore consapevolezza di sé (Knox e Hill, 2003). Tuttavia sembra sia fondamentale monitorare costantemente la situazione e fare una valutazione approfondita su quando, come e perché utilizzare questa tecnica, per evitare che si inneschino reazioni opposte a quelle sperate. Inoltre, essendo una tecnica che si basa sulla condivisione di informazioni ed esperienze personali, è interessante notare come essa sia intrinsecamente legata alle esperienze controtransferali: nonostante l'impegno nel tenere sotto controllo i contenuti da portare al paziente, il terapeuta è un essere umano con i suoi limiti e le sue zone d'ombra: i temi che risultano emotivamente rilevanti per il terapeuta è difficile che passino inosservati, soprattutto se riguardano qualche conflitto interno o problemi non completamente elaborati e superati. In tal modo, il fenomeno del controtransfert potrebbe manifestarsi attraverso la tecnica della self-disclosure. La letteratura, come già evidenziato, ha

mostrato risultati abbastanza coerenti, vista la peggiore performance quando le dinamiche controtransferali prendevano il sopravvento e la difficoltà nell'aprirsi in maniera obiettiva e focalizzata sul paziente quando questi portava contenuti simili ai propri vissuti non superati. Ehrenberg (1995), evidenzia come sia particolarmente difficoltoso scindere i due concetti, in quanto l'apertura del Sé di fronte al paziente spesso veicola contenuti personali controtransferali, e che ciò era già noto storicamente, da Freud, "It is a very remarkable thing that the Ucs. of one human being can react upon that of another, without passing through the Cs" (1915, p. 194), ma anche dagli autori psicoanalitici successivi.

CAPITOLO 2

INDICI FISIOLÓGICI INTERPERSONALI

2.1 La Sincronizzazione fisiologica

2.1.1 La sincronizzazione fisiologica del Sistema Nervoso Autonomo

La sincronizzazione fisiologica è un fenomeno che si verifica quando, a livello fisiologico, due o più individui interagenti sperimentano stati di sincronizzazione di determinati parametri: rappresenta quindi un'interdipendenza, o associazione, di tali segnali fisiologici (Palumbo et al., 2016). Tuttavia, la ricerca sembra essere ancora piuttosto frammentata sul tema e ciò si può osservare con la vastità dei termini utilizzati per indicare la tale fenomeno, tra cui “physiological concordance” (Marci, Ham, Moran, & Orr, 2007), “physiological linkage” (Reed, Randall, Post, & Butler, 2013), “physiological coherence” (Chanel, Kivikangas, & Ravaja, 2012) e “interpersonal physiology” (Palumbo et al., 2016). Ciò che verrà trattato nella presente tesi riguarda l'attività di sincronizzazione del Sistema Nervoso Autonomo (SNA), che viene indicata con il nome di fisiologia autonoma interpersonale (IAP), e riguarda il legame di interdipendenza del SNA tra due o più persone. In particolare, il Sistema Nervoso Autonomo è composto dal Sistema Nervoso Simpatico e dal Sistema Nervoso Parasimpatico, responsabili della co-regolazione dei sistemi interni tra cui quello cardiaco, respiratorio e ghiandolare (Palumbo et al., 2016). Il Sistema Nervoso Simpatico in particolare è un sistema catabolico, associato con l'attivazione fisiologica (aumento dell'arousal, ovvero “fight or flight”), mentre il Sistema Nervoso Parasimpatico è un sistema anabolico, associato con il meccanismo di “restoration and repair” (diminuzione dell'arousal, o “rest and digest”). Tali sistemi lavorano in una collaborazione reciproca e dinamica: quando si presenta un cambiamento, esterno o interno, operano affinché vi sia una regolazione ed un adattamento del corpo alle condizioni dell'ambiente. Esistono diverse tecniche per misurare l'interazione tra questi due sistemi: un esempio è il battito cardiaco (heart rate, HR) che si posiziona tra le misure più generali, in quanto non sembra essere in grado di fornire una chiara differenza sul singolo funzionamento di uno dei due

sistemi, ma semplicemente di evidenziare lo stato generale di entrambi. Tra le misure più specifiche invece, vi sono quelle legate al funzionamento del Sistema Parasimpatico (PNS), come la RSA (respiratory sinus arrhythmia), una tipologia di HR (Camm et al., 1996), e quelle legate invece al Sistema Simpatico (SNS) come l'attività elettrodermica (EDA) che è nota per essere un indice di misura indiretta delle ghiandole sudoripare (Boucsein, 1992). L'attività fisiologica di ciascuno si può quindi determinare in base a come tali misure sono legate al PNS o SNS: più è alta l'attività del PNS, più alti sono i valori del RSA e più alta è l'attività del SNS, più alti sono i valori dell'EDA; grazie a tali indici fisiologici, quindi, è chiaro come la sincronizzazione fisiologica potrebbe essere un indicatore di processi diversi tra loro: la sincronizzazione legata all'attività del SNS sembra essere collegata ad esempio a contesti negativi e allo stress, mentre quella legata al PNS a contesti più positivi ed empatici (Palumbo et al., 2016).

L'importanza che tali misure rappresentano per la ricerca è sicuramente considerevole: la psicofisiologia infatti costituisce un punto di riferimento per quasi ogni aspetto della psicologia stessa, visto il ruolo fondamentale che la fisiologia ricopre nei processi psicosociali, delle emozioni e del comportamento (Cacioppo, Tassinary, & Berntson, 2007). Il sistema di regolazione fisiologica sembra operare in una gamma ottimale di influenza tra SNS e PNS, in un adattamento continuo tra la funzione autonoma e le esigenze effettive (S. I. Fox, 1996). Nonostante l'attività del ANS sia una valida misura dell'arousal fisiologico, essa non considera la valenza, positiva o negativa, o il contesto: ad esempio, la sincronizzazione dell'HR può essere un indice positivo in determinate situazioni ma non in altre (VanLaar, 2019); in uno studio su conflitti tra coppie la sincronizzazione degli indici fisiologici sembrava essere associata ad outcome negativi, come l'insoddisfazione coniugale, mentre in contesti di attività gruppo o di psicoterapia sembra essere associata ad esiti interpersonali positivi (Levenson & Gottman, 1983; Palumbo, 2016). Risulta quindi fondamentale prendere in considerazione misure secondarie che possano differenziare le attività fisiologiche dovute a stati cognitivi, comportamentali o emotivi (Russell & Barrett, 1999).

La sincronizzazione fisiologica rimane comunque uno strumento particolarmente utile per studiare la mente umana attraverso le risposte che il corpo dà in determinate situazioni, visto che esse non possono essere controllate (VanLaar, 2019): infatti per quanto riguarda le relazioni interpersonali, sembra che la sincronizzazione fisiologica sia

indipendente rispetto al contesto, seguendo un andamento ad U, dove sia un livello troppo alto che uno troppo basso siano predittori di maggiori difficoltà nell'instaurare una relazione soddisfacente (Jaffe et al., 2001; Mayo & Gordon, 2020).

L'ambito delle relazioni interpersonali sembra essere tra quelli su cui la ricerca si sia maggiormente focalizzata; in uno studio sul livello di sincronizzazione fisiologica durante i litigi di diverse coppie, esso risulta essere più alto nelle interazioni negative (Levenson & Gott, 1983): infatti sembra che la sincronizzazione fisiologica possa essere considerata un indice della soddisfazione coniugale, in quanto rappresenterebbe la capacità degli individui di interagire in maniera costruttiva, alternandosi durante i litigi, tanto da essere correlata negativamente con l'assenza di interazioni negative (Reed et al., 2013). Un'importanza particolare è riservata al contesto all'interno del quale si rilevano gli indici di sincronizzazione fisiologica: in base ad esso infatti i risultati possono variare considerevolmente. In uno studio è emerso come lo sguardo giochi un ruolo fondamentale nella sincronizzazione, in quanto le coppie che non erano fisicamente rivolte una verso l'altra presentavano livelli di sincronizzazione considerevolmente minori rispetto alle coppie che potevano guardarsi negli occhi (Liu et al., 2013); in un altro studio invece, l'HR risultava sincronizzato anche quando i partecipanti, ovvero delle coppie, erano semplicemente seduti uno di fianco all'altro, pur essendo bendati (Ferrer & Helm, 2013).

2.1.2 La sincronizzazione fisiologica nei contesti clinici

La ricerca sulla fisiologia interpersonale verrà affrontata principalmente per la sua presenza e rilevanza nell'ambito clinico: sono state infatti trovate diverse associazioni tra essa e costrutti quali alleanza terapeutica, empatia e attaccamento (Kleinbub 2020; Palumbo, 2016). Nei contesti psicoterapeutici, è stata riscontrata una correlazione tra l'attività autonoma dei partecipanti, durante le interazioni, e l'intensità dell'emotività, positiva e negativa (Del Piccolo & Finset, 2018): l'attività dell'ANS quindi sembra far parte dell'arousal fisiologico delle risposte affettive; la ricerca empirica sulla terapia psicodinamica ha inoltre sottolineato l'equilibrio tra empatia e sfida negli interventi del terapeuta, puntando alla regolazione affettiva del paziente. Nello studio di Voutilainen e colleghi, la risposta empatica del terapeuta è stata considerata come associata all'aumento dell'arousal fisiologico del terapeuta ed alla diminuzione di quello del paziente, mentre

le risposte più sfidanti sono apparse più associate all'aumento dell'arousal per entrambi (Voutilainen et al., 2018). Tali risultati sono stati interpretati considerando il costrutto di empatia come incarnata e come condivisione del processo emotivo e mostra come essa sia fondamentale nella co-regolazione degli affetti in psicoterapia.

Messina e colleghi hanno trovato una correlazione positiva tra l'empatia e la sincronizzazione fisiologica, misurata tramite EDA: lo studio è stato condotto su 39 coppie formate da uno pseudo-paziente ed un ascoltatore mentre parlavano di temi emotivi (Messina et al., 2013). Gli ascoltatori sono stati divisi in tre sottogruppi, ovvero i terapeuti con un training specifico, gli psicologi e i soggetti che senza alcun tipo di training psicologico; ogni diade è stata videoregistrata per un tempo di 20 minuti, durante i quali ai pazienti è stato fornito il compito di parlare di un tema con alta rilevanza emotiva e agli ascoltatori di reagire e comportarsi in maniera spontanea ai racconti dei pazienti. Sono state anche registrate le attività elettrodermiche durante l'interazione e, attraverso la scala dell'empatia del questionario "Barrett-Lennard Relationship Inventory", l'attitudine dell'ascoltatore alla fine dell'interazione: i risultati hanno evidenziato come nel sottogruppo con le diadi formate da terapeuti e pazienti, la correlazione era più alta; i terapeuti sono stati quindi percepiti come maggiormente empatici e hanno presentato una sincronizzazione maggiore con i pazienti.

La sincronizzazione fisiologica del rapporto tra paziente e terapeuta sembra essere anche correlata con l'alleanza terapeutica: nello studio di Bar-Khalifa e colleghi (2019), è stata considerata la possibilità di predire l'alleanza esaminando il ruolo della sincronizzazione tra paziente e terapeuta durante dei segmenti di una tecnica incentrata sulle emozioni, "imagery work" (IM), per poi comparare il tutto con il ruolo della sincronizzazione durante i segmenti di una tecnica tradizionale, cognitivo-comportamentale (CB). Lo studio è stato effettuato su 31 pazienti che hanno ricevuto un trattamento di 6 sessioni di terapia, misurando durante esse l'EDA di entrambi. I risultati hanno mostrato come la sincronizzazione durante sia i segmenti IM che CB è maggiore del campione e che la sincronizzazione nei soli segmenti IM è associata con il legame terapeutico: l'ipotesi infatti suggerisce che grazie a tale tecnica, vi sia una maggiore capacità da parte del terapeuta di entrare in contatto ed empatizzare con il vissuto del paziente.

Tournunen e colleghi (2020) hanno invece condotto uno studio per osservare la relazione tra sincronizzazione fisiologica nella terapia di coppia e l'alleanza terapeutica costruita con lo psicoterapeuta: è stato possibile notare come l'EDA della diade terapeutica sia man mano più alta con il tempo trascorso in terapia e che l'andamento è simile a quello del miglioramento della sensazione di benessere sperimentata dai pazienti, soprattutto per le donne: il cambiamento nella sincronizzazione, misurata durante le varie sedute per poterne tracciare l'andamento, sembra essere collegato a cambiamenti sia nel benessere dei pazienti che nell'alleanza terapeutica instaurata; per quanto riguarda l'aumento del benessere delle pazienti donne, gli autori hanno ipotizzato sia dovuto all'iniziale minore soddisfazione della percezione della coppia che esse hanno sperimentato. In uno studio di Jackson e colleghi (2014), più della metà delle donne, all'inizio del percorso di terapia di coppia, risultano essere meno soddisfatte della vita sentimentale rispetto al partner uomo; inoltre, sono emerse una serie di differenze interne alla coppia, alla triade ed al processo di sincronizzazione, in quanto sembra esservi sia una correlazione tra la sincronizzazione di paziente donna e terapeuta uomo ed il benessere del paziente uomo per tutta la durata della psicoterapia, sia una correlazione inversa tra la sincronizzazione tra paziente uomo e terapeuta donna ed il benessere della paziente donna, il cui stato generale è migliorato in concomitanza con la diminuzione della sincronizzazione tra gli altri due partecipanti, sia infine di una correlazione tra la sincronizzazione tra paziente uomo e terapeuta uomo ed il benessere della paziente donna e della sua valutazione positiva dell'alleanza terapeutica.

Mylona e collaboratori (2022) hanno condotto uno studio sulla relazione tra alcune dinamiche della psicoterapia, di "rottura e riparazione", e la sincronizzazione fisiologica: il cambiamento che avviene nel passare dalla prima alla seconda sembra infatti portare ad un aumento della relazione e della sincronizzazione; il momento di rottura risulta quindi importante per l'interazione, in quanto permette di intervenire nell'immediato e sembra anche suggerire che le strategie empatiche del terapeuta possano cambiare, a seconda delle esigenze, durante tali momenti.

Nel presente paragrafo è stato illustrato il fenomeno della sincronizzazione fisiologica ed alcuni dei suoi possibili campi di applicazione, soprattutto in ambito clinico; tuttavia, non sono stati riscontrati in letteratura casi di correlazione tra sincronizzazione fisiologica e manifestazioni controtransferali. L'obiettivo che ci si è posto quindi è stato di provare ad

investigare se tale fenomeno sia in qualche modo rintracciabile ad un livello non solo teorico, ma anche corporeo. La teoria di un controtransfert somatico è stata studiata da diversi autori: ad esempio, Samuels propone un controtransfert “riflessivo”, legato alla componente immaginativa del terapeuta, contrapposto ad un controtransfert “incarnato”, legato invece alla funzionalità effettiva del terapeuta (Samuels, 1985); Field analizza il controtransfert attraverso le sue manifestazioni più disparate, dai sentimenti, ai sogni, al corpo (Field, 1989). Stone individua nei pazienti con tratti della personalità borderline, psicotici, narcisistici o pazienti con gravi traumi, le manifestazioni controtransferali con un’intensità maggiore; inoltre, tale controtransfert dipendebberebbe sia dal terapeuta e dalla personalità introversa-intuitiva, sia dalla sua difficoltà nell’esprimere in modo diretto i propri pensieri ed emozioni (Stone, 2006). Vulcan, studiando i trattamenti di bambini con DSA, ha notato come, tra i 28 terapeuti intervistati, vi fosse una generale concordanza nell’utilizzare la reazione somatica inconscia come via di conoscenza, in alternativa alle proposte classiche come il pensiero simbolico ed il gioco (Vulcan, 2016). Le manifestazioni del controtransfert somatico variano da sintomi lievi, quali rumori gastrointestinali, alterazioni del battito cardiaco e del respiro a sintomi più gravi quali sonnolenza, eccitazione sessuale, mal di testa e nausea (Margarian, 2014).

La risposta somatica del terapeuta sembra quindi dipendere da una varietà di fattori, quali la patologia del paziente, la personalità del terapeuta, i punti di incontro della diade terapeutica la possibilità di una forte regressione del terapeuta (Palmieri et al., 2018). Il funzionamento del Sistema Nervoso Autonomo sembra essere quindi implicato in tale fenomeno, in una sorta di risonanza emotiva inconscia: è stato trovato come i meccanismi mirror nel sistema nervoso centrale e la psicofisiologia del sistema nervoso autonomo convergano nella rete neurale denominata CAN (Central Autonomic Network), associata all’emisfero destro e quindi all’elaborazione emotiva. Si può quindi notare un collegamento a livello neurale tra la sincronizzazione fisiologica ed il controtransfert neurale

Il controtransfert, come già evidenziato nel precedente capitolo, ha un ruolo fondamentale nel processo terapeutico: nonostante non vi sia direttamente associato, la sua corretta gestione risulta comunque un predittore di un buon esito terapeutico. In uno studio di Messina e collaboratori, partendo dal presupposto che il controtransfert è considerato “l’altra faccia della medaglia” dell’empatia, e viceversa, (Pebody & Gelso, 1991), è stata

investigata una possibile relazione tra il controtransfert e la sincronizzazione fisiologica, misurata tramite EDA, in 33 diadi formate da uno psicologo ed un volontario, che avrebbe parlato di temi personali. I risultati hanno evidenziato come il controtransfert sia associato negativamente con l'empatia, confermando quindi come questi due costrutti siano simili (Messina et al., 2016). L'utilizzo della psicofisiologia all'interno dell'ambito clinico sembra quindi proporsi come promettente strumento per approfondire ed analizzare la relazione psicoterapeutica, prendendo in considerazione anche i processi transferali e controtransferali, grazie anche alla invasività della tecnica minima (Palmieri et al., 2018).

Dopo aver illustrato i principali meccanismi della fisiologia, di per sé ed applicata all'ambito relazionale e terapeutico, si passerà ora a descrivere uno strumento d'elezione per la rilevazione di tali fenomeni psicofisiologici, ovvero il biofeedback.

2.2 Il Biofeedback

Introduzione

La definizione di Biofeedback, sul sito dell'Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback, è la seguente: “il biofeedback è un processo che permette ad un individuo di imparare a cambiare l'attività fisiologica con lo scopo di migliorare la salute e la performance. Precisi strumenti misurano l'attività fisiologica, come le onde cerebrali, la funzione cardiaca, la respirazione, l'attività muscolare e la conduttanza cutanea. Tali strumenti forniscono, a chi ne fa uso, un feedback in modo veloce ed accurato. La presentazione di tale informazione, spesso in congiunzione con modificazioni nel pensiero, nelle emozioni e nel comportamento, supporta i cambiamenti fisiologici desiderati. Nel tempo, tali cambiamenti persistono senza l'uso continuativo dello strumento” (VanLaar, 2019). Questa definizione è stato il tentativo, elaborato ma insoddisfacente, di dare una definizione ufficiale a tale strumento (Schwartz, 2008). In uno studio di van Dijk e colleghi è presente un'ulteriore definizione di Biofeedback, che potrebbe essere semplificata e sintetizzata in “uno strumento per misurare segnali interni, come l'HR, e presentarli attraverso dei canali esterni, come un monitor che mostra un numero” (van Dijk et al., 2008).

Ciò che è certo, e su cui i vari studi presenti in letteratura convergono, è che l'efficacia del biofeedback è stata dimostrata in diversi ambiti, come il mal di testa, l'ansia, e l'ADHD, aumentando la consapevolezza di sé (Yucha & Montgomery, 2008). Il biofeedback quindi usa strumenti di monitoraggio per fornire informazioni su alcuni processi fisiologici (Schwartz & Andrasik, 2016); l'informazione sul feedback viene visualizzata dal soggetto attraverso un segnale acustico, un grafico, un'animazione o altro, cosicché egli possa sviluppare una consapevolezza ed un controllo della propria funzionalità fisica. Ad esempio, la persona può imparare a scaldarsi le mani semolicemente utilizzando un termometro interno-esterno, sia come tecnica di rilassamento che come tecnica per aumentare il flusso sanguigno locale (VanLaar, 2019). Esistono anche delle forme di biofeedback che sono rilevabili tramite strumenti elettrofisiologici o sensori, come il "instantaneous heart rate", l'attività elettrodermica (EDA), le registrazioni dell'elettromiografia superiore (sEMG) per i muscoli in tensione e l'elettrencefalogramma (EEG) (VanLaar, 2019). Ognuno di tali strumenti, associati all'utilizzo del biofeedback, si è rivelato efficace nel trattamento dei più dispratai sintomi somatici, in particolare l'HRV per ansia (Henriques, Keffer, Abrahamson, & Horst, 2011; Prinsloo, Derman, Lambert, & Rauch, 2013), depressione (Beckham, Greene, & Meltzer-Brody, 2013; Karavidas et al., 2007), ipertensione (Nolan et al., 2012; Reineke, 2008) e dolore cronico (Hallman, Olsson, von Scheele, Melin, & Lyskov, 2011; Humphreys & Gevirtz, 2000; Stern, Guiles, & Gevirtz, 2014); l'EDA per lo stress, l'ansia ed i disturbi alimentari (Schoenberg and Davis, 2014); lo sMEG per ansia e stress (Abraham & Kumaraiah, 1994; Ince, Leon, & Christidis, 1985; Segreto-Bures, 1987; Shirley, Matt, & Burish, 1992), e disturbi urinari e gastro-intestinali (Simon & Bueno, 2009; Woodward, Norton, & Chiarelli, 2014), mentre l'EEG, o neurofeedback, aiuta a controllare specifiche funzioni cerebrali collegate a stress (Thompson & Thompson, 2007), epilessia (Strehl, Birkle, Worz, & Kotchoubey, 2014), traumi cerebrali (Munivenkatappa, Rajeswaran, Devi, Bennet, & Upadhyay, 2014), disturbo da deficit dell'attenzione (Monastra et al., 2005), depressione (Choobforoushzadeh, Neshat-Doost, Molavi, & Abedi, 2015; Hamilton et al., 2016) e altri ancora. Inoltre, spesso il biofeedback viene utilizzato insieme ad interventi cognitivi e comportamentali (Minkin, Prout, & Masterpasqua, 2009). I vantaggi che derivano dall'utilizzo di tale tecnica sono notevoli: il biofeedback infatti si basa su una modalità non invasiva, evitando quindi l'eventualità di dover ricorrere ad un

trattamento farmacologico, inoltre, vi è una significativa mancanza in letteratura di casi di effetti indesiderati dovuti al suo utilizzo.

Come si è evidenziato, la clinica costituisce una parte importante dell'utilizzo del biofeedback, quindi si tenterà ora di chiarire i principali risultati in ambito psicologico.

2.2.1 Il biofeedback nel contesto clinico e relazionale

Come è stato appena descritto, l'importanza del biofeedback come tecnica clinica non rimane solo nel campo dei disturbi medici, ma anche di quelli psicologici; è infatti grazie alla presa di coscienza del paziente delle funzioni del proprio organismo che si riesce a costruire un saldo percorso di visione, elaborazione e controllo di essi, per favorirne il benessere personale. Il Biofeedback Applicato quindi permette di comunicare, attraverso gli strumenti scelti, le informazioni di feedback sull'attività autonoma della fisiologia personale, per poter intervenire in modo terapeutico e supportivo: l'obiettivo su cui lavorano congiuntamente paziente e terapeuta è quindi responsabilizzarsi dei propri processi fisiologici, finalmente visibili grazie agli appositi strumenti di rilevazione, per poterci lavorare insieme e comprendere il loro impatto sulla vita quotidiana e sugli obiettivi terapeutici (Schwartz & Schwartz, 2003). Risulta quindi fondamentale che alla base dell'utilizzo della tecnica vi sia una più che soddisfacente formazione del terapeuta, per non lasciarsi sfuggire occasioni di riflessione e avanzamento terapeutico anche momenti di stasi, che sono spesso fonte di preziosa elaborazione inconscia del materiale terapeutico. Andrasik (2013) individua tre principali approcci con cui usare il biofeedback nella gestione sintomatica. Un approccio, denominato generale, si pone come obiettivo la gestione e limitazione del dolore percepito grazie ad un intervento diretto sull'arousal fisiologico, tale da generare un senso di rilassamento; in tal modo infatti si andrebbero ad eliminare, o comunque minimizzare, gli affetti negativi collegati al dolore percepito ed alla difficoltà nel sopportarlo, grazie al rilassamento che permette una diminuzione dell'arousal. Un altro approccio, chiamato specifico, prevede un'analisi approfondita dello stato psicofisiologico del soggetto e del funzionamento di esso, cosicché si possa creare un trattamento personalizzato che massimizzi i benefici: vi sono sei fasi ("adaptation", "baseline", "reactivity", "recovery", "muscle scanning", "muscle discrimination") che compongono tale approccio, ognuna con un compito ed un obiettivo

preciso, il cui risultato finale è una valutazione completa della sintomatologia, di cui il terapeuta può usufruire per poter poi intervenire nella maniera ritenuta più adatta ed efficace. L'ultimo approccio descritto dall'autore è quello indiretto, utilizzato soprattutto su pazienti psicosomatici: il soggetto potrebbe infatti autoconvincersi della pura somaticità del disturbo e non tenere in considerazione una varietà di fattori, emotivi, comportamentali ed ambientali, che invece potrebbero star peggiorando e perpetuando il dolore già presente; Il biofeedback quindi si porrebbe come mezzo per l'acquisizione di un "insight fisiologico" che permetta all'individuo di notare l'interazione tra i fattori fisici e psicologici (Belar & Kibrik, 1986).

Ognuno di tali approcci del biofeedback presenta quindi delle tecniche specifiche: l'approccio generale si avvale principalmente del rilassamento tramite EMG, conduttanza cutanea o conduttanza termica, per ridurre la tensione e lo stress; l'approccio specifico viene utilizzato principalmente per punti specifici di dolore, come i "trigger points". Infine l'approccio indiretto sembrerebbe in grado di aprire le porte al paziente per riconoscere l'intersecarsi delle dinamiche fisiologiche e psicologiche delle proprie risposte sintomatiche (Andrasik, 2013).

La tecnica del biofeedback inserita nei contesti clinici permette quindi una massimizzazione dei risultati di miglioramento sintomatico del paziente grazie all'intervento di analisi, comprensione e restituzione di essi, effettuato dal terapeuta: inserito all'interno di un percorso psicoterapeutico, sorge spontaneo pensare all'importanza della relazione terapeutica e al suo impatto determinante nell'outcome della terapia. L'interazione diadica tra i partecipanti è infatti di fondamentale importanza affinché il paziente si fidi del terapeuta, e del processo stesso; tuttavia sorge spontanea una riflessione sull'importanza della figura del terapeuta all'interno di tali dinamiche. Come descritto nel capitolo 1 della presente tesi, la figura del terapeuta all'interno dello spazio terapeutico ha assunto con il tempo una rilevanza sempre maggiore, passando da un semplice schermo bianco ad un partecipante effettivo del processo, la cui soggettività risulta fondamentale per la co-costruzione di una psicoterapia efficace. Viene quindi da domandarsi se sia possibile utilizzare il biofeedback per arrivare a nuovi orizzonti relazionali nella coppia terapeutica. La tecnica come è stata illustrata finora risulta infatti prettamente incentrata sulla figura del paziente, mentre utilizzarla a livello interpersonale sarebbe un'interessante modalità innovativa di comunicazione terapeutica, attraverso la

consapevolezza dei propri stati fisiologici interni, e quindi del modo con cui si sta insieme all'altro e di come lo si influenzi; in tal modo, si potrebbe regolare il proprio comportamento in base alla risposta che arriva dall'altro, in un continua dinamica di rottura-riparazione, tipica della terapia, ma a livello non solo psicologico, ma anche fisiologico. In letteratura è presente un filone di ricerca che vi si è occupato, ovvero l'"Interpersonal Biofeedback", il quale si è principalmente occupato della terapia di coppia: l'attenzione viene quindi posta sulla diade, che viene osservata e studiata nella sua capacità di utilizzare le proprie risorse personali e trasformarle in strategie di comunicazione costruttiva, soprattutto quando il clima della coppia è particolarmente stressante e conflittuale; l'obiettivo è quindi, grazie quello di riuscire a comprendere l'altro in base ai suoi stati interni ed al significato che essi rivestono, oltre al proprio comportamento ed impatto sulla coppia (Buckner et al., 2006; Roisman, 2007). Sono state condotte diverse ricerche per comprendere ed applicare il biofeedback nelle interazioni sociali: in uno di essi è stata condotta una vignetta survey-based per investigare le interpretazioni sociali del heart-rate in una situazione ipotetica di conflitto o di non-conflitto; ai partecipanti è stato richiesto di leggere una storia su una persona che si scusava per il ritardo ad un appuntamento e nel mentre essi ricevevano informazioni sul valore del HR di tale persona. I risultati hanno mostrato come un valore normale del HR, rispetto ad uno elevato, porti ad una peggiore valutazione della fiducia della persona del racconto. Nonostante in tale studio non sia inclusa la sincronizzazione fisiologica, si può notare l'influenza del fornire informazioni circa lo stato fisiologico di altre persone sul giudizio individuale sulle stesse (Merril & Cheshire, 2016).

In un'altra ricerca si è tentato di vedere come il battito cardiaco possa essere un'indicatore di intimità: i risultati hanno mostrato che, quando percepito, esso influenza il comportamento sociale in una maniera simile ad altri segnali di intimità, come lo sguardo o la distanza interpersonale; i partecipanti che hanno udito il battito di un'altra persona hanno infatti utilizzato tale informazione per mantenere una distanza interpersonale maggiore. E' quindi chiaro come non venga influenzato solo il giudizio che si ha sugli altro, ma anche il proprio comportamento (Janessen et al., 2010). Chanel e collaboratori hanno notato che il battito cardiaco influisce anche su una maggiore co-presenza, evidenziando come la percezione del battito cardiaco dell'altro influenzi la percezione stessa dell'altro (Chanel et al., 2010). Inoltre, in una ricerca dove è stato mostrato ai

partecipanti un feedback falso di alta sincronizzazione fisiologica, l'empatia percepita è stata valutata come maggiore rispetto ai partecipanti che hanno ricevuto un feedback di bassa sincronizzazione (Okel et al., 2018).

Come è stato appena descritto, l'utilizzo della tecnica del biofeedback si è rivelata particolarmente utile in diversi campi applicativi, come sintomi somatici generali, o trattamenti psicologici; è stato poi accennato come tale strumento sia stato anche validato nel suo uso relazionale, sia in contesti terapeutici di coppia che a livello interpersonale. La psicofisiologia sembra essere un campo in cui tale strumento possa trovare un utilizzo rilevante, sia a livello clinico che di ricerca. Lo studio presentato nel capitolo 3 della presente tesi si inserisce in tale cornice, tentando di utilizzare il biofeedback come strumento di regolazione e consapevolezza di sé durante delle interazioni diadiche, per poter correggere il proprio atteggiamento e comportamento in maniera istantanea ed efficace. Nello studio che verrà approfondito, sono stati inviati al computer i segnali di frequenza cardiaca e conduttanza cutanea, rilevati con un dispositivo apposito, di entrambi i partecipanti; tali segnali sono stati poi processati per poter analizzare la sincronizzazione fisiologica e poter vedere i momenti di alta e bassa sincronizzazione: in tal modo sono state possibili ulteriori analisi per individuare le caratteristiche dell'interazione, le emozioni dei partecipanti e le dinamiche specifiche che si sono create. Infine, tramite il dispositivo indossato dal terapeuta è stato possibile fargli arrivare l'informazione della sincronizzazione fisiologica tramite vibrazione (Figura 1).

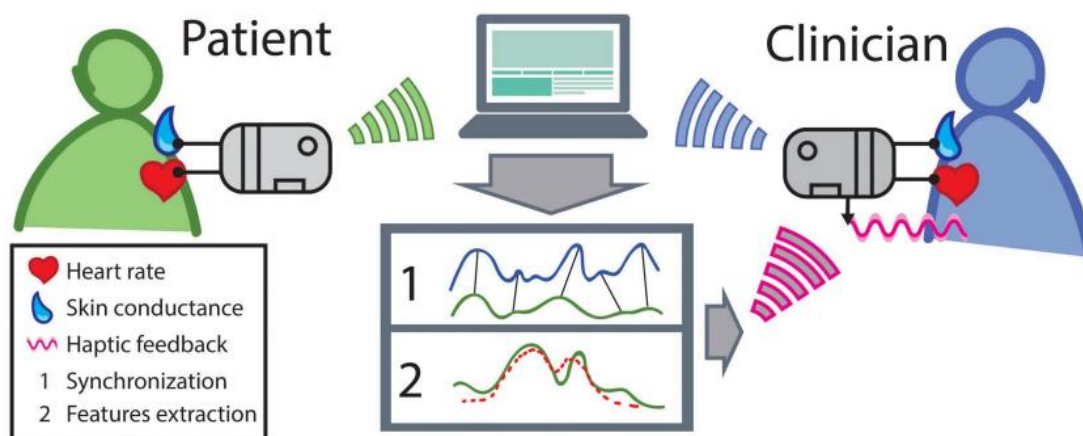


Figura 1. Procedura del biofeedback interpersonale

Tra i vantaggi che derivano dall'utilizzo del presente strumento, vi è la mancanza di uno studio approfondito della teoria e della tecnica per l'utilizzo dello strumento (Kleinbub, 2020). In tal modo, il biofeedback interpersonale si pone come mezzo innovativo e fisiologico di comunicare con l'altro, in maniera istantanea, e con le reazioni inconsce che si verificano sul momento; inoltre, esso potrà fornire al terapeuta una maggiore consapevolezza di sé, dell'altro, e del sé in relazione all'altro, per poter sfruttare al massimo tali informazioni e raggiungere livelli di connessione ancora più alti ed immediati, andando a beneficiare non solo il paziente ma anche sé stesso.

CAPITOLO 3: LO STUDIO

3.1 Introduzione

Nei capitoli teorici precedenti, si è delineato il corpus teorico di alcuni aspetti della relazione terapeutica, che rappresenta il fulcro del mondo clinico della psicoterapia; ci si è soffermati in particolar modo sul costrutto di controtransfert, tracciandone le origini e le principali caratteristiche, nonché una parte delle scoperte empiriche che lo riguardano. Partendo dalle teorie freudiane, in cui veniva visto come un fenomeno da evitare per una buona riuscita della terapia, si è ricostruita la storia e l'evoluzione del controtransfert, arrivando alle concettualizzazioni attuali, che ne enfatizzano la rilevanza clinica e relazionale nel contesto della psicoterapia (Hayes, 2011). Negli ultimi decenni, a partire dalla scuola della Psicologia Interpersonale, si è infatti compreso come solo attraverso una co-costruzione del processo terapeutico, e quindi la presenza partecipativa della soggettività del terapeuta, si può realmente arrivare ad un stato di benessere per il paziente. È stato notato come una buona gestione del controtransfert sia particolarmente impattante a livello della relazione tra paziente e terapeuta: in letteratura è presente un filone di studi che si sono concentrati sugli effetti di una buona, e cattiva, gestione del controtransfert sulla diade terapeutica, notando come la discussione di tematiche salienti, che rimandano alle esperienze personali del terapeuta ed ai suoi conflitti interni, possano impattare sulla percezione del terapeuta stesso e dell'efficacia dei suoi interventi: è stato dimostrato in uno studio su 127 sedute di psicoterapia, che non solo che il controtransfert sia evidente in più dell'80% delle sedute analizzate (Hayes et al., 1998), ma anche che la reazione controtransferale tende a manifestarsi quando il conflitto interno del terapeuta non è completamente risolto (Gelso & Hayes, 2007). Ciò sembra avvenire principalmente quando il tema portato dal paziente risulta simile alle esperienze passate del terapeuta (Rosenberg & Hayes, 2002b).

Tuttavia il controtransfert, a livello empirico, risulta difficile da indagare, vista la somiglianza, e talvolta sovrapposizione, di tale costrutto con altri simili, come l'enactment controtransferale, l'identificazione proiettiva o role responsiveness (Chusers, 1991; Gabbard, 1995). Per tale motivo, si è scelto nel presente studio di rintracciare le reazioni controtransferali dei partecipanti nelle voci di ascoltatori attraverso una tecnica

psicoterapeutica di rivelazione del proprio vissuto, ovvero la self-disclosure: la letteratura sembra aver confermato come tale tecnica sottenda spesso reazioni controtransferali, in quanto l'apertura del Sé di fronte al paziente spesso veicola contenuti personali controtransferali, rendendo difficoltoso scindere questi in due concetti separati (Ehrenberg, 1995). L'efficacia della self-disclosure nel processo terapeutico è stata confermata dalla letteratura, notando come i terapeuti che se ne avvalsero fossero visti come maggiormente efficienti e comprensivi (Knox & Hill, 2003).

All'interno della relazione terapeutica, è stato studiato come le dinamiche che si creano non rimangano solo a livello psicologico, ma che abbiano una sorta di riverbero anche fisiologico, o più precisamente psicofisiologico: si può quindi notare come la fisiologia interpersonale sia profondamente legata ai processi psicologici e psicoterapeutici: diversi studi hanno infatti confermato l'influenza della fisiologia, ed in particolare della sincronizzazione fisiologica, sulle dinamiche interne alla diade clinica, quali l'empatia, l'attaccamento e la relazione terapeutica stessa (Messina, 2013; Kleinbub, 2020; Palumbo, 2016). Nonostante la poca attenzione sul tema della sincronizzazione fisiologica associata a processi controtransferali in letteratura, si è pensato fosse interessante andare ad osservare ed analizzare il legame che intercorre tra controtransfert e sincronizzazione fisiologica. Inoltre, è stato investigato il ruolo del biofeedback come possibile strumento per la moderazione delle dinamiche tra due individui interagenti, con la prospettiva di utilizzare tale strumento in contesti clinici. Con le presenti premesse, sono state formulate le ipotesi di ricerca, che verranno descritte e approfondite nel prossimo paragrafo.

3.2 Ipotesi di ricerca

Sulla base di quanto finora descritto, si è tentato, attraverso uno studio preliminare, di indagare il possibile rapporto che intercorre tra il costrutto del controtransfert e la sincronizzazione fisiologica. Avendo confermato con un riscontro della letteratura a disposizione la presenza massiccia di reazioni controtransferali nel processo terapeutico, si è deciso nel presente studio di osservarle ed analizzarle attraverso la tecnica della Self-disclosure: si è visto infatti come la rivelazione da parte del terapeuta di una parte del proprio vissuto al paziente possa sottendere una reazione controtransferale; il focus infatti

si sposta dal materiale del paziente a quello del terapeuta, il che potrebbe indicare una gestione poco efficace dei conflitti interni propri del terapeuta, elicitati da una tematica che rimanda ad un vissuto personale. Inoltre, è stato notato come l'utilizzo della psicofisiologia in ambito clinico sia particolarmente rilevante per lo studio dei fenomeni riguardanti la relazione terapeutica: è stato dimostrato come essa sia infatti correlata a costrutti quali attaccamento, empatia, alleanza terapeutica. Sono quasi assenti studi di correlazione tra controtransfert ed alleanza terapeutica, probabilmente per una difficoltà nella rilevazione dello stesso e per la scarsa attenzione che viene dedicata allo studio di tale fenomeno da un punto di vista somatico e fisiologico. Si è tentato quindi di osservare un possibile legame attraverso la lente della self-disclosure, in uno studio innovativo sull'utilizzo del biofeedback come regolatore fisiologico interpersonale.

Sono state analizzate le 35 videoregistrazioni a disposizione, rintracciando i fenomeni di self-disclosure, attraverso determinati criteri descritti nella parte di metodologia, e sono state formulate le ipotesi di ricerca. L'ipotesi principale è quindi che vi sia una maggiore sincronizzazione fisiologica nelle finestre di self-disclosure rispetto a quelle in cui è assente: partendo dal presupposto che il tentativo è quello di osservare il fenomeno del controtransfert, una maggiore sincronizzazione tra i due partecipanti porterebbe il terapeuta ad una perdita del focus sul paziente. Per la formulazione delle ipotesi secondarie, sono state prese in considerazione le caratteristiche delle self-disclosure osservate, e dopo un riscontro con la letteratura, è stato ipotizzato:

- 1) che la similarità del materiale emotivo esposto dal paziente con il vissuto personale dell'ascoltatore sia associata ad una maggiore sincronizzazione fisiologica
- 2) che, al termine della self-disclosure, la rifocalizzazione da parte del terapeuta sul vissuto del paziente sia associata ad una maggiore sincronizzazione fisiologica
- 3) che la numerosità e la durata delle self-disclosure siano associate ad una sincronizzazione fisiologica maggiore rispetto

Infine, anche l'effetto del biofeedback è stato osservato: ci si è posti la domanda se potesse avere un ruolo di facilitatore rispetto alla rifocalizzazione dell'ascoltatore sul vissuto del parlante. Si offriranno delle considerazioni in merito all'analisi effettuata.

3.3 Metodi e Strumenti

3.3.1 Partecipanti

Il presente studio è stato condotto tramite la partecipazione di 32 diadi, ciascuna composta da una studentessa magistrale, di sesso femminile, di Psicologia ed uno studente, di sesso maschile, iscritto ad un corso di studio diverso, per un totale di 64 partecipanti. Come criterio di esclusione dalla ricerca è stato considerato un eventuale trattamento farmacologico in corso. Infine, l'adesione alla ricerca è stata su base volontaria, unicamente dettata dall'interesse personale al tema dello studio.

3.3.2 Misure

Sincronizzazione Fisiologica

Per osservare la Sincronizzazione Fisiologica (PS), è utilizzata la conduttanza cutanea (skin conductance, SC), ovvero un indice fisiologico in grado di misurare la capacità della cute di condurre la corrente elettrica e che dipende dall'attività del Sistema Nervoso Simpatico (SNS), il quale è associato all'attenzione, all'arousal ed alla risposta "fight or flight". La conduttanza cutanea è stata studiata tramite dei dispositivi con sensori wireless, gli Shimmer 3 GSR+. Il segnale è stato inviato al computer tramite degli elettrodi Ag/Cl, posizionati strategicamente sulle dita indice e medio della mano non dominante di ciascun partecipante, in modo da non disturbare il segnale attraverso la gesticolazione durante l'interazione. Inoltre la misurazione continua e coordinata della Sincronizzazione Fisiologica di ciascuna diade durante l'interazione è stata effettuata tramite l'algoritmo AMICo o Adaptive Matching Interpolated Correlation, versione 1.1 (AMICo; Kleinbub, 2022)

Biofeedback

Attraverso l'utilizzo di uno smartwatch, sviluppato ad hoc per il presente studio, è stato possibile inviare in tempo reale il feedback aptico dei segnali di Sincronizzazione Fisiologica dei partecipanti, che è stato elaborato tramite il software SyncSense.

E' stato così possibile segnalare alla partecipante nelle voci dell'ascoltatrice i momenti di sincronizzazione tra il proprio stato e quello dell'interlocutore.

Valutazione del Biofeedback

Per comprendere in che modo i partecipanti abbiano risposto al Biofeedback, è stato costruito e somministrato un questionario di 10 item, così da poter fornire ai partecipanti uno strumento di valutazione della propria esperienza con l'utilizzo del Biofeedback; in tal modo è stato possibile raccogliere informazioni preziose per migliorarne la fruibilità, come ad esempio l'utilità di tale strumento o la percezione personale circa l'utilizzo dei sensori o del bracciale.

Empathic Accuracy Task

Al fine di misurare in modo obiettivo l'empatia, è stato utilizzato l'Empathic Accuracy Task (EAT, Zaki, 2009), che nel presente studio è stato leggermente modificato in modo tale da misurare non la valenza dell'emozione provata, sia positiva che negativa, ma l'intensità di tale emozione sperimentata dal partecipante con il compito di parlare. La misura finale è stata calcolata tenendo in considerazione e confrontando sia l'intensità dell'emozione che il parlante dichiarava di aver provato, sia l'intensità dell'emozione che il partecipante ascoltatore riteneva di aver percepito nel parlante. Ciò è stato possibile grazie all'utilizzo di due diversi joystick, uno per partecipante, che sono stati utilizzati per esprimere concretamente l'intensità dell'emozione, durante la visione della videoregistrazione dell'interazione appena avvenuta. I dati relativi all'attività joystick sono stati registrati in file testo grazie ad uno script del software Autohotkey, "joy record".

Self-disclosure

Le interazioni dei partecipanti sono state analizzate attraverso l'osservazione delle videoregistrazioni effettuate per lo studio e la trascrizione dei minutaggi dei segmenti salienti degli scambi verbali; non sono stati tenuti in considerazione le comunicazioni di tipo non verbale: dovendo analizzare il costrutto del controtransfert attraverso la tecnica della self-disclosure, si è ritenuto rischioso fare supposizioni su gesti e comportamenti di cui non sono stati raccolti ulteriori dati che ne confermassero la natura. Per lo stesso motivo, si è deciso di considerare solamente le self-disclosure che rientrassero in criteri decisi a priori:

- la presenza di almeno un contenuto emotivo all'interno della rivelazione dell'ascoltatore
- la presenza di una rivelazione dell'ascoltatore che fosse sufficientemente approfondita
- la presenza di una alta intimità nella rivelazione

Tali criteri sono stati selezionati per evitare di comprendere nell'analisi dei dati delle self-disclosure che si allontanassero troppo dalla possibile presenza di una reazione controtransferale; l'alta intimità, ovvero una comunicazione in cui l'ascoltatore si pone in maniera chiara e diretta come soggetto della rivelazione (Carter & Motta, 1988), è stata inclusa per avere un rigore nella selezione del costrutto, ed evitare di includere rivelazioni di cui si supponesse solo la presenza di materiale proprio dell'ascoltatore.

Sono state quindi escluse dall'analisi tutte le interazioni che contenessero self-disclosure non comprese in tali parametri, in particolare non sono state considerate quelle che presentassero:

- l'assenza di self-disclosure nell'interazione: sia nel caso fosse dovuta ad una reale assenza di rivelazione (es., il parlante monopolizza la conversazione e non lascia prendere parola all'ascoltatore), sia nel caso l'intervento dell'ascoltatore non contenesse un proprio aspetto personale, ma solamente parole di supporto per il vissuto parlante

- l'assenza di self-disclosure su tematiche emotivamente rilevanti: l'ascoltatore rivela una parte del proprio vissuto, ma riguardo tematiche non salienti da un punto di vista emotivo (es., hobby, istruzione, età, città di provenienza ecc.)
- l'assenza di self-disclosure con un'intimità alta
- l'assenza di self-disclosure approfondite al parlante (es., "anche io", senza ulteriori spiegazioni o approfondimenti)

Le interazioni, e le relative videoregistrazioni a disposizione, sono 35; visti i criteri di selezione utilizzati, sono state considerate solamente 14 di esse per l'analisi dei dati.

E stata poi effettuata un'ulteriore osservazione delle self-disclosure trovate, utilizzando alcuni criteri basandosi sulla letteratura disponibile: la numerosità per ogni interazione, la durata, la modalità di chiusura e la qualità della rivelazione.

Numero di self-disclosure

Per quanto riguarda il numero di self-disclosure, si è andati ad osservare per ogni interazione quante volte effettivamente l'ascoltatore decidesse di aprirsi con il parlante ed effettuare una self-disclosure. Diversi studi presenti sottolineano come tale tecnica di gestione del colloquio sia particolarmente rara, in quanto chi lo conduce tende ad utilizzare interventi di tipo differente (Knox & Hill, 2003). Si è ipotizzato che la presenza massiccia di self-disclosure in un'interazione potesse costituire un fattore di minore gestione delle proprie esperienze passate e suggerire quindi la presenza di una reazione controtransferale; quindi, è stato ipotizzato che ad un maggior numero di self-disclosure riscontrate, la sincronizzazione fisiologica registrata risultasse più bassa, in quanto l'ascoltatore tenderebbe a concentrarsi su di sé e sul proprio vissuto più che sul parlante.

Durata della self-disclosure

Riprendendo il pensiero esposto circa la numerosità delle self-disclosure in un'interazione, si è ipotizzato che un ulteriore fattore da tenere in considerazione fosse la loro durata temporale: una maggiore quantità di tempo in cui ci si focalizza su di sé potrebbe essere un indice di una peggiore gestione del proprio controtransfert, e quindi

anche in questo caso si è ipotizzato che la sincronizzazione fisiologica registrata fosse minore rispetto al campione.

Post self-disclosure

Un ulteriore sguardo attento è stato posto sulla chiusura della rivelazione: si è cercato di notare infatti se, per ogni self-disclosure effettuata, fosse l'ascoltatore stesso a rifocalizzarsi sul vissuto del parlante, tornando quindi nel suo ruolo di ascolto empatico e supportivo, o se fosse il parlante a riprendere parola e quindi continuare a parlare di sé. E' stata tenuta in considerazione anche la possibilità che fosse il parlante a chiudere l'intervento, ma focalizzandosi comunque sull'ascoltatore, quindi commentando e ponendo ulteriori domande di chiarimento per rimanere sul tema del parlante. Tuttavia, l'attenzione principale è stata posta sulla condizione in cui fosse il terapeuta a rifocalizzarsi sul vissuto del parlante, ritenendo che questo potesse mostrare una maggiore gestione del proprio vissuto e quindi del proprio controtransfert, e ipotizzando che in questo caso la sincronizzazione fisiologica potesse essere maggiore.

Similarità dell'esperienza

Infine, si è tenuto conto della qualità della self-disclosure effettuata controllando se l'esperienza che viene portata avanti e descritta dall'ascoltatore fosse effettivamente simile o meno all'esperienza del parlante. Il criterio di esclusione del grado di intimità descritto sopra si è rivelato particolarmente utile in questo caso, in quanto le rivelazioni presentavano una chiara ed immediata differenza (es., "anche io ho subito la perdita di un amico caro, so come ci si sente...", oppure "io non ho mai avuto un rapporto con i miei nonni, però..."). In questo caso si è ipotizzato che la similarità dell'esperienza tra i due partecipanti potesse essere un indicatore di maggiore sincronizzazione fisiologica, in quanto si pensa possa essere qui presente un indizio di reazione controtransferale.

3.3.3 Procedura

La procedura della raccolta dati del presente studio si è svolta nel seguente modo: inizialmente, sono state reclutate le 32 diadi composte da una studentessa magistrale di Psicologia, a cui è stato assegnato il ruolo di “ascoltatrice”, ed uno studente di una facoltà differente, a cui è stato assegnato il ruolo di “parlante”; in particolare, a quest’ultimo è stato richiesto di condividere con l’altra partecipante le sensazioni, emozioni e memorie legate ad un episodio della propria storia personale che fosse emotivamente rilevante: è stata fornita a tale scopo una consegna scritta dove erano presenti alcuni esempi, quali episodi di perdita e abbandono, come un lutto, una rottura o una situazione problematica con l’ex fidanzato/a o degli episodi legati a problemi con una figura autoritaria. Alla partecipante con il ruolo di ascoltatrice è stata invece fornita una consegna in cui le si chiedeva di ascoltare in maniera attiva e partecipativa il racconto del proprio interlocutore, e in particolar modo di provare a comprendere il vissuto dell’altro e costruire un dialogo empatico; tuttavia, essendo le studentesse iscritte ad un corso di Psicologia e non essendo questo un colloquio clinico ma una simulazione di esso, è stato richiesto specificatamente di evitare di adottare un atteggiamento clinico, con l’utilizzo di tecniche particolari o interpretazioni frettolose, bensì di mantenere il proprio comportamento il più spontaneo e naturale possibile e di fare domande inerenti il tema qualora l’interlocutore stesse esaurendo gli argomenti di discussione prima della fine del tempo prestabilito. Le diadi sono state assegnate ad una delle due condizioni di ricerca, in maniera casuale: nella condizione sperimentale è stato messo in funzione lo smartwatch creato ad hoc per lo studio, in modo da fornire alle ascoltatrici un feedback aptico circa la sincronizzazione fisiologica con l’interlocutore in tempo reale; è stato quindi aggiunto alla consegna il compito di prestare attenzione alle vibrazioni del bracciale durante lo svolgimento dell’interazione. Nella condizione di controllo invece, lo smartwatch è stato comunque applicato al polso delle ascoltatrici, ma senza attivarlo, quindi senza fornire alcun feedback.

La raccolta dati del presente studio è stata effettuata nei mesi di dicembre 2021 e di giugno e luglio 2022, durante la pandemia di Covid-19: per tale motivo, sono state rispettate le norme vigenti per le procedure precauzionali, chiedendo ad i partecipanti di applicare una visiera trasparente sanificata e di igienizzare le mani durante il mese di dicembre, e di igienizzare le mani prima di accedere al laboratorio durante i mesi di giugno e luglio.

Lo studio è suddiviso in tre fasi, condotte nella stessa seduta: inizialmente i partecipanti sono stati accolti in laboratorio e, in seguito alla firma del consenso informato, sono stati applicati ad entrambi i sensori e solo alle ascoltatrici gli smartwatch, sono state assegnate le consegne e avviata la videoregistrazione; iniziata l'interazione, è stato avviato un timer di 20 minuti, con la possibilità di avere un paio di minuti extra qualora i partecipanti lo richiedessero. Terminata la prima fase, ad entrambi i partecipanti è stato richiesto, dopo aver tolto sensori e smartwatch, di svolgere l'Empathic Accuracy Task: il compito consisteva nel rivedere la videoregistrazione e valutare, utilizzando un joystick, la presenza e l'intensità emotiva esclusivamente del parlante nel corso di tutta l'interazione. Il segnale del joystick è stato registrato per tutti i 20 minuti, ovvero il tempo della videoregistrazione dell'interazione, ed è stato specificato ai partecipanti, muovendo il joystick, di utilizzare tutta la gamma della misura e non solo il massimo ed il minimo. Infine, nell'ultima fase è stato richiesto ai partecipanti di compilare i questionari, scaricabili sul proprio smartphone tramite il QR code presente sulla consegna.

3.4 Risultati

Tutte le analisi sono state eseguite con il Software di elaborazione statistico R (R Core Team, 2021).

Ipotesi principale

Per verificare la maggiore sincronizzazione fisiologica, rispetto al caso, nelle finestre temporali in cui fossero presenti le Self-Disclosure, è stato effettuato un test di permutazione sulle 66 codifiche individuate nelle videoregistrazioni. Come si può notare dalla Figura 1, il risultato dell'analisi è non significativo: il valore di p è di 0.1161, quindi molto piccolo, tuttavia non può essere considerato significativo; l'effect-size risulta di 0.07, molto basso. L'ipotesi nulla non si può rifiutare, quindi la sincronizzazione fisiologica presente nelle finestre di Self-Disclosure non è più alta del caso (Figura 2).

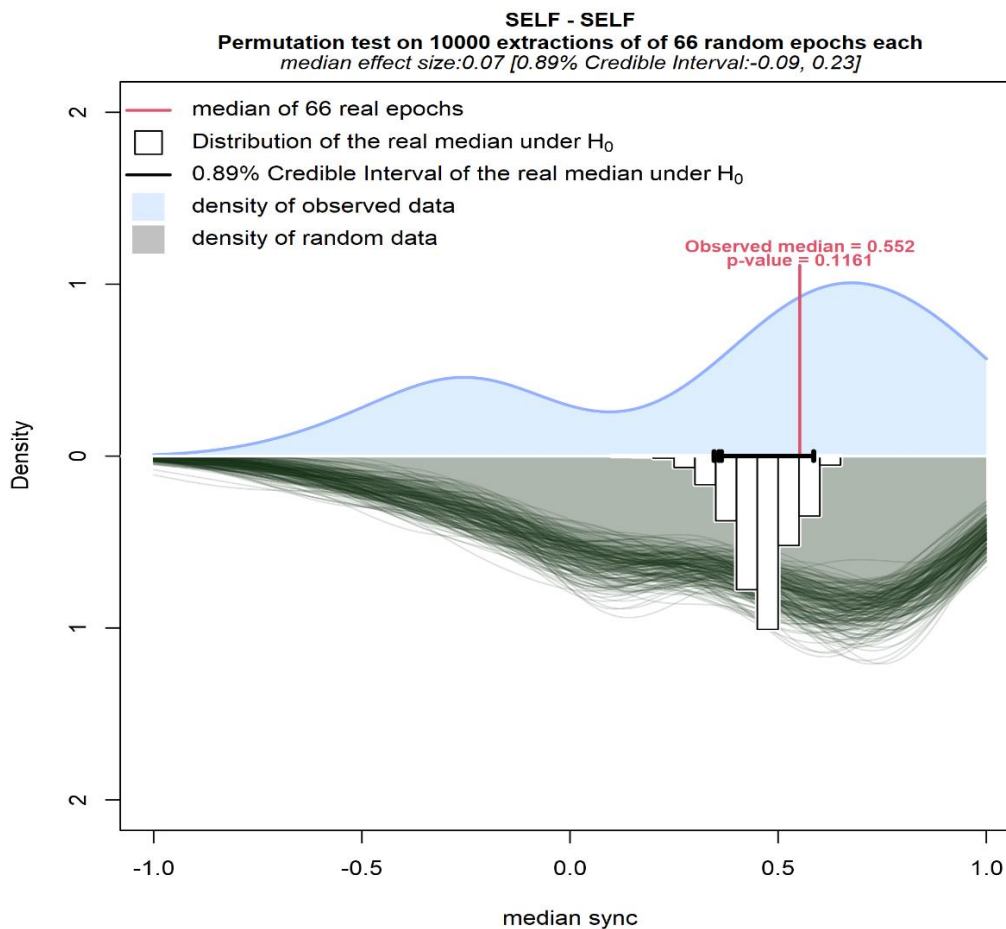


Figura 2. Test di permutazione per tutte le Self-Disclosure.

Ipotesi secondarie

Similarità dell'esperienza

E' stato indagato il livello di sincronizzazione fisiologica nelle finestre di Self-Disclosure dove fossero presenti delle esperienze simili tra i due partecipanti. Sono state quindi analizzate prima le finestre con esperienze diverse, riscontrando un valore di p pari a 0.2462, particolarmente alto, ed un effect-size pari a -0.04, quindi nullo (Figura 3.)

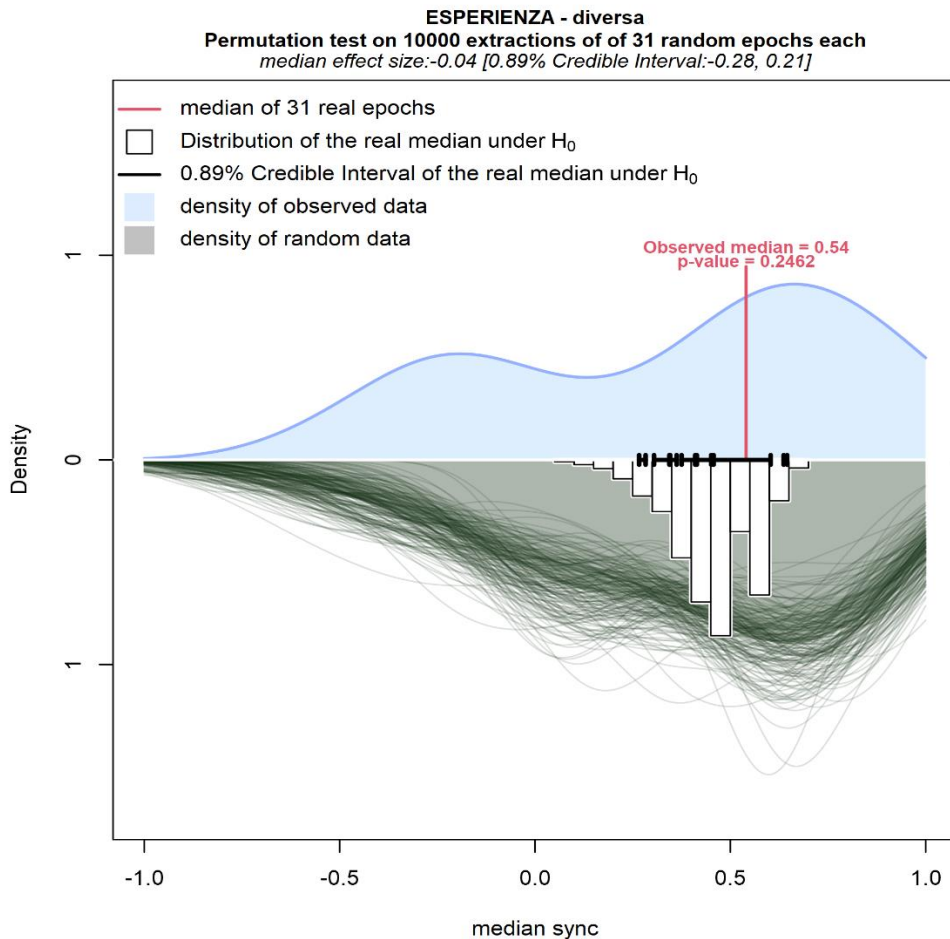


Figura 3. Test di permutazione per le Self-Disclosure con esperienze diverse.

E' stato poi analizzato il livello di sincronizzazione nelle Self-Disclosure dove i partecipanti avessero avuto delle esperienze simili: il valore di p rilevato è di 0.0495, quindi considerabile come significativo, mentre l'effect-size è di 0.16, quindi non particolarmente alto ma comunque non nullo (Figura 4.)

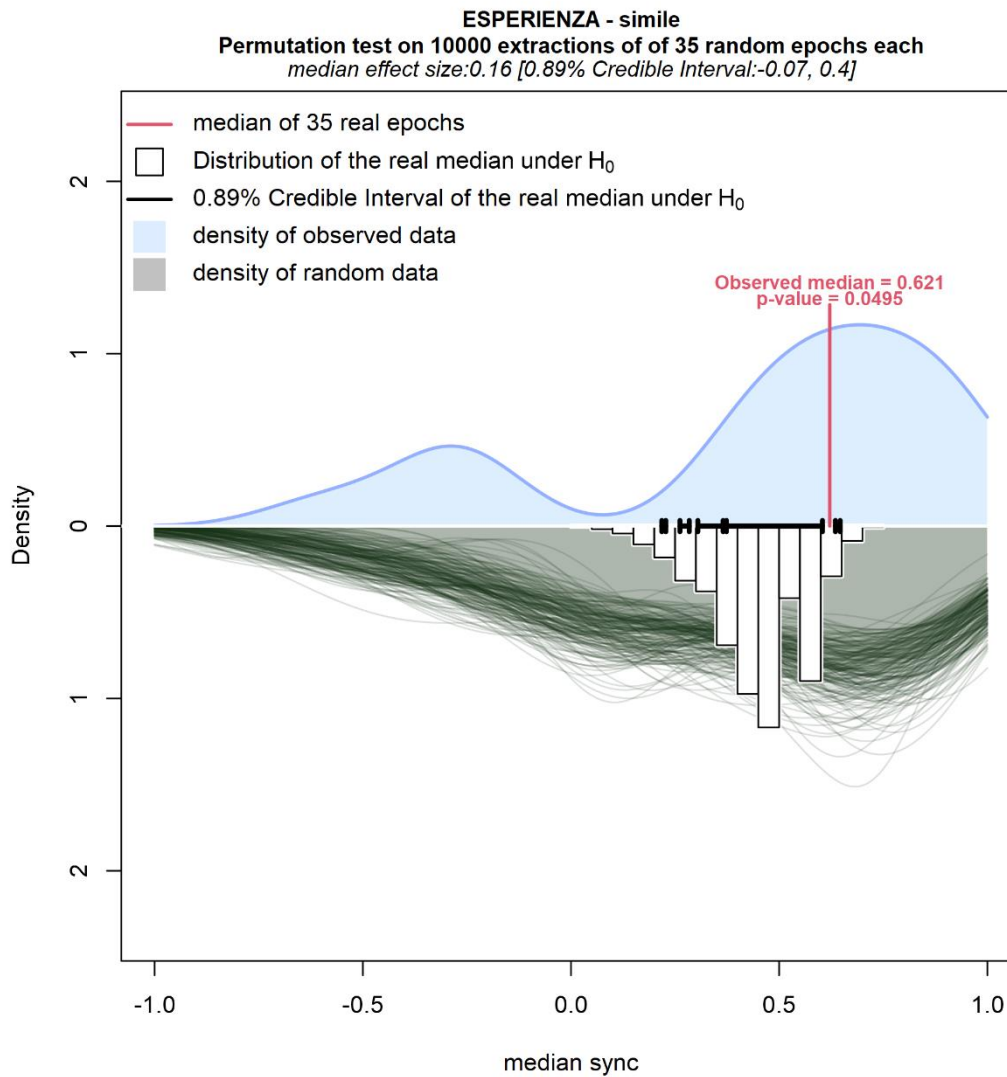


Figura 4. Test di permutazione per le Self-Disclosure con esperienze simili.

Chiusura della Self-Disclosure

Per quanto riguarda l'ipotesi per cui vi fosse maggiore sincronizzazione nelle Self-Disclosure in cui l'ascoltatore, terminata la rivelazione, si rifocalizzasse sul parlante, sono state analizzate inizialmente le finestre dove vi fosse una chiusura differente da quella dell'ipotesi; per una questione di maggiore chiarezza, sono state considerate inieme tutte le altre condizioni che non fossero quella dell'ipotesi (il parlante si rifocalizza su di sé; il parlante si rifocalizza sul vissuto dell'ascoltatore). E' emerso un valore di p di 0.2141, molto alto, e un effect-size di 0.07, quindi molto basso (Figura 5.)

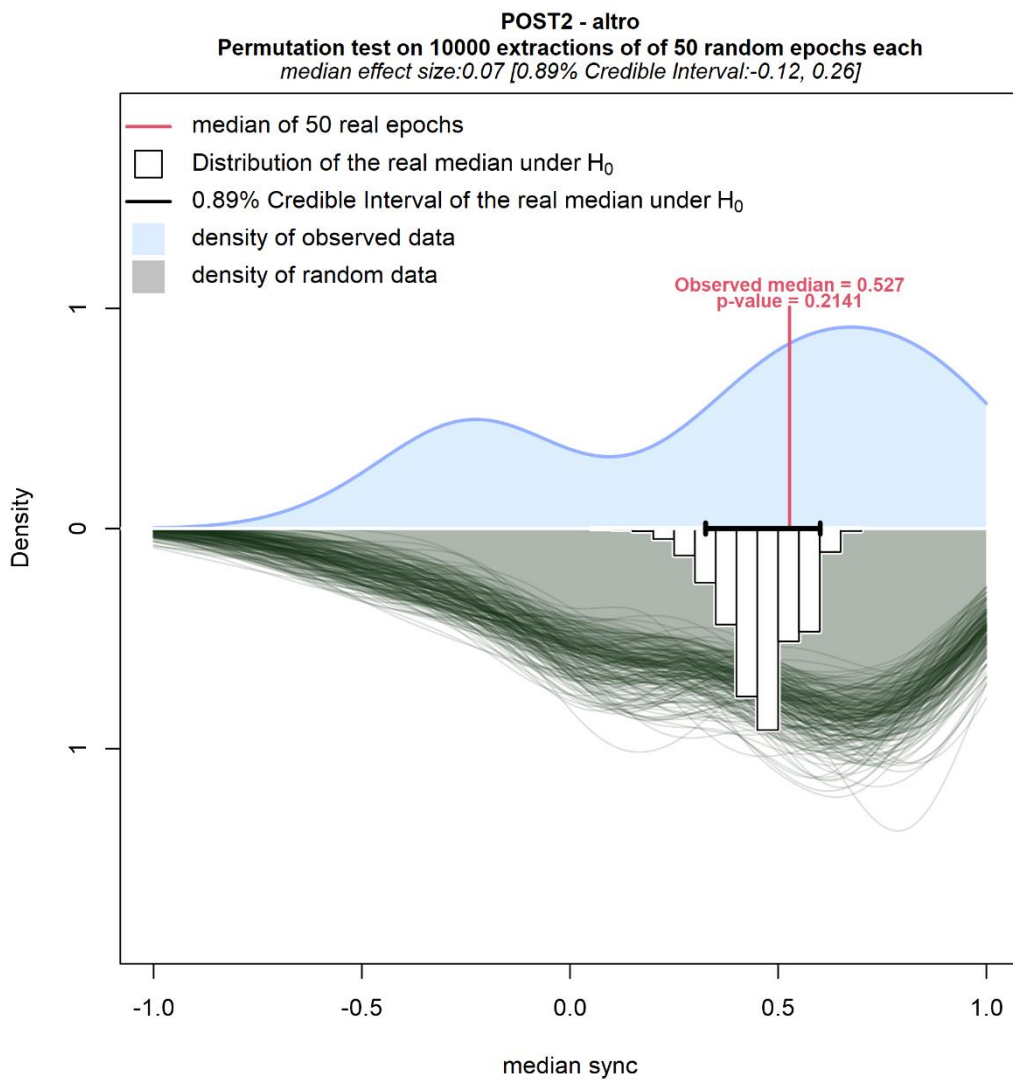


Figura 5. Test di permutazione per le Self-Disclosure con rifocalizzazione diversa rispetto ad ascoltatore su parlante.

E' stata poi analizzata la situazione con Self-Disclosure in cui l'ascoltatore chiudesse la rivelazione con il focus sul parlante: il valore di p che è stato trovato è di 0.0792, quindi non considerabile come significativo ma comunque molto vicino al valore soglia di 0.05, mentre l'effect-size risulta di 0.07, quindi molto basso (Figura 6.).

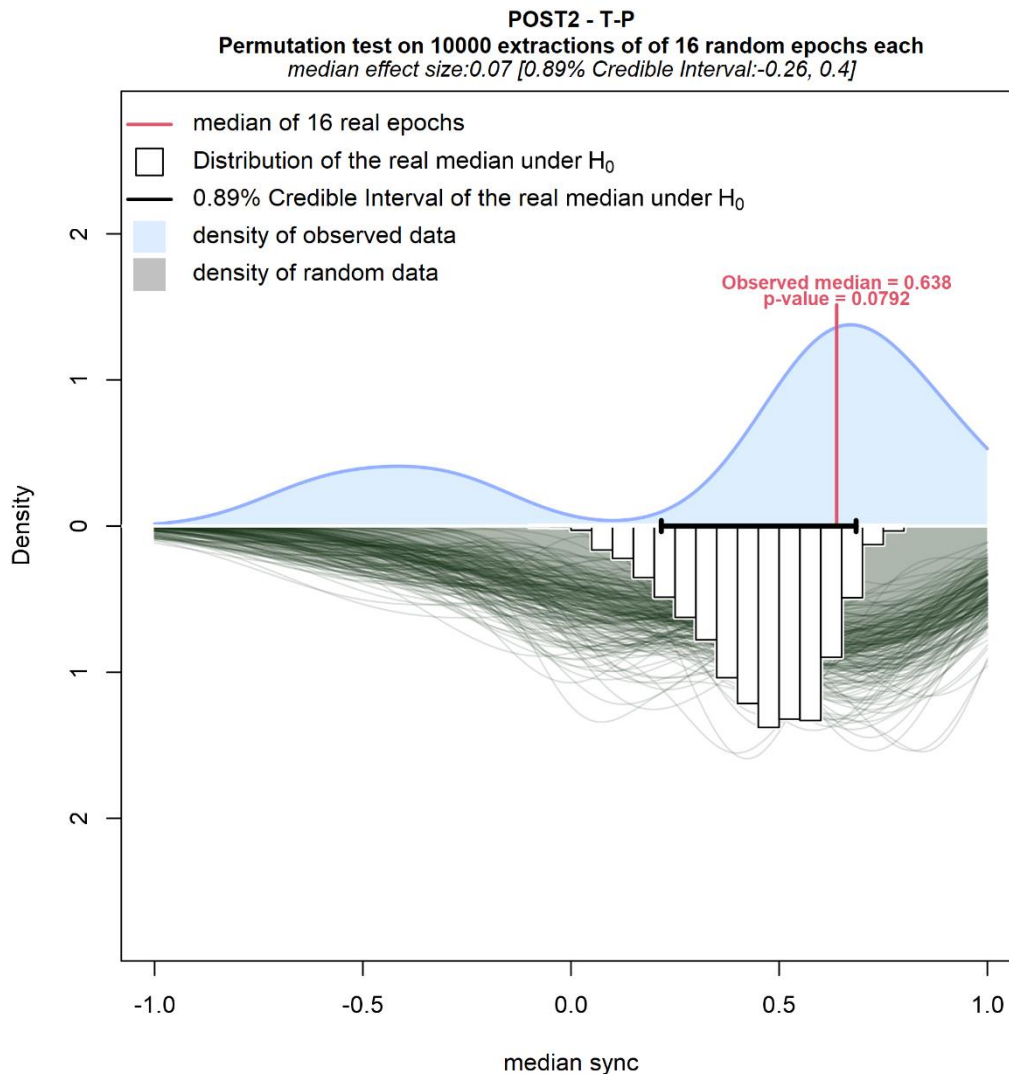


Figura 6. Test di permutazione per le Self-Disclosure con rifocalizzazione dell' ascoltatore sul parlante.

Numerosità e durata delle Self-Disclosure

Si è poi provato a vedere se la numerosità e la durata delle Self-Disclosure presentassero una sincronizzazione maggiore rispetto al caso; per quanto riguarda la numerosità, è stato rilevato che per ogni Self-Disclosure, il valore della sincronizzazione aumenta di 0.02; tale valore è molto basso, infatti l'errore standard risulta molto alto, pari 0.0153, molto vicino alla stima di 0.0267 , e il valore di p è pari a 0.1084, quindi non significativo.

Per quanto riguarda la durata delle Self-Disclosure, il valore della stima trovato è pari a 0, quindi irrilevante.

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE

L'ipotesi principale, ovvero che nei momenti di rivelazione del terapeuta attraverso la tecnica della Self-Disclosure, vi fosse un grado di sincronizzazione fisiologica maggiore, non è stata confermata. Sembra infatti che nelle Self-Disclosure individuate non vi sia una differenza impattante a livello di sincronizzazione rispetto al caso; una possibile spiegazione potrebbe essere la qualità della rivelazione stessa. Nella metodologia utilizzata nel presente studio si è tentato di rintracciare le Self-Disclosure nelle videoregistrazioni: l'ipotesi principale, tuttavia, rimane comunque focalizzata sul controtransfert; va ribadito quindi che in questo caso la self-disclosure è una tecnica utilizzata per poter rintracciare tale costrutto. Quindi, nonostante la letteratura sembri supportare l'ipotesi di un'utilizzo della tecnica per impattare in maniera positiva sulla terapia e su molti suoi aspetti, è anche presente l'idea che vi siano diverse tipologie di self-disclosure: nell'analisi dei dati sono state infatti prese in considerazione le finestre temporali di self-disclosure con criteri stringenti, che potessero essere categorizzate come rivelazioni di un proprio conflitto interiore o di un vissuto non elaborato, ovvero reazioni controtransferali. Sono state infatti escluse tutte le rivelazioni che non contenessero materiale emotivamente rilevante per il partecipante, che non prevedessero un approfondimento del tema proposto (es. gli interventi in cui l'ascoltatore si è limitato a dire "Sì, anche io" senza poi spiegare il perché o il come della somiglianza del materiale proposto), e che fossero formulate utilizzando un grado di intimità alto, quindi ponendosi in maniera chiara ed esplicita come soggetto dell'affermazione, utilizzando la prima persona singolare. Si è tentato quindi di prendere in considerazione le sole self-disclosure dichiaratamente salienti: per tale motivo, si può pensare ad una possibile spiegazione visto il ridotto campionamento a disposizione: sono stati infatti utilizzati solamente 14 dei 35 video a disposizione. Con un campione maggiore a disposizione, visti i risultati promettenti, ci si può aspettare una maggiore correlazione con la sincronizzazione fisiologica. Inoltre, la letteratura ha confermato come la self-disclosure spesso sottenda reazioni controtransferali, tanto da rendere i due costrutti quasi indistinguibili (Ehrenberg, 1995) : la scelta di tale tecnica per la rilevazione del costrutto di controtransfert è quindi in linea con la letteratura presente, considerando anche come li studi sul controtransfert

non hanno ricevuto una grande attenzione dalla comunità scientifica, in particolar modo quelli sulla possibile relazione con la sincronizzazione fisiologica. I risultati ottenuti quindi, nonostante non rientrino nei criteri per soddisfare l'ipotesi principale, sono da considerare come preziosi indicatori di una direzione da seguire: il valore di p che è stato rilevato è infatti di 0.1161; nonostante esso non sia significativo, rimane comunque un valore molto piccolo, che potrebbe rappresentare una guida per continuare lo studio di tale fenomeno, con i dovuti aggiustamenti metodologici e teorici. Proprio a causa delle differenze prese in considerazione, si possono interpretare i risultati alla luce della complessità fenomenologica del costrutto, e della tecnica, presi in considerazione. E' possibile quindi che, con un campione maggiore a disposizione e con una più chiara selezione delle caratteristiche da osservare, sia possibile raggiungere risultati soddisfacenti.

Per quanto riguarda le ipotesi secondarie, sono state prese in considerazione determinate caratteristiche delle rivelazioni dell'ascoltatore che potessero rimandare ad una possibile relazione tra esse e la sincronizzazione fisiologica. In particolar modo, la prima ipotesi secondaria, riguardo la similarità dell'esperienza dell'ascoltatore rispetto a quella del parlante, è stata confermata dalle analisi condotte: il valore di p è di 0.495, quindi è stato possibile rifiutare l'ipotesi nulla e confermare che, nel campione su cui è stato condotto lo studio, vi sia effettivamente un'influenza delle esperienze vissute sul livello di sincronizzazione fisiologica esperita. Il valore dell'effect-size, nonostante non sia particolarmente alto, pari a 0.16, non è comunque nullo: una relazione tra le variabili considerate, seppur non ineccepibile, esiste. Questo dato risulta particolarmente interessante, in quanto va ad allinearsi con quanto descritto precedentemente: la complessità del costrutto del controtransfert e la complessità della tecnica della self-disclosure prevedono una maggiore attenzione alle caratteristiche da osservare e studiare. In questo caso, è possibile che la presenza di materiale affettivo riconducibile alla propria esperienza abbia elicitato una maggiore sincronizzazione fisiologica: dagli studi condotti è stato infatti notato come, a causa di contenuti emotivi portati dal paziente che creavano dei collegamenti con i ricordi del terapeuta, la gestione del controtransfert fosse maggiormente difficoltosa quando vi era una somiglianza con il vissuto del paziente. Questo portava non solo a ripercussioni nella percezione di sé stessi come terapeuti, ma anche nella percezione dei propri interventi (Rosenberger & Hayes, 2002b); lo stesso si

può dire dal punto di vista del paziente, che, nelle interazioni in cui vi fossero state reazioni controtransferali, ha valutato gli interventi del terapeuta come poco profondi ed efficaci. Questo ci dimostra come sia importante per il terapeuta avere una buona consapevolezza circa conflitti interni e le reazioni inconsce che potrebbero scatenare: sembra infatti che questo aspetto influenzi anche la qualità della relazione con il paziente, in quanto è stato notato come nei terapeuti che avessero vissuto esperienze simili a quelle riportate dai pazienti, la percezione della somiglianza tra sé ed il paziente era molto più alta rispetto al caso, come se vi fosse una idealizzazione che intervenisse nel giudizio personale, ed al contrario quando il terapeuta percepiva il paziente come diverso da sé, era sempre in una misura maggiore di quanto effettivamente lo fosse (McClure and Hodge, 1987). Sembra quindi importante sottolineare come, attraverso una maggiore consapevolezza dei processi interni in corso, validata anche dalla presenza di un arousal fisiologico, i momenti di condivisione di tematiche sensibili per il terapeuta andrebbero tenute sotto controllo dallo stesso, per evitare di incorrere in reazioni controtransferali di svelamento delle proprie esperienze.

Per quanto riguarda la seconda ipotesi, ovvero la relazione tra sincronizzazione fisiologica e chiusura della self-disclosure, i risultati hanno mostrato come non sia possibile rifiutare l'ipotesi nulla, non confermando quindi l'ipotesi proposta. Il valore di p infatti è pari a 0.0792, quindi si può affermare che non è significativo; esso rimane tuttavia un valore molto basso, vicino al valore soglia di 0.05 preso in considerazione. Le analisi di permutazione che sono state condotte sono caratterizzate da una certa robustezza, quindi si può considerare comunque tale valore come promettente. Il campione su cui è stato condotto inoltre è ancora minore rispetto alle analisi sulle precedenti ipotesi: il numero di self-disclosure degli ascoltatori che si sono rifocalizzati sul paziente terminata la propria rivelazione è esiguo, pari a solamente 16. E' quindi da prendere in considerazione tale dato, per poter in futuro aspettarsi una significatività decisamente maggiore avendo a disposizione un campione più numeroso. Tale informazione in ogni caso permette di fare alcune considerazioni: nonostante la bassa numerosità, i partecipanti che hanno effettuato self-disclosure e hanno poi spostato il focus nuovamente sul paziente sono comunque presenti, e fanno pensare che una possibile relazione tra tale dato e la sincronizzazione fisiologica sia effettivamente possibile. Si è ipotizzato che l'arousal fisiologico nei momenti di condivisione sia alto, per poi

decreocere una volta terminata: rimanendo alto nei terapeuti che sono in grado di rifocalizzarsi, si può notare una buona gestione del controtransfert, in quanto non solo a livello psicologico vi è stato un insight circa la situazione e un successivo intervento, ma anche a livello fisiologico non si è verificato un minor arousal. Il terapeuta non rimarrebbe quindi intrappolato nella sua stessa reazione, rischiando di invertire i ruoli e portando il paziente a preoccuparsi per il terapeuta, ma sarebbe in grado di gestirla e di reagire concentrandosi nuovamente sull'altro: ciò sarebbe coerente con la letteratura, in quanto è stato trovato come una delle principali modalità di gestione delle reazioni controtransferali sia proprio la capacità di rifocalizzarsi sul paziente (Williams, 1997).

La terza ipotesi secondaria riguarda la relazione tra numerosità e durata delle self-disclosure ed una minore sincronizzazione terapeutica tra i partecipanti: in questo caso i risultati hanno mostrato un valore di p molto alto, pari a 0.1084 per la numerosità e 0.6949 per la durata; inoltre, l'errore standard della numerosità risulta molto alto, simile al livello della stima, mentre nella durata la stima è pari a 0, quindi irrilevante. L'ipotesi non è stata quindi confermata. La presenza di self-disclosure numerose e lunghe non sembra quindi aver influito sull'arousal fisiologico dei due partecipanti: la mancanza di una rifocalizzazione sul paziente, e quindi un mantenimento del focus su di sé più volte e per molto tempo, non sembra aver portato ad una minore sincronizzazione. Tale informazione potrebbe essere interpretata alla luce di una possibile risposta da parte del partecipante nelle veci di parlante: qualora l'ascoltatore si concentri su di sé per molto tempo e per più volte, la percezione del parlante potrebbe essere di noia, o di fastidio, o comunque di sensazioni negative; il compito di parlare non spetta all'altro, e qualora egli si prenda molto spazio per sé, potrebbe essere visto negativamente e diminuire quindi l'arousal fisiologico. Al contrario, è anche probabile che il parlante abbia accolto con favore gli interventi dell'ascoltatore, e questo non abbia inficiato sulle sue sensazioni su di lei: in letteratura infatti sembra essere presente l'idea comune che le self-disclosure abbiano un impatto positivo sulla relazione e sul processo terapeutico, spesso elicitando una maggiore apertura del paziente stesso (Henretty et al., 2014). E' proprio alla luce di questa poca chiarezza che si potrebbe fare una considerazione per gli studi futuri: nonostante non sia qui emersa una differenza nella sincronizzazione fisiologica delle self-disclosure numerose e lunghe, essa sembra comunque essere rilevante a livello teorico e clinico; sarebbe auspicabile quindi approfondire tale aspetto, per investigare se vi siano

altre variabili a determinare l'esito delle analisi, come ad esempio la similarità dell'esperienza, che nel presente studio non è stata considerata in associazione alle variabili di numerosità e temporalità. Una maggiore attenzione, nelle interazioni, alla qualità delle self-disclosure più numerose e lunghe è quindi da tenere in considerazione, per possibili accorgimenti futuri significativi.

Si illustreranno ora degli esempi di interazione avvenute tra i partecipanti allo studio, evidenziando attraverso dei grafici la relazione che è stata trovata tra sincronizzazione fisiologica e self-disclosures (Figura 7).

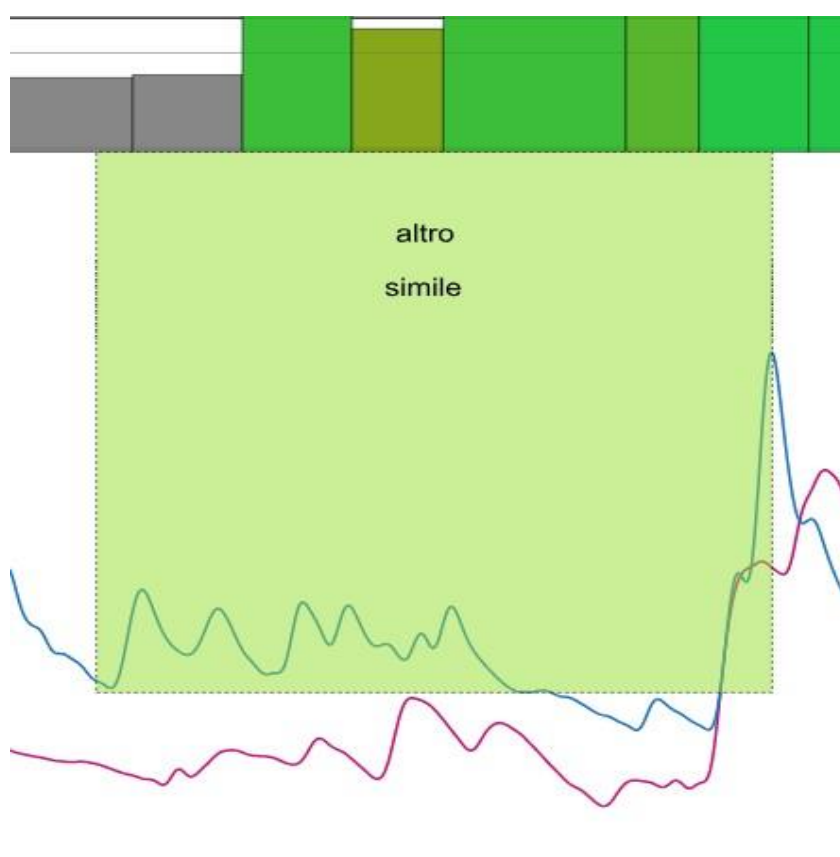


Figura 7. Esempio di una finestra di self-disclosure in cui l'ascoltatore parla di un'esperienza simile a quella vissuta dal parlante. Nella parte alta del grafico è presente il grado di sincronizzazione, mentre le linee rossa e blu indicano, rispettivamente, i livelli di arousal fisiologico dell'ascoltatore e del parlante.

Nell'interazione presente nella Figura 7, il partecipante ascoltatore è intervenuto nel discorso facendo una self-disclosure ed ha raccontato un'esperienza simile a quella del

paziente: in particolare, l'ascoltatore si è focalizzato sull'espone la propria comprensione circa il racconto del parlante, per poi successivamente commentarlo basandosi sulla propria esperienza. È interessante notare in questo segmento come l'arousal dei partecipanti segua un andamento simile, per poi avere un picco in entrambi alla fine della self-disclosure; sembra quindi che la struttura della rivelazione, ovvero la condivisione di un'esperienza simile, sia, come da ipotesi, maggiormente correlata alla sincronizzazione fisiologica. I partecipanti nel presente frammento stavano discutendo sulla comune assenza di relazioni familiari emotivamente soddisfacenti: l'ascoltatrice, in modo ironico, si lamenta dicendo *“a volte mi chiedo, perché non potevamo essere un pochino più fortunati?”*; il parlante prosegue facendo esempi di ciò che gli manca maggiormente, come l'affetto fisico. La self-disclosure termina con i due partecipanti che, un po' amareggiati, ridono insieme. Questo mostra come, anche a livello fisiologico, vi sia una comprensione ed un rispecchiamento nel vissuto dell'altro, insieme al sollievo nel parlarne con chi capisce ciò che si sta provando. Tuttavia, bisogna ricordare che l'interazione rappresenta la simulazione di un colloquio clinico: la presenza di un terapeuta che si esponga così tanto nel momento in cui presenta un'esperienza simile a quella del paziente non sembra una possibilità raccomandabile per il setting psicoterapeutico; si auspica quindi, vista la presenza di un maggior grado di sincronizzazione in situazioni di condivisione di esperienze simili, che tali informazioni possano ricevere una maggiore attenzione da parte della ricerca futura, per far sì che il terapeuta possa essere consapevole del suo ruolo nella diade anche quando è attivato fisiologicamente, e di non rischiare di creare un rispecchiamento eccessivo nel vissuto del paziente, che potrebbe portare ad ulteriori rischi per la terapia.

Si può ora osservare l'interazione tra altri due partecipanti in cui è presente, al termine della self-disclosure, il ritorno da parte del terapeuta sul vissuto del paziente (Figura 8).

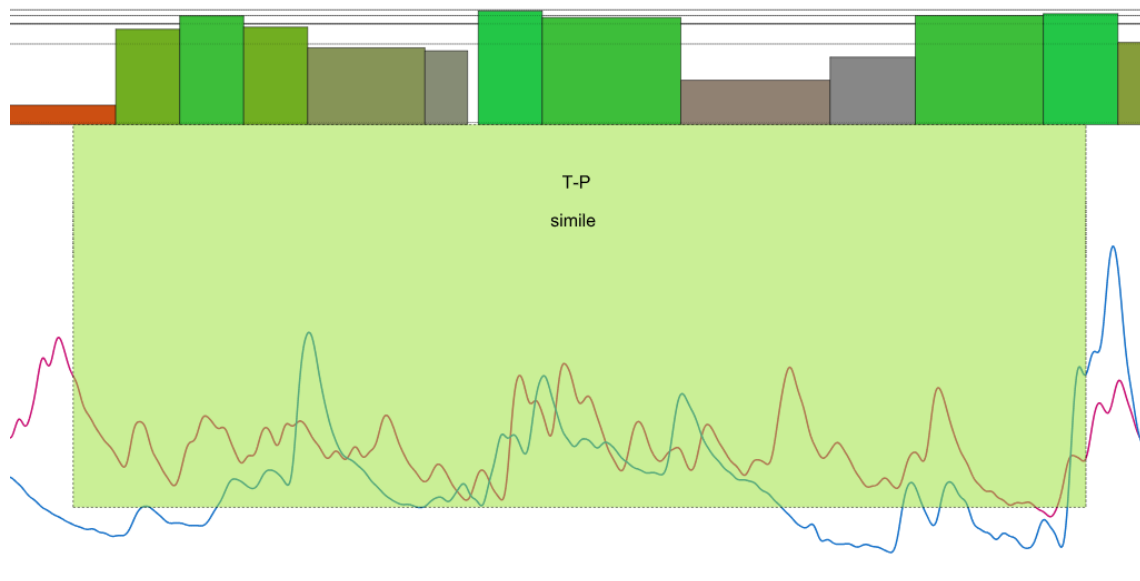


Figura 8. Esempio di una finestra di self-disclosure in cui l’ascoltatore, terminato di parlare, si rifocalizza sul vissuto del paziente.

Nell’interazione presente in Figura 8, si può notare un andamento particolare dell’arousal: nonostante non vi sia un indice particolarmente alto di sincronizzazione, è interessante notare come essa sembri divergere verso la fine dell’interazione, per poi avere un picco in entrambi i partecipanti; ciò è comprensibile grazie al contenuto del dialogo, in quanto l’ascoltatrice racconta una propria esperienza simile a quella del parlante, ma apparentemente dilungandosi troppo per l’altro: il parlante infatti sembra perdere interesse per il racconto, nonostante non lo comunichi verbalmente, e ciò si può dedurre anche dal picco inverso di arousal; egli sembra poi ritornare attento quando l’ascoltatrice, rendendosi conto di aver parlato molto, conclude la sua self-disclosure con una risata accompagnata dall’esclamazione *“Ehi, ma io dovevo ascoltare!”*; a questo punto il parlante, ridendo, accoglie l’esortazione e riprende a parlare di sé. Questa interazione sembra quindi mostrare chiaramente come, attraverso una rifocalizzazione sul vissuto dell’altro, il partecipante recuperi anche il grado di sincronizzazione con l’altro. Quanto descritto è in linea con le riflessioni fatte riguardo la possibilità di indagare ulteriormente tali dati, nonostante non siano risultati significativi, per poter trovare risultati promettenti.

Infine, è stata formulata un’ipotesi anche sull’utilizzo innovativo del biofeedback interpersonale presente nello studio, ovvero la possibilità che le vibrazioni, corrispondenti ai momenti di sincronizzazione, siano in grado di avvertire il partecipante nelle veci di

ascoltatore dei processi psicofisiologici in corso e permettergli di uscire dal loop di alto arousal fisiologico, per ritornare ad uno stato di consapevolezza di sé e della relazione. Si è tentato quindi di verificare l'impatto che esso avrebbe potuto avere sui meccanismi di regolazione fisiologica: per fare ciò è stata calcolata la mediana della sincronizzazione all'interno delle self-disclosure per poi effettuare un t-test e confrontare le finestre delle interazioni con e quelle senza biofeedback. Dai risultati che sono stati ottenuti, nonostante fosse presente una maggiore sincronizzazione nelle diadi con la condizione di biofeedback, tale differenza non è risultata significativa: il valore di p è infatti pari a 0.4167, troppo alto per poter essere considerato significativo.

Nel presente studio sono state prese in considerazioni diverse ipotesi, e ne sono stati tracciati i risultati e le possibili srgomentazioni; tuttavia, bisogna anche contestualizzarle rispetto ai limiti presenti nello studio. Come già sottolineato, una prima difficoltà riguarda la fenomenologia del costrutto di controtransfert: è infatti da ricordare che vi sono diversi modi, tempi e motivi per cui le reazioni controtransferali vengono messe in atto; i conflitti interiori legati a situazioni del proprio passato possono emergere ed essere percepiti dall'altro, ma anche non emergere se ben gestiti (Ehrenberg, 2015). Potrebbe esserci quindi stata l'eventualità che non in tutte le ascoltatrici si siano verificate reazioni controtransferali. Inoltre, la tecnica della self-disclosure potrebbe non rappresentare uno strumento ottimale per la raccolta dei dati circa le manifestazioni controtransferali, essendo comunque una tecnica poco utilizzata dai terapeuti (Knox & Hill, 2003); tuttavia, essedendo la letteratura sul tema lacunosa, in particolar modo sul rapporto con la sincronizzazione fisiologica, sono necessari ulteriori studi futuri per poter porre tale affermazione.

Inoltre, è da sottolineare la presenza di un setting non familiare per i partecipanti, i quali hanno avuto un'interazione per 20 minuti senza essersi mai visti prima: vi sono quindi una grande quantità di variabili che potrebbero essere prese in considerazione per studi futuri, come la personalità, le qualità emotive ed empatiche dei partecipanti, l'età o la loro formazione. Una particolare rilevanza potrebbe essere assegnata ad una tematica precisa di cui discutere: non avendo fornito una traccia precisa e non essendovi le sperimentatrici presenti nel laboratorio, per ovvi motivi di disturbo del setting, si è notato grazie alle videoregistrazioni che molti parlanti non proponevano temi effettivamente emotivi, ma piuttosto blandi da questo punto di vista, come informazioni circa i propri hobby o la

propria formazione accademica, essendo tutti i partecipanti degli studenti iscritti ad un corso universitario; questo è stato uno dei criteri di esclusione, che ha visto molte interazioni non venire incluse nell'analisi dei dati. Nonostante la presenza di suggerimenti di tematiche, sarebbe interessante osservare tale studio con la presenza di tematiche specifiche di cui discutere. La scarsa numerosità del campione potrebbe quindi aver influito con la presenza di un numero importante di variabili confondenti, che andrebbero invece maggiormente analizzate a priori e selezionate.

Un ulteriore limite da tenere in considerazione è il momento storico in cui è stata condotta la raccolta dati, ovvero a dicembre 2021 e a giugno e luglio 2022: la pandemia da Covid-19 potrebbe aver influito in maniera considerevole su tali studi, in quanto per motivi di sicurezza si sono dovute applicare con rigore le norme igieniche in vigore, attraverso l'uso di visiere trasparenti, igienizzate dopo ogni utilizzo, e dell'utilizzo di un igienizzante per le mani prima di iniziare il protocollo e al termine di ogni fase di esso. Essendo lo studio volto ad osservare fenomeni interpersonali, la preoccupazione per la propria salute visto il momento storico particolare potrebbe aver influito in parte sui dati raccolti; risulta quindi di fondamentale importanza tenere in considerazione tale caratteristica dello studio per le ricerche future.

Gli studi futuri sull'argomento potrebbero quindi indagare con maggiori accortezze teoriche sulle manifestazioni del controtransfert e del suo rapporto con la sincronizzazione fisiologica, vista la scarsa letteratura presente; inoltre, sarebbe auspicabile l'utilizzo di un campione più vasto, così da poter eliminare le variabili confondenti presenti. In conclusione, il presente studio ha ipotizzato l'esistenza di una relazione tra il controtransfert, manifestato tramite la presenza di Self-disclosure, e sincronizzazione fisiologica della diade terapeutica: nonostante ciò non sia stato confermato, i risultati sono promettenti. Ciò che è stato rilevato invece è la presenza di una relazione tra la similarità tra i vissuti personali del partecipante parlante e quello della partecipante ascoltatrice, osservando una sincronizzazione più alta del caso. Inoltre, i risultati ottenuti dalla chiusura delle self-disclosure con rifocalizzazione sul parlante, nonostante non siano significativi, sono comunque sufficientemente vicini al valore soglia per essere considerati utili per future ricerche, mettendo a disposizione una direzione promettente.

CONCLUSIONE

L'essere umano è, per natura, un animale sociale, in continua interazione con l'altro per poter sopravvivere: l'importanza che le relazioni rivestono nella vita di ciascuno è quindi ineccepibile, tanto che è anche la loro qualità ad impattare sulla qualità della vita stessa. Le relazioni che si instaurano nel contesto psicoterapeutico non sono da meno: senza una buona alleanza con il terapeuta, non vi è un grande margine di miglioramento per il paziente, o comunque risulta più ostico e faticoso. Nella presente tesi si sono affrontate alcune delle caratteristiche proprie della relazione tra paziente e terapeuta: da un punto di vista psicologico il costrutto del controtransfert, attraverso la lente tecnica della self-disclosure, e da un punto di vista fisiologico la sincronizzazione fisiologica, applicata in ambito interpersonale con l'utilizzo del biofeedback. Ciò ha permesso di osservare come questi due ambiti si sposino nel determinare fenomeni psicofisiologici, che possono rivelarsi importanti per la ricerca e la pratica clinica futura. Nonostante le conoscenze nell'ambito siano ancora in attesa di ulteriori approfondimenti, nella presente tesi si è tentato di analizzare la relazione che intercorre tra la sincronizzazione fisiologica e la self-disclosure e rintracciarne le reazioni controtransferali, con l'obiettivo e la speranza di contribuire allo studio ed all'applicazione clinica della fisiologia interpersonale.

BIBLIOGRAFIA

Abraham, A., & Kumaraiah, V. (1994). Electromyograph feedback: Treatment outcome in anxiety Neurosis. *Indian Journal of Psychiatry*, 36(2), 70.

Andrasik, F, Thorn, B. E. (2013).

Biofeedback in the treatment of pain. In Schmidt RF, Willis WD (eds): *Encyclopedia o Pain*. New York, SpringerVerlag (in press).

Atwood G, Stolorow R. (1984) Structures of subjectivity: explorations in psychoanalytic phenomenology. Hillsdale, NJ: *The Analytic Press*; 1984

Bar-Kalifa, E., Prinz, J. N., Atzil-Slonim, D., Rubel, J. A., Lutz, W., & Rafaeli, E. (2019). Physiological synchrony and therapeutic alliance in an imagery-based treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 66(4), 508.

Barrett, M. S., & Berman, J. S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves?. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(4), 597–603.

Beckham, A. J., Greene, T. B., & Meltzer-Brody, S. (2013). A pilot study of heart rate variability biofeedback therapy in the treatment of perinatal depression on a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Archives of women's mental health*, 16, 59-65.

Belar, C. D., Kibrick, S. A. (1986).

Biofeedback in the treatment of chronic back pain. In Holzman AD, Turk DC (eds): *Pain Management: A Handbook of Psychological Treatment Approaches*. New York, Pergamon Press, p 131

Bernstein, J.W. (1999). The politics of self-disclosure. *Psychoanalytic Review*, 86, 595–605.

Billow, R.M. (2000). Self-disclosure and psychoanalytic meaning: A psychoanalytic fable. *Psychoanalytic Review*, 87, 61–79.

Bion WR. (1956) Development of schizophrenic thought. *Int J Psychoanal.*;37:344–6.

- Bion WR. (1962) *Learning from experience*. London: William Heinemann.
- Boucsein, W. (1992). *Electrodermal activity*. New York, NY: Plenum Press
- Bridges, N.A. (2001). Therapist's self-disclosure: Expanding the comfort zone. *Psychotherapy*, 38, 21–30.
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Bobadilla, L., & Taylor, J. (2006). Social anxiety and problematic cannabis use: Evaluating the moderating role of stress reactivity and perceived coping. *Behaviour Research and Therapy*, 44(7), 1007–1015.
- Cacioppo, J. T., Tassinary, L. G., & Berntson, G. G. (2007). *Handbook of psychophysiology* (3rd ed.). New York, NY: Cambridge University Press.
- Carter, R. L., & Motta, R. W. (1988). Effects of intimacy of therapist's self-disclosure and formality on perceptions of credibility in an initial interview. *Perceptual and Motor Skills*, 66(1), 167–173
- Chanel, G., Pelli, S., Ravaja, N., & Kuikkaniemi, K. (2010). Social interaction using mobile devices and biofeedback: effects on presence, attraction and emotions. Workshop on Multiuser and Social Biosignal Adaptive Games and Playful Applications, In conjunction with the Fun and Games Conference.
- Chanel, G., Kivikangas, J., & Ravaja, N. (2012). Physiological compliance for social gaming analysis: Cooperative versus competitive play. *Interacting With Computers*, 24, 306316
- Choobforoushzadeh, A., Neshat-Doost, H. T., Molavi, H., & Abedi, M. R. (2015). Effect of neurofeedback training on depression and fatigue in patients with multiple sclerosis. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 40(1), 1-8.
- Chused J.F. (1991), The evocative power of enactments. In *J. Am. Psychanal. Assoc.*, 39, pp. 615-639
- Clarkin, J., Kernberg, O. & Yeomans, F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy, *Journal of Clinical Psychology*, 62: 481–501

- Clarkson, P. (ed.) (1998) *Supervision (Psychoanalytic and Jungian Approaches)*, London: Whurr.
- Clarkson, P., Nuttall, J. (2000) Working with countertransference, *Psychodynamic Counselling*, 6:3, 359-379
- Cutler, R. L. (1958). Countertransference effects in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 349–356.
- Del Piccolo, L., & Finset, A. (2018). Patients' autonomic activation during clinical interaction: A review of empirical studies. *Patient Education and Counseling*, 101(2), 195-208.
- Ehrenberg, D. B. (1995) Self-Disclosure: Therapeutic Tool or Indulgence?, *Contemporary Psychoanalysis*, 31:2, 213-228, DOI: [10.1080/00107530.1995.10746906](https://doi.org/10.1080/00107530.1995.10746906)
- Epstein L, Feiner AH. (1979) Countertransference: the therapist's contribution to treatment. *Contemporary Psychoanalysis*;15(4):489–513.
- Etchegoyen RH. (1986) *The fundamentals of psychoanalytic technique*. London: Karnac Books
- Farber, B. A. (2006). *Self-disclosure in psychotherapy*. Guilford Press.
- Ferenczi SL.(1919) On the technique of psychoanalysis. In: Richman J, editor. *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis*. Karnac: London, UK; p. 177–89.
- Ferenczi S.L. (1931) Child-analysis in the analysis of adults. *Int J Psychoanal.*;12:468–82.
- Ferrer, E., & Helm, J. L. (2013). Dynamical systems modeling of physiological coregulation in dyadic interactions. *International Journal of Psychophysiology*, 88, 296-308
- Field, T., Healy, B., & LeBlanc, W. (1989). Sharing and synchrony of behavior states and heart rate in nondepressed versus depressed mother-infant interactions. *Infant Behavior & Development*, 12, 357-376.
- Fox, S. I. (1996). *Human physiology* (5th ed.). Dubuque, IA: W. C. Brown.

- Freud, S., (1904), Psicoterapia, in *Opere*, vol 4, p.438
- Freud, S. (1912) *Dinamica della traslazione*. Tri t. in *Opere*, Boringhieri, Torino 1974, vol. 6
- Freud S. (1912) *Dinamica della traslazione*. Tri t. in *Opere*, Boringhieri, Torino 1974, vol. 12
- Freud S. (1912) Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. In: Strachey J, editor. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol. 12. London, UK: Hogarth Press; p. 111–20
- Freud, S. (1913-14b) Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi: Ricordare, Ripetere ed Elaborare, in *Opere*, vol. 7, pp. 353-361
- Freud, S. (1913-14c) Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi: Osservazioni sull'amore di traslazione , in *Opere*, vol.7, pp. 362-374
- Freud S. (1917) Introductory lectures on psychoanalysis: part III. General theory of neurosis. In: Strachey J, editor. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol. 16. London, UK: Hogarth Press; p. 243–436.
- Freud, S. (1937) *Costruzioni nell'analisi*, in *Opere*, Boringhieri, Torino, 1979, vol. 11
- Friedman, L. (1991) A reading on Freud's papers on techniques. In *Psychoanal Q.*, 60, pp. 564-595
- Gabbard, G.O. (1995), Countertransference: the emerging common ground. In *Int. J Psychoanal.*, 76, pp. 271-292
- Gabbard, G.O. (2001), Overview and commentary. In *Psychoanal. Q.*, 70, pp. 287-296
- Gabbard, G.O. (2014), *Psichiatria psicodinamica*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 2015
- Gabbard, G.O. (2017), *Long-term psychodynamic psychotherapy*. Tr it Raffaello Cortina, Milano

- Gallucci, A. M. (2002). Therapists' use of selfdisclosure: A quantitative study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63(5-B), 2582
- Gazzillo, F., Ortu, F. (2013). Sigmund Freud, Carocci editore S.p.A, Roma
- Geller, J.D., & Farber, B.A. (1997, August). Why therapists do and don't self-disclose. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, Chicago.
- Gelso CJ, Hayes JA. (2007) Countertransference and the therapist's inner experience: perils and possibilities. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice. New York: Wiley.
- Greenberg J. R. (1986) Theoretical models and the analyst's neutrality in S. A. Mitchell, L. Aron (a cura di) *Relational Psychoanalysis. The emergence of a tradition* The Analytic Press, 1999, Hillsdale, NJ & London.
- Hallman, D. M., Olsson, E. M., von Scheele, B., Melin, L., & Lyskov, E. (2011). Effects of heart rate variability biofeedback in subjects with stress-related chronic neck pain: A pilot study. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*, 36, 71-80.
doi:10.1007/s10484-011-9147-0
- Hamilton, J., Glover, G. H., Bagarinao, E., Chang, C., Mackey, S., Sacchet, M. D., & Gotlib, I. H. (2016). Effects of salience-network-node neurofeedback training on affective biases in major depressive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 249, 91-96
- Hayes, J. A., McCracken, J. E., McClanahan, M. K., Hill, C. E., Harp, J. S., & Carozzoni, P. (1998). Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 468-482.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.

Henretty, J. R., Currier, J. M., Berman, J. S., & Levitt, H. M. (2014). The impact of counselor self-disclosure on clients: A metaanalytic review of experimental and quasi-experimental research. *Journal of Counseling Psychology*, 61, 191–207

Henriques, G., Keffer, S., Abrahamson, C., & Horst, S. J. (2011). Exploring the effectiveness of a computer-based heart rate variability biofeedback program in reducing anxiety in college students. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*, 36, 101-112. doi:10.1007/s10484-011-9151-4

Hill, C. E., Helms, J. E., Tichenor, V., Spiegel, S. B., O'Grady, K., & Perry, E. S. (1988). Effects of therapist response modes in brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 222–233.

Hill, C. E. (2009). *Helping skills: Facilitating exploration, insight and action*. (3rd ed.) Washington, DC: American Psychological Association

Hoffman-Graff, M. A. (1977). Interviewer use of positive and negative self-disclosure and interviewer-subject sex pairing. *Journal of Counseling Psychology*, 3, 184–190.

Hoffman, I.Z. (1998) *Rituale e Spontaneità in Psicoanalisi*. Tr. It Astrolabio, Roma 1999

Humphreys, P. A., & Gevirtz, R. N. (2000). Treatment of recurrent abdominal pain: Components analysis of four treatment protocols. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 31, 47-51.

Ince, L. P., Leon, M. S., & Christidis, D. (1985). EMG biofeedback with upper extremity musculature for relaxation training: A critical review of the literature. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 16, 133-137.

Jackson, J. B., Miller, R. B., Oka, M., & Hanry, R. G. (2014). Gender differences in marital satisfaction: a metaanalysis. *Journal of Marriage and Family*, 76(1), 105-129

Jacobs T. J. (1986) On countertransference enactments *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, n. 34, pp. 289-307

- Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C., & Jasnow, M. (2001). Rhythms of dialogue in early infancy. *Monogr. Soc. Res. Child Dev* . 66, 1–132.
- Janssen, J. H., Bailenson, J. N., IJsselsteijn, W. A., & Westerink, J. H. (2010). Intimate heartbeats: Opportunities for affective communication technology. *IEEE Trans. Affective Computing*, 1(2), 72- 80. doi: 10.1109/T-AFFC.2010.13
- Jourard, S. (1971). *The Transparent Self*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Karavidas, M. K., Lehrer, P. M., Vaschillo, E. G., Vaschillo, B., Marin, H., Buyske, S., Hassett, A. (2007). Preliminary results of an open label study of heart rate variability biofeedback for the treatment of major depression. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*, 32, 19-30.
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38–56.
- Klein, M. (1946), Note su alcuni meccanismi schizoidi. Tr. It. In *Scritti 1921-1958*. Boringhieri, Torino, 1978
- Klein M. (1955) The psychoanalytic play technique. *Am J Orthopsychiatry*;25(2):223–37.
- Kleinbub, J. R., Mannarini, S., & Palmieri, A. (2020). Interpersonal Biofeedback in Psychodynamic Psychotherapy. *Frontiers in psychology*, 11, 1655
- Knox, S., & Hill, C. (2003). Therapist selfdisclosure: Research-based suggestions for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 59(5), 529–539.
- Kohut, H. (1977) *La guarigione del Sé*. Tr. It. Boringhieri, Torino, 1980
- Lane, R.C., & Hull, J.W. (1990). Self-disclosure and classical psychoanalysis. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 31–46). New York: Plenum Press.
- Leowald, H. (1978) *Psychoanalysis and the History of individual*. Yale University Press, New Haven, CT.

- Levenson, R. W., & Gottman, J.M. (1983). Marital interaction: Physiological linkage and affective exchange. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 587-597.
- Lingiardi, V., Tanzilli, A. (2022) The Diagnostic Use of Countertransference in Psychodynamic Practice. In *The Clinician in the Psychiatric Diagnostic Process*, Springer Nature Switzerland AG 2022, M. Biondi et al. (eds.), pp. 151-160
- Marci, C. D., Ham, J., Moran, E., & Orr, S. P. (2007). Physiologic correlates of perceived therapist empathy and social-emotional process during psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 103-111.
- Margaritan A. (2014) A cross-cultural study of somatic countertransference: a brief overview. *Asia Pac J Cons Psychother*; 5: 137-45.
- Mayo, O., and Gordon, I. (2020). In and out of synchrony- Behavioral and physiological dynamics of dyadic interpersonal coordination. *Psychophysiology*.
- McClure, B. A., & Hodge, R. W. (1987). Measuring countertransference and attitude in therapeutic relationships. *Psychotherapy*, 24, 325–335
- Merrill, N., & Cheshire, C. (2016). Habits of the Heart(rate): Social interpretation of Biosignals in Two Interaction Contexts. Proceedings of the 19th international conference on supporting group work. (pp. 31-38). ACM.
doi:10.1145/2957276.2957313
- 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, 169-177
- Minkin, J., Prout, M. F., & Masterpasqua, F. (2009). Biofeedback and psychotherapy: Technology in the clinical setting Innovations in clinical practice: A 21st century sourcebook (Vol. 1, pp. 61-76). Sarasota, FL: Professional Resource Press/ Professional Resource Exchange.
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mitchell, S. A. (2002) *Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività.*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Monastra, V. J., Lynn, S., Linden, M., Lubar, J. F., Gruzelier, J., & LaVaque, T. J. (2005). Electroencephalographic biofeedback in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30, 95-114.

Munivenkatappa, A., Rajeswaran, J., Devi, B. I., Bennet, N., & Upadhyay, N. (2014). EEG neurofeedback therapy: Can it attenuate brain changes in TBI? *NeuroRehabilitation*, 35, 481-484.

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

Najavits, L.M. (2000) Researching therapist emotions and countertransference, *Cognitive and Behavioral Practice*, Volume 7, Issue 3, pp. 322-328,

Nolan, R. P., Floras, J. S., Ahmed, L., Harvey, P. J., Hiscock, N., Hendrickx, H., & Talbot, D. (2012). Behavioural modification of the cholinergic anti-inflammatory response to c-reactive protein in patients with hypertension. *Journal of Internal Medicine*, 272, 161-169.

Ogden, T.H. (1982). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. New York: Jason Aronson.

Ogden, T.H. (1994). *Subjects of analysis*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Okel, S. (2018). *The Effect of Biofeedback on Perceived Empathy and Social Connectedness during social interaction*. Eindhoven: Eindhoven University of Technology.

Palmieri, A., Palvarini, V., Mangini, E., Schimmenti, A. (2018) Transfert e controtransfert somatico: rassegna critica e integrazione con la prospettiva neuroscientifica. *Rivista di Psichiatria*, 53(6), 281-289.

Palumbo, R. V., Marraccini, M. E., Weyandt, L. L., Wilder-Smith, O., McGee, H. A., Liu, S., & Goodwin, M. S. (2017). Interpersonal Autonomic

Physiology: A Systematic Review of the Literature. *Personality and social psychology review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 21(2), 99–141

Prinsloo, G. E., Derman, W. E., Lambert, M. I., & Rauch, H. (2013). The effect of a single episode of short duration heart rate variability biofeedback on measures of anxiety and relaxation states. *International Journal of Stress Management*, 20, 391-411.

R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.Rproject.org/>.

Racker H. A contribution to the problem of counter-transference. *Int J Psychoanal.* 1953;34(4):313–24.

Racker, H. (1957). The meanings and use of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303–357.

Racker, H. (1968) *Transference and Countertransference*, London: Maresfield Reprints, 1982.

Ramsdell, P.S., & Ramsdell, E.R. (1993). Dual relationships: Client perceptions of the effect of client–counselor relationship on the therapeutic process. *Clinical Social Work Journal*, 21, 195–212

Reed, R. G., Randall, A. K., Post, J. H., & Butler, E. A. (2013). Partner influence and in phase versus anti-phase physiological linkage in romantic couples. *International Journal of Psychophysiology*, 88, 309316.

Reich, A. (1951). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 25–31

Reineke, A. (2008). The effects of heart rate variability biofeedback in reducing blood pressure for the treatment of essential hypertension. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(7-B), 4880

- Roisman, G. I. (2007). The psychophysiology of adult attachment relationships: Autonomic reactivity in marital and premarital interactions. *Developmental Psychology*, 43(1), 39–53.
- Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Origins, consequences, and management of countertransference: A case study. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 221–232.
- Russell, J. A., & Barrett, L. F. (1999). Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion: Dissecting the elephant. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 805-819.
- Samuels A. (1985) Countertransference, the ‘Mundus Imaginalis’ and a research project. *J Anal Psychol*; 30: 47-71
- Sandler, J. (1993). On communication from patient to analyst: Not everything is projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 1097–1107.
- Schoenberg, P. L., & David, A. S. (2014). Biofeedback for psychiatric disorders: a systematic review. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 39, 109-135.
- Schwartz, N. M., & Schwartz, M. S. (2003).
Definitions of biofeedback and applied psychophysiology. In Schwartz MS, Andrasik F (eds): *Biofeedback: A Practitioner’s Guide*, 3rd ed. New York, Guilford Press, 2003, p 27.
- Schwartz, M. S. (2008). A new improved universally accepted official definition of biofeedback: Where did it come from? Why? Who did it? Who is it for? What's Next? *Biofeedback*, 38(3), 88-90. doi:10.5298/1081-5937-38.3.88
- Schwartz, M. D., & Andrasik, F. (2016). *Biofeedback: A practitioner’s guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Segreto-Bures, J. (1987). Transfer of EMG training and stress training to a stressful situation. *Clinical Biofeedback & Health: An International Journal*, 10, 157-163
- Semi, A. A. (2011) *Il metodo delle libere associazioni*. Raffaello Cortina, Milano

- Shirley, M. C., Matt, D. A., & Burish, T. G. (1992). Comparison of frontalis, multiple muscle site, and reactive muscle site feedback in reducing arousal under stressful and nonstressful conditions. *Medical Psychotherapy: An International Journal*, 5, 133-148.
- Simon, M. A., & Bueno, A. M. (2009). Behavioural treatment of the dyssynergic defecation in chronically constipated elderly patients: A randomized controlled trial. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*, 34, 273-277.
- Smith, S. (1977) The golden fantasy: a regressive reaction to separation anxiety. In *Int. J. Psychoanal.*, 58, pp. 311-324
- Stern, M. J., Guiles, R. A., & Gevirtz, R. (2014). HRV biofeedback for pediatric irritable bowel syndrome and functional abdominal pain: A clinical replication series. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 39, 287-291. doi:10.1007/s10484-014-9261-x
- Stone M. (2006) The analyst's body as tuning fork: embodied resonance in countertransference. *J Anal Psychol*; 51: 109-24.
- Storolow, R.D., Atwood, G.E. (1992) *Contesti dell'essere: i fondamenti intersoggettivi della vita psicologica*. Tr. It Bollati Boringhieri, Torino 1995
- Stolorow R, Atwood G, Brandchaft B, (1994) *The intersubjective perspective*. Northvale, NJ: Jason Aronson
- Strehl, U., Birkle, S. M., Worz, S., & Kotchoubey, B. (2014). Sustained reduction of seizures in patients with intractable epilepsy after self-regulation training of slow cortical potentials-10 years after. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, Article 604.
- Thompson, M., & Thompson, L. (2007). Neurofeedback for stress management Principles and practice of stress management (3rd ed., pp. 249-287). New York, NY: Guilford Press.
- Tourunen, A., Kykyri, V. L., Seikkula, J., Kaartinen, J., Tolvanen, A., & Penttonen, M. (2019). Sympathetic nervous system synchrony: An exploratory study of its relationship with the therapeutic alliance and outcome in couple therapy. *Psychotherapy*.

- van Dijk, E. T., Westerink, J. H., Beute, F., & IJsselsteijn, W. A. (2015). In sync: the effect of physiology feedback on the match between heart rate and self reported stress. *BioMed research international* doi:10.1155/2015/134606
- Van Laar, K. C., & IJsselsteijn, W. A. (2019). *The moderating effect of Biofeedback on the relation between Physiological Synchrony and Empathy & Team Performance* (Doctoral dissertation, Master dissertation, Eindhoven University of Technology, Netherlands).
- Voutilainen, L.; Henttonen, P.; Kahri, M.; Ravaja, N.; Sams, M.; Peräkylä, A. (2018) Empathy, challenge, and psychophysiological activation in therapist–client interaction. *Front. Psychol.*, 9, 530
- Vulcan M. (2016) “I’m a translating body”: therapists’ experiences working with children diagnosed with autism spectrum disorder. *J Psychother Integr*; 3: 326-37.
- Watkins, C. E. (1990). The effects of counselor self-disclosure: A research review. *Counseling Psychologist*, 18(3), 477–500.
- Williams, E. N., Judge, A. B., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (1997). Experiences of novice therapists in prepracticum: Trainees’, clients’, and supervisors’ perceptions of therapists’ personal reactions and management strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 390–399.
- Winnicott, D.W. (1947) ‘Hate in the countertransference’, in *Through Paediatrics to Psycho-analysis*, London: Tavistock, 1975, pp. 194–203.
- Winnicott, D.W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69–75.
- Woodward, S., Norton, C., & Chiarelli, P. (2014). Biofeedback for treatment of chronic idiopathic constipation in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD008486.
- Yucha, C., & Montgomery, D. (2008). Evidence-Based Practice in Biofeedback and Neurofeedback. Wheat Ridge, Colorado, USA: *Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback*