



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

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

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

Elaborato finale

**Empatia: efficacia e necessità di un
training psicoterapeutico focalizzato**

**Empathy: effectiveness and need for focused
psychotherapy training**

Relatore
Prof. Diego Rocco

Laureanda: **Giulia Brazzalotto**
Matricola: **2000470**

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

INTRODUZIONE.....	5
Cap. 1: Empatia	5
1.1: Definizione e significato.....	5
1.2: Basi biologiche	6
Cap.2: Empatia in psicoterapia.....	9
2.1: Origini.....	9
2.2: Il terapeuta empatico	10
STUDI RECENTI.....	12
3.1: Teding van Berkhout e Maluoff (2016).....	12
3.2: Levitt et al. (2022).....	14
3.3: Nino et al. (2016)	17
DISCUSSIONE.....	21
BIBLIOGRAFIA	23

INTRODUZIONE

Cap. 1: Empatia

1.1: Definizione e significato

Il costrutto dell'empatia è uno tra i più studiati in psicologia; infatti, in letteratura, è tra i termini che compaiono più spesso (Patterson, 1984). Tuttavia, non esiste un'unica e consensuale definizione, questo a causa della natura complessa e delle innumerevoli sfaccettature che caratterizzano questo concetto, così come l'ambigua e conflittuale produzione letteraria sull'argomento (Kaluzeviciute, 2020).

È possibile però redigere un quadro generale.

Empatia deriva dal greco en-pathos, ovvero “sentire dentro”, è così infatti che l'Oxford Languages definisce il concetto: “The ability to understand and share the feelings of another”. È la capacità di “mettersi nei panni dell'altro”.

Principalmente considerata una virtù di carattere intrapsichico, si può individuare nell'empatia anche un fenomeno sociale: gioca un ruolo chiave nel comportamento umano, influenzando la comprensione reciproca, le connessioni interpersonali, le decisioni, e l'adattamento sociale (Preston & de Waal, 2002). In parole semplici, l'empatia ha braccia efferenti e afferenti (Silberman, 2021), è un processo relazionale di base (Elliot & Greenberg, 2007; Goleman, 1995; Rogers, 1959) che promuove la cooperazione, l'aiuto e le interazioni benefiche con gli altri (Preston, 2013).

Il The Economist la definisce “super colla” perché connette le persone (Zaki, 7 giugno 2019), e viene considerata un forte predittore di quello che la società reputa comportamento benefico: cambiare la motivazione delle persone ad empatizzare può modificare i risvolti empatici (Keysers & Gazzola, 2014; Zaki, 2014).

Andando nello specifico di questo elaborato, in psicoterapia l'empatia è definita come la capacità del terapeuta di capire il mondo interno del paziente, le sue scelte, i suoi motivi e modi di agire (Abargil & Tishby, 2021).

Vengono comunemente identificati due tipi di empatia: l'empatia cognitiva, ovvero l'abilità di capire i sentimenti altrui, e l'empatia affettiva che è identificata invece come l'abilità di provare i sentimenti altrui; entrambe vengono espresse in diverse dimensioni e modalità (Berrol, 2006; Stueber, 2012). Da questa divisione è possibile individuare molteplici tipologie di risposte empatiche che influenzano la terapia e la percezione che il paziente ha del terapeuta. Le risposte possono essere somatiche, quindi spontanee e consistono nella riflessione delle emozioni del paziente nelle espressioni facciali del terapeuta e nel suo linguaggio del corpo, oppure cognitive,

occorre fare in questo caso un'ulteriore suddivisione: ci sono risposte empatiche verbali e non verbali (Silberman, 2021). Le risposte empatiche verbali permettono la comunicazione tra le due parti e contribuiscono a creare il clima terapeutico adatto affinché il paziente si senta libero di esporsi; le componenti non verbali favoriscono quel clima di ascolto tipico e unico della psicoterapia (Beutler, Crago, & Arizmendi, 1986). In aggiunta, in ambito clinico si è soliti parlare di “comunicazione affettiva implicita” (Hill, 2015). L'affetto è infatti contagioso, l'espressione implicita delle nostre emozioni (espressioni facciali, intonazione, ritmo, postura, gestualità, ...) genera una corrispondenza neurobiologica che permette di sperimentare un senso di condivisione reciproca dell'esperienza che viene definita da Trevarthen (1993) come “intersoggettività primaria”. La sincronicità degli stati affettivi permette di amplificare l'esperienza, si usa in questo caso dire che paziente e terapeuta sono sintonizzati (Schore, 1994, 2012).

Avendo una visione più completa, l'empatia è considerata un concetto multidimensionale che include diverse componenti (Messina, Palmieri, Sambin, Kleinbub, Voci & Calvo, 2013):

- 1) contagio emozionale e mimetismo: favorisce le reazioni automatiche nell'osservare gli altri e la capacità di esprimere emozioni (Hess & Blair, 2001; Sonnby-Borgström, 2002);
- 2) empatia emotiva: permette la separazione tra osservatore e osservato (Losoya & Eisenberg, 2001), viene definita self-agency (Decety & Sommerville, 2003);
- 3) empatia cognitiva: permette la comprensione della prospettiva dell'altro (Frith & Frith, 2005; Preston, Bechara, Damasio, Grabowski, Stansfield, Mehta, & Damasio, 2007).

1.2: Basi biologiche

Grazie ai progressi fatti nelle tecniche di neuroimmagine, congiunti a metodi tradizionali di mappatura delle funzioni cerebrali, è stato possibile studiare le basi biologiche di diversi costrutti psicologici impiegati nel campo delle interazioni sociali (Williams & Dazzi, 2006). Ci sono prove evidenti che l'uomo ha basi biologiche e neurologiche per l'empatia; infatti, le stesse strutture neurali vengono attivate “sia durante la nostra esperienza, sia osservando gli altri che subiscono la stessa esperienza” (Rameson & Lieberman, 2009, p. 94). Così come le diverse definizioni di empatia non sono facilmente raffrontabili, anche le ricerche a riguardo sono diverse e supportano opinioni differenti in base alla forma in cui viene considerato il concetto. Di seguito verranno riportate le tesi più accreditate:

- **Cervello sociale**

Secondo alcuni studi la risposta a diversi stimoli di carattere sociale (espressione facciale delle emozioni, volto di un co-specifico, movimenti orientati ad uno scopo...) produrrebbe

l'attivazione di alcune aree specifiche del cervello (Baron-Cohen, Ring, Wheelwright, Bullmore, Brammer, Simmons & Williams, 1999; Brothers, 1990; Hirstein, 2005; Hirstein & Ramachandran, 1997; Hofman & Haxby, 2000; Siegal & Varley, 2002;). Questa rete di strutture cerebrali consentirebbe una decodifica immediata delle intenzioni e motivazioni dell'altro. Questo è quello che Brothers (2003) definisce "cervello sociale". Nello specifico, le aree cerebrali adibite a questo compito fanno parte del lobo temporale e sono: il circuito dorsale, che decodifica le espressioni emotive e i movimenti, e il circuito ventrale che svolge una funzione specifica nel riconoscimento di fisionomie di corpo e volti. Alcuni dati dimostrano inoltre che anche l'amigdala ha una funzione essenziale nella comprensione degli stati mentali e del comportamento altrui (Baron-Cohen et al. 2003; Blair, 2003; Hirstein, 2005), diversi studi hanno dimostrato infatti che lesioni dell'amigdala impedirebbero al paziente di decodificare espressioni facciali e di fornire giudizi riguardo situazioni sociali che richiedono la comprensione di stati emotivi dell'altro (Adolphs, 1999, 2004; Phelps, 2004).

- **Neuroni specchio**

Una equipe di ricercatori italiani ha scoperto che in presenza del movimento di un agente animato esterno si attivano le aree che sono utilizzate nell'esecuzione della stessa azione: della percezione visiva, della percezione somato-sensoriale (corteccia parietale controlaterale) e la corteccia premotoria (Rizzolatti, Fadiga, Gallese & Fogassi, 1996). In altre parole, qualsiasi fenomeno di percezione del movimento si basa sulla "simulazione" del movimento stesso da parte di chi lo osserva: questo meccanismo avviene ad opera dei "neuroni specchio" (Gallese, 2003, 2004; Rizzolatti et al. 1996, Rizzolatti & Sinigaglia, 2006). Allo stesso modo, il sistema dei neuroni specchio viene attivato quando gli individui osservano gli altri provare emozioni (Preston & de Waal, 2002). Molnar-Szakas (2010) dimostra che lo stesso circuito neurale che si attiva quando gli individui provano emozioni viene attivato anche quando osservano le stesse emozioni negli altri. In particolare, una serie di studi ha verificato che assistere alla somministrazione di stimoli dolorosi ad altri esseri umani comporta la comparsa di risposte specchio dei muscoli corrispondenti a quelli che vengono osservati essere sottoposti al dolore (Aglioti, Avenanti & Betti, 2006; Avenanti, Buetti, Galati & Aglioti, 2005). Si parla, in questo caso, di empatia di risonanza. Il processo di immedesimazione permette da un lato di anticipare in forma simulata, e quindi evitare il vero dolore, e dall'altro sembra favorire gli aspetti di cooperazione ed altruismo (Aglioti et al. 2006; Avenanti et al., 2005). Secondo Gazzaniga il senso etico dell'essere umano viene sviluppato attraverso il processo automatico di immedesimazione empatica (Gazzaniga,

2005). Diverse ricerche sostengono che ci sono fattori che possono modulare l'esperienza empatica e la sua intensità nel contesto sociale così come avviene tra l'osservatore e il suo target empatico (de Vignemont & Singer, 2006).

- **Corteccia parietale**

L'empatia comporta la condivisione delle esperienze sensoriali dell'altro. Quando la persona in esame cerca di mettersi nella prospettiva dell'altro, il lobo parietale inferiore destro si attiva, permettendo che il soggetto attribuisca all'altro lo stato interno che sperimenta attraverso il feedback propriocettivo della propria imitazione comportamentale (Decety & Jackson, 2004; Ruby & Decety, 2002). Inoltre, è stato ripetutamente dimostrato che il meccanismo che regola l'attribuzione delle proprie sensazioni propriocettive è controllato dall'area della corteccia parietale sinistra, compresa nel giro post-centrale (Decety & Jackson, 2004; Ruby & Decety, 2002).

- **Corteccia prefrontale**

Ciò che emerge è che l'attivazione del lobo prefrontale è collegata sia all'empatia positiva che a quella negativa (Light, Coan, Zahn-Waxler, Frye, Goldsmith & Davidson, 2009), l'asimmetria del lobo frontale destro è predittiva della preoccupazione empatica (Tullet, Harmon-Jones & Inzlicht, 2012), mentre le strutture temporali e mediali sono invece implicate in quella che viene definita Teoria della Mente (Rameson & Lieberman, 2009). Utilizzando le tecniche di neuroimmagine è stato possibile evidenziare come compiti in cui i soggetti sono invitati ad interpretare e comprendere il proprio o altrui comportamento portino all'attivazione di due aree della corteccia prefrontale: la corteccia frontale dorso-laterale e quella ventro-mediale. In particolare, la corteccia ventro-mediale stabilisce connessioni con l'amigdala nella valutazione del comportamento sociale e svolge un ruolo di modulazione dei comportamenti di base e delle reazioni emotive di base (Adolphs, 2004). Dalla corteccia dorso-laterale sembrano invece dipendere le cosiddette funzioni esecutive. Le funzioni esecutive sono quell'insieme di attività funzionali che consentono di distinguere gli stimoli che provengono dall'esterno da quelli che vengono dall'interno, che consentono quindi di distinguere il Sé dall'altro. A sostegno di questa tesi è stato dimostrato che, con il progredire della maturazione della corteccia prefrontale, cresce anche la complessità delle attribuzioni mentali (Decety & Jackson, 2004; Frith & Frith, 2003; Preston & de Waal, 2003; Siegal & Varley, 2002). Le funzioni esecutive permettono di mettere a confronto i propri stati mentali con la realtà esterna, ovvero permettono il processo di mentalizzazione che è alla base della condivisione empatica.

Cap.2: Empatia in psicoterapia

2.1: Origini

Il concetto di empatia trova le sue origini nel romanticismo del XIX secolo, infatti, secondo questa visione, è la percezione sensoriale della natura che permette di “sentire da dentro” e di scoprire le radici dei fenomeni della vita (Abbagnano, 1971). Ne emergono in particolare tre aspetti:

1. una comprensione intuitiva;
2. una comprensione che avviene per immedesimazione;
3. condivisione e comunione.

È in questo senso che il termine empatia viene applicato da Lipps (1906) al campo dell'estetica.

Nel mondo della psicoterapia il concetto viene proposto per la prima volta da Freud, con connotazione non più romantica ma come elemento chiave nel comprendere le esperienze soggettive dei pazienti (Freud, 1912). Insieme a Breuer, Freud sviluppa quella che viene definita “cura della parola” (Breuer & Freud, 1895/1995), e ne sottolinea l'importanza nella relazione terapeutica, in particolar modo in quelle dinamiche di transfert, un processo inconscio nel quale il paziente trasferisce sul terapeuta passate esperienze interpersonali, e controtransfert, ovvero le reazioni del terapeuta in risposta al transfert del paziente.

Carl Rogers nel 1975 definisce l'empatia come un processo grazie al quale è possibile entrare nel mondo percettivo privato di un altro. Sarà poi lui stesso a formalizzare la prima definizione chiara di empatia intesa come strumento clinico: “È la capacità sensibile e la volontà del terapeuta di comprendere i pensieri, i sentimenti e le difficoltà del cliente dal punto di vista del cliente [...] per vedere completamente attraverso gli occhi del cliente, per adottare il suo quadro di riferimento” (Rogers, 1980, p. 85). Per Rogers il ruolo dell'empatia nella pratica clinica non è diverso dalle altre relazioni umane, infatti attenzione, comprensione e accettazione sono le basi della terapia centrata sul cliente, non è un caso che la sua idea di empatia continui ad essere presente nei gruppi di aiuto, negli organismi educativi e nella politica di oggi (Caspary, 1991).

L'idea di Rogers viene spesso associata all'idea di Heinz Kohut, psicoanalista e fondatore della Psicologia del Sé, che definisce l'empatia come “la capacità di pensare e sentire sé stessi nella vita di un'altra persona” (Kohut, 1984, p. 82). È un elemento operativo che ha funzione specifica nella terapia clinica, viene definita infatti come strumento grazie al quale i terapeuti si sintonizzano con il mondo interno del paziente in un modo che va oltre la normale comprensione, ad esempio attraverso l'interpretazione. Inoltre, per Kohut l'empatia va sempre affiancata dalle altre tecniche cliniche, altrimenti si ottengono solo miglioramenti temporanei (Kohut, 1973, 1978). Nel 1984 lo

psicoanalista afferma che è proprio l'internalizzazione di un analista empatico che favorisce il miglioramento e la riparazione delle strutture psichiche del paziente. Viene quindi introdotta l'idea che il comportamento empatico del terapeuta possa influenzare il modo in cui i pazienti vedono sé stessi e contribuisca alla riuscita positiva della psicoterapia.

Jaspers, di orientamento fenomenologico-esistenziale, basa il suo concetto di empatia sull'idea che non bastano misurazioni oggettive dell'esperienza mentale per comprendere i sintomi del paziente ma che sia necessaria l'empatia e l'ascolto empatico per fare esperienza del mondo attraverso la prospettiva del paziente (Jaspers, 1912). Per quanto Jaspers consideri l'esperienza empatica puramente soggettiva, definisce la comprensione empatica del terapeuta come processo di "seconda mano", in quanto il clinico può sperimentare solo indirettamente le esperienze soggettive raccontate dal paziente e si basa sulla riuscita attualizzazione di quest'ultime (Jaspers, 1919).

Molteplici sono invece le concezioni di empatia in ambito puramente psicoanalitico. Si possono però identificare dei tratti comuni alle diverse scuole di pensiero (Williams & Dazzi, 2006):

1. il bisogno di rispecchiamento empatico nasce da tendenze motivazionali diverse, volte ad esprimere bisogni evolutivi;
2. la patologia nasce da carenze nelle relazioni precoci con i genitori;
3. lo sviluppo è segnato dalla qualità delle relazioni precoci nelle quali la competenza empatica dei genitori diventa centrale;
4. la terapia ha lo scopo di proporre nuove esperienze empatiche.

Le prospettive post-moderne, sebbene ci siano ancora controversie riguardo l'obiettività clinica, sono d'accordo nel sostenere che la terapia non possa essere neutrale (Renik, 1993): la soggettività del terapeuta entra all'interno della relazione con il paziente ed influenza la terapia.

Il dibattito sull'empatia sta assumendo sempre più importanza e, nonostante le diverse concezioni nelle psicoterapie di vario orientamento, tutte le scuole di pensiero sostengono che l'empatia è tra i più importanti predittori della buona riuscita della terapia, indipendentemente dalla modalità in cui questa viene svolta (Constantino, Marnell, Haile, Kanther-Sista, Wolman, Zappert & Arnow, 2008; Elliot, Watson, Bohart & Greenberg, 2011; Watson, Steckley & McMullen, 2013).

2.2: Il terapeuta empatico

Dai paragrafi precedenti è emerso come il significato di empatia e il suo utilizzo come strumento terapeutico cambi a seconda dell'approccio psicoterapeutico che viene utilizzato. Tutti gli orientamenti riconoscono però l'importanza di questo costrutto come base di una buona alleanza terapeutica. A questo proposito i pazienti riportano esperienze terapeutiche positive quando si

sentono capiti, al sicuro, e liberi di esprimere informazioni personali al terapeuta (Greenberg, Watson, Elliot & Bohart, 2001). Sono molteplici, infatti, le ricerche che mostrano l'esistenza di una forte correlazione tra l'efficacia del trattamento e la percezione da parte dei pazienti di un terapeuta empatico (Elliot et al., 2011; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien & Auerbach, 1985). Nello specifico i risultati supportano l'idea che se il paziente percepisce il terapeuta come empatico cambierà il modo di vedere sé stesso, avrà una visione più positiva di sé stesso, comincerà a valutare positivamente le sue funzionalità e a rafforzare le sue capacità relazionali, decretando così il successo della terapia (Barrett-Lennard, 1997; Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002; Rogers, 1951, 1957; Watson, 2002).

L'empatia terapeutica è quindi concettualizzata come meccanismo facilitante nella relazione (Bohart et al., 2002; Lambert & Barley, 2001; Patterson, 1984), in particolare, è la capacità del terapeuta di identificarsi e relazionarsi con le esperienze del paziente ad essere l'elemento chiave (Elliot, Bohart, Watson & Murphy, 2018).

A fronte di queste considerazioni è chiara l'importanza dell'empatia nella tecnica terapeutica. Ci si chiede questo punto se sia una qualità innata e non incrementabile, o se invece sia una virtù che si può "imparare". A riguardo ci sono due linee di pensiero. La prima sostiene che non si possa insegnare l'empatia, infatti viene spesso considerata come tratto intrinseco all'individuo senza possibilità di miglioramenti (Greenberg et al., 2001; Hill, Spiegel, Hoffman, Kivlighan & Gelso, 2017), si pensa che non serva porre l'accento su abilità relazionali poiché è la pratica a rendere "perfetti" (Camp, 2012) e si è soliti credere che chi lavora sulla salute mentale abbia un'innata capacità per l'empatia. Per questo, sono diversi gli approcci che ritengono che questa competenza non debba rientrare nel training terapeutico (Hatcher, 2015). La seconda tesi ritiene che una preparazione sia effettivamente utile: ci sono diverse evidenze empiriche che sostengono l'efficacia di un training terapeutico in cui sia inclusa l'empatia (Teding van Berkhout & Malouf, 2016) e gli stessi clinici riportano effetti positivi (Nerdrum & Rønnestad, 2003). Ad oggi un training empatico non è formalmente richiesto per la preparazione dei professionisti.

Il lavoro sviluppato in questo elaborato si fonda sul secondo approccio, ovvero sull'idea che un training terapeutico empatico sia effettivamente necessario, e si declina a partire dalla domanda: è davvero possibile incrementare l'empatia nel terapeuta?

Nella prossima sezione verranno proposti degli studi recenti a sostegno di questa ipotesi.

STUDI RECENTI

In questo capitolo verranno esposti tre studi a sostegno dell'ipotesi di ricerca di questo elaborato.

La scelta degli articoli è stata fatta a partire da una ricerca bibliografica svolta utilizzando le seguenti parole chiave: empathy, therapy, therapist, training, psychotherapy. La ricerca è stata svolta in lingua inglese in modo da ottenere risultati a livello internazionale. Sono stati privilegiati i siti di ricerca accademici accreditati (PsycINFO) e le riviste con Impact factor più elevato quali: "Journal of Counseling Psychology", "Journal of Contemporary Psychotherapy" e "Journal of Marital and Family Therapy". In questo modo è stato possibile avere accesso a lavori di maggior impatto sulla comunità scientifica odierna. Gli anni di pubblicazione presi in considerazione sono stati dal 2016 al 2023.

3.1: Teding van Berkhout e Maluoff (2016)

Publicato sulla rivista "Journal of Counseling Psychology", si tratta di una metanalisi di trial controllati randomizzati (RCTs). La metanalisi è una tecnica clinico-statistica che combina i risultati di diversi studi singoli con lo scopo di aumentare la numerosità campionaria e i risultati statistici per ottenere conclusioni teoricamente più attendibili (Dalla Grave & Calugi, 2019). Lo studio nello specifico nasce dalla necessità di determinare l'effetto complessivo dei programmi di formazione incentrati sull'empatia cercando di evitare e/o minimizzare i limiti che avevano caratterizzato altre ricerche precedenti sull'argomento.

Per lo scopo della ricerca sono stati utilizzati tutti studi in cui era stato applicato un controllo randomizzato, inoltre è stata calcolata una misura conservativa dell'effetto meta-analitico in tutti gli studi e sono stati esaminati i possibili moderatori dell'effetto.

L'obiettivo era di dimostrare l'efficacia di un training focalizzato nell'incrementare le abilità empatiche.

I ricercatori hanno utilizzato come database di ricerca PsycINFO, ProQuest, Sage, Google scholarand, ProQuest Dissertations and Theses, utilizzando parole chiave quali: empathy, train, teach, course, interventation, random, control group. La ricerca è stata completata nel luglio del 2014.

La selezione degli studi è avvenuta secondo i seguenti criteri:

- gli studi dovevano avere un RCT con un gruppo che riceveva la formazione empatica e un gruppo di controllo che non la riceveva;
- le procedure di randomizzazione dovevano essere appropriate;

- l'empatia doveva essere il target della ricerca;
- l'empatia doveva essere misurata;
- gli studi dovevano dimostrare empiricamente i risultati ottenuti in modo da poter calcolare l'“effect size”, ovvero l'entità della differenza tra il gruppo che aveva ricevuto il training e il gruppo di controllo.

Sono inoltre stati considerati i moderatori che potessero influire sui risultati:

- categoria dei partecipanti: studenti universitari, professionisti della salute, altri adulti, adolescenti;
- metodo di insegnamento: esperienziale (giochi di ruolo), didattico (letture), dimostrazione e pratica sul campo, metodo misto;
- durata della formazione;
- compenso: monetario, credici accademici, nessun compenso;
- presenza del gruppo di controllo;
- tipo di misurazione: oggettive, fatte dai pazienti, o self-report;
- effetto a lungo termine.

Per calcolare i miglioramenti conseguenti ai training è stato usato l'indice *g di Hedges* secondo l'esempio di Lambert e Alhassoon (2015), che presenta la differenza media del gruppo preso in considerazione insieme alla deviazione standard associata. Sono state considerate le ricerche con condizioni di formazione più complete e sugli studi che avevano ottenuto più effetti rilevanti è stata considerata la media degli effetti. L'utilizzo di un modello random ha permesso di generalizzare oltre il campione. Per l'omogeneità è stata utilizzata la statistica Q e I^2 , mentre per valutare il potenziale bias di pubblicazione si è usufruito del grafico ad imbuto e il *fail-safe N* di Orwin.

I risultati della ricerca hanno condotto a considerare 19 studi a partire dai quali la successiva analisi ha portato a confermare l'ipotesi iniziale, ovvero l'efficacia di un training empatico.

In particolare, le ricerche dove erano coinvolti professionisti della sanità e studenti universitari hanno mostrato significativi miglioramenti rispetto agli studi in cui erano coinvolti giovani o adulti di altre professioni.

I training incentrati sul solo costrutto dell'empatia dimostravano effetti maggiori rispetto agli studi in cui l'empatia veniva associata ad altri fattori terapeutici. Due studi hanno poi sostenuto che, dopo la formazione empatica, le misurazioni oggettive riportavano risultati più elevati rispetto ai questionari self-report, questo a sottolineare l'oggettiva utilità di una formazione empatica.

I risultati hanno inoltre mostrato che studi in cui era utilizzato un metodo di insegnamento misto, ovvero compreso di teoria, dimostrazione, pratica e feedback, avevano risultati maggiormente significativi rispetto ad altri, confermando così la tendenza già individuata da Hill e Lent (2006) che, attraverso una metanalisi, avevano dimostrato che risultati più promettenti sono ottenuti da studi che utilizzano un approccio multi-metodo.

Rispetto a ricerche precedenti è stata messa in luce un'associazione tra il compenso, qualsiasi tipo esso sia, e le maggiori dimensioni dell'effetto. Non sono invece state rilevate associazioni tra risultati e tipologia del gruppo di controllo così come riguardo la durata della formazione. Inoltre, non ci sono risposte chiare riguardo gli effetti a lungo termine.

L'ampio studio di Teding van Berkhout e Maluoff (2016) va quindi a dimostrare la necessità di una formazione empatica, soprattutto per le professioni che ruotano intorno all'ambito della salute e della cura della persona.

3.2: Levitt et al. (2022)

Il secondo studio presentato è molto recente ed è incentrato nello specifico sulla formazione degli psicoterapeuti.

Nel 2022, viene pubblicato sulla rivista "Journal of Contemporary Psychotherapy" uno studio che aveva come scopo quello di utilizzare un'indagine qualitativa per capire come i terapeuti alle prime armi sperimentassero lo sviluppo dell'empatia con o senza programmi di formazione (Levitt, Collins, Morrill, Gorman, Ipekci, Grabowski, Karch, Kurtz, Picón, Reyes, Vaswani-Bye & Wadler, 2022).

La ricerca ha interessato 14 terapeuti di età compresa tra i 25 e i 30 anni (media = 28.5, deviazione standard = 2.7), provenienti da sei stati americani diversi. Tutti i partecipanti sono stati identificati come cis-gender, sette uomini e sette donne, nove si definivano eterosessuali, due bisessuali, uno come gay, uno come queer e uno prevalentemente eterosessuale. Dal punto di vista etnico, otto erano latini, un asiatico, un arabo americano, un afro/caraibico americano, un indiano nero/trinidadiano, un latino nero e un brasiliano bianco. Con una media di 2,5 anni di esperienza (ds = 1.59), provenivano dai seguenti orientamenti teorici: cognitivo, umanistico, comportamentista, psicomotricità, femminista multiculturale e approcci integrativi.

Il team di ricerca includeva uno psicologo clinico e undici dottorandi provenienti da nove diversi programmi clinici ed educativi, tutti esperti di empatia clinica e culturale, aventi età, etnia, orientamento sessuale ed esperienza clinica diversi.

Per reclutare i terapeuti sono stati utilizzati i seguenti criteri di inclusione:

1. dovevano frequentare un programma di formazione di psicologia incentrato sul training clinico;
2. dovevano avere almeno sei mesi di esperienza;
3. dovevano avere più di diciotto anni.

Ai fini della ricerca è stato utilizzato un approccio a campionamento teorico, definito Grounded theory (Glaser & Strauss, 1967). Il metodo impiega un insieme sistematico di procedure grazie alle quali è possibile condurre una ricerca qualitativa e sviluppare una formulazione teorica della realtà, ottenendo così una teoria di tipo induttivo riguardo il fenomeno dato (Berchmans, 2023).

Nel corso degli anni sono stati sviluppati diversi approcci al metodo della Grounded theory, il prescelto nello studio presentato è quello di base epistemologica critico-costruttivista (Levitt, 2021a), in cui sono integrate strategie costruttiviste (Charmaz, 2016) con approcci critici (Clarke, 2005), poiché i ricercatori erano interessati sia a studiare il processo attraverso il quale i terapeuti comprendevano il significato e la pratica dell'empatia clinica, sia come questa veniva utilizzata con pazienti culturalmente diversi.

L'intervista, semi-strutturata, è stata sviluppata a partire dalla seguente domanda: "Qual è la tua esperienza nello sviluppo dell'empatia clinica e culturale?". Erano poi presenti altre domande relative all'esperienza dei partecipanti concernente l'empatia e la loro conoscenza a riguardo. Il colloquio è stato condotto per telefono, di persona o in video conferenza, con una durata media di due ore circa. Le interviste trascritte sono state suddivise in unità di significato in base alla pertinenza rispetto alla domanda di studio (Giorgi, 2009). È stata assegnata ad ogni unità un'etichetta che ne riflettesse il contenuto e che permettesse di organizzare le unità sulla base di patterns di significato, utilizzando il processo del confronto costante (Glaser & Strauss, 1967). Questo processo è stato ripetuto fino a individuare una gerarchia di categorie. La saturazione è stata raggiunta dopo 12 interviste. Si parla di saturazione quando i nuovi dati registrati non aggiungono nulla di nuovo rispetto a quelli già raccolti.

Sono stati utilizzati tre tipi di indicatori di credibilità:

1. verifiche dell'intervista: è stato chiesto ai partecipanti un feedback sull'intervista per valutarne la completezza e se c'erano domande non poste ma che ritenessero rilevanti allo scopo, a questi quesiti sono successivamente stati invitati a rispondere;
2. consenso: il gruppo di ricerca ha utilizzato un processo di consenso dividendosi prima in piccoli gruppi e discutendo poi insieme le varie categorie rilevate dalle interviste. Lo

psicologo ha fatto da supervisore interno. Tutti i risultati contrastanti o incerti sono stati discussi dall'intero team fino a trovare un accordo;

3. feedback: ai partecipanti è stato chiesto un riscontro relativo alle principali scoperte fatte dallo studio. Hanno risposto otto partecipanti. Veniva loro chiesto se i risultati corrispondevano alla loro esperienza. Le risposte sono state registrate attraverso una scala Likert in un continuum da 1 punto ("per niente") a 7 punti ("molto"). È stato valutato in media un punteggio di 6,43.

I risultati sono stati raggruppati in sei cluster contenenti 21 categorie. Verranno presentati i 6 cluster principali:

1. l'empatia è un processo che permette la comprensione del cliente attraverso l'intersezione tra le sue esperienze passate e ciò che emerge in terapia;
2. mantenendo la concentrazione sul cliente i terapeuti hanno cambiato ed espanso le loro abilità verbali e non-verbali con lo scopo di adattarsi al paziente e creare una relazione autentica;
3. empatia non è solo immaginare come possa sentirsi il cliente, ma implica l'adesione intenzionale all'esperienza emotiva;
4. l'empatia clinica crea un senso di connessione condivisa nella relazione terapeutica;
5. attraverso la connessione e l'esplorazione, l'empatia supporta la crescita del cliente;
6. i terapeuti possono anche avere capacità innate di connessione e comprensione empatica ma la formazione le amplia e aiuta a comprendere ed affrontare situazioni e clienti diversi.

Questo studio propone diversi risultati innovativi che riguardano la concettualizzazione dell'empatia, la pratica dell'empatia e l'educazione psicoterapeutica. Ai fini di questo elaborato verrà analizzato solo l'aspetto riguardo il training empatico e la sua importanza nei programmi di formazione.

Nonostante diversi studi recenti abbiamo dimostrato l'effettivo beneficio di una formazione empatica (Teding van Berkhout & Malouff, 2016), tutti i tirocinanti implicati nella ricerca non avevano mai ricevuto una educazione formale a riguardo. Hanno però sottolineato come abbiano appreso molto nell'osservare i supervisori, ricevere riscontri e supporto, inoltre hanno espresso la necessità di una guida che li aiuti ad affrontare impasse e a lavorare soprattutto con quei clienti con cui è difficile provare empatia, ad esempio esigenti, ritirati o che provocano un controtransfert negativo (Cluster 6). I risultati riportano diverse funzioni dell'empatia in terapia, per questo motivo i programmi clinici e di consultazione dovrebbero sviluppare formazioni incentrate su queste abilità.

Molti sono i punti di forza di questo studio come, ad esempio, l'uso di diversi controlli di credibilità, l'uso di controlli per verificare che le interviste fossero complete, la supervisione interna del ricercatore e l'utilizzo di feedback. Inoltre, è stata raggiunta la saturazione, questo ad indicare la completezza dei dati. In aggiunta, la squadra di ricerca si è sempre confrontata per avere il consenso unanime, limitare l'influenza nella ricerca e per ottenere la trasparenza. Il limite principale è dato dal fatto che i terapeuti tirocinanti provengono solo dagli Stati Uniti. Ricerche future potrebbero concentrarsi su questo aspetto.

I risultati dello studio di Levitt e colleghi confermano quindi la domanda centrale di questo elaborato, dimostrando i risvolti positivi e la necessità di una formazione empatica per i terapeuti.

3.3: Nino et al. (2016)

L'ultimo studio presentato porterà un esempio pratico di un training terapeutico incentrato sulle variabili che influiscono positivamente sulla relazione psicoterapeutica.

Nello specifico, la ricerca è stata pubblicata nel 2016 nel "Journal of Marital and Family Therapy" e condotta da Nino, Kissil e Cooke.

Lo studio si basa sulla partecipazione degli studenti di CFT (Couple and Family Therapy) al "Person-of-the-therapist Training" ([POTT] Aponte, Powell, Brooks, Watson, Litzke, Lawless & Johnson, 2009).

Il POTT è un programma strutturato volto ad incrementare le abilità terapeutiche, insegnando agli studenti ad utilizzare in modo proficuo tutti gli aspetti della propria personalità nel lavoro clinico (Aponte et al., 2009; Aponte & Kissil, 2016; Aponte & Winter, 2013). L'idea centrale si fonda sulla concezione che attraverso le proprie esperienze di vita si fondi quello che è il tratto distintivo, "signature theme", di ogni individuo (Aponte et al., 2009). È attraverso la propria umanità e le proprie vulnerabilità che per il terapeuta è possibile entrare in contatto con il cliente (Aponte et al., 2009; Aponte & Kissil, 2014).

Il programma si articola in due ore a settimana per la durata di nove mesi, e fa parte del primo anno del master in CFT. È diviso in cinque fasi: fondamenti del POTT, identificazione e presentazione dei propri tratti distintivi, manifestazioni dei propri tratti distintivi, laboratorio esperienziale simulato e riflessione finale. Alla fine di ogni fase gli studenti devono presentare un resoconto scritto.

Lo scopo della ricerca in particolare è quello di capire come la partecipazione al POTT abbia cambiato le relazioni terapeutiche degli studenti di CFT. L'analisi del contenuto diretta (Hsieh &

Shannon, 2005) è stata scelta come metodologia qualitativa per rispondere alla domanda di ricerca, sono quindi stati utilizzati predeterminati codici e categorie basate su teorie e ricerche già esistenti. In questo caso, per determinare le categorie, ci si è attenuti a ricerche empiriche validate riguardanti le relazioni tra paziente e terapeuta (Norcross, 2010; Norcross & Lambert, 2011; Norcross & Wampold, 2011).

I partecipanti scelti erano 70 studenti che avevano partecipato al POTT in una finestra temporale tra il 2010 e il 2013, nello specifico 66 donne e 4 uomini. Di età compresa tra i 22 e i 50 anni, il 72,9% degli studenti aveva 25 anni o meno. In termini di etnia gli studenti hanno identificato sé stessi come: bianco/caucasico (35 studenti), nero/africano americano (23 studenti), asiatico (4 studenti), mentre gli otto rimanenti identificavano sé stessi in categorie miste. Poiché i dati di quattro studenti sono risultati incompleti o inutilizzabili, ai fini dell'analisi sono stati utilizzati i dati di 66 partecipanti.

Per lo scopo dello studio, i ricercatori si sono concentrati sulle ultime due fasi del POTT: laboratorio simulato esperienziale e riflessioni finali. Durante il laboratorio simulato, lo studente, sotto la supervisione degli istruttori, conduceva la terapia con una famiglia, composta da attori che erano gli stessi per ogni studente. Ogni studente ha poi redatto il "simlab paper", in cui rifletteva sulla propria esperienza. Nella fase finale i partecipanti hanno descritto l'evoluzione della comprensione del loro tratto distintivo, e i cambiamenti avvenuti durante i nove mesi di POTT, aggiungendo anche feedback e commenti riguardanti il training. Tutti i resoconti sono poi stati computerizzati ed è stato assegnato ad ogni documento un numero random. Per tutelare l'anonimità, i dati sono stati prima resi anonimi da un assistente di ricerca, eliminando tutte le informazioni che potevano ricondurre all'identità del partecipante.

I documenti sono stati caricati in NVivo, un software utilizzato per le analisi qualitative. Per rispondere alla domanda di ricerca è stato creato un codice con quelli che sono considerati gli elementi essenziali nella relazione terapeutica sulla base di una task force dell'APA ([American Psychological Association] Norcross, 2010; Norcross & Lambert, 2011; Norcross & Wampold, 2011) e su ricerche più specifiche riguardanti le relazioni tra terapeuti e famiglie (Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2011; Sparks & Duncan, 2010; Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009). Ogni elemento è stato inserito in NVivo come un codice per l'analisi diretta del contenuto.

Per testare la validità interna sono stati presi casualmente cinque documenti per un'analisi pilota. Dopo essere stati esaminati da due ricercatori e una volta raggiunto l'accordo si è proceduto con l'analisi dei documenti restanti.

Secondo l'analisi dei due decodificatori, erano cinque gli elementi che venivano menzionati più spesso nei documenti: empatia, gestione del controtransfert, bilanciamento di alleanze multiple, considerazione positiva e legame. Dopo aver verificato nuovamente che ci fosse validità interna e che ci fosse l'accordo tra i ricercatori, i risultati sono stati riportati sulla base dei cinque elementi principali riscontrati. Ai fini di questo elaborato verrà presentato solamente l'elemento empatia, comparso nei resoconti di 56 partecipanti.

La maggior parte dei partecipanti ha affermato che il POTT li ha aiutati a diventare più empatici con i clienti, in particolare, sottolineano come, il fatto di essere più connessi con le proprie esperienze, gli abbia permesso di essere più capaci di connettersi con i loro clienti e le loro realtà e di mettersi nei loro panni. Inoltre, gli studenti hanno constatato che capire e comprendere i loro stessi processi emozionali gli abbia consentito di empatizzare soprattutto con quei pazienti le cui azioni possono apparire irritabili e disfunzionali e che appaiono come distanti dalla propria persona. Ciò ha contribuito ad incrementare la loro umanità e di umanizzare gli stessi clienti gettando le basi di un forte legame terapeutico e di un riscontro positivo della terapia. I partecipanti inoltre hanno affermato di essere passati dal sopprimere, sminuire o evitare, all'uso attivo della propria esperienza come chiave del processo terapeutico.

Il POTT ha aiutato gli studenti a conoscere meglio sé stessi, pregi e difetti, ed è proprio accedendo alla propria storia che è stato possibile sentire, capire e comprendere per risonanza il dolore dei clienti. Lo studio, quindi, supporta l'idea di base del training.

In aggiunta, è stato dimostrato che molti dei fattori necessari per una buona alleanza terapeutica che sembrano difficili da transitare nella pratica dell'insegnamento (Sexton & Ridley, 2004), possono essere inseriti nei programmi di formazione psicoterapeutica. Nello specifico programmi strutturati focalizzati sul training degli aspetti personali dei terapeuti, come il POTT, aiutano a sviluppare ed affinare quelli che sono gli elementi fondamentali alla relazione tra terapeuta e paziente.

Lo studio descritto presenta diversi limiti. Si basa infatti sulle percezioni degli stessi studenti, include studenti solo del primo anno di master, non è chiaro se le capacità che gli studenti dicono essere attribuite al POTT siano dovute effettivamente al training, oppure si siano sviluppate grazie ad altre attività. La maggior parte dei partecipanti erano donne. Future ricerche dovrebbero esaminare non solo il resoconto degli studenti, ma anche quello dei clienti e magari utilizzare strumenti come le videoregistrazioni o le osservazioni indipendenti per avere un'idea più oggettiva degli effetti del POTT in terapia. Inoltre, studi futuri potrebbero essere condotti con professionisti con diverse esperienze e fare un follow up, ci si dovrebbe poi accertare che i miglioramenti

avvengano solo grazie al POTT, magari confrontando performance prima e dopo il training, infine, sarebbe auspicabile avere una coorte più varia di partecipanti.

DISCUSSIONE

In questo elaborato abbiamo considerato il costrutto dell'empatia prima da un punto di vista teorico e poi prendendo in considerazione alcuni tra i più recenti lavori di ricerca.

L'empatia può essere considerata come la capacità di “mettersi nei panni dell'altro”, è un concetto di carattere multidimensionale, sia di carattere intrapsichico che sociale. Il costrutto presenta dei correlati neurologici, spiegati dal modello del “cervello sociale” e dal sistema dei “neuroni specchio”. Inoltre, viene attribuito un ruolo chiave alla corteccia parietale sinistra, alla corteccia ventro-mediale e alla corteccia dorso-laterale. Da un punto di vista storico, il primo a proporre una definizione chiara di empatia è stato Rogers nel 1980. Attualmente, tutte le scuole di pensiero sono d'accordo nel sostenere che l'empatia sia un predittore chiave della buona riuscita terapeutica e che favorisca la psicoterapia, permettendo al paziente di avere un'immagine più positiva di sé stesso e sentirsi libero di esporsi.

Le considerazioni fatte hanno portato a chiedersi se l'empatia sia una virtù semplicemente innata e non modificabile oppure incrementabile e che quindi possa essere “imparata”. Quest'elaborato si sviluppa a partire dall'idea che un training empatico sia effettivamente efficace e necessario. A sostegno di questa tesi sono stati presentati tre studi.

Il primo studio presentato (Teding van Berkhout & Maluoff, 2016) consiste in una metanalisi di trial controllati randomizzati volti a dimostrare l'efficacia di un training focalizzato nell'incrementare le abilità empatiche. I risultati della ricerca dimostrano che gli studi in cui erano coinvolti professionisti della sanità e studenti universitari mostravano miglioramenti significativi a seguito del training, sostenendo così l'ipotesi di ricerca.

Il secondo studio, invece, dimostra nello specifico gli effetti della formazione empatica sugli psicoterapeuti. Lo scopo dei ricercatori (Levitt, et al., 2022) era quello di capire, attraverso un'indagine qualitativa, come i terapeuti alle prime armi sperimentassero lo sviluppo dell'empatia con o senza programmi di formazione. I risultati della ricerca hanno condotto Levitt e colleghi a sei conclusioni: l'empatia è un processo che permette la comprensione del cliente attraverso l'intersezione tra le sue esperienze passate e ciò che emerge in terapia; mantenendo la concentrazione sul cliente, i terapeuti hanno cambiato ed espanso le loro abilità verbali e non-verbali con lo scopo di adattarsi al paziente e creare una relazione autentica; empatia non è solo immaginare come possa sentirsi il cliente, ma implica l'adesione intenzionale all'esperienza emotiva; l'empatia clinica crea un senso di connessione condivisa nella relazione terapeutica, attraverso la connessione e l'esplorazione; l'empatia supporta la crescita del cliente; i terapeuti

possono anche avere capacità innate di connessione e comprensione empatica ma la formazione le amplia e aiuta a comprendere ed affrontare situazioni e clienti diversi.

Il terzo studio (Nino, Kissil & Cooke, 2016) presenta un esempio pratico di un training terapeutico incentrato sulle variabili che influiscono positivamente sulla relazione psicoterapeutica: il POTT (Aponte, et al., 2009). L'obiettivo della ricerca voleva capire come la partecipazione al POTT avesse cambiato le relazioni terapeutiche degli studenti di CFT. Relativamente al costrutto dell'empatia i partecipanti hanno affermato come il training li abbia aiutati a diventare più empatici con i clienti, soprattutto con i pazienti difficili e che la possibilità di conoscere meglio sé stessi gli ha permesso di entrare maggiormente in contatto con la realtà dei pazienti ponendo le basi di una buona riuscita terapeutica. Dimostrando così che programmi strutturati focalizzati sul training degli aspetti personali dei terapeuti, come il POTT, aiutano a sviluppare ed affinare quelli che sono gli elementi fondamentali alla relazione tra terapeuta e paziente.

Alla luce di quanto emerso, la domanda centrale di questo elaborato ha risposta positiva, ovvero: è possibile incrementare l'abilità empatica. Di conseguenza, nonostante ad oggi un training empatico non faccia parte dei programmi di formazione per i terapeuti, a mio parere è necessario ed efficace non solo per la riuscita della terapia in sé, ma anche per lo stesso beneficio che ne trae il terapeuta e, di conseguenza, il suo paziente.

BIBLIOGRAFIA

- Abargil, M., & Tishby, O. (2022). How therapists' emotion recognition relates to therapy process and outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(3), 1001–1019.
- Abbagnano N. (1971). *Dizionario di filosofia*. 2° ed., Utet.
- Adolphs, R. (1999). Social cognition and the human brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 3(12), 469–479.
- Adolphs, R. (2004). Processing of Emotional and Social Information by the Human Amygdala. In M. S. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences* (pp. 1017–1030). Boston Review.
- Aglioti, S.S., Avenanti, A., Betti, V. (2006). Correlati neurofisiologici dell'empatia per il dolore. *Relazione presentata al XXXII Seminario sulla evoluzione biologica e i grandi problemi della biologia sul tema "Neurobiologia della coscienza"*. Accademia dei Lincei, Roma.
- Aponte, H. J., & Kissil, K. (2014). If I can grapple with this I can truly be of use in the therapy room: Using the therapist's own emotional struggles to facilitate effective therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40, 152–164.
- Aponte, H. J., & Kissil, K. (2016). *The person of the therapist training model: Mastering the use of self*. Routledge.
- Aponte, H. J., & Winter, J. E. (2013). The person and practice of the therapist: Treatment and training. In M. Baldwin (Ed.), *The use of self in therapy* (3rd ed., pp. 141–165). Routledge.
- Aponte, H. J., Powell, F. D., Brooks, S., Watson, M. F., Litzke, C., Lawless, J. & Johnson, E. (2009). Training the person of the therapist in an academic setting. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 381–394.
- Avenanti, A., Buetti, D., Galati, G., Aglioti, S.M. (2005). Transcranial Magnetic Stimulation highlights the sensorimotor side of empathy for pain. *In Nature Neuroscience*, 6,7, 1-6.
- Baron-Cohen, S., Ring, H.A., Wheelwright, S., Bullmore, E., Brammer, M., Simmons, A., Williams, S. (1999). Social intelligence in the normal and autistic brain: An F-MRI study. *European Journal of Neuroscience*, 11, 1891-1898.
- Barrett-Lennard, G. T. (1997). The recovery of empathy - toward others and self. In A. C. Bohart, & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 103-121). American Psychological Association.

- Berchmans M. Britto (2023). Grounded theory. In F. Lever, P. C. Rivoltella & A. Zancchi (Eds.), *La comunicazione. Dizionario di scienze e tecniche*.
<https://www.lacomunicazione.it/voce/grounded-theory/>
- Berrol, C. F. (2006). Neuroscience meets dance/movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic process and empathy. *The Arts in Psychotherapy, 33*(4), 302–315.
- Beutler, L. E., Crago, M., & Arizmendi, T. G. (1986). Research on therapist variables in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 257–310). Wiley.
- Blair, R.J., (2003), “The neurobiological basis of Psychopathy”. *British Journal of Psychiatry, 182*, pp. 5-7.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89–108). Oxford University Press.
- Breuer, J., & Freud, S. (1895/1995). Studies on Hysteria. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Volume II* (pp. ix-323). Hogarth Press.
- Brothers, L. (1990) The social brain: A project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts in Neuroscience, 1*, 27-51.
- Camp, J. (2012). *Relationship Competence: Can Trainee Interpersonal Skills Be Measured Reliably and Do They Predict Clinical Effectiveness?* UNLV Theses, Dissertations, Professional Papers, and Capstones. 16-57.
- Caspary, W. R. (1991). Carl Rogers-values, persons, and politics: The dialectic of individual and community. *Journal of Humanistic Psychology, 31*(4), 8–31.
- Charmaz, K. (2016). The power of grounded theory for critical inquiry. *Qualitative Inquiry, 23*(1), 34–45.
- Clarke, A. E. (2005). *Situational analysis: Grounded theory after the postmodern turn*. Sage.
- Constantino, M. J., Marnell, M. E., Haile, A. J., Kanther– Sista, S. N., Wolman, K., Zappert, L. & Arnow, B. A. (2008). Integrative cognitive therapy for depression: A randomized pilot comparison. *Psychotherapy, 42*(2), 122–134.

- Dalle Grave, R., & Calugi, S. (2019). Meta-analisi dei trattamenti psicologici: fonte di informazioni o di confusione? *IJEDO*, 1, 61-65.
- Damasio, A.R., Grabowski, T.J., Bechara, A., Damasio, H., Ponto, L.L.B, Parvizi, J., Hichwa, R.D. (2000), "Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions". *Nature Neuroscience*, 3,10, 1049-1056.
- De Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: how, when and why? *Trends in Cognitive Sciences*, 10(10), 435–441.
- Decety, J., & Jackson, P.L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100.
- Decety, J., & Sommerville, J.A. (2003). Shared representations between self and others: A social cognitive neuroscience view. *Trends in Cognitive Science*, 7, 527-533.
- Elliot, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49.
- Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2007). The essence of processexperiential/emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61(3), 241–254.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399–410.
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Volume XII* (pp. 97-108). Hogarth Press.
- Frith, C., & Frith, U. (2005). Theory of mind. *Current Biology*, 15, 644-645.
- Frith, C., Frith, U., (2003), "Development and the neurophysiology of mental noising". In C. Frith & D. Wolpert (Eds), *The Neuroscience of Social Interaction* (pp. 45-76). Oxford University Press.
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36(4), 171–180.
- Gallese, V. (2004), Il Sistema Multiplo di Condivisione. La ricerca di un meccanismo neurofisiologico alla base dell'intersoggettività. *Infanzia e Adolescenza*, 3, 3,128-144.
- Gazzaniga, M.S. (2005), *The Ethical Brain*. Dana press.

- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Duquesne University Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Bantam Books.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliot, R., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 380–384.
- Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist*, 70(8), 747–757.
- Hess, U., & Blairy, S. (2001). Facial mimicry and emotional contagion to dynamic emotional facial expressions and their influence on decoding accuracy. *International Journal of Psychophysiology*, 40(2), 129-141.
- Hill, C. E., & Lent, R. W. (2006). A narrative and meta-analytic review of helping skills training: Time to revive a dormant area of inquiry. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 154 -172.
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., & Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counselling Psychologist*, 45(1), 7–53.
- Hill, D. (2015). Affect Regulation Theory. A clinical Model. (Tr. it. Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico. Raffello Cortina Editore, 2017).
- Hirstein, W. (2005). *Brain Fiction*. MIT press.
- Hirstein, W., Ramachandran, V.S. (1997). Capgras Syndrome: A novel probe for understanding the neural representations for identity and familiarity persons. *Proceedings of the Royal Society of London, series B*, 264, 437-444.
- Hofman, E.A., Haxby, J.V. (2000). Distinct representations of eye gaze and identity in the distributed human neural system for face perception. *Nature Neuroscience*, 3, 80-84.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277–1288.
- Jaspers, K. (1912). The phenomenological approach in psychopathology. In K. Jaspers (Ed.), *General psychopathology* (pp. 314–328). Springer.

- Jaspers, K. (1919). *Psychology of world views*. Springer.
- Kaluzeviciute, G. (2020). The role of empathy in psychoanalytic psychotherapy: A historical exploration. *Cogent Psychology*, 7(1), 1748792.
- Keysers, C., & Gazzola, V. (2014). Dissociating the ability and propensity for empathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 18, 163–166.
- Kohut, H. (1973/1978). Psychoanalysis in a troubled world. In P. H. Ornstein (Ed.), *The search for self* (Vol. 2, pp. 511–546). International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). How does analysis cure? In A. Goldberg & P. Stepansky (Eds.). Chicago University of Chicago Press.
- Lambert, J. E., & Alhassoon, O. M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 28–37.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357-361.
- Levitt, H. M. (2021a). *Essentials of critical-constructivist grounded theory research*. American Psychological Association.
- Levitt, H. M., Collins, K. M., Morrill, Z., Gorman, K. R., Ipekci, B., Grabowski, L., Karch, J., Kurtz, K., Orduña Picón, R., Reyes, A., Vaswani-Bye, A., & Wadler, B. (2022). Learning Clinical and Cultural Empathy: A Call for a Multidimensional Approach to Empathy-Focused Psychotherapy Training. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52(4), 267–279.
- Light, S. N., Coan, J. A., Zahn-Waxler, C., Frye, C., Goldsmith, H. H., & Davidson, R. J. (2009). Empathy is associated with dynamic change in prefrontal brain electrical activity during positive emotion in children. *Child Development*, 80(4), 1210–1231.
- Lipps T. (1906). Einfühlung und ästhetischer Ge- nuß. *Die Zukunft*, 54, 110-114. (Tr. it. *Empatia e godimento estetico* (pp. 31-45). In S. Besoli, M. Manotta & R. Martinelli (Eds.) *Discipline Filosofiche XII/2*. Quolibet, 2002).
- Losoya, S.H., & Eisenberg, N. (2001). Affective empathy. In J.A. Hall & F.J. Bernieri (Eds.), *Interpersonal sensitivity* (pp. 2143). Lawrence Erlbaum.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Wopody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.

- Messina, I., Palmieri, A., Sambin, M., Kleinbub, J. R., Voci, A., & Calvo, V. (2013). Somatic underpinnings of perceived empathy: The importance of psychotherapy training. *Psychotherapy Research, 23*(2), 169–177.
- Molnar-Szakacs, I. (2010). From actions to empathy and morality: A neural perspective. *Journal of Economic Behavior and Organization, 77*, 76–85.
- Nerdrum, P., & Rønnestad, M. H. (2003). Changes in Therapists' Conceptualization and Practice of Therapy Following Empathy Training. *The Clinical Supervisor, 22*(2), 37–61.
- Nino A., Kissil K. & Cooke L. (2016). Training for connection: students' perceptions of the effects of the person-of-the-therapist training on their therapeutic relationships. *Journal of Marital and Family Therapy 42*(4), 599–614.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 113–141). American Psychological Association.
- Norcross, J. C., & Lambert, M.J. (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*(1), 98-102.
- Oxford Languages. *Empathy noun—Definition, pictures, pronunciation and usage notes | Oxford Advanced Learner's Dictionary at OxfordLearnersDictionaries.com.*
(s.d.). <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/empathy?q=empathy>
- Patterson, C. H. (1984). Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 21*(4), 431–438.
- Phelps, E. A. (2004). The Human Amygdala and Awareness: Interactions Between Emotion and Cognition. In M. S. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences* (pp. 1005–1015). Boston Review.
- Preston, E., de Waal, F.W. (2003). Empathy: Its ultimate and proxymates bases. *Behavioral and Brain Sciences, 25*, 1-72.
- Preston, S. D. (2013). The origins of altruism in offspring care. *Psychological Bulletin, 139*, 1305–1341.

- Preston, S. D., & de Waal, F. B. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral Brain Science*, *25*(1), 1–20.
- Preston, S.D., Bechara, A., Damasio, H., Grabowski, T.J., Stansfield, R.B., Mehta, S., & Damasio, A.R. (2007). The neural substrate of cognitive empathy. *Social Neuroscience*, *2*(34), 254-275.
- Rameson, L. T., & Lieberman, M. D. (2009). Empathy: A social cognitive neuroscience approach. *Social and Personality Psychology Compass*, *3*(1), 94–110.
- Renik, O. (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *The Psychoanalytic Quarterly*, *62*(4), 553–571.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L, Gallese, V., Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor action. *Cognitive Brain Research*, *3*, 131-141.
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai*. Raffaello Cortina Editore.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In H. Kirschenbaum & V. Henderson (Eds.), *The Carl Rogers reader* (pp. 184-256). Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counselling Psychologist*, *5*(2), 2–10.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, *21*(2), 95–103.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Houghton Mifflin.
- Ruby, P., Decety, J. (2002). What you believe versus what you think they believe: neuro-imaging study of conceptual perspective-taking. *European Journal of Neuroscience*, *17*, 2475-2480.
- Schore, A.N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development*. Norton.
- Schore, A.N. (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. Norton.
- Sexton, T. L., & Ridley, C. R. (2004). Implications of a moderated common factors approach: Does it move the field forward? *Journal of Marital and Family Therapy*, *30*, 159–163.

- Siegal, M., Varley, R. (2002). Neural systems implied in theory of mind. *Nature Neuroscience*, 3, 463-471.
- Silberman, E. K. (2021). Empathy in Psychotherapy: What Is It and What Else Do We Need? *Psychiatry*, 84(3), 214-219.
- Sonnby-Borgström, M. (2002). Automatic mimicry reactions as related to differences in emotional empathy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(5), 433-443.
- Sparks, J. A., & Duncan, B. L. (2010). Common factors in couple and family therapy: Must all have prizes? In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 257–391). American Psychological Association.
- Sprenkle, D. H., Davis, S. D., & Lebow, J. L. (2009). *Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice*. Guilford Press.
- Stueber, K. R. (2012). Varieties of empathy, neuroscience and the narrativist challenge to the contemporary theory of mind debate. *Emotion Review*, 4(1), 55–63.
- Teding van Berkhout, E., & Malouff, J. M. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 32–41.
- Trevarthen, C. (1993). Il Sé generato nell'intersoggettività: la psicologia della comunicazione infantile. (Tr. it. in Neisser, U. (Ed.), *La percezione di sé. Le fonti ecologiche e interpersonali della conoscenza di sé* (pp. 143-197). Bollati Boringhieri, 1999).
- Tullet, A. M., Harmon-Jones, E., & Inzlicht, M. (2012). Right frontal cortical asymmetry predicts empathic reactions: Support for a link between withdrawal motivation and empathy. *Psychophysiology*, 49, 1145-1153.
- Watson, J. C. (2002). Re-visioning empathy. In D. Cain, & J. Seeman (Eds.), *Handbook of research in humanistic therapies* (pp. 445-471). American Psychological Association.
- Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2013). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24(3), 286–298.
- Williams, R., & Dazzi, N. (2006). Il concetto di empatia tra clinica e ricerca empirica. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia*. Raffaello Cortina Editore.
- Zaki, J. (2014). Empathy: A motivated account. *Psychological Bulletin*, 140, 1608 –1647.

Zaki, J. (7 giugno 2019). How to increase empathy and unite society. *The Economist*. <https://www.economist.com/open-future/2019/06/07/how-to-increase-empathy-and-unite-society>