



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

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

**Corso di laurea triennale in Scienze Psicologiche dello sviluppo, della  
personalità e delle relazioni interpersonali**

**Elaborato finale**

**La relazione reale tra paziente e terapeuta: una revisione  
aggiornata della letteratura**

**The real relationship between patient and therapist: an updated literature  
review**

*Relatore:* **Prof. Diego Rocco**

*Laureanda:* **Giulia Maurizi**

*Matricola:* **1221586**

**Anno Accademico 2021/2022**



## Indice

Capitolo I. <b>Ricerca sul processo in psicoterapia</b> .....	4
Capitolo II. <b>La relazione reale</b> .....	8
Capitolo III. <b>Impatto della relazione reale sulla psicoterapia</b> .....	11
Capitolo IV. <b>Recenti studi sulla relazione reale</b> .....	16
<b>1. Rapporto tra l'alleanza di lavoro e la relazione reale</b> .....	16
<b>2. Come lo stile di attaccamento influisce sulla relazione reale</b> .....	18
<b>3. Effetti dell'autorivelazione del clinico sulla relazione reale</b> .....	19
<b>4. Paziente e terapeuta con caratteristiche di personalità simili avranno una relazione reale più forte?</b> .....	20
Capitolo V. <b>Discussione</b> .....	23
Capitolo VI. <b>Limitazioni dello studio e possibili evoluzioni</b> .....	26
<b>Bibliografia</b> .....	28

## Capitolo I

### Ricerca sul processo in psicoterapia

La psicoterapia può essere intesa come un viaggio finalizzato al raggiungimento di uno scopo. Affinché il percorso psicoterapeutico possa essere efficace per il paziente, è necessario considerare che qualunque individuo possiede una propria storia personale e culturale, una struttura di personalità e una specifica organizzazione psichica. Ciò deve essere tenuto in conto sia nella costruzione dell'alleanza terapeutica che nell'impostazione delle modalità di comportamento e delle tecniche che il clinico decide di applicare. (Dazzi, Lingiardi, & Colli, 2006)

La ricerca in psicoterapia può essere suddivisa in due branche: l'*outcome research* (ricerca sull'esito della psicoterapia) e la *process research* (ricerca sul processo della psicoterapia). Esiste, inoltre, un filone di ricerca che tiene in considerazione entrambe, denominata *process-outcome research* (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki.,2004), la quale è centrata sullo studio dell'interazione tra l'andamento del processo terapeutico e i risultati ottenuti al termine. (Migone, 2006)

Nel presente capitolo verrà analizzata la ricerca sul processo, la quale ha l'obiettivo di "classificare, descrivere e misurare ciò che fanno paziente e terapeuta" (Stiles, Honos-Webb & Knobloch, 1999, p. 365). Storicamente questa branca della ricerca in psicoterapia nasce dal tentativo di spiegare il "paradosso dell'equivalenza" (Luborsky, Rosenthal, Diguier, Andrusyna, Levitt, ... & Krause ,2002; Stiles et al., 1999;), il quale afferma che gli approcci terapeutici, nonostante utilizzino tecniche molto diverse tra loro, sono equivalenti per quanto riguarda l'*outcome*. A causa della variabilità delle tecniche di trattamento, è possibile identificare sia caratteristiche comuni tra le varie terapie (fattori aspecifici), sia caratteristiche specifiche (fattori specifici), entrambi vanno ad influenzare, con gradi diversi, l'*outcome* della terapia. (Greencavage & Norcross, 1990; Karasu,1986; Weinberger, 1995)

I fattori aspecifici sono quelli che fanno riferimento alle caratteristiche umane dei due personaggi della terapia, come età, esperienza clinica, gravità del disturbo, capacità empatica, qualità della relazione e l'alleanza terapeutica, che è il concetto più rilevante (Dazzi &, 2006).

La ricerca sul processo in particolare vuole rispondere a tre domande (Stiles et al., 1999):

- Le tecniche usate dai differenti approcci alla psicoterapia sono davvero diverse tra loro?
- Esistono approcci più efficaci di altri per individui con una specifica struttura di personalità?
- Le varie psicoterapie hanno elementi in comune?

La ricerca in psicoterapia è giunta alla conclusione che i fattori aspecifici costituiscono un elemento essenziale affinché avvenga il cambiamento nella psiche e nei pattern di comportamento del paziente, ma da soli non possono spiegare totalmente l'*outcome*; quindi, fattori specifici e aspecifici sono complementari. Il contributo dato dai fattori aspecifici risulta essere, però, maggiormente significativo nel raggiungimento dell'esito del processo. Ad esempio, la relazione terapeutica è particolarmente influente nel percorso del paziente, indipendentemente dal tipo specifico di trattamento psicologico. (Dazzi, 2006)

Sia terapeuti che pazienti, infatti, ritengono che l'elemento più efficace nella psicoterapia sia proprio la relazione che si va ad instaurare tra cliente e clinico (Tasca, Sylvestre, Balfour, Chyurlia, Evans, Fortin-Langelier, ... & Wilson, 2015). Quest'ultima è costituita dai sentimenti e dagli atteggiamenti reciproci e dal modo in cui essi sono espressi. Gli stessi metodi di trattamento sono atti relazionali frutto dei singoli e del loro rapporto (Muran & Safran, 2000). Di conseguenza è bene tener presente l'individualità sia del paziente che del clinico, poiché inevitabilmente le loro caratteristiche andranno ad incidere sul processo e sull'esito della terapia. Quando il clinico riesce ad entrare in relazione con il paziente dovrebbe saper adattare il proprio atteggiamento e il trattamento psicologico alle caratteristiche trans-diagnostiche del cliente; quest'ultime comprendono sia quelle specifiche del paziente al di là della diagnosi, sia quelle riferite al suo disturbo, in base a come si manifesta e si struttura nelle modalità di adattamento e di comportamento del paziente. Attraverso due studi (Barkham Lutz, Lambert & Saxon 2017; Wampold & Brown, 2005) è stato, inoltre, dimostrato che la variabilità nei risultati è dovuta maggiormente al terapeuta rispetto alle tecniche di trattamento specifiche. Le caratteristiche del contesto relazionale che maggiormente influiscono nella

terapia sono: le abilità interpersonali, le capacità di coinvolgimento del terapeuta, calore e carisma (in alcuni casi). (Norcross & Lambert, 2018)

Per anni la ricerca in psicoterapia ha tentato solo ed esclusivamente di dimostrare l'efficacia dei metodi di trattamento e degli interventi tecnici, trascurando il fattore della relazione e delle abilità personali del terapeuta (Bergin, 1997). Infatti, è stata anche dimostrata l'estrema importanza della relazione, ma ancora non è stata sistematizzata alcuna guida *evidence-based* su quali comportamenti del terapeuta sono utili nel coltivare la relazione con il paziente. È importante che la ricerca costruisca delle linee guida pratiche e di trattamento che disegnino esplicitamente i comportamenti e le qualità del terapeuta che promuovono una relazione maggiormente efficace ed efficiente, poiché attualmente gli sforzi fatti per compensare questa lacuna sono stati incompleti e parzialmente fuorvianti (Dipartimento della Salute, 2001). La ricerca in psicoterapia dovrà comunque mantenere il rigore del metodo *evidence-based*, lasciando però maggiormente spazio alla valutazione affidabile della soggettività, più che dell'oggettività dell'esperienza terapeutica. (Norcross & Lambert, 2018)

Nella storia della ricerca in psicoterapia si possono individuare tre fasi (Kächele, 1992; Shapiro, 1990; Strupp & Howard, 1992):

- Prima fase → (1950-1970) l'attenzione era principalmente rivolta sul risultato della psicoterapia e, in particolare, l'obiettivo principale era quello di dimostrare il rigore scientifico della psicologia e dunque legittimarla socialmente.
- Seconda fase → (1960-1980) la ricerca inizia a focalizzarsi sul processo della terapia, volendo rispondere alla domanda "Cosa deve succedere nel corso di una terapia perché ci si possa aspettare un risultato positivo?", con la volontà di manualizzare le tecniche preferibili nel trattamento.
- Terza fase → (iniziata nel 1970) si vogliono approfondire i microprocessi terapeutici. In particolare, ci si concentra sull'alleanza terapeutica, sull'insight del paziente, sull'elaborazione dei risultati raggiunti in terapia e sull'identificazione del rapporto salute-malattia nel paziente.

In conclusione, è bene evidenziare quali sono state le principali conquiste della ricerca in psicoterapia: la psicoterapia è realmente efficace e comporta risultati positivi; la variabilità dei risultati delle terapie dipendono maggiormente dal terapeuta che dalle

tecniche specifiche utilizzate; esiste una relativa equivalenza tra i vari trattamenti specifici (di ogni approccio); sono stati documentati i possibili esiti negativi della terapia; in particolari diagnosi cliniche è maggiormente utile un utilizzo contemporaneo di psicofarmaci e terapia; è stata confermata la capacità della relazione terapeutica di modificare la personalità del paziente (Lambert & Bergin, 1992; Norcross & Lambert, 2018).

## **Capitolo II**

### **La relazione reale**

Dopo aver parlato generalmente della ricerca sul processo in psicoterapia e dell'importanza della relazione tra paziente e clinico, ci si vuole concentrare sul tema della relazione reale. Questo concetto è nato quasi contemporaneamente alla psicoanalisi. Il primo a parlarne, è stato Freud (Freud, 1919), il quale ha ammesso che nella coppia analista-paziente, oltre ad instaurarsi un rapporto di transfert, si crea anche una relazione amichevole tra i due. Poi questa intuizione è stata maggiormente discussa da Anna Freud (Freud, 1954), la quale riteneva fondamentale ricordare che, indipendentemente dal contesto terapeutico, paziente e analista sono esseri umani, di pari status, in una reale relazione tra loro. Di conseguenza, le rotture del rapporto terapeutico possono essere spiegate non solo dal transfert, ma anche dalle difficoltà che si possono creare quando due individui si relazionano. Il termine “reale” indica “realistico”: quando l'uno percepisce l'altro per come è e per come si comporta effettivamente. Al contrario, per quanto riguarda il transfert e il controtransfert, essi vanno a modificare la percezione che l'uno ha dell'altro. Infatti, nel transfert il paziente traspone inconsapevolmente, nella persona dell'analista, i suoi sentimenti provati nei confronti di una sua figura di riferimento durante l'infanzia. Mentre il controtransfert è costituito dalle sensazioni che il terapeuta percepisce in reazione al transfert del paziente (Bateman & Holmes, 1995; Freud, 1910; Gelso, Kivlighan, & Markin, 2018).

All'inizio il concetto di relazione reale è stato analizzato solo in ambito psicoanalitico, ma ora è considerato un costrutto trans-teorico; infatti, è applicato a tutti gli orientamenti teorici in psicoterapia (Budge & Wampold, 2012; Carter & Gelso, 1985, 1994; Gelso, 2009, 2011; Gelso & Silberberg, 2016).

Attualmente la relazione reale è definita come “la relazione personale tra terapeuta e paziente segnata dalla misura in cui ciascuno è genuino con l'altro e percepisce/sperimenta l'altro in modi che si addicono a lui” (Gelso, 2009, p. 119).

La relazione reale ha due componenti fondanti (Greenson, 1967): realismo, anche definito percezione realistica dell'altro, e la genuinità, che indica la trasparenza di un rapporto. Questi due aspetti sono strettamente collegati, poiché più due individui si esperiscono l'un l'altro, più sarà genuino il loro rapporto.

Si devono anche considerare altri due aspetti: la grandezza e la valenza. Il primo fa riferimento alla quantità con cui realismo e genuinità sono presenti nella relazione. L'altro invece indica se quella genuinità e quel realismo sono percepiti dai membri della coppia come più o meno positivi o negativi. Appare ovvio che la valenza positiva aumenti al crescere della grandezza, ma questo non è scontato. La combinazione di questi quattro fattori è definita "la forza della relazione reale", che è quella maggiormente misurata negli studi di ricerca (Gelso et al., 2018).

La relazione reale poiché comprende due personaggi dipende dal contributo di entrambi (Gelso et al., 2018). Il terapeuta contribuisce direttamente o indirettamente, volendo o no, attraverso l'auto-rivelazione di pensieri, sentimenti e informazioni personali. Inevitabilmente una persona rivela chi è, anche se cerca di non farlo, anche solo con l'abbigliamento, con il modo di parlare, di atteggiarsi, di curarsi esteticamente ecc... Così il paziente, si inizia a costruire mentalmente un'idea dell'altro (Gelso, 2014).

Il contributo del paziente nella relazione reale consiste nel suo entrare in contatto con le proprie esperienze interiori, con l'auto-esplorazione di sé e la conseguente comunicazione sia verbale che no, al terapeuta. In questo modo il paziente rivela chi è, quindi la sua genuinità. La relazione reale inizia a costruirsi fin dal primo contatto tra paziente e terapeuta, infatti entrambi sperimentano la personalità dell'altro, anche se spesso in misura diversa (Gelso, 2014).

La forza della relazione reale aumenta più la relazione terapeutica e l'alleanza terapeutica (anche definita alleanza di lavoro) si approfondiscono. Proprio per questo la relazione reale e l'alleanza terapeutica sono definiti concetti fratelli, ma comunque distinti perché il primo fa riferimento alla relazione che si costruisce tra i due esseri umani nella relazione terapeutica, mentre il secondo alla relazione che si costruisce tra paziente e clinico nei ruoli specifici che assumono nella terapia (Bordin, 1979). Inoltre, l'alleanza terapeutica comprende anche l'accordo tra paziente e clinico sugli obiettivi da raggiungere e sulle modalità per farlo. Ovviamente la componente del legame che si instaura tra clinico e

paziente fa anche parte della relazione reale, perché è una connessione dovuta sia da un motivo lavorativo sia da uno più umano. Perciò il rapporto che si va a costruire può presentare gradi diversi di alleanza di lavoro e relazione reale a seconda proprio del legame che si instaura. (Bordin, 1979)

È bene considerare che il concetto di relazione reale è strettamente correlato oltre che all'alleanza terapeutica anche al transfert del paziente e all'attaccamento del paziente al terapeuta. (Gelso et al., 2018)

### **Capitolo III**

#### **Impatto della relazione reale sulla psicoterapia**

Le ricerche sulla relazione reale sono recenti, nate solo nella prima metà degli anni Novanta del Novecento, perché precedentemente non vi erano misure affidabili da poter utilizzare. La prima misura della relazione reale è stata creata da Eugster e Wampold (1996), la quale è costituita da due scale composte da otto item ciascuna, che riguardano i contributi sia del paziente che del terapeuta nella relazione reale. Specificatamente, in una si va a valutare i sentimenti del paziente, la sua interazione con il terapeuta e la sua percezione dei sentimenti e degli atteggiamenti del clinico all'interno delle sedute. L'altra è strutturata nella stessa maniera, ma viene compilata dal terapeuta stesso e, per questo, riguarda le sue opinioni. Perciò questo strumento principalmente va a valutare la genuinità della relazione terapeutica, più che il realismo della stessa.

Successivamente a queste scale sono state utilizzate altre due misure, cioè la *Real Relationship Inventory–Therapist Version* (RRI-T) (Gelso, Kelley, Fuertes, Marmarosh, Holmes, Costa, & Hancock, 2005) e la *Real Relationship Inventory–Client Version* (RRI-C) (Kelley, Gelso, Fuertes, Marmarosh, & Lanier et al., 2010). La prima considera le percezioni che il terapeuta ha della relazione reale, mentre l'altra valuta le percezioni del paziente. In entrambi i casi si ottiene sia un punteggio totale, sia delle sub-scale, le quali riguardano realismo e genuinità, ma anche grandezza e valenza (i cui punteggi vengono combinati per produrre quello della forza della relazione reale). Successivamente sono state create le stesse scale ma in forma abbreviata con dodici item, di cui rispettivamente sei per la sub-scala del realismo e i restanti sei per quella della genuinità. Sia la versione abbreviata sia quella completa hanno mostrato una buona affidabilità e validità dal punto di vista psicometrico (Kivlighan, Kline, Gelso & Hill, 2017). La forma abbreviata è maggiormente utile se ci si vuole concentrare più sul punteggio totale e se è necessario che la somministrazione sia facile.

A partire da alcune analisi di casi clinici, Gelso et al. (2018) hanno sostenuto che la relazione reale si manifesta in tre livelli. Nel primo livello si esplica nelle interazioni tra paziente e terapeuta, ovvero nella continua percezione e comprensione reciproca, attraverso l'esplorazione dei conflitti interiori e del comportamento del paziente al di fuori della relazione (Gelso, 2011). Tuttavia, la relazione reale si realizza appieno quando viene

minata in alcuni suoi aspetti, quando si verificano transfert dirompenti e quando il paziente necessita del supporto che unicamente una solida relazione reale può dare. Nel secondo livello la relazione reale può manifestarsi nei comportamenti dei componenti della diade terapeutica, che riflettono realismo, genuinità e la loro rispettiva valenza. Nel terzo livello può mostrarsi in ogni singola comunicazione tra i partecipanti.

Il clinico può favorire la relazione reale attraverso l'autorivelazione di proprie sensazioni, sentimenti nei confronti del paziente e aspetti di sé stesso (Kasper, Hill, & Kivlighan, 2008). Ciò rende le sedute più coinvolgenti e cariche di significato, trasmettendo anche maggiore vicinanza e comprensione dell'altro. Inoltre, la condivisione della genuinità del terapeuta agevola la genuinità del paziente. L'autorivelazione può essere utile nel caso in cui il paziente abbia idealizzato il terapeuta, in modo tale da ridurre questa idealizzazione (Yalom, 2002).

Un altro fattore che rafforza la relazione reale è la capacità e la volontà del paziente di vedere la genuinità del terapeuta (il suo essere così come è) invece di vederlo nel modo distorto creato dal transfert. Quest'ultimo può comunque coesistere con la relazione reale, infatti sono due concetti che risultano moderatamente correlati (Gelso, 2014). Inoltre, la relazione reale è facilitata anche quando il paziente è capace di capire e di condividere ciò che sente e pensa, così da essere lui stesso genuino nella relazione; al contrario, la tendenza del paziente a nascondere sé stesso e ciò che sente porta a relazioni reali più deboli. Infatti, si è scoperto che un fattore che aumenta la forza della relazione è quello di avere uno stile di attaccamento sicuro in generale e in maniera specifica con il terapeuta (Moore & Gelso, 2011).

Più i partecipanti del rapporto terapeutico si conoscono andando avanti con le sedute, più tende ad aumentare la forza della relazione reale (Gelso, Kivlighan, Busa-Knepp, Spiegel, Ain, Hummel, & Markin, 2012; Kivlighan, Hill, Gelso & Baumann, 2016). Ciò può essere determinato da somiglianze tra paziente e terapeuta per quanto riguarda il loro carattere, modo di essere e di fare, ad esempio i loro interessi, le loro capacità di relazionarsi con gli altri, il senso dell'umorismo (Gelso & Silberberg, 2016).

Ci sono diverse tecniche che il terapeuta può mettere in atto per aumentare la forza della relazione reale:

- Il clinico deve essere capace di gestire le proprie emozioni controtransferali, vedendo il paziente per come è veramente e non con un'immagine distorta creata dal controtransfert e comportandosi con lui con genuinità, cosicché il paziente sarà incoraggiato a fare lo stesso. Inoltre, il terapeuta dovrebbe essere capace di comprendere sé stesso e i confini tra lui e il paziente (Gelso et al., 2018).
- Il clinico può manifestare maggiormente la propria genuinità al paziente per mezzo dell'auto-rivelazione (Ain, 2008; 2011), che può riguardare i propri sentimenti nei confronti del paziente durante le sedute; solitamente, ciò risulta essere di maggior beneficio al paziente che non al clinico stesso. Tuttavia, la genuinità del clinico può essere trasmessa anche senza l'auto-rivelazione diretta, purché si spieghi al paziente il motivo per il quale non si sta divulgando ciò che sente. Infatti, si può considerare anche questa una rivelazione, seppur a un livello diverso (Gelso et al., 2018).
- Il clinico deve essere coerente e costante. Ad esempio, anche il solo presentarsi in tempo per la seduta dimostra al paziente che si è una persona di cui fidarsi, una base solida che lo può aiutare e che si è interessati a lui, non solo come paziente, ma anche come persona. Questo è fondamentale soprattutto per i pazienti più fragili e vulnerabili. Con "essere coerenti" si intende la coincidenza tra comportamento verbale e non del terapeuta. Ciò fornisce credibilità alla relazione reale che il clinico sta costruendo con il paziente (Gelso et al., 2018).

Tre studi hanno indagato se è il contributo del terapeuta o del paziente sulla relazione reale a predire maggiormente il successo del trattamento terapeutico (Kivlighan, Baumann, Gelso & Hill, 2014; Kivlighan, Gelso, Ain, Hummel & Markin, 2015; Li, Kivlighan, Gelso & Hill, 2016). Da questi studi è emerso che il contributo che il terapeuta apporta alla relazione reale è maggiore rispetto al contributo del paziente. Infatti, quando i clinici mostravano una crescente forza della relazione reale, più si andava avanti con il trattamento, più i pazienti riportavano una maggiore diminuzione dei sintomi (Kivlighan et al., 2014). Inoltre, con terapeuti che in tutte le sessioni mostravano delle relazioni reali diadiche più forti, i pazienti riportavano di avere sessioni migliori, rispetto a coloro che avevano clinici con relazioni reali diadiche più deboli.

La prima metanalisi della letteratura sugli studi fatti sul tema della relazione reale è del 2018 (Gelso et al., 2018). In particolare, sono stati considerati gli studi che prendevano in considerazione la correlazione tra:

- La forza della relazione reale e l'esito del trattamento, considerando i dati pre e post test;
- La forza della relazione reale e il progresso del paziente durante il percorso terapeutico;
- La forza della relazione reale e la qualità della sessione o il suo esito.

Per quanto riguarda la valutazione della correlazione tra la forza della relazione reale e il cambiamento che il paziente presenta tra il pre e il post test in tutti gli studi considerati è stato utilizzato uno strumento psicometrico (nei vari studi sono stati utilizzati strumenti differenti, ma tutti per valutare la correlazione tra la forza della relazione reale e il cambiamento pre-post test del cliente) il quale veniva completato dai pazienti sia prima che dopo il trattamento terapeutico. Nella valutazione del progresso del paziente durante il percorso terapeutico si sono considerate le evoluzioni del paziente quasi sempre fino al termine del trattamento. Per misurare la qualità delle sessioni e il loro esito si è fatto riferimento alle percezioni dei pazienti. È stata dimostrata una correlazione positiva tra la relazione reale e il risultato della terapia in generale.

Dall'analisi degli studi presi in considerazione è emersa inoltre l'esistenza di una correlazione positiva e significativa tra la relazione reale e il progresso della psicoterapia, ma anche tra la relazione reale e la qualità della sessione e tra la relazione reale e l'esito pre-post test. Perciò, più è forte la relazione reale più ci saranno benefici nel percorso terapeutico del paziente in generale. (Gelso et al., 2018)

Dagli studi inclusi nella metanalisi si sa poco su come le diversità quali la razza, l'orientamento sessuale e l'etnia possano influenzare la relazione reale. È emerso che maggiore è l'orientamento multiculturale dei terapeuti nella percezione dei pazienti, maggiore sarà anche la forza della relazione reale tra i due (Owen, Tao, Leach, & Rodolfa, 2011). Inoltre, si è visto come alcuni terapeuti hanno relazioni reali e alleanze terapeutiche più forti con pazienti di minoranze razziali ed altri, al contrario, con clienti della stessa etnia o razza; ciò indipendentemente dalla razza dei clinici (Morales, Keum, Kivlighan,

Hill, & Gelso, 2018). Non sono stati fatti ancora studi su come il genere del terapeuta possa influire sulla relazione reale.

## **Capitolo IV**

### **Recenti studi sulla relazione reale**

La ricerca sul tema della relazione reale è evoluta con il tempo e dal 2019 si è concentrata sulle seguenti tematiche di cui questo capitolo vuole trattare:

- relazione reale e alleanza di lavoro come concetti fratelli;
- le modalità con cui lo stile di attaccamento influisce sulla relazione reale;
- come l'autorivelazione da parte del clinico modula la relazione reale;
- la forza della relazione reale può dipendere dalla somiglianza delle personalità tra il paziente e il terapeuta.

#### **1. Rapporto tra l'alleanza di lavoro e la relazione reale.**

Come è stato già affermato nel secondo capitolo, il concetto di relazione reale è particolarmente correlato a quello dell'alleanza di lavoro, tanto da essere considerati concetti fratelli (Gelso, 2014). In un certo senso la relazione reale può essere vista come quel legame emotivo che si va a creare tra paziente e terapeuta come persone, che trascende dalla connessione transferale tipica del rapporto tra cliente e clinico, che, invece, definisce l'alleanza di lavoro (Bordin, 1979). È bene comunque distinguere questi due concetti, anche se sono interconnessi, perché sono distinti nel contributo che danno al processo e al risultato del trattamento (Bhatia & Gelso, 2018; Gelso, 2014). Esistono due tipologie di legame emotivo che si creano nella relazione diadica terapeutica: il legame di lavoro e il legame tra i due individui. Il primo è una componente dell'alleanza terapeutica e indica la connessione lavorativa che si crea tra terapeuta e paziente come soggetti inseriti nel contesto specifico del trattamento; il cliente si affida al clinico avendo fiducia in lui, credendo che lo possa aiutare a risolvere i suoi problemi e che riesca a capire ciò che prova; allo stesso tempo, il terapeuta è motivato ad aiutarlo. Invece, per quanto riguarda il legame personale nasce dall'incontro di due persone, dove ciascuno apprezza e rispetta l'altro. (Gelso & Kline, 2019)

L'alleanza terapeutica e la relazione reale emergono contemporaneamente, collaborano e ognuna alimenta l'altra. Infatti, il paziente è maggiormente motivato nel lavoro di terapia quando entra in contatto con il terapeuta e, allo stesso tempo, lavorare bene insieme

aumenta la connessione personale. Ciò è fondamentale perché insieme possono limitare i possibili effetti dei transfert negativi che possono compromettere il percorso terapeutico del paziente (Gelso, Hill, Mohr, Rochlen, & Zack, 1999).

Può accadere che i terapeuti abbiano difficoltà a connettersi e a legare con i propri pazienti. Ciò può essere dovuto a due ragioni:

- Debole connessione personale, o flebile apprezzamento per la persona dell'altro;
- Difficoltà ad aiutare il paziente o errori in alcune tecniche terapeutiche.

Di conseguenza, un legame debole può dipendere o da difficoltà nella relazione reale o nell'alleanza terapeutica. Sia la relazione reale, sia l'alleanza terapeutica possono variare nel corso della terapia: possono esserci dei miglioramenti o peggioramenti o la situazione può rimanere invariata. Raramente la relazione reale tra paziente e terapeuta è forte sin dal primo incontro, però l'alleanza terapeutica può essere più solida. Inoltre, la relazione reale può anche non rafforzarsi mai, ma la terapia può avere comunque successo grazie ad una buona alleanza di lavoro. Tuttavia, si avrà un *outcome* migliore se sia la relazione reale, sia l'alleanza di lavoro sono solidi (Kivlighan et al., 2017). Se paziente e terapeuta hanno caratteri, interessi, modi di fare e di pensare molto differenti è possibile che non si crei un buon legame emotivo/umano tra i due, perciò il clinico può far fatica ad empatizzare con il cliente. Di conseguenza, il paziente può ricevere meno motivazione alla terapia rispetto a quando si crea una buona relazione reale e può dubitare maggiormente, soprattutto all'inizio, che il terapeuta possa effettivamente aiutarlo. Un'altra conseguenza è che entrambi possono essere trattenuti nel mostrare il loro vero sé, temendo che l'altro non possa capirli. Nonostante tutto, la terapia può comunque essere efficace se la carente relazione reale è compensata da una buona alleanza di lavoro. (Gelso & Kline, 2019)

Nella situazione contraria, cioè quando c'è una buona relazione reale ma una bassa alleanza di lavoro, difficilmente si può creare un buon percorso terapeutico.

Per quanto riguarda le percezioni dei pazienti, alcuni hanno valutato la qualità di seduta più alta quando l'alleanza terapeutica era maggiore della relazione reale e altri, invece, hanno riscontrato una qualità delle sedute maggiore nella situazione opposta (Kivlighan et al., 2017). È necessario tenere in considerazione le caratteristiche specifiche del

paziente (come sintomatologia e tipologia di attaccamento del cliente), se si vuole valutare il grado di importanza che egli esperisce nell'alleanza di lavoro rispetto alla relazione reale (Kivlighan et al., 2017).

Come abbiamo già detto precedentemente l'alleanza e la relazione reale possono presentare dei peggioramenti, essi vengono chiamati "rottture", che sono dei deterioramenti dell'alleanza terapeutica o della relazione, a causa di un disaccordo tra paziente e terapeuta sugli obiettivi della terapia, o per una mancanza di collaborazione o per una tensione sul legame emotivo (Eubanks, Muran, & Safran, 2018). Queste rottture hanno effetti diversi se si riferiscono all'alleanza terapeutica o alla relazione reale. Le rottture dell'alleanza possono portare a effetti positivi sulla terapia, se il terapeuta è in grado di ripararle; per fare ciò deve essere sensibile al verificarsi delle rottture, deve indagare il tema della rottura, deve esplorare i sentimenti del paziente intorno alla rottura e cercare di compensare ai suoi errori (Gelso, 2019). Per quanto riguarda la relazione reale, le rottture non sono così facilmente riparabili, anzi è molto probabile che danneggino irreparabilmente il rapporto terapeutico e il trattamento. Ciò può essere spiegato dal fatto che la rottura della relazione reale può essere vista come un fallimento del clinico di dimostrare cura, affetto, empatia al paziente proprio quando ne ha più bisogno e, di conseguenza, il paziente proverà sofferenza emotiva in risposta al comportamento del clinico (Couch, 1999). Dato che la relazione reale coinvolge i due individui in maniera totalmente personale, una sua rottura provocherà un dolore maggiore nel paziente rispetto a quando si tratta di errori professionali (Greenson, 1978). È bene che il terapeuta affronti le rottture, che siano dell'alleanza o della relazione reale, perché entrambe possono ostacolare, danneggiare o addirittura distruggere (nel caso della relazione) il lavoro terapeutico (Gelso, 2019; Safran & Muran, 2000).

## **2. Come lo stile di attaccamento influisce sulla relazione reale.**

Il concetto di attaccamento è stato definito da Bowlby (1969) come "la connessione psicologica duratura tra gli esseri umani" (p. 194). I primi legami interpersonali di ogni bambino con le figure di riferimento secondo Bowlby segnano lo sviluppo psicologico dell'individuo e come si rapporterà con gli altri. In terapia sarebbe ottimale che il paziente e il clinico abbiano una tipologia di attaccamento sicura, la quale permette loro di avere relazioni durature e significative. Questo perché la tipologia di attaccamento sia del

paziente sia del terapeuta può ostacolare o facilitare il corso del trattamento (Frias, Shaver & Mikulincer, 2014). L'attaccamento del cliente è stato associato alla modalità con cui egli percepisce, interpreta le informazioni e regola il suo comportamento in terapia (Mallinckrodt, Gantt, Coble, & Robbins, 1995). I pazienti che hanno un attaccamento sicuro con il terapeuta sono più propensi all'auto-esplorazione (Romano, Fitzpatrick e Janzen, 2008), inoltre hanno una visione maggiormente positiva di sé stessi e degli altri e tendono a percepire i terapeuti come reattivi e accettanti (Janzen, Fitzpatrick & Drapeau, 2008). Perciò una tipologia di attaccamento insicuro può limitare il coinvolgimento del paziente e contribuire alla distorsione della percezione che il cliente ha del terapeuta.

Le due dimensioni principali dell'attaccamento sono l'ansia e l'evitamento. La prima indica una maggiore sensibilità ai segnali di rifiuto e di abbandono. La seconda si riferisce alla difficoltà nel fidarsi e fare affidamento sugli altri e ciò può portare all'allontanamento e al conseguente ritiro (Brennan, Clark, & Shaver, 1998). Se una persona ha sia una forte ansia d'attaccamento sia un forte evitamento, avrà difficoltà nel relazionarsi con gli altri e, perciò, in terapia avrà problemi nel creare una buona relazione con il terapeuta. Infatti, per entrambi i membri della diade sarà difficile essere genuini con l'altro e percepire l'altro per come è veramente (Gelso, 2011). L'ansia d'attaccamento e l'evitamento sia dei terapeuti che dei pazienti risultano essere associati negativamente, in maniera significativa, alla valutazione dei terapeuti sulla relazione reale e sui progressi nel trattamento (Fuertes, Moore, & Ganley, 2019). Di conseguenza se il paziente e il terapeuta hanno uno stile di attaccamento sicuro più facilmente avranno una forte relazione reale e ci sarà un *outcome* migliore nella terapia (Janzen et al., 2008; Mallinckrodt & Jeong, 2015; Mallinckrodt, Porter & Kivlighan, 2005; Romano et al., 2008). È stato dimostrato che quando i terapeuti presentano alti livelli di ansia e di evitamento, i pazienti non percepiscono necessariamente una relazione reale debole o un peggiore andamento della terapia (Fuertes et al., 2019). Ciò può essere spiegato dal fatto che i clinici sono stati in grado di mascherare i loro sentimenti o le loro reazioni, per poter portare il meglio di sé in terapia (Fuertes et al., 2019).

### **3. Effetti dell'auto-rivelazione del clinico sulla relazione reale.**

Con auto-rivelazione del terapeuta si intende la condivisione verbale intenzionale dei suoi pensieri, atteggiamenti, esperienze, interessi, altre informazioni su sé stesso e della

percezione che ha sui pensieri del cliente, al paziente stesso (Farber, 2006; Lane, Farber, & Geller, 2001; Hill, 2001; Saypol & Farber, 2010; Ziv-Beiman, 2013). L'uso dell'auto-rivelazione come strumento terapeutico è una scelta individuale del clinico (Farber, 2006; Lane et al., 2001). Questa tecnica si usa per rafforzare la relazione terapeutica, normalizzare l'esperienza del cliente e fornire allo stesso modi di pensare differenti (Faber, 2006; Hill & Knox, 2002). L'autorivelazione è correlata positivamente con una buona valutazione, da parte dei pazienti, della relazione reale e dei progressi nel trattamento (Ain, 2011). La rivelazione del sé da parte del terapeuta promuove l'auto-esplorazione del paziente e favorisce la percezione che quest'ultimo ha del terapeuta come umano e autentico (Henretty & Levitt, 2010). Conseguentemente ci sarà una relazione reale più forte, sia nella valutazione del cliente sia in quella del clinico (Ziv-Beiman, 2013). Nonostante tutto ciò, la rivelazione non è consigliata quando vi è un'alta ansia o evitamento nello stile di attaccamento o del paziente o del terapeuta (Brennan et al., 1998).

Nello studio di Fuyertes et al. (2019) è stato però riscontrato un risultato contrastante rispetto a ciò che è stato detto precedentemente da Ain (2011); infatti, non è stata rilevata alcuna correlazione significativa tra l'uso dell'auto-rivelazione da parte del clinico e la valutazione sia dello stesso, sia del paziente, della relazione reale. È stata data una spiegazione a questa incongruenza: nello studio di Fuyertes et al. (2019) sono state valutate le auto-rivelazioni del terapeuta solo su informazioni e atteggiamenti personali, mentre in Ain (2011) probabilmente sono state misurate altri tipi di rivelazioni, come le rivelazioni sulla relazione con il paziente o sulle reazioni contro-transferali. Quest'ultime potrebbero essere maggiormente salienti nell'influenzare le valutazioni, dei clienti e dei clinici, della relazione reale.

#### **4. Paziente e terapeuta con caratteristiche di personalità simili avranno una relazione reale più forte?**

In generale, nella vita di tutti i giorni, ogni individuo si circonda di altri che sono simili a lui (McPherson, Smith-Lovin, & Cook, 2001), con la finalità di creare relazioni stabili, sicure e soddisfacenti (Bahns, Crandall, Gillath, & Preacher, 2017). Quando due persone hanno caratteristiche di personalità simili tra loro si crea una maggiore simpatia e soddisfazione nelle coppie (Gerlach, Driebe, & Reinhard, 2018), tra amici, tra conoscenti

(Bahns et al., 2017) e tra lavoratori e i loro dirigenti (Zhang, Wang & Shi, 2012). Queste conseguenze della somiglianza si attivano sia quando questa esiste effettivamente, sia quando i membri della relazione credono che ci sia. La somiglianza di personalità percepita tra due individui è un maggiore predittore di attrazione e soddisfazione rispetto all'effettiva somiglianza (Montoya, Horton, & Kirchner, 2008).

Per quanto riguarda l'ambiente terapeutico, più è alta la somiglianza di personalità tra terapeuta e cliente più sarà alta la forza della relazione reale (Gelso, 2011, 2019; Gelso & Silberberg, 2016). I pazienti generalmente preferiscono un terapeuta con caratteristiche di personalità, definite in base al Big Five, percepite come simili alle proprie (Anestis et al., 2020). Le percezioni dei clienti della personalità del loro clinico e, quindi, anche del grado di somiglianza e della forza della relazione reale tra loro, possono essere modificate dal comportamento verbale del terapeuta (esempio l'auto-rivelazione), da quello non verbale (come i gesti) e da altri fattori come l'abbigliamento, l'arredamento dello studio ecc... (Gelso & Silberberg, 2016).

Se terapeuta e paziente percepiscono di avere caratteristiche di personalità simili tra loro, accadrà che i clienti si sentiranno maggiormente connessi ai loro clinici a livello personale e di conseguenza percepiscano una relazione reale più forte (Gelso & Silberberg, 2016).

I pazienti che percepiscono una maggiore somiglianza con i loro terapeuti a livelli elevati di coscienziosità e apertura all'esperienza, riportano relazioni reali più forti e, allo stesso tempo, la relazione reale è più debole quando la somiglianza percepita è a livelli più bassi di questi tratti (Pérez-Rojas, Bhatia, & Kivlighan, 2021). È stato dimostrato che grazie all'alto livello di coscienziosità entrambi i membri della diade sono maggiormente coinvolti e impegnati nel lavoro terapeutico, portando così anche a maggiori successi nel trattamento (Pérez-Rojas et al., 2021; Tryon & Winograd, 2001). Per quanto riguarda l'apertura, poiché essa rappresenta l'intuizione e l'intelletto, le diadi percepite dai clienti come simili a livelli molto alti di questo tratto tendono ad interagire in modo più intellettualizzato, ciò porta ad una condivisione non ottimale e completamente veritiera di idee ed emozioni (Caspian et al., 2005; Vaillant, 1992), perciò un outcome migliore in terapia è presente a livelli di apertura condivisi non estremamente alti.

Inoltre, la relazione reale risulta più forte quando vi è una somiglianza percepita di bassi livelli di nevroticismo e la relazione reale risulta debole quando la somiglianza riguarda alti livelli di nevroticismo.

Quindi, la relazione reale è favorita quando il paziente percepisce il terapeuta come simile a lui, che condivide interessi comuni, che ha lo stesso modo di vedere il mondo, proprio perché il cliente quando ci sono similitudini di personalità di questo tipo riuscirà più facilmente ad essere genuino e realistico nella diade terapeutica (Pérez-Rojas et al., 2021).

Quando la somiglianza percepita tra terapeuta e paziente riguarda livelli moderati di estroversione si riscontra una relazione reale più forte, che si indebolisce più il livello di estroversione condiviso diventa estremo. Infatti, alti livelli di estroversione possono essere interpretati come prepotenza, tendenza al potere e al controllo (Caspi et al, 2005), caratteristiche che tendono ad ostacolare una relazione tra due individui. Per quanto riguarda la gradevolezza, i membri della diade terapeutica sperimentano una forte relazione reale se si somigliano o ad alti o a bassi livelli del tratto (agli estremi). (Pérez-Rojas et al., 2021)

Nonostante la relazione reale sia parzialmente sovrapposta con l'alleanza di lavoro (Gelso, 2019), la somiglianza tra il paziente e il terapeuta nelle caratteristiche di personalità è correlata al legame relazionale che si costruisce, ma non all'accordo tra i due sui compiti e gli obiettivi della terapia (Taber, Leibert, & Agaskar, 2011).

## Capitolo V

### Discussione

Si è evoluto trattare il tema della relazione reale, applicando una revisione della letteratura sul tema, con l'obiettivo di ampliare le conoscenze teoriche su questo microprocesso, che appartiene al percorso psicoterapeutico. Infatti, come si è specificato nel primo capitolo, per migliorare le tecniche psicoterapeutiche e l'efficacia della terapia stessa è bene approfondire con la ricerca i singoli componenti della terapia. In particolare, la ricerca sulla relazione reale aiuta i terapeuti ad usare tecniche sempre più efficaci per relazionarsi con il paziente, proprio perché la relazione reale è una delle due componenti fondanti del rapporto che si va a creare tra paziente e terapeuta. Migliorare le modalità relazionali che si vanno a creare nel contesto terapeutico permette una maggiore riuscita del trattamento, quindi una certa risoluzione dei conflitti del paziente, delle sue difficoltà e anche un cambiamento dei pattern disfunzionali di pensiero e comportamento dello stesso.

Quindi, per raggiungere tale scopo, all'inizio, nel primo capitolo, ci si è soffermati su come si è evoluta la ricerca in psicoterapia, sul perché è nata e da quali branche è costituita.

Nel secondo capitolo è stato definito il concetto di relazione reale, specificando anche le sue componenti (genuinità, realismo, grandezza e valenza). Inoltre, è stato riportato che è un concetto altamente correlato con l'alleanza terapeutica; infatti, sono definiti "concetti fratelli" e sono state approfondite le caratteristiche che li uniscono e quelle che li distinguono.

Nel terzo capitolo si è parlato di alcune misure psicometriche che sono state create per misurare la relazione reale percepita dal paziente e dal clinico, in modo tale da rendere la ricerca sul tema *evidence-based*. In seguito, si è trattato delle condizioni che possono favorire la relazione reale, che sono: l'autorivelazione da parte del terapeuta, la capacità e la volontà del paziente di cogliere la genuinità del clinico oltrepassando il transfert, la capacità del cliente di condividere il proprio mondo interno (quindi essere genuino), una tipologia di attaccamento sicura sia del paziente che del terapeuta, le possibili somiglianze caratteriali e di personalità tra i due, la capacità del clinico di gestire il controtransfert non facendosi influenzare da esso e l'abilità del terapeuta nell'essere coerente e costante nel

percorso con il cliente (Gelso et al., 2018). Poi, sono stati riportati i risultati dello studio correlazionale di Gelso et al. (2018), che hanno dimostrato che con un'alta forza della relazione reale sono presenti un miglior esito del trattamento, maggiori progressi del paziente nel corso delle sedute e valutazioni più alte delle qualità delle sedute.

Infine, nel quarto capitolo si è trattato in maniera specifica del rapporto che vi è tra alleanza terapeutica e relazione reale, parlando di come eventuali rotture delle stesse possono influire sul rapporto terapeutico e dello squilibrio che può verificarsi quando una è più forte dell'altra. È emerso che le rotture della relazione reale sono più dannose per il rapporto terapeutico rispetto a quelle dell'alleanza di lavoro, poiché coinvolgono i due individui come persone e non come i personaggi del setting terapeutico, mentre le rotture dell'alleanza se risolte risultano essere proficue e segnano spesso punti di svolta del trattamento (Gelso et al., 2019). È stato anche dimostrato che ci sarà un rapporto terapeutico più forte e proficuo se sia la forza della relazione reale, sia l'alleanza di lavoro risultano buone. Nel caso in cui la relazione reale risulta carente e l'alleanza terapeutica forte, allora la terapia può avere comunque successo anche se possono esserci maggiori difficoltà tra i due nel capirsi e nel comunicare; nel caso contrario è più complicato creare un buon percorso terapeutico (Gelso et al., 2019). Si è anche trattato del fatto che lo stile di attaccamento dei membri della diade influisce sulla relazione reale che si costruisce; infatti, l'ansia d'attaccamento e l'evitamento sia dei terapeuti che dei pazienti sono associati negativamente, in maniera significativa, alla valutazione dei terapeuti sulla relazione reale e sui progressi nel trattamento (Fuertes et al., 2019). Conseguentemente, ci si è concentrati sull'autorivelazione del terapeuta, che si è dimostrata una buona tecnica che permette un aumento della forza della relazione reale. Nonostante ciò, sono emersi risultati contrastanti tra lo studio di Ain (2011) e quello di Fuertes et al. (2019). Ciò è stato spiegato dal fatto che le rivelazioni del terapeuta su ciò che sente nella relazione con il paziente e sulle sue reazioni contro-transferali sembrano essere maggiormente salienti nell'influenzare la valutazione dei due protagonisti della relazione reale, rispetto alle rivelazioni del clinico su alcuni suoi aspetti personali. Infine, è stato preso in esame il fatto che pazienti e terapeuti che hanno caratteristiche di personalità simili riportano una relazione reale più forte (Pérez-Rojas et al., 2021). In particolare, si vanno ad analizzare le caratteristiche di personalità specifiche condivise da paziente e terapeuta che possono

agevolare la crescita della relazione reale, prendendo come riferimento il modello teorico *Big Five* (Pérez-Rojas et al., 2021).

## **Capitolo VI**

### **Limitazioni dello studio e possibili evoluzioni**

Questo studio ha alcuni limiti, che dipendono dalle limitazioni stesse dei singoli articoli scientifici usati come fonti. In generale, i campioni delle ricerche prese come riferimento non rappresentano la popolazione nella sua totalità (spesso il campione consisteva principalmente di clienti bianchi, cisgender e istruiti, il che può limitare la generalizzabilità dei risultati) e non hanno una numerosità particolarmente elevata. Ad esempio, nello studio sull'attaccamento e sull'autorivelazione di Fuertes et al. (2019) ogni clinico che ha partecipato allo studio ha cercato di selezionare un proprio paziente con il quale aveva già iniziato una terapia e, anche se non intenzionalmente, potrebbe aver scelto un paziente con un accentuato alto funzionamento, ritenendo che potesse completare il sondaggio e fornire opinioni lusinghiere del trattamento. Ciò implica che la maggior parte dei partecipanti potrebbe aver avuto un alto funzionamento e per questo la popolazione dei clienti che portano avanti una psicoterapia non verrebbe rappresentata a pieno.

Un'altra limitazione consiste nel fatto che tutti gli studi presi in causa sono delle ricerche correlazionali, quindi indicano solo associazioni statisticamente significative, ma non la causalità.

Inoltre, per quanto riguarda le ricerche che si sono basate sulla valutazione della percezione dei clienti sulla relazione reale con il proprio terapeuta, esse possono essere segnate dal fatto che i pazienti potrebbero aver risposto alle domande dei questionari influenzati dal bias di desiderabilità sociale e dalla necessità di compiacere il terapeuta o il ricercatore.

Nonostante questi problemi, nel presente studio sono stati riportati soltanto studi con risultati staticamente significativi e con una buona validità e affidabilità psicométrica.

Un altro limite consiste nel fatto che non è stato preso in considerazione come le diversità etniche, razziali o di orientamento sessuale possano influenzare la creazione e lo sviluppo della relazione reale tra cliente e clinico. Inoltre, non ci sono ricerche su come il genere della persona, sia del paziente che del terapeuta, possa influire sulla relazione reale e se ci sono effettivamente delle diversità. Infatti, sarebbe necessario che la ricerca portasse avanti questi temi.

Non ci sono ricerche approfondite, fino ad oggi, su quali tecniche usare per aumentare la relazione reale con clienti con specifici disturbi e se ci sono delle differenze significative di tecniche più efficaci con alcuni pazienti rispetto ad altri; quindi, questo è un tema che dovrebbe essere portato avanti con ulteriori studi.

È bene che la ricerca esplori il possibile ruolo delle differenti manifestazioni dell'autorivelazione del terapeuta nella relazione reale con il paziente. Evidenziando se ci sono delle differenze nel caso in cui si tratta di un'autorivelazione verbale o no, se è personale (riguardante il terapeuta) o interpersonale (che fa riferimento a entrambi i membri della diade), se ci sono delle diversità nelle tempistiche in cui questa autorivelazione viene fatta o nella qualità della stessa. (Fuertes et al., 2019)

Un'altra possibile ricerca riguarda l'identificare i possibili fattori che possono creare le fluttuazioni della forza della relazione reale in terapia.

Gli studi futuri potrebbero esaminare gli effetti di alcune tecniche usate dai terapeuti per aumentare la relazione reale e confrontarli con gli effetti della somiglianza di personalità tra i due individui nella relazione reale. Inoltre, la ricerca potrebbe indagare se è possibile indurre la percezione di somiglianza di personalità nel paziente, così da aumentare conseguentemente la forza della relazione reale. (Pérez-Rojas et al., 2021)

Infine, sarebbe proficuo per i vari percorsi psicoterapici di ogni paziente, che ogni clinico sia ben formato e preparato nella capacità di sviluppare una buona relazione reale. Dovrebbero essere ben addestrati nel promuovere la genuinità e il realismo sia per sé stessi che per i loro pazienti. In modo tale da riuscire a rendere il trattamento il più efficace e risolutorio possibile per il cliente stesso.

## Bibliografia

- Ain, S. C. (2008). Chipping away at the blank screen: Therapist selfdisclosure and the real relationship (Unpublished doctoral dissertation). University of Maryland, College Park, MD.
- Ain, S. C. (2011). The Real Relationship, Therapist Self-Disclosure, and Treatment Progress: A Study of Psychotherapy Dyads. (Unpublished doctoral dissertation). University of Maryland, College Park.
- Anestis, J. C., Rodriguez, T. R., Preston, O. C., Harrop, T. M., Arnau, R. C., & Finn, J. A. (2020). Personality assessment and psychotherapy preferences: Congruence between client personality and therapist personality preferences. *Journal of Personality Assessment*. Advance online publication.
- Bahns, A. J., Crandall, C. S., Gillath, O., & Preacher, K. J. (2017). Similarity in relationships as niche construction: Choice, stability, and influence within dyads in a free choice environment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 112(2), 329–355.
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability.
- Bateman, A. & Holmes, J. (1995). *Introduction to psychoanalysis*. Routledge.
- Bergin, A. E. (1997). Neglect of the therapist and the human dimensions of change: A commentary.
- Bhatia, A., & Gelso, C. J. (2018). Therapists' perspective on the therapeutic relationship: Examining a tripartite model. *Counseling Psychology Quarterly*, 31(3), 271-293.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1*. New York, NY: Basic Books.

- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York, NY: Guilford Press.
- Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 453–484.
- Couch, A. S. (1999). Therapeutic functions of the real relationship in psychoanalysis. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 54, 131-168.
- Dazzi, N. (2006), *Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia*. Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A., *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina Editore.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (2006). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*.
- Department of Health. (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counseling*. London, United Kingdom: Department of Health Publications.
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508- 519.
- Eugster, S. L., & Wampold, B. E. (1996). Systematic effects of participant role on evaluation of the psychotherapy session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1020 –1028.
- Farber, B. A. (2006). *Self-Disclosure in psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Freud, A. (1954). The widening scope of indications for psychoanalysis; discussion. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 607– 620.
- Freud, S. (1910). Le prospettive future della terapia psicoanalitica. *Opere*, 6, 200-201.
- Freud, S. (1919). Lines of advance in psychoanalytic therapy. In J. Strachy (Ed.), *Standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (pp. 157–168). London, United Kingdom: Hogarth Press.

- Frias, M. T., Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2014). Measures of adult attachment and related constructs. In G. J. Boyle, & D. H. Saklofske (Eds.), *Measures of personality and social psychological constructs* (pp. 417–447). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Fuertes, J. N., Moore, M., & Ganley, J. (2019). Therapists' and clients' ratings of real relationship, attachment, therapist self-disclosure, and treatment progress. *Psychotherapy Research, 29*(5), 594-606.
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy research, 24*(2), 117-131.
- Gelso, C. J. (2009). The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations. *Psychotherapy Research, 19*(3), 253-264.
- Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*. American Psychological Association.
- Gelso, C. J. (2019). *The therapeutic relationship in psychotherapy practice: An integrative perspective*. London: Routledge.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The counseling psychologist, 13*(2), 155-243.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of counseling psychology, 41*(3), 296.
- Gelso, C. J., & Kline, K. V. (2019). The sister concepts of the working alliance and the real relationship: on their development, rupture, and repair. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome, 22*(2).
- Gelso, C. J., & Silberberg, A. (2016). Strengthening the real relationship: What is a psychotherapist to do? *Practice Innovations, 1*(3), 154–163.
- Gelso, C. J., Hill, C. E., Mohr, J. J., Rochlen, A. B., & Zack, J. (1999). Describing the face of transference: Psychodynamic therapists' recollections about transference

- in cases of successful long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 46(2), 257.
- Gelso, C. J., Kelley, F. A., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., Holmes, S. E., Costa, C., & Hancock, G. R. (2005). Measuring the real relationship in psychotherapy: Initial validation of the therapist form. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 640 – 649.
- Gelso, C. J., Kivlighan Jr, D. M., & Markin, R. D. (2018). The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 434.
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., Busa-Knepp, J., Spiegel, E. B., Ain, S., Hummel, A. M.,... Markin, R. D. (2012). The unfolding of the real relationship and the outcome of brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 495–506.
- Gerlach, T. M., Driebe, J. C., & Reinhard, S. K. (2018). Personality and romantic relationship satisfaction. In V. Zeigler-Hill & T. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of personality and individual differences* (pp. 1–8). Springer.
- Greenson, R. R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis* New York: Int.
- Greenson, R. R. (1978). *Explorations in psychoanalysis*. New York, NY: International Universities Press.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors?. *Professional psychology: Research and practice*, 21(5), 372.
- Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist selfdisclosure in psychotherapy; A qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30, 63–77.
- Hill, C. E. (2001). *Helping skills: The empirical foundation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2002). Self-disclosure. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 255–265). New York, NY: Oxford University Press.

- Janzen, J., Fitzpatrick, M., & Drapeau, M. (2008). Processes involved in client-nominated relationship building incidents: Client attachment, attachment to therapist, and session impact. *Psychotherapy Theory: Research, Practice, & Training*, 45, 377–390.
- Kächele, H. (1992). Research in psychoanalytic therapy 1930-1990. *Psyche*, 46(3), 259–285.
- Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. *The American Journal of Psychiatry*.
- Kasper, L. B., Hill, C. E., & Kivlighan, D. M., Jr. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study I. *Psychotherapy*, 45, 281–297.
- Kelley, F. A., Gelso, C. J., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., & Lanier, S. H. (2010). The real relationship inventory: Development and psychometric investigation of the client form. *Psychotherapy*, 47, 540–553.
- Kivlighan, D. M., Gelso, C. J., Ain, S., Hummel, A. M., & Markin, R. D. (2015). The therapist, the client, and the real relationship: An actor–partner interdependence analysis of treatment outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 314–320.
- Kivlighan, D. M., Hill, C. E., Gelso, C. J., & Baumann, E. (2016). Working alliance, real relationship, session quality, and client improvement in psychodynamic psychotherapy: A longitudinal actor partner interdependence model. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 149–161
- Kivlighan, D. M., Jr., Baumann, E. C., Gelso, C. J., & Hill, C. E. (2014). Symptom change and between therapist and within therapist variability in third session intercepts and linear change slopes for longitudinal ratings of alliance and real relationship. Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Copenhagen, Denmark.
- Kivlighan, D. M., Kline, K. V., Gelso, C. J., & Hill, C. E. (2017). Congruence and discrepancy between working alliance and real relationship: Variance decomposition and response surface analyses. *Journal of Counseling Psychology*, 64(4), 394-409.

- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research.
- Lane, J., Farber, B., & Geller, J. (2001, June). What Therapists Do and Do Not Disclose to their Patients. Paper presented at the International Conference of the Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.
- Li, X., Kivlighan, D. M., Jr., Gelso, C. J., & Hill, C. E. (2016, November). Longitudinal relationships among the real relationship, working alliance and session outcome: A common fate model. Symposium paper presented at 2016 North American Society of Psychotherapy Research Conference, Berkeley, CA
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., ... & Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well--mostly.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., Coble, H. M., & Robbins, S. B. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the client attachment to therapist scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 307.
- Mallinckrodt, B., Jeong, J. (2015). Meta-analysis of client attachment to therapist: Associations with working alliance and client pretherapy attachment. *Psychotherapy*, 52, 134–139.
- Mallinckrodt, B., Porter, M., & Kivlighan, D. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 85–100.
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Cook, J. M. (2001). Birds of a feather: Homophily in social networks. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 415–444.
- Migone, P. (2006), *Breve storia della ricerca in psicoterapia*. Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A., *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina Editore.
- Montoya, M. R., Horton, R. S., & Kirchner, J. (2008). Is actual similarity necessary for attraction? A meta-analysis of actual and perceived similarity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 25(6), 889–92.

- Moore, S. R., & Gelso, C. J. (2011). Recollections of a secure base in psychotherapy: Considerations of the real relationship. *Psychotherapy, 48*, 368–373
- Morales, K. S., Keum, B. T., Kivlighan, D. M., Jr., Hill, C. E., & Gelso, C. J. (2018). Therapist effects due to client racial/ethnic status when examining linear growth for client-and therapist-rated working alliance and real relationship. *Psychotherapy, 55*, 9–19.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy, 55*(4), 303.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 5*, 307-389.
- Owen, J. J., Tao, K., Leach, M. M., & Rodolfa, E. (2011). Clients' perceptions of their psychotherapists' multicultural orientation. *Psychotherapy, 48*, 274–282.
- Pérez-Rojas, A. E., Bhatia, A., & Kivlighan III, D. M. (2021). Do birds of a feather flock together? Clients' perceived personality similarity, real relationship, and treatment progress. *Psychotherapy*.
- Romano, V., Fitzpatrick, M., & Janzen, J. (2008). The secure-base hypothesis: Global attachment, attachment to counselor, and session exploration in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 55*, 495–504.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Saypol, E., & Farber, B. A. (2010). Attachment style and patient disclosure in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 20*, 462–471.
- Shapiro, D. (1990). Lessons in history: three generations of therapy research. In *Paper delivered at the 21 st Annual Meeting of the*.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Knobloch, L. M. (1999). Treatment process research methods.
- Strupp, H. H., & Howard, K. I. (1992). A brief history of psychotherapy research.

- Taber, B. J., Leibert, T. W., & Agaskar, V. R. (2011). Relationships among client–therapist personality congruence, working alliance, and therapeutic outcome. *Psychotherapy, 48*(4), 376–380.
- Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., ... & Wilson, B. (2015). What clinicians want: Findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy, 52*(1), 1.
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2001). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 385–389.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego. Mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Press.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. J. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of consulting and clinical psychology, 7*(5), 914.
- Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship—And its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist, 40*(4), 601-623.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical psychology: Science and practice, 2*(1), 45.
- Yalom, I. (2002). *The gift of therapy*. New York, NY: Harper & Collins.
- Zhang, Z., Wang, M., & Shi, J. (2012). Leader-follower congruence in proactive personality and work outcomes: The mediating role of leader-member exchange. *Academy of Management Journal, 55*(1), 111–130.
- Ziv-Beiman, S. (2013). Therapist self-disclosure as an integrative intervention. *Journal of Psychotherapy Integration, 23*, 59–74.

