



UNIVERSITA' 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

**Alleanza terapeutica, rotture e riparazioni:
implicazioni empiriche e cliniche**

**Therapeutic alliance, ruptures and repairs:
empirical and clinical implications**

Relatore
Prof. Diego Rocco

Laureanda: Alice Brunetti
Matricola: 2012636

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

1. CAPITOLO PRIMO. L'alleanza terapeutica: una panoramica generale	5
1.1. Evoluzione del costrutto e contributi storici	6
1.2. Contributi della ricerca	10
1.3. Implicazioni del costrutto: rotture e riparazioni	13
2. CAPITOLO SECONDO. Analisi della ricerca empirica: riparare le fratture dell'alleanza terapeutica	15
2.1. Individuare le fratture dell'alleanza, implicazioni delle caratteristiche del terapeuta <i>"Detecting alliance ruptures: the effects of the therapist's experience, attachment, empathy and countertransference management skills"</i>	15
2.2. L'utilizzo delle carte di controllo per operationalizzare gli eventi di rottura e riparazione <i>"Operationalizing alliance rupture–repair events using control chart methods"</i>	18
2.3. La risoluzione delle rotture dell'alleanza rispetto alle caratteristiche del paziente <i>"Achieving successful resolution of alliance ruptures: for whom and when?"</i>	21
2.4. Efficacia delle strategie di riparazione <i>"Clinical Consensus Strategies to Repair Ruptures in the Therapeutic Alliance"</i>	24
3. CAPITOLO TERZO. Conclusioni: l'integrazione delle evidenze emerse	27
3.1. Discussione	27
3.2. Integrazione della ricerca empirica e del lavoro clinico	28
3.2. Limitazioni e direzioni future	28

CAPITOLO PRIMO

L'alleanza terapeutica: una panoramica generale

“Non possiamo aspettarci che il paziente sia fortemente persuaso del potere curativo dell’analisi; è probabile che egli nutra una certa fiducia nell’analista e che questa fiducia si rafforzi fino a diventare operante.” (Freud, 1937, p. 522)

Freud fu il primo autore a proporre, in alcuni suoi scritti, un ritratto che ha anticipato l’attuale visione dell’alleanza terapeutica. Le radici di tale concetto risiedono infatti negli inizi del Novecento, quando l’autore notò la presenza di alcuni aspetti relazionali funzionali al trattamento (Horvath, 2005).

A partire dagli inizi del ventesimo secolo la psicoterapia stessa ha subito innumerevoli e sostanziali trasformazioni, all’interno delle quali il costrutto di alleanza terapeutica ha preso forma, delineandosi tra differenti prospettive, continue ridefinizioni e incessanti ricerche (Bordin, 1979; Bowlby, 1988; Luborsky, 1976; Rogers, 1957; Strong, 1968). L’alleanza terapeutica è di fatto un concetto complesso (Safran & Muran, 2006) poiché si intreccia e contrappone ad ulteriori elementi presenti nel campo intersoggettivo della relazione terapeutica e per le differenze che incorrono tra i molteplici approcci psicoterapeutici. La stessa terminologia del costrutto assume accezioni differenti quali: alleanza terapeutica, alleanza di lavoro e alleanza d’aiuto (Lingiardi, 2002).

Ad oggi persistono infatti divergenze circa l’azione e l’apporto dell’alleanza terapeutica nella terapia. Tuttavia, due principi sono ampiamente supportati:

- 1) L’alleanza terapeutica fa riferimento alla capacità del paziente e del terapeuta di creare, e mantenere, un legame basato su un accordo circa la terapia;
- 2) L’alleanza terapeutica fissa l’elemento collaborativo entro la diade terapeutica. Questa collaborazione determina il cambiamento terapeutico attraverso fattori specifici agli indirizzi terapeutici (Lingiardi, 2002).

La letteratura definisce il concetto di alleanza terapeutica come il rapporto specifico e collaborativo tra paziente e terapeuta. L’alleanza è perciò una dimensione interattiva riferita all’abilità di entrambe le componenti della diade terapeutica di costruire una relazione fondata sulla fiducia, la cooperazione e il rispetto al fine di lavorare insieme per raggiungere gli obiettivi e far fronte alle difficoltà del paziente (Lingiardi, 2002). L’alleanza terapeutica delinea quindi il contesto entro il quale hanno luogo interazioni, interventi e interpretazioni, i quali possono poi essere esplorati, compresi e modificati consentendo di stabilire e mantenere una cornice terapeutica di lavoro (Meissner, 1992, 1996, 2006). L’alleanza è perciò un aspetto della relazione riferito ad una dimensione relazionale inconscia;

tuttavia, possiede anche una componente più prettamente cognitiva e coscia, la quale fa riferimento al consenso e l'impegno circa gli obiettivi (Horvath, 2001). È quindi presente un funzionamento cognitivo-affettivo della coppia terapeuta-paziente con il significato di una nuova esperienza intersoggettiva vissuta nel rispetto dell'alterità reciproca (Lingiardi, 2002).

Inoltre, Safran e Muran (2000a) definiscono l'alleanza terapeutica come una negoziazione, e non unicamente come una collaborazione, tra paziente e terapeuta. Viene dunque riconosciuta come una proprietà mutevole della relazione terapeutica.

In conclusione, il costrutto in esame ha ottenuto, a seguito di numerose ricerche empiriche, una rilevanza significativa per la comunità scientifica in quanto è risultato essere uno dei fattori più determinanti per l'outcome in psicoterapia. È quindi un fattore predittivo e, al tempo stesso, curativo (Lingiardi, 2002). Per tale ragione risulta avere una considerevole importanza, sia nell'ambito clinico che di ricerca, in quanto consente di ottenere comprensioni più accurate circa il funzionamento del processo terapeutico (Horvath, 2005).

1.1. Evoluzione del costrutto e contributi storici

Da più di cent'anni autori differenti tentano di definire e comprendere il concetto di alleanza terapeutica. Tale concetto fonda le sue radici nella psicoanalisi dei primi anni del Novecento, quando Freud delineò per la prima volta quello che poi si evolverà nell'alleanza terapeutica: il "transfert positivo irreprensibile" (Lingiardi, 2002). L'autore mostra uno spiccato interesse per quegli aspetti relazionali reali e di collaborazione contrapponendoli agli elementi nevrotici e irrazionali che delineano il legame tra paziente e analista.¹ Freud elabora quindi il concetto di "transfert positivo irreprensibile" per definire la specificità della relazione analitica e spiegare, attraverso la distinzione tra transfert positivo (che collabora) e negativo (che interferisce), il paradosso concettuale del transfert, inteso come resistenza e al tempo stesso veicolo essenziale per la cura (Freud, 1912a; Freud, 1912b). Freud (1913) afferma inoltre che il paziente ha un'innata tendenza alla formazione di un legame libidico nei confronti dell'analista e questo, secondo l'autore, avviene se l'analista mostra interesse e cura. In lavori più recenti Freud definisce la relazione analista-paziente come il legame stabilito dall'analista con l'Io del paziente, al fine di comprendere nella sintesi dell'Io elementi incontrollati dell'Es (Freud, 1937; Freud, 1940).

Questi ultimi studi di Freud operano un cambiamento concettuale consentendo di vedere la possibilità di guarigione inscritta non solo nelle interpretazioni di transfert ma anche nella relazione tra il sé

¹ L'utilizzo della terminologia specifica riguardo a psicoanalisi e psicoterapia risulterà correlato all'autore di riferimento.

conscio del paziente e l'analista "reale", non unicamente risultato delle proiezioni nevrotiche del paziente (Horvath & Luborsky, 1993). A partire da questa idea alcuni autori, tra cui Sterba (1934), Zetzel (1956) e Greenson (1965, 1967), hanno delineato molteplici concettualizzazioni. I tre autori teorizzano che l'alleanza terapeutica venga instaurata tra l'Io conscio, razionale e collaborativo del paziente e l'analista. Il mezzo che rende possibile questa unione risiede in un elemento transferale verso l'analista (Horvath, 2001).²

Sterba (1934) utilizza per primo il termine "ego alliance", con il quale definisce che l'Io del paziente è scisso tra una parte razionale e una parte oppositiva (la quale include le difese dell'Io, le condizioni del Super-Io e le pulsioni dell'Es). La parte razionale, secondo l'autore, è quella che collabora con l'analista per esplorare l'inconscio, diventando funzione attiva dell'Io. Ciò avviene attraverso un'identificazione positiva con l'analista la quale, rafforzando transitoriamente l'Io del paziente, permette l'adempimento dei compiti terapeutici. Fenichel (1941), sulla scia dei lavori di Sterba, teorizza il concetto di alleanza come un "transfert razionale" e Stone (1961) lo definisce "transfert maturo". Anche Nunberg (1928, 1932) condivide l'idea generale di Sterba, aggiungendo all'idea dell'alleanza tra analista e Io razionale del paziente un'alleanza irrazionale tra analista e desideri del paziente. Definisce inoltre l'alleanza come un mezzo per raggiungere la condizione necessaria del lavoro analitico, non il prodotto di esso, come definito da Sterba (Lingiardi, 2002).

In seguito, Alexander (1956) introduce il concetto di "esperienza emozionale correttiva"³ operando una rivoluzione della relazione terapeutica analista-paziente poiché essa, ancora non intesa come alleanza, assume una dimensione interattiva essenziale per il cambiamento (Lingiardi, 2002). In modo simile Rogers (1957) sviluppa la "terapia centrata sul cliente",⁴ la quale definisce il rapporto terapeuta-paziente come elemento intersoggettivo essenziale per la riuscita del processo terapeutico. Zetzel (1956, 1958, 1964) introduce il termine "alleanza terapeutica", definendola formalmente e per la prima volta come nucleo principale dell'analisi ed elemento essenziale per il processo terapeutico. Secondo l'autrice la porzione osservante dell'Io del paziente si allea con l'analista attraverso una graduale identificazione, formando l'alleanza terapeutica. Tale alleanza viene creata e conservata a partire dalle funzioni mature e stabili dell'Io del paziente originate dalle relazioni oggettuali diadiche

² In seguito alle definizioni freudiane, lo sviluppo delle teorie psicodinamiche circa la relazione e l'alleanza terapeutica si è diviso in due categorie: la prima risiede nelle teorie delle relazioni oggettuali e della psicoanalisi interpersonale, originate dall'influenza di Sandor Ferenczi (Aron & Harris, 1993); la seconda si indentifica con la psicologia dell'Io (A. Freud, 1936; Hartmann, 1958), la quale vuole portare in evidenza l'interazione fra paziente e analista (Safran & Muran, 2000). Nonostante ciò, l'evoluzione del concetto verrà di seguito proposta seguendo un ordine storico-cronologico.

³ L'esperienza emozionale correttiva si riferisce alla tecnica con la quale l'analista abbandona l'idea freudiana di analista come "schermo bianco" e agisce con il paziente una modalità relazionale funzionale alla risoluzione di conflitti passati, attraverso la comprensione della discrepanza tra le esperienze reali e le dinamiche transferali (Lingiardi, 2002).

⁴ La terapia centrata sul cliente è finalizzata alla facilitazione della "forza di base" del cliente al fine di integrare le esperienze in un concetto di sé più completo (Lingiardi, 2002).

stabilite durante le fasi preedipiche, inoltre le stesse caratteristiche dell'analista collaborano alla creazione dell'alleanza. Allo stesso modo Greenacre definisce l'alleanza collegandola al concetto di "transfert fondamentale o primario", collocando quindi la sua origine nelle esperienze precoci (Greenacre, 1954, 1968). Anche Adler (1980) si allinea alle teorizzazioni precedenti, definendo quindi che l'alleanza terapeutica può essere scissa dall'elemento transferale solo nelle ultime fasi della terapia, quando i conflitti relativi alle esperienze infantili sono giunti a risoluzione.⁵

Greenson (1965, 1967) teorizza l'alleanza come il legame che consente al paziente di impegnarsi nel lavoro terapeutico. Proprio per questo sottolinea l'aspetto costitutivo dell'alleanza definendola "alleanza di lavoro". Essa si stabilisce, secondo l'autore, a partire dall'Io razionale del paziente e l'Io analizzante dell'analista attraverso un'identificazione parziale del paziente con il comportamento riflessivo ed analitico dell'analista. Il paziente contribuisce all'alleanza di lavoro attraverso la motivazione al superamento delle difficoltà e alla collaborazione relazionale con l'analista, il quale influenza il legame con partecipazione empatica, accettazione e comprensione. Greenson inoltre accresce la psicologia dell'Io distinguendo l'alleanza terapeutica dal transfert e dalla relazione reale, sottolineando l'importanza dell'obiettività in terapia. Anni dopo, sulla scia di Greenson, Meissner (1996, 2001) definisce l'alleanza come elemento fondamentale del rapporto terapeutico e basata sull'interazione tra empatia, capacità di riflessione dell'analista e volontà del paziente. A questi elementi aggiunge aspetti più materiali quali l'accordo circa frequenza, riservatezza, pagamento e responsabilità del lavoro terapeutico. Secondo l'autore, inoltre, il costrutto interagisce collaborando o opponendosi alla relazione reale, ad eventuali "misalliance" e alla relazione di transfert-controtransfert.

Alcuni autori hanno invece delineato limiti concettuali ed operativi. Brenner (1979) e Curtis (1979) ritengono che la distinzione tra alleanza e transfert sia ininfluente. Sostengono infatti che la concezione di alleanza sia pericolosa, portando con sé il rischio di sottovalutare alcuni aspetti della relazione e quindi considerarli non analizzabili. Lacan (1955) ritiene che l'alleanza tra il terapeuta e la parte cosciente dell'Io del paziente possa condurre alla congruenza con il desiderio dell'altro. Secondo Hanly (1994) invece l'alleanza si focalizza eccessivamente sugli aspetti razionali e consci, a scapito della valutazione di quelli inconsci.

Nel corso del tempo anche altre tradizioni terapeutiche hanno assimilato e ridefinito il concetto dinamico di alleanza, definendo altre spiegazioni del suo ruolo all'interno del processo terapeutico (Bordin, 1979; Bowlby, 1988; Luborsky, 1976; Rogers, 1957; Strong, 1968). La tradizione

⁵ Tali prospettive si rifanno alla teoria delle relazioni oggettuali, in particolare alle teorie di Winnicott (1965) di "ambiente contenente" e della nozione Kleiniana di "contenimento" (Safran & Muran, 2000).

esperienziale, a partire dalle prime teorizzazioni di Rogers (1951, 1957), ha iniziato ad utilizzare l'alleanza attraverso modalità esplicite, riscontrando una maggiore utilità in terapia (Greenberg, Rice & Elliott, 1993). I teorici contemporanei cognitivo-comportamentali condividono in maniera crescente la posizione e l'utilità fondamentale dell'alleanza (Amkoff, 1995; Goldfried & Davidson, 1974), e teorizzazioni affini sono emerse anche nella terapia familiare (Pinsof & Catherall, 1986; Rait, 1998) e nella terapia di gruppo (MacKenzie, 1998).

A partire dagli anni Settanta, autori come Bordin, Luborsky, Gaston, Orlinsky, Howard, Safran e Muran hanno focalizzato le loro teorizzazioni circa l'alleanza terapeutica su ricerche empiriche.⁶ Per tale ragione si è verificata un'evoluzione del pensiero terapeutico (analitico e non) e conseguentemente, dell'apporto del costrutto⁷ di alleanza terapeutica. (Lingiardi, 2002).

Luborsky (1976, 1984), a partire dalle sue scoperte nel Penn Psychotherapy Research Project, definisce il costrutto come "alleanza di aiuto" (helping alliance), specificando che il paziente raggiunge gli obiettivi terapeutici grazie alla sperimentazione di una condizione di sostegno. Egli identifica due tipologie consequenziali di alleanza: il sentimento di fiducia nei confronti del terapeuta, il quale fornisce aiuto al paziente e la condivisione della responsabilità del conseguimento degli obiettivi del paziente. Gaston (1990, 1991) propone un modello del costrutto integrando le differenti definizioni per dimostrare come l'alleanza terapeutica possa influenzare l'outcome delle terapie. Ipotizza tre elementi ritenuti fondamentali per la comprensione di alleanza: il suo potere curativo, l'essere necessaria ma non sufficiente e l'essere diversamente predittiva a seconda di interventi supportivi o espressivi. Inoltre, definisce quattro dimensioni intrapsichiche ed interpersonali per la comprensione del costrutto: la capacità di lavorare del paziente, il suo impegno, il suo consenso sulla modalità di lavoro e il coinvolgimento e comprensione del terapeuta⁸. Orlinsky e Howard (1972, 1975) si concentrano su quello che è il vissuto del paziente in terapia per predirne il successo e lo definiscono "legame terapeutico". Definiscono quattro componenti del legame: il contratto di comunicazione (modalità di espressione del paziente ed empatia del terapeuta), affetto reciproco, l'investimento nella posizione (ossia motivazione ed impegno) e la collaborazione⁹. L'interesse comune del costrutto viene poi catalizzato dagli studi di Bordin (1979), il quale formula per primo una definizione "panteorica" di alleanza terapeutica, superando le limitazioni teoriche e tecniche che dividono le differenti forme di terapia e giungendo ad una visione integrata del costrutto. L'autore

⁶ I contributi della ricerca circa l'alleanza terapeutica saranno meglio specificati nel paragrafo seguente.

⁷ A partire dagli anni Settanta, l'alleanza terapeutica viene definita *costrutto* e non più mero concetto, proprio per la sua rilevanza all'interno della ricerca empirica (Lingiardi, 2002)

⁸ Queste dimensioni organizzano la California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS) (Marmar & Gaston, 1988).

⁹ Le quattro dimensioni, insieme ad altre cinque componenti, costituiscono la Therapeutic Bond Scale (TBS) (Orlinsky, Howard & Saunders, 1989)

teorizza che una solida alleanza sia la prerogativa del cambiamento in tutte le forme di psicoterapia e ne identifica tre elementi interdipendenti: i compiti, gli obiettivi e il legame (Bordin, 1979).¹⁰ Safran e Muran (2000a) infine definiscono l'alleanza terapeutica come una negoziazione continua, dinamica e intersoggettiva, aggiungendo alle teorie precedenti l'assunto che l'alleanza possa subire delle rotture e conseguentemente delle riparazioni, le quali diventano variabili essenziali del successo terapeutico.

L'alleanza terapeutica diventa così la "variabile integrativa quintessenziale" (Wolfe & Goldfried, 1988), ricevendo sempre maggiore interesse e riconoscimento dalle differenti tradizioni terapeutiche (Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Luborsky, 1993).

In conclusione, l'evoluzione del concetto di alleanza terapeutica ha consentito di acquisire una cornice teorica entro la quale ascrivere la relazione terapeutica che inizialmente era solo parsa come deformazione dei tre pilastri descritti da Freud di astinenza, neutralità e anonimato. Diventano così imprescindibili: un ambiente di sostegno, l'empatia, contenere e ridefinire gli affetti, riconoscere al paziente il suo valore e la ricerca del grado di vicinanza ottimale. L'alleanza diventa dunque sfondo imprescindibile per ogni intervento psicoterapeutico e principale elemento trasformativo (Lingiardi, 2002).

1.2. Contributi della ricerca

Le ricerche e verifiche empiriche circa l'alleanza terapeutica hanno presentato un ritardo nel loro sviluppo a causa della complessità del costrutto, in particolare per via dell'ampiezza del campo di indagine, della presenza di vari e diversi modelli teorici e clinici e dell'assenza di un accordo, sia sul concetto di "cambiamento terapeutico", sia sulla definizione degli obiettivi di trattamento (Lingiardi, 2002).

A partire dalla metà del ventesimo secolo la ricerca empirica ha avuto accesso alla possibilità di esplorare il processo della psicoterapia grazie alla nuova tecnologia, che ha reso possibile la registrazione delle sedute (Horvath, 2005). In seguito, ricerche degli anni Settanta hanno dimostrato l'esistenza di un fattore comune a tutte le differenti terapie e trasversale ai modelli di intervento e trattamento, in grado di predirne l'esito¹¹ (Bergin & Garfield, 1994). Questo fattore è risultato coincidere con il concetto di alleanza terapeutica (Lingiardi, 2002). A partire da questo momento e da queste nuove teorizzazioni, il costrutto dell'alleanza terapeutica ha assunto una progressiva

¹⁰ Secondo Bordin (1979), l'interdipendenza è definita a partire dall'accordo tra terapeuta e paziente circa gli obiettivi e i compiti della terapia, i quali definiscono poi la forza dell'alleanza e la qualità del legame della relazione.

¹¹ Negli anni Settanta era già presente il "paradosso dell'equivalenza", secondo il quale le diverse forme di psicoterapia sono accomunate da fattori comuni in grado di definire cambiamenti positivi. L'alleanza terapeutica diventa fattore di elezione tra essi (Lingiardi, 2002).

importanza nell'ambito di ricerca clinica ed empirica circa gli esiti e i processi delle terapie (Ponsi, 2002). La ricerca in psicoterapia relativa all'alleanza terapeutica si è infatti sviluppata seguendo due linee di evoluzione: la prima fa riferimento alla ricerca sull'outcome in terapia, la seconda riguarda il processo terapeutico. (Lingiardi, 2002). Le ricerche condotte riguardo il risultato della terapia hanno indagato differenti contesti quali: tipologie di trattamento, genere, popolazioni, categorie diagnostiche, fattori terapeutici (Horvath, 2005), tipologie di risultato, lunghezza del trattamento, alleanza precoce e tardiva e relazione dell'alleanza con i benefici precoci della terapia (Horvath & Luborsky, 1993). La seconda linea di ricerca pone l'attenzione sugli aspetti riguardanti la terapia stessa: lo sviluppo, il ruolo e la gestione dell'alleanza nel processo terapeutico (Horvath, 2005).

Ad oggi queste due linee si intersecano ed integrano vicendevolmente in quanto risulta sempre maggiore l'interesse nel delineare un consenso generale circa la definizione del caso, dei risultati attesi e degli indici di miglioramento. Ciò ha quindi condotto a studi sistemici che necessitano di integrare la ricerca sull'outcome e sul processo (Dazzi & De Coro, 2001).

Ulteriori direzioni della ricerca empirica circa il costrutto in analisi hanno avuto origine dalla formulazione del concetto di alleanza come collaborazione attiva e dalla necessità di individuare una discriminazione tra l'alleanza e le distinte variabili delle relazioni quali: empatia, transfert e relazione reale (Bordin, 1976; Frieswyk, et al., 1986; Gelso & Carter, 1985; Luborsky, 1976; Westen, 1997). Tendenze aggiuntive della ricerca sull'alleanza terapeutica prendono in debita considerazione: il training terapeutico per favorire l'alleanza, i cambiamenti dell'alleanza nel tempo (Horvath, 2005), così come l'influenza delle variabili del terapeuta e del paziente, cui combinazione influenza la qualità dell'alleanza. Tali variabili riguardano le storie personali, le variabili interpersonali ed intrapersonali e la collaborazione di entrambi (Horvath & Luborsky, 1993). I fattori indagati del paziente consistono nella tipologia di compromissione, severità dei sintomi, qualità dell'attaccamento e delle relazioni oggettuali; mentre le variabili del terapeuta ricercate riguardano invece le capacità di comunicazione, l'empatia, l'apertura, l'esplorazione, l'esperienza e il training ricevuto (Horvath, 2001).

Horvath (2005) sostiene che la ricerca circa l'alleanza terapeutica può condurre ad un perfezionamento del processo terapeutico. La sempre maggiore comprensione di come il paziente utilizzi la relazione terapeutica consente al terapeuta di creare le possibilità di incrementare questo processo. Nelle pagine precedenti sono stati infatti illustrati gli autori più prominenti che, attraverso le loro ricerche empiriche, hanno apportato significative modifiche alla definizione del costrutto; perciò, l'attenzione dell'elaborato verterà principalmente sul contributo della ricerca circa il processo, la comprensione e il conseguente utilizzo del costrutto.

Negli anni intercorsi tra il 1975 e il 1986 tale contributo ha sviluppato numerose misure per determinare la qualità dell'alleanza nella relazione terapeutica (Horvath, 2005). Le prime misurazioni

del costrutto risalgono dunque alla metà degli anni Settanta quando Luborsky formulò le prime ricerche empiriche tramite valutatori esterni, mentre con il progredire della ricerca sono stati sviluppati questionari self-report direttamente rivolti a paziente e terapeuta. Ad oggi queste tre differenti prospettive sono integrate in varie scale di misura quali questionari self-report e scale di valutazione (Lingiardi, 2002). Gli strumenti attualmente più diffusi, utilizzati in ricerca e con ottime proprietà psicometriche (Horvath & Luborsky, 1993), sono i seguenti:

1. Penn Helping Alliance Scale (Alexander & Luborsky, 1987);
2. Working Alliance Inventory (Horvath, 1981, 1982);
3. Therapeutic Bond Scale (Orlinsky et al., 1989);
4. Vanderbilt Psychotherapy Process Scale of vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (Hartley & Strupp, 1983);
5. Therapeutic Alliance Scale (Marziali, 1984);
6. California Psychotherapy Alliance Scale (Marmar & Gaston, 1988).

Le scale presentano una generale sovrapposizione a livello globale (Horvath & Luborsky, 1993). Sono state rilevate però delle incongruenze poiché alla base della creazione degli strumenti sono presenti orientamenti teorici differenti e le sottoscale di ciascuno strumento valutano componenti relazionali diverse. Allo stesso modo i risultati delle tre prospettive di osservazione (paziente, terapeuta e valutatore esterno) non sempre coincidono (Bachelor, 1992), benché si sia osservato che le tre prospettive tendono a convergere alla fine della terapia (Lingiardi, 2002).

Le ricerche sull'alleanza hanno condotto ad alcuni dati definiti, i quali rivestono una significativa importanza per la psicoterapia e per la ricerca stessa. In primo luogo, è stato verificato il valore predittivo dell'alleanza sull'outcome già a partire dalle prime sedute (Lingiardi, 2002). Sono stati poi indagati gli elementi, sia del paziente sia del terapeuta, che promuovono lo sviluppo dell'alleanza. Per quanto riguarda le caratteristiche del paziente, le ricerche fanno riferimento a fattori interpersonali, qualità delle relazioni attuali, stile di attaccamento (Eames & Roth, 2000; Luborsky, et al. 1983; Kokotovic & Tracey, 1990; Mallinckrodt, 1992, 2000; Pavio & Bahr, 1998; Wallner, et al., 1992), motivazione, fattori intrapersonali, attitudini e qualità delle relazioni oggettuali (Horvath & Luborsky, 1993; Marmar, et al., 1989; Ryan & Cicchetti, 1985; Piper, et al., 1991). Le caratteristiche del terapeuta sono invece relative al livello di esperienza di quest'ultimo, in quanto pazienti che presentano difficoltà nella formazione di relazioni intime risultano avere alleanze più solide con terapeuti più esperti (Kvilighan, et al., 1998), e a fattori intrapersonali poiché le rappresentazioni dei terapeuti rispetto alla loro esperienza passata influenzano la qualità del legame con i pazienti (Henry & Strupp, 1994). Un'ulteriore evidenza emersa dalle ricerche riguarda la maggiore predittività nelle prime fasi della terapia circa le valutazioni dell'alleanza da parte dei

pazienti (Lingiardi, 2002)¹². Infine, studi recenti dimostrano che il miglioramento dell'alleanza nel corso della terapia è dovuto ad interventi da parte del terapeuta inerenti ai temi relazionali conflittuali centrali del paziente (Crits-Christoph, et al., 1993).

Una recente direzione della ricerca sull'alleanza terapeutica riguarda i processi di rottura e riparazione della stessa studiati a partire dagli anni Novanta da Safran e Muran (2000a). Tale linea di ricerca riflette una prospettiva maggiormente qualitativa delle differenze operazionali del costrutto (Horvath, 2018) e vede le rotture dell'alleanza terapeutica non come mero ostacolo al processo ma parte costituente di esso, essendo l'alleanza definita da cicli di rotture e riparazioni (Safran & Muran, 1998). In quest'ottica le rotture e la loro risoluzione diventano processi inevitabili e necessari (Lingiardi, 2002) e perciò base del lavoro terapeutico. Gli autori hanno inoltre sviluppato una scala di misura, The Alliance Negotiation Scale, la quale definisce a livello operativo il costrutto della negoziazione dell'alleanza terapeutica (Doran, et al., 2012). A partire dalle ricerche di rotture e riparazioni sono stati indagati programmi circa la riparazione delle rotture dell'alleanza, i quali hanno sviluppato significative conoscenze, programmi di formazione e trattamenti consistenti di un approccio focalizzato sull'alleanza (Eubanks-Carter et al., 2015; Safran, et al., 2014). Tale lavoro si fonda su feedback volti alla prevenzione di un deterioramento della relazione o del drop-out e al miglioramento dei risultati (Lambert, 2010; Lambert & Barley, 2002).

1.3. Implicazioni del costrutto: rotture e riparazioni

Le nuove teorie di Safran e Muran, circa le rotture e le riparazioni dell'alleanza terapeutica, sono volte ad integrare nella pratica clinica ciò che emerge a partire dalla ricerca empirica, prefiggendosi un obiettivo lodevole e assiduo (Lingiardi, 2002).

Gli studi definiscono le rotture dell'alleanza come il deterioramento della stessa. Tale declino si ripercuote nella carenza di collaborazione, nel disaccordo sugli obiettivi e nella tensione del legame affettivo della diade (Eubanks-Carter, et al., 2010; Safran & Muran, 2000a). Comunque, la definizione delle fratture dell'alleanza varia in base all'orientamento teorico con il quale si definisce il costrutto. Secondo Safran e Muran infatti l'alleanza diventa negoziazione, non più solo collaborazione (Horvath, 2018). Secondo tale visione le rotture dell'alleanza rispecchiano una problematicità nella qualità della relazione ed un fallimento comunicativo (Safran & Muran, 2006).

¹² Tale evidenza è spiegata dalla maggiore propensione del paziente, nelle prime fasi della terapia, a valutare l'alleanza secondo una dimensione qualitativa, rispetto al terapeuta che risulta invece maggiormente influenzato da concetti teorici (Lingiardi, 2002).

Le rotture vengono identificate secondo due tipologie: le rotture da ritiro e da confronto (Harper, 1989a, 1989b; Safran & Muran, 2000a), definite dalla modalità con cui il paziente affronta la tensione relazionale (Lingiardi, 2002). Nel primo modello di rottura dell'alleanza il paziente attua dei comportamenti di evitamento del terapeuta e della terapia; perciò, le rotture sono percepite come meno esplicite. Nel secondo modello invece il paziente si esprime direttamente in un confronto aperto e attraverso modalità esplicite (Eubanks et al., 2018; Lingiardi, 2002;).

Le rotture, le tensioni e un processo negativo sono elementi inevitabili in psicoterapia, per tale ragione è necessario che il terapeuta abbia adeguate conoscenze al fine di riparare le fratture dell'alleanza (Safran, 2003). La riparazione delle rotture del processo terapeutico è considerata tale nel momento in cui la diade riprende la collaborazione con un maggiore legame affettivo (Eubanks et al., 2018). Per questo motivo la riparazione delle rotture assume una connotazione positiva, diventando funzionale al raggiungimento di nuove comprensioni (Lingiardi, 2002). Essa avviene attraverso l'utilizzo di strategie dirette e indirette a seconda che la frattura venga riconosciuta esplicitamente o meno. Le strategie di riparazione possono inoltre essere immediate, quando mirano alla rapida risoluzione della rottura e al ritorno immediato al compito terapeutico prestabilito, oppure espressive, quando il focus della sessione di lavoro viene indirizzato all'esplorazione delle motivazioni alla base della frattura della relazione (Eubanks et al., 2018).

Terapeuti di orientamenti diversi definiscono e dunque affrontano le rotture dell'alleanza attraverso modalità differenti (Lingiardi, 2002). L'interesse della ricerca si è infatti direzionato verso la comprensione delle strategie maggiormente efficaci per il processo e per il risultato terapeutico e dei fattori che incidono significativamente sulla possibilità stessa di riparare eventuali fratture. Diventa quindi necessario comprendere il processo di riparazione da ambi i punti di vista della diade, per implementare l'opportunità di riparare le rotture della relazione, al fine di aumentare la possibilità di giungere ad un outcome terapeutico ottimale (Safran & Muran, 2000a).

Nella sezione successiva saranno presentati alcuni tra i lavori di ricerca più recenti relativi al costrutto in oggetto, inerenti alle evidenze sopra riportate.

CAPITOLO SECONDO

Analisi della ricerca empirica: riparare le fratture dell'alleanza terapeutica

Di seguito verranno discussi quattro articoli recenti la cui scelta è stata eseguita a partire da una ricerca bibliografica svolta utilizzando le parole chiave “therapeutic alliance” OR “helping alliance” OR “working alliance”, “rupture” e “repair”. Sono state privilegiate le riviste con Impact factor più elevato quali *Clinical Psychology & Psychotherapy* [Q1], *Journal of Psychotherapy Integration* [Q1], *Psychotherapy Research* [Q1] e *Research in Psychotherapy* [Q2] in modo tale da avere accesso ai lavori di maggior impatto sulla comunità scientifica. Gli anni di pubblicazione presi in considerazione intercorrono tra il 2018 ed il 2022.

2.1. Individuare le fratture dell'alleanza, implicazioni delle caratteristiche del terapeuta ***“Detecting alliance ruptures: the effects of the therapist’s experience, attachment, empathy and countertransference management skills”***

Descrizione. Il primo studio preso in considerazione viene pubblicato nel 2019 da Talbot, Ostiguy-Pion, Painchaud, Lafrance e Descôteaux sulla rivista *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*. L’articolo viene sviluppato a partire da recenti risultati empirici, i quali hanno definito la capacità di rilevare accuratamente le rotture come processo fondamentale per la risoluzione delle stesse (Chen, et al., 2018; Marmarosh & Kivlighan, 2012) e che hanno evidenziato alcune differenze tra i terapeuti nella capacità di riconoscere le rotture (Eubanks-Carter, et al., 2010; Johnson et al., 1995; Lecomte, et al., 2004; Safran & Muran, 2000a). Lo studio si propone dunque di comprendere tali differenze interpersonali del terapeuta (Chen et al., 2018), quali l’esperienza clinica, lo stile di attaccamento, l’empatia e la capacità di gestione del controtrasfert (CT), con la finalità di comprenderne gli effetti sulla capacità di rilevamento delle rotture (Talbot, et al., 2019).

Obiettivi e ipotesi della ricerca. La ricerca propone quindi come obiettivo l’esplorazione dell’associazione tra la rilevazione delle rotture e le caratteristiche dei terapeuti sopra elencate.

La performance terapeutica circa il rilevamento delle rotture viene individuata secondo le dimensioni di sensibilità e specificità. La sensibilità si riferisce ai veri positivi, ossia la quantità di rotture accurate individuate, la specificità è legata invece ai falsi positivi, cioè il numero di rotture inaccurate riportate. A partire da tali considerazioni, gli autori hanno definito due differenti ipotesi. La prima afferma che l’esperienza clinica è correlata positivamente con le prestazioni di individuazione delle rotture, si

ipotizza quindi un aumento delle segnalazioni accurate (sensibilità) diminuzione delle segnalazioni inaccurate (specificità). La seconda ipotesi prevede invece una associazione negativa tra le capacità di rilevamento e le insicurezze legate all'attaccamento, quindi con aumento di specificità e diminuzione di sensibilità, e un'associazione positiva delle prestazioni con l'empatia e la capacità di gestione del controtransfert (Talbot, et al., 2019).

Metodo. Il campione dello studio comprende 108 partecipanti, 86 donne (80,4%) e 21 uomini (19,6%), con un'età compresa tra i 19 e i 69 anni. I partecipanti sono suddivisi in tre gruppi in base all'esperienza clinica: laureandi, tirocinanti e professionisti.

I partecipanti sono stati sottoposti alla visione di tre estratti video,¹³ i quali mostrano l'interazione di paziente e terapeuta durante una seduta di psicoterapia. I partecipanti dovevano individuare le rotture presenti (Talbot, et al., 2019), le quali sono state precedentemente definite attraverso il Rupture Resolution Rating System (3RS; Eubanks et al., 2015).¹⁴

Per la valutazione delle caratteristiche personali del terapeuta sono stati utilizzati tre strumenti differenti. Al fine di valutare l'attaccamento del terapeuta è stata utilizzata la versione francese (Lafontaine & Lussier, 2003) a 12 item dell'Experience in Close Relationships (ECR; Wei, Russel, Mallinckrodt, & Vogel, 2007), suddivisa in due categorie: ansia ed evitamento. La misurazione dell'empatia è stata invece analizzata tramite la versione francese (Lussier, 1996) dell'Interpersonal Reactivity Index (IRI; Davis, 1980), suddivisa in quattro dimensioni: fantasia, preoccupazione empatica, assunzione di prospettiva, e distress personale (Talbot, et al., 2019). Infine, la gestione del controtransfert è stata verificata attraverso la versione francese self-report del Countertransference Factors Inventory (CFI; Van Wagoner et al., 1991), il quale documenta cinque dimensioni: autoconsapevolezza, auto-integrazione, empatia, gestione dell'ansia e capacità di concettualizzazione. I risultati emersi da questi strumenti sono poi stati correlati all'esperienza clinica per meglio comprendere le capacità di rilevazioni accurate delle rotture (Talbot, et al., 2019).

Risultati. L'analisi dell'ipotesi 1 ha evidenziato che i tirocinanti hanno avuto le migliori prestazioni di rilevamento, poiché hanno riportato meno rotture inaccurate ($M=.88$, $SD=.20$) e più accurate ($M=.78$, $SD=.26$) rispetto ai professionisti (rispettivamente $M=.92$, $SD=.22$; $M=.74$, $SD=.21$) ed ai laureandi ($M=.78$, $SD=.21$; $M=.60$, $SD=.23$). I dati confermano che l'esperienza clinica risulta associata all'aumentare delle segnalazioni di rotture sia accurate che imprecise, confermando la prima ipotesi solo per quanto riguarda la sensibilità. Tale risultato potrebbe derivare dalla progressiva

¹³ Gli estratti video sono stati selezionati a partire dall'adattamento canadese (Quebec) di In treatment, una serie televisiva che dipinge sedute terapeutiche realistiche (Talbot, et al., 2019).

¹⁴ Il 3RS è un metodo osservazionale utilizzato per codificare i marcatori di fratture e risoluzioni dell'alleanza attraverso la codifica di segmenti di 5 minuti (3RS; Eubanks et al., 2015).

comprensione dei terapeuti che una rottura non rilevata può essere più rischiosa di un falso positivo, poiché può ridurre la fiducia del paziente, aumentando il rischio del dropout della terapia.

Allo stesso modo, le analisi della seconda ipotesi hanno condotto ad una parziale conferma. Per quanto riguarda l'associazione tra l'attaccamento e il numero di rotture rilevate è emerso che, tra le due dimensioni valutate dell'attaccamento, solo l'ansia ha un effetto sull'individuazione accurata delle rotture, il quale è risultato positivo per il gruppo senza esperienza clinica e negativo per coloro che avevano maggiore esperienza (Talbot, et al., 2019). Perciò questa variabile svolge un ruolo importante nell'individuazione delle rotture e la valenza di questo ruolo, negativa o positiva, pare dipendere dallo stato di altre variabili (Safran et al., 1994). Rispetto alle analisi delle quattro componenti dell'empatia contemplate dalla seconda ipotesi, solo due hanno evidenziato un effetto significativo: l'assunzione di prospettiva e il distress personale. La prima variabile ha un effetto negativo sull'individuazione accurata delle rotture, in particolare per i laureandi. Tale risultato potrebbe derivare da un'eccessiva razionalizzazione dello stato emotivo del paziente da parte del terapeuta che potrebbe così ridurre la comprensione empatica del paziente. La seconda variabile ha mostrato invece un effetto positivo, presumibilmente conferito dall'effetto Hawthorne, in quanto i ricercatori che percepiscono un maggiore disagio personale prestano più attenzione al compito di individuazione. Infine, i risultati circa la gestione del controtransfert, hanno rivelato un effetto negativo dell'autoconsapevolezza da parte dei tirocinanti e positivo rispetto alle altre due categorie (Talbot, et al., 2019), il risultato dei tirocinanti potrebbe essere spiegato dall'effetto sopra citato.

Conclusioni e implicazioni della ricerca. I risultati dello studio confermano le idee avanzate da vari autori sull'esistenza di un effetto del terapeuta sulla capacità di individuare le rotture (Chen et al., 2018; Eubanks-Carter et al., 2015; Safran & Kraus, 2014). Lo studio offre inoltre alcuni spunti interessanti sulla direzione che la supervisione potrebbe prendere per i terapeuti, i quali dovrebbero essere aiutati a identificare alcuni aspetti delle proprie dinamiche relazionali e le loro conseguenze nell'alleanza terapeutica (Williams, 2008). Oltre alla supervisione, questo studio fa luce sulla necessità di una formazione pratica sull'individuazione delle rotture in associazione alle caratteristiche personali dei terapeuti, al fine di aumentare la consapevolezza di quest'ultimi e migliorare l'efficienza del processo terapeutico (Talbot, et al., 2019).

Lo studio di Talbot et al. (2019) ha messo in luce l'importanza di ampliare tale argomento sia nella comunità clinica che in quella scientifica. Per tale ragione, è stato scelto di presentare nel corrente elaborato uno studio che propone l'analisi dell'individuazione delle rotture da un punto di vista statistico.

2.2. L'utilizzo delle carte di controllo per operationalizzare gli eventi di rottura e riparazione "Operationalizing alliance rupture-repair events using control chart methods"

Descrizione. La ricerca in analisi viene pubblicata nel 2022 nella rivista *Clinical Psychology & Psychotherapy* dagli autori Lipner, Muran, Eubanks, Gorman e Winston e propone uno studio di natura esplorativa riguardo all'implementazione delle carte di controllo come nuova metodologia statistica volta all'identificazione affidabile di potenziali episodi di rotture e riparazioni dell'alleanza terapeutica.

Le carte di controllo sono una tipologia di grafici a linee di serie temporali implementati in contesti clinici a partire dalla proposta iniziale di uno studio su caso singolo di Eubanks-Carter et al. (2012). Tali carte producono delle stime specifiche ed individualizzate delle variazioni dell'alleanza, attraverso la costruzione di una linea continua (Eubanks-Carter et al., 2012) che consente di visualizzare l'andamento dell'alleanza terapeutica nel corso del trattamento, consentendone l'immediata ed intuitiva identificazione.

Esempio di grafico di controllo dei punteggi WAI di ogni sessione per paziente

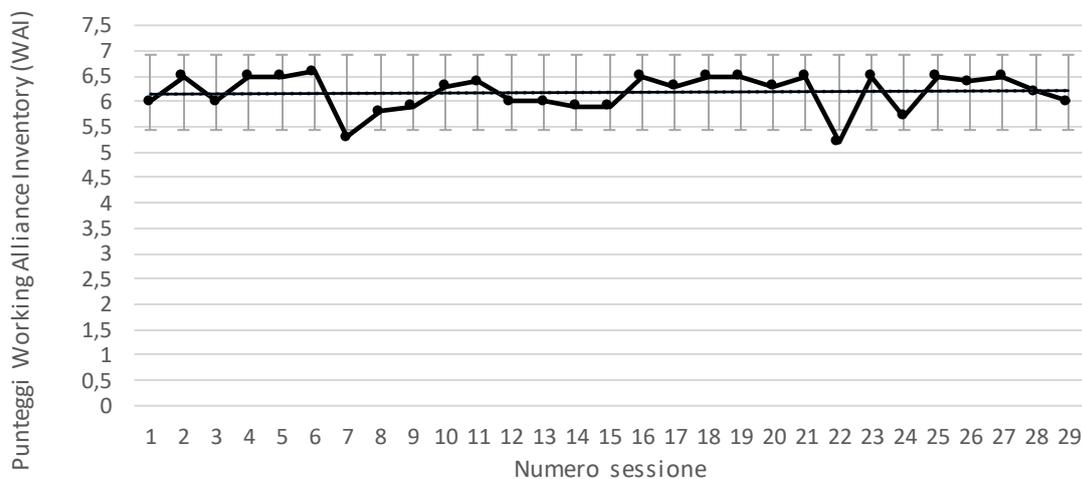


Figura 1: Il grafico vede sull'asse X il numero della sessione, sull'asse Y il punteggio dell'alleanza, calcolato attraverso il Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989). La linea in evidenza rappresenta la fluttuazione dell'alleanza nel corso delle sessioni. La linea centrale rappresenta invece la media dei punteggi WAI. Gli intervalli verticali rappresentano i limiti di controllo superiori e inferiori valutati attraverso le deviazioni standard dalla media del punteggio di alleanza (livello sigma 2), i quali delimitano l'area in cui l'alleanza è ritenuta valida.

I limiti di controllo, citati nella didascalia sopra riportata, vengono definiti attraverso il calcolo della deviazione standard dalla media (d'ora in poi definita sigma). Il limite è arbitrario, ciò significa che i ricercatori possono decidere a quante deviazioni standard dalla media indicare il limite di controllo.

In tale studio i ricercatori hanno scelto di definire tre limiti di controllo: livello sigma 1 (una deviazione standard dalla media), livello sigma 1.5 (una deviazione standard e mezzo dalla media) e livello sigma 2 (due deviazioni standard dalla media). L'ampiezza dell'intervallo definito dai limiti di controllo corrisponde quindi al livello sigma scelto. Un livello sigma piccolo corrisponderà ad un intervallo ridotto e viceversa.

La rottura viene codificata nel momento in cui il punteggio WAI di sessione scende al di sotto del limite di controllo inferiore e la riparazione è considerata tale quando il punteggio supera il limite inferiore o il livello medio WAI. Perciò, anche le rotture e le riparazioni dell'alleanza verranno definite come tali a seconda del livello sigma. Emergono quindi tre grafici per ciascun paziente, i quali rappresentano graficamente i punteggi WAI di ogni sessione, ognuno con un limite di controllo differente (livello sigma 1, 1.5, 2). Viene così creato un intervallo rappresentativo personalizzato per ogni paziente (Lipner, et al., 2022).

Obiettivi e ipotesi della ricerca. Gli obiettivi principali dello studio in analisi riguardano la verifica dello strumento, in particolare attraverso l'identificazione accurata di quale dei tre limiti di controllo sopra definiti possa essere più significativo per la misurazione delle fluttuazioni dell'alleanza. I ricercatori valutano perciò tre livelli di limiti di controllo (sigma 1, sigma 1.5 e sigma 2) per identificare la migliore e più accurata configurazione dei grafici. Inoltre, lo studio propone due modalità di valutazione delle risoluzioni delle rotture (superamento del limite di controllo inferiore o del punteggio medio WAI). Ulteriore obiettivo risulta quindi l'analisi della modalità più accurata, tra le due riportate, per definire le risoluzioni. I differenti valori sono poi stati associati alle misure di esito di ciascun trattamento (Lipner, et al., 2022).

Metodo. Il campione dello studio è composto da 73 pazienti reclutati dal Brief Psychotherapy Research Program. I pazienti hanno un'età compresa tra 21 e 77 anni (M=41.9), il 63% sono donne e l'83,6% sono caucasici. I terapeuti invece hanno un'età compresa tra 21 e 50 anni (M=31.3), il 73,8% sono donne e l'80% sono caucasici. Sono quindi risultate 73 diadi paziente-terapeuta (Lipner, et al., 2022).

Lo studio è stato condotto attraverso la somministrazione di alcuni strumenti tra le sessioni e due condizioni di trattamento: un protocollo di terapia cognitivo comportamentale (CBT) fondata sulla rielaborazione di Beck et al. (1990) e un protocollo di terapia relazionale breve (BRT) basata sugli studi di Safran e Muran (2000b). Le diadi hanno partecipato ad una delle due condizioni di trattamento, il quale comprendeva 30 sedute complessive per ciascuna diade. A seguito di ogni sessione terapeutica i pazienti di ciascuna diade hanno compilato un questionario post-sessione (Lipner, et al., 2022) che includeva una versione del WAI (Tracey & Kokotovic, 1989). All'inizio e alla fine del trattamento sono state utilizzate ulteriori misure, le quali comprendevano l'Inventory of

Interpersonal Problems valutato da paziente e terapeuta (IIP; Horowitz et al., 1988),¹⁵ il Target Complaints (TC; Battle et al., 1966),¹⁶ nonché la Symptoms Checklist 90 - Revised valutata dal paziente (SCL-90; Derogatis, 1983)¹⁷ e la Global Assessment Scale valutata dal terapeuta (GAS; Endicott et al., 1976).¹⁸

Lo studio ha quindi valutato gli eventi di rottura e riparazione dell'alleanza avvenuti durante le 30 sessioni per ciascuna diade. Secondo quanto sopra riportato, le rotture sono state identificate attraverso tre livelli sigma differenti e le risoluzioni secondo due modalità diverse. La valutazione degli eventi di rottura e riparazione risulta quindi determinato da sei variabili distinte. In seguito, il numero di rotture e riparazioni identificate da ogni metodo di codifica è stato correlato all'esito di ciascuna diade (Lipner, et al., 2022).

Risultati. È stata valutata l'alleanza media nelle 30 sessioni la quale è risultata essere 5.80 (SD= 0.76) e in tre momenti differenti del trattamento: alleanza iniziale (sessioni 1-5; M=5.47, SD=0.85), alleanza media (sessioni 6-24; M=5.81, SD=0.79) alleanza tardiva (sessioni 25-30; M=6.05, SD=0.81). Tali risultati suggeriscono un aumento lineare dei punteggi di alleanza.

Per quanto concerne le rotture individuate, la frequenza è risultata alta a prescindere dal metodo di codifica utilizzato, ossia dal livello sigma. Comunque, nel livello sigma 2 la frequenza media di rottura corrisponde a 1.08 (SD=.81) e a 2.88 (SD=1.09) nel livello sigma 1. Tale risultato evidenzia che più l'intervallo è ridotto maggiori saranno le rotture, poiché il limite di controllo è più piccolo e quindi rigido. È stata poi utilizzata la correlazione di Spearman per analizzare le risoluzioni delle rotture sia con ritorno al punteggio medio sia con ritorno al limite di controllo inferiore. Entrambe le definizioni statistiche di risoluzione delle rotture sono risultate sufficienti per identificare probabili eventi di rottura-riparazione (Lipner, et al., 2022). Complessivamente, i risultati delle analisi supportano il vantaggio delle carte di controllo per identificare potenziali eventi di riparazione delle rotture attraverso definizioni maggiormente conservative delle rotture (livello sigma 1.5 e 2).

Conclusioni ed implicazioni della ricerca. Tali risultati forniscono prove sull'utilità empirica delle carte di controllo, sia per i ricercatori che per i clinici. L'utilità dello strumento è infatti importante

¹⁵ L'IIP è una misura che delinea i problemi interpersonali dei pazienti e il disagio ad essi associato. Ai fini di questo studio è stato utilizzato il punteggio medio complessivo dell'IIP. Inoltre, è stata riscontrata una buona affidabilità convergente con la SCL-90 (Horowitz et al., 1988).

¹⁶ Attraverso questo strumento i pazienti riferiscono tre problemi presenti e sia il paziente che il terapeuta valutano indipendentemente la gravità su scala Likert. Ai fini di questo studio, le valutazioni dei problemi da parte del paziente e del terapeuta sono state mediate per ottenere un reclamo target per ciascuno. La TC ha dimostrato una buona validità e sensibilità al cambiamento (Battle et al., 1966; Deane et al., 1997; Luborsky et al., 1988).

¹⁷ La SCL-90 valuta i sintomi psichiatrici generali del paziente, chiedendo allo stesso di indicare la presenza e l'entità del disagio associato. È stato dimostrato che la scala ha un'elevata affidabilità e coerenza interna (Nguyen et al., 1983; Rosen et al., 2000).

¹⁸ Tale strumento è una misura del funzionamento adattivo valutata dal terapeuta. Possiede una buona affidabilità e validità inter-rater (Endicott et al., 1976).

perché fornisce la possibilità di seguire le fluttuazioni dell'alleanza nel corso del trattamento. La visione grafica dell'andamento dell'alleanza è inoltre intuitiva e consente quindi una semplificazione per i clinici. Inoltre, i grafici sono risultati utili anche ai fini di un esito terapeutico positivo (Lipner, et al., 2022).

In conclusione, lo studio di Lipner et al. (2022) ha evidenziato la possibilità di utilizzare un nuovo metodo statistico per facilitare la comprensione delle fluttuazioni dell'alleanza da parte dei clinici. In aggiunta, ha sottolineato l'opportunità dell'utilizzo di tale metodo per la ricerca empirica. Fino a questo punto la rassegna degli studi ha preso in analisi due studi riguardanti le rotture dell'alleanza. Di seguito verranno dunque presentati due articoli che hanno invece analizzato le riparazioni da differenti prospettive.

2.3. La risoluzione delle rotture dell'alleanza rispetto alle caratteristiche del paziente ***“Achieving successful resolution of alliance ruptures: for whom and when?”***

Descrizione. La ricerca considerata è stata pubblicata nel 2021 sulla rivista *Psychotherapy Research* dagli autori David-Sela, Dolev-Amit, Eubanks e Zilcha-Mano e pone l'attenzione sulle risoluzioni positive delle fratture, con particolare considerazione alle caratteristiche del paziente che contribuiscono a tali risoluzioni e alle circostanze entro le quali avvengono le riparazioni dell'alleanza.

Lo studio si articola infatti in due dimensioni principali. La prima riguarda l'influenza delle caratteristiche di tratto pretrattamento del paziente sulla possibilità di risolvere le fratture. Tali caratteristiche riguardano lo stile di attaccamento e le aspettative del paziente nei confronti del terapeuta e, conseguentemente, dell'alleanza. La seconda dimensione fa invece riferimento alle componenti di stato del trattamento (David-Sela, et al., 2021), ossia la modalità in cui i cambiamenti all'interno della sessione possono influenzare le risoluzioni dell'alleanza (Zilcha-Mano, 2017; Zilcha-Mano, et al., 2018). I cambiamenti di stato presi in considerazione riguardano la forza dell'alleanza di lavoro, la misura in cui il terapeuta funge da figura di attaccamento e le tecniche utilizzate durante la seduta (David-Sela, et al., 2021).

Obiettivi e ipotesi della ricerca. Gli obiettivi del presente studio sono quindi volti a trovare risposta alle due dimensioni presentate precedentemente: le caratteristiche di tratto dei pazienti conducono a risoluzioni maggiormente positive delle rotture dell'alleanza? Le risoluzioni positive nel trattamento possono essere predette da cambiamenti di stato nel trattamento stesso? Attraverso l'analisi di tali domande, gli autori hanno voluto indagare le caratteristiche e le circostanze favorevoli al raggiungimento di risoluzioni di successo, senza definire specifiche ipotesi (David-Sela, et al., 2021).

Metodo. Il campione dello studio si compone di 65 pazienti tra i 18 e i 60 anni ($M=32$; $SD=8.9$) affetti da disturbo depressivo maggiore, di cui 40 donne (61,5%). Il campione è composto anche da 8 terapeuti con età media di 39 anni ($SD=6.5$), con una media di 11 anni di esperienza clinica ($SD=6.1$), di cui almeno cinque anni nel trattamento psicodinamico. I pazienti sono stati sottoposti ad una terapia supportivo-espressiva (SET), con un totale di 16 sessioni della durata di 50 minuti (David-Sela, et al., 2021).

Gli autori hanno utilizzato il Rupture Resolution Rating System (3RS; Eubanks et al., 2015) codificando le rotture in fratture da confronto (CF) o ritiro (WD). Inoltre, è stato attribuito un punteggio alla risoluzione delle fratture della sessione (SR). La 3RS è stata utilizzata in quattro momenti distinti del trattamento: nelle settimane 2, 4, 6 e 8 (David-Sela, et al., 2021), sono stati prediletti questi momenti iniziali poiché la fase iniziale del trattamento è nota per essere una fase significativa e critica per i cambiamenti (Stulz et al., 2007). Un ulteriore strumento utilizzato è la forma breve a 12 item del Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989) dal punto di vista del paziente. Tale strumento è stato somministrato al paziente precedentemente al primo incontro con il terapeuta per comprendere le aspettative del paziente verso il terapeuta e verso l'alleanza. Per esaminare l'attaccamento nel paziente è stata utilizzata la Experience in Close Relationships Scale (ECR; Brennan et al., 1998). Al fine di valutare le funzioni dell'attaccamento gli studiosi si sono avvalsi dell'Attachment Formation (AF; Fraley & Davis, 1997), la quale analizza le tre funzioni alle quali una figura di attaccamento dovrebbe adempiere: ricerca di vicinanza, rifugio sicuro e base sicura. Nello studio, la misura è stata adattata per valutare la funzione del terapeuta in quanto figura di attaccamento (David-Sela, et al., 2021). Infine, è stata utilizzata The Multitheoretical List of Therapeutic (MULTI; McCarthy & Barber, 2009; Solomonov et al., 2019), che valuta le tecniche terapeutiche. Nello specifico, è stata utilizzata la sottoscala che valuta i fattori comuni dal punto di vista del paziente, ossia i fattori relazionali con il terapeuta quali sintonizzazione, calore e sentimenti di accettazione.

Le caratteristiche di tratto e di stato sono state valutate tramite gli strumenti sopra elencati. Per analizzare le caratteristiche pretrattamento sono stati somministrati ai pazienti il WAI e l'ECR prima della sessione. I cambiamenti di stato sono stati invece misurati in due momenti distinti e secondo caratteristiche specifiche: la valutazione della qualità dell'alleanza e del terapeuta come figura di attaccamento (rispettivamente WAI e AF) sono state misurate la settimana precedente la valutazione della SR (quindi le settimane 1, 3, 5 e 7), mentre le tecniche terapeutiche (MULTI) sono state valutate durante la medesima sessione in cui è stata esaminata la SR (settimane 2, 4, 6 e 8) (David-Sela, et al., 2021).

Risultati. Per quanto concerne il contributo delle caratteristiche di tratto del paziente, è stato verificato che l'aspettativa del paziente verso il terapeuta e verso l'alleanza (valutata attraverso la WAI) non ha avuto effetti significativi sulle risoluzioni delle rotture (SR). Aspettative ridotte non hanno sempre condotto a difficoltà di risoluzione e viceversa.. La stessa conclusione è stata raggiunta per l'effetto dell'ECR pretrattamento (stile di attaccamento) del paziente sul livello di SR durante la seduta. Tali risultati evidenziano che l'alleanza attesa prima del trattamento e lo stile di attaccamento del paziente non sono correlati significativamente alla possibilità di raggiungere risoluzioni di successo nel trattamento. Al contrario, i cambiamenti di stato che avvengono durante il trattamento hanno raggiunto risultati significativi. L'effetto del WAI del paziente rispetto alla seduta precedente (WAI [T - 1]) sul livello di SR (SR [T]) durante il trattamento è risultato significativo; quindi, livelli elevati di WAI dal punto di vista del paziente nella seduta precedente conducono a livelli più elevati di risoluzioni di successo durante la seduta successiva. Anche l'effetto dell'AF del paziente verso il terapeuta nella sessione precedente (AF [T - 1]) sul livello di SR (SR [T]) durante il trattamento è risultato significativo, dimostrando che, quando il terapeuta funge significativamente da figura di attaccamento nella sessione precedente, si verificano livelli più elevati di risoluzioni di successo durante la sessione successiva. Allo stesso modo, l'effetto delle tecniche terapeutiche utilizzate durante la seduta (MULTI [T]) sul livello di SR della stessa (SR [T]) è risultato significativo, indicando che livelli più elevati di tecniche a fattore comune utilizzate durante la seduta, dal punto di vista del paziente, conducono a livelli più elevati di SR nella stessa seduta (David-Sela et al., 2021).

Conclusioni ed implicazioni della ricerca. Questo studio suggerisce una visione complessa del contributo dei pazienti al successo delle risoluzioni. È infatti emerso che le caratteristiche pretrattamento del paziente non influenzano la possibilità di risolvere le rotture. Tale risultato potrebbe spiegare che la relazione tra queste due variabili è più complessa e necessita un approfondimento più accurato. Invece, le risoluzioni di successo sono significativamente condizionate dai cambiamenti di stato nel trattamento (David-Sela, et al., 2021). I risultati suggeriscono dunque che una buona alleanza, caratterizzata da fiducia e collaborazione, consente alla diade di essere sufficientemente in sintonia per riconoscere le rotture, affrontarle con sensibilità e tollerare l'ansia che può derivare dal tentativo di risolvere le rotture (Muran & Eubanks, 2020; Safran & Muran, 2000b).

È infatti possibile che le strategie di risoluzione debbano essere accompagnate da altre tecniche che possano contribuire a rafforzare l'alleanza, come le tecniche di fattore comune in grado di contribuire alle risoluzioni di successo. Le strategie di riparazione comportano infatti un ulteriore tassello fondamentale da analizzare per comprendere e rendere ottimale il processo di rottura-riparazione, come approfondito dal seguente studio.

2.4. Efficacia delle strategie di riparazione “*Clinical Consensus Strategies to Repair Ruptures in the Therapeutic Alliance*”

Descrizione. Eubanks, Burckell e Goldfried sono gli autori dello studio in analisi, pubblicato nel 2018 dalla rivista *Journal of Psychotherapy Integration*, i quali indagano quali siano le strategie di riparazione dell'alleanza maggiormente efficaci.

L'articolo si fonda sull'assunto che le risoluzioni positive dell'alleanza necessitano che il terapeuta si discosti momentaneamente dal trattamento in corso per focalizzarsi direttamente sulla rottura della relazione diadica. Per questa ragione, risulta necessario individuare e verificare tecniche terapeutiche efficaci e implementabili focalizzate sulla risoluzione delle stesse fratture (Eubanks, et al., 2018).

Obiettivi e ipotesi della ricerca. Eubanks e colleghi intendono quindi individuare nuove ed efficaci strategie volte alla risoluzione delle fratture dell'alleanza, verificando allo stesso tempo il consenso delle stesse nella seduta presente e nella seduta successiva. Ulteriore e conseguente obiettivo risulta essere l'utilizzo dello studio come ponte di integrazione tra ricerca empirica e pratica clinica. Per quanto concerne le ipotesi di ricerca, essendo lo studio focalizzato sulla generazione di strategie e non sulla verifica di ipotesi, non presenta specifiche previsioni circa le strategie proposte (Eubanks, et al., 2018).

Metodo. Lo studio ha lo scopo di individuare le strategie attraverso l'applicazione del modello comportamentale-analitico¹⁹ (Goldfried & D'Zurilla, 1969) suddiviso in tre distinte fasi.

PRIMA FASE: tale fase è definita analisi situazionale. Il campione della prima fase è composto da 330 psicoterapeuti ai quali è stato proposto un questionario volto alla descrizione di situazioni di rotture dell'alleanza. A partire dal campione iniziale di situazioni, gli autori hanno effettuato una codifica secondaria con l'assegnazione di una sottocategoria ad ogni rottura individuata, al fine di incrementare la probabilità di rappresentazione dei domini di ritiro e confronto. Le sottocategorie da ritiro includevano: spegnimento (inteso, ad esempio, come silenzio), cambio di focus e mancato completamento degli incarichi tra sedute o mancata partecipazione. Le sottocategorie da confronto comprendevano le complicazioni con la qualità del legame, difficoltà di collaborazione sui compiti e problemi sul raggiungimento o accordo degli obiettivi. In seguito, sono state selezionate sei situazioni rappresentative dei tre sottotipi di rottura da ritiro e da confronto definiti precedentemente.²⁰

SECONDA FASE: è definita enumerazione delle risposte e ha reclutato un secondo campione di 177 esperti attraverso le medesime modalità del primo gruppo. Gli esperti hanno risposto alle sei

¹⁹ Tale modello risulta funzionale al raccoglimento e organizzazione di informazioni riguardanti il funzionamento e le risposte efficaci in situazioni specifiche (Goldfried & D'Zurilla, 1969).

²⁰ Le situazioni sono state modificate per garantire che caratteristiche come sesso, etnia e momento della terapia fossero bilanciate equamente tra il campione di situazioni (Eubanks, et al., 2018).

situazioni precedentemente individuate fornendo risposte per gestire le rotture sia durante la sessione sia nelle sessioni successive (Eubanks, et al., 2018). A seguito di ciò, è stato utilizzato il Coding System of Therapeutic focus (CSTF; Goldfried, et al., 1989),²¹ per correlare tali risposte a strategie cliniche specifiche e categorizzarle. Tale processo di categorizzazione e traduzione ha prodotto tra le 35 e le 45 strategie per ciascuna delle sei situazioni.

TERZA FASE: è chiamata valutazione della risposta e comprende 134 esperti i quali hanno presentato delle valutazioni di efficacia relative alle strategie proposte (Eubanks, et al., 2018), attraverso il metodo Expert Consensus Guideline Series (Frances et al., 1997).²² In seguito, è stata valutata la distribuzione dei punteggi tra gli intervalli di efficacia rispetto al consenso. Un risultato significativo ($p < .05$) indicava che la distribuzione era improbabile che avvenisse per caso, ed è quindi stata interpretata come prova di consenso (Eubanks, et al., 2018).

Risultati. Le analisi sono state valutate e presentate come sintesi dell'opinione degli esperti. I risultati di tali analisi evidenziano che il consenso è stato raggiunto per la maggior parte delle strategie utilizzate durante la sessione (55,6%) e durante la sessione successiva a quella in cui si è verificata la rottura (77,7%).

In seguito, gli autori hanno sviluppato sedici categorie più ampie relative alle funzioni terapeutiche delle strategie, così da rendere i risultati informativi per la pratica clinica. Sono state poi condotte le medesime analisi per ogni categoria come erano state effettuate per le strategie, le quali hanno evidenziato il raggiungimento del consenso per tutte le categorie sia durante la sessione sia durante la sessione successiva. Nello specifico, le categorie valutate come efficaci per affrontare le rotture durante la sessione di rottura riguardano l'esplorazione dell'esperienza del cliente della rottura (Rupture-bond) e il riconoscimento della prospettiva del cliente (Validate). Per quanto riguarda le sessioni future, è stata enfatizzata l'efficacia delle strategie quali Coping, raccolta di informazioni (Gather Information) e concentrazione sull'esperienza emotiva (Emotion). Invece, in linea generale, categorie quali interpretazione (Patterns), Assessment e cambiamento delle interazioni interpersonali (Interaction) sono risultate inefficaci (Eubanks, et al., 2018).

Conclusioni ed implicazioni della ricerca. I risultati dello studio non hanno generato nuovi interventi, ma solo la convalida di strategie generalizzabili e comuni. Risulta quindi auspicabile per la ricerca futura identificare nuove strategie implementabili per la risoluzione di rotture. Ulteriore direzione futura riguarda la formazione del terapeuta, poiché diventa necessario progettare nuove metodologie

²¹ Il CSTF è una misura che utilizza un linguaggio teoricamente neutro, evidenziando la funzione degli interventi rispetto alla misura in cui le tecniche vengono descritte (Goldfried, et al., 1989).

²² Originariamente progettato per definire linee guida di trattamento terapeutico basate sul consenso (Frances et al., 1997).

di formazione volte alla consapevolezza e reattività del terapeuta circa il riconoscimento della rottura e la comprensione delle possibilità di risoluzione della stessa.

Lo studio propone dei risultati coerenti con il modello di riparazione delle rotture di Safran e Muran (Safran & Muran, 2000a) e tale approvazione di strategie generalmente coerenti con la letteratura indica un significativo consenso tra terapeuti e ricercatori (Eubanks, et al., 2018).

CAPITOLO TERZO

Conclusioni: l'integrazione delle evidenze emerse

Nel presente elaborato è stato preso in considerazione il costrutto dell'alleanza terapeutica, prima da un punto di vista storico-teorico e in seguito dal punto di vista della ricerca empirica attuale, analizzando specificatamente i processi di rottura-riparazione della stessa.

3.1. Discussione

L'argomentazione del presente elaborato è stata presentata seguendo la medesima successione di eventi che si verificano nella relazione terapeutica: creazione dell'alleanza, rotture e risoluzioni. In origine sono state presentate le caratteristiche dell'alleanza quale elemento predittivo e curativo, nonché cornice panteorica entro la quale la diade sperimenta un legame relazionale e terapeutico (Lingiardi, 2002). In seguito, sono state prese in considerazione due ricerche empiriche recenti per analizzare le implicazioni delle rotture dell'alleanza e altrettanti papers che hanno voluto indagare le traiettorie delle riparazioni.

Nello specifico, la letteratura empirica evidenzia la necessità di risolvere positivamente le rotture dell'alleanza terapeutica affinché il processo e l'esito del trattamento psicoterapeutico possano essere ottimali (David-Sela, 2021). Inoltre, le ricerche sottolineano che il beneficio apportato dalla risoluzione di una rottura dell'alleanza dipende innanzitutto dalla capacità del terapeuta di gestire e identificare le stesse (Chen et al., 2018; Marmarosh & Kivlighan, 2012). Per tale considerazione, è risultato necessario analizzare dapprima la possibilità e le peculiarità dell'individuazione delle rotture, e solo successivamente, esaminare le implicazioni delle risoluzioni di tali fratture.

L'analisi dell'individuazione delle rotture ha evidenziato l'importanza della figura del terapeuta nel determinarne la capacità di individuare le rotture. In particolare, l'esperienza clinica influenza significativamente la capacità del terapeuta di determinare le fratture dell'alleanza, insieme ad alcuni tratti dell'empatia e dell'attaccamento (Talbot, et al., 2019). La rilevazione delle rotture è stata esaminata anche da un punto di vista statistico, attraverso la proposta di implementare le carte di controllo come supporto empirico alla pratica clinica. Tale metodo è risultato efficace al fine di individuare adeguatamente le rotture tramite una metodologia statisticamente significativa e clinicamente intuitiva. I grafici di controllo permettono inoltre l'individuazione delle risoluzioni delle stesse rotture (Lipner, et al., 2022). In seguito, è stata approfondita la possibilità di risoluzione delle

rotture rispetto alle caratteristiche di tratto del paziente e di stato del trattamento. Il primo dei due studi ha evidenziato che la riparazione delle rotture dipende significativamente dalle caratteristiche contestuali, in particolare dalla forza dell'alleanza terapeutica, dall'attaccamento del paziente verso terapeuta e dalle tecniche utilizzate (David-Sela, et al., 2021). Per tale evidenza, sono state successivamente analizzate alcune tecniche terapeutiche che hanno evidenziato strategie efficaci per affrontare le rotture. Le strategie maggiormente incisive sono l'esplorazione dell'esperienza del cliente della rottura, il riconoscimento della prospettiva del cliente (durante la stessa sessione), il coping, la raccolta di informazioni e la concentrazione sull'esperienza emotiva (nella sessione futura) (Eubanks, et al., 2018).

Nonostante l'importanza clinica della risoluzione delle rotture, la ricerca empirica che esamina ciò che conduce a risoluzioni di successo è ancora scarsa, in particolare per quanto concerne l'influenza di fattori contestuali alla rottura stessa (Safran & Muran, 2000b). L'analisi degli studi sopra riportati è stata pertanto eseguita al fine di ampliare ed ottenere una maggiore consapevolezza e comprensione dei temi proposti.

3.2. Integrazione della ricerca empirica e del lavoro clinico

La proposta di integrazione di pratica clinica e ricerca empirica deriva dalle evidenze emerse a partire dall'analisi di efficacia dei grafici di controllo, i quali forniscono a ricercatori e clinici un metodo per comprendere in maniera più accurata i processi di fluttuazione dell'alleanza. I grafici di controllo risultano quindi un metodo empirico per attingere a livello sistematico all'esperienza clinica. L'invito dell'elaborato riguarda infatti la possibilità di integrare la ricerca empirica e la pratica clinica attraverso l'utilizzo delle carte di controllo. Viene quindi proposta l'implementazione di tali carte per ricerche future. In questo modo l'obiettivo finale risulta la promozione della ricerca e la sua conseguente integrazione con la pratica clinica (Lipner, et al., 2022), così come illustrato dai risultati di Eubanks-Carter et al. (2010).

3.2. Limitazioni e direzioni future

I risultati degli articoli presentati evidenziano la necessità di ampliare i campioni di ciascuno studio, al fine di applicare i risultati a popolazioni di pazienti più ampi. È auspicabile che un campione più ampio includa ulteriori e più approfondite variabili quali il tempo, ulteriori caratteristiche della popolazione in analisi e il tipo di trattamento, tenendo in debita considerazione anche il linguaggio

non verbale e le caratteristiche dell'eloquio (Safran & Muran, 2000b). Inoltre, le ricerche evidenziano la necessità di includere nel campione le prospettive di individui appartenenti a gruppi minoritari, poiché la probabilità che si verifichi una rottura aumenta nel momento in cui le differenze interpersonali sono consistenti (Lipner et al., 2018). Ulteriore elemento emergente riguarda la valutazione post-sessione dell'alleanza terapeutica, la quale non consente di individuare eventuali fratture e riparazioni che incorrono in una stessa seduta. Risulta quindi necessario tenere in considerazione misure che includano valutazioni di alleanza durante la sessione (Zlotnick et al., 2020).

La possibilità di migliorare il processo di identificazione e risoluzione delle rotture risiede inoltre nell'implementazione di progetti di supervisione e formazione. Nuovi training terapeutici volti all'identificazione delle rotture e alla comprensione delle possibilità di risoluzione delle stesse potrebbero aumentare la consapevolezza dei terapeuti sulle fratture dell'alleanza e la loro fiducia nelle strategie specifiche per affrontarle (Eubanks, et al., 2018). La supervisione dovrebbe invece focalizzarsi sull'identificazione delle caratteristiche personali e delle dinamiche relazionali dei terapeuti, al fine di determinarne le conseguenze nell'alleanza terapeutica (Eubanks-Carter, et al., 2015).

In conclusione, la presente rassegna ha voluto indagare gli aspetti del processo dell'alleanza terapeutica a partire da differenti prospettive (paziente e terapeuta) e tecniche (strategie cliniche e metodologie statistiche). Pertanto, la proposta promossa riguarda la possibilità di presentare differenti elementi al fine di un'eventuale e successiva integrazione. Si auspica dunque un'integrazione tra le evidenze emerse e l'utilizzo delle carte di controllo come cornice metodologica e supporto statistico alle successive integrazioni.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, G. (1980). Transference, real relationship and alliance. *International Journal of Psycho-Analysis*, 61, 547-558.
- Alexander, F. (1956). *Psychoanalysis and Psychotherapy*. Norton.
- Alexander, L.B., & Luborsky, L. (1987). The Penn Helping Alliance Scale. In L.S. Greenberg, W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). Guilford Press.
- Arnkoff, D. (1995). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 1, 33-46.
- Aron, L., & Harris, A. (Eds.). (1993). *The legacy of Sandor Ferenci*. Analytic Press.
- Bachelor, A. (1992). Variance of dimensions of the therapeutic alliance and alliance predictors of improvement. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research.
- Battle, C., Imber, S., Hoehn-Saric, R., Stone, A. R., Nash, E., & Frank, J. (1966). Target complaints as criteria of improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 20, 184–192.
<https://doi.org/10.1176/appi. psychotherapy.1966.20.1.184>
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.) (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Press.
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1994). Overview, trends, and future issues. In S. L. Garfield, A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. Wiley.
- Bordin, E. S. (1976). The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge & Kegan Paul.
- 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). The Guilford Press.
- Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 136- 158.
- Chen, R., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Hasson-Ohayon, I., & Refaeli, E. (2018). Therapists' recognition of alliance ruptures as a moderator of change in alliance and symptoms. *Psychotherapy Research*, 28, 560-570.
<http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2016.1227104>

- Crits-Christoph, P., Barber, J. P., & Kurcias, J. S. (1993). The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 3(1), 25–35. <https://doi.org/10.1080/10503309312331333639>
- Curtis, H. C. (1979). The concept of the therapeutic alliance: Implications for the "widening scope." *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 159-192.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Document in Psychology*, 10, 85.
- Dazzi, N., & De Coro, A. (2001). *Psicologia dinamica. Le teorie cliniche*. Laterza.
- Deane, F. P., Spicer, J., & Todd, D. M. (1997). Validity of a simplified target complaints measure. *Assessment*, 4(2), 119–130. <http://dx.doi.org/10.1177/107319119700400202>
- Derogatis, L. R. (1983). *The SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual II*. Clinical Psychometric Research.
- Doran, J. M., Safran, J. D., Waizmann, V., Bolger, K., & Muran, J. C. (2012). The Alliance Negotiation Scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. *Psychotherapy Research*, 22(6), 710-719, [DOI: 10.1080/10503307.2012.709326](https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709326)
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy research*, 10 (4), 421-434. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.4.421>
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766–771. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012>
- Eubanks, C. F., Burckell, L. A., & Goldfried, M. R. (2018). Clinical consensus strategies to repair ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 60–76. <https://doi.org/10.1037/int0000097>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Rupture resolution rating system (3RS): Manual. Unpublished Manuscript.
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508– 519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>
- Eubanks-Carter, C., Gorman, B. S., & Muran, J. C. (2012). Quantitative naturalistic methods for detecting change points in psychotherapy research: An illustration with alliance ruptures. *Psychotherapy Research*, 22(6), 621–637. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2012.693772>
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2010). Alliance ruptures and resolution. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 74–94). Guilford Press.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Alliance-focused training. *Psychotherapy*, 52(2), 169–173. <https://doi.org/10.1037/a0037596>

- Fenichel, O. (1941). *Problems of psychoanalytic technique*. Psychoanalytic Quarterly. (Tr. it. *Problemi di tecnica psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, 1974).
- Fraley, R. C., & Davis, K. E. (1997). Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Personal Relationships*, 4(2), 131–144. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6811.1997.tb00135.x>
- Frances, A., Docherty, J. P., & Kahn, D. A. (1997). Treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 5–72.
- Freud, A. (1936). *L'Io e i meccanismi di difesa*. Martinelli.
- Freud, S. (1912a). Dinamica della traslazione. In C. L. Musatti (Ed.), *Opere di Sigmund Freud* (vol. 6). Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1912b). Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. In C. L. Musatti (Ed.), *Opere di Sigmund Freud* (vol. 6). Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1913). Inizio del trattamento. In C. L. Musatti (Ed.), *Opere di Sigmund Freud* (vol. 7). Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1937). Analisi terminabile e interminabile. In C. L. Musatti (Ed.), *Opere di Sigmund Freud* (vol. 11). Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1940). Compendio di psicoanalisi. In C. L. Musatti (Ed.), *Opere di Sigmund Freud* (vol. 11). Bollati Boringhieri.
- Frieswyk, S. H., Allen, J. G., Colson, D. B., Coyne, L., Gabbard, G. O., Horwitz, L., & Newsom, G. (1986). Therapeutic alliance: Its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 32–38. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.1.32>
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 143-153. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales-Patient Version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 68-74. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.68>
- Goldfried, M. R., & D'Zurilla, T. J. (1969). A behavioral-analytic model for assessing competence. In C. D. Spielberger (Ed.), *Current topics in clinical and community psychology* (Vol. 1, pp. 151– 196). Academic Press.
- Goldfried, M. R., Newman, C. N., & Hayes, A. M. (1989). The coding system of therapeutic focus. Unpublished manual.
- Goldfried, M., & Davidson, G. (1974). *Clinical behavior therapy*. Holt, Rinehart & Winston.
- Greenacre, P. (1954). “Il ruolo della traslazione”. In *Setting e processo psicoanalitico. Saggi sulla teoria della tecnica*. Raffaello Cortina.

- Greenacre, P. (1968). The psychoanalytic process, transference, and acting out. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49(2-3), 211–218.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Guilford Press.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.
- Hanly, C. (1994). Reflections on the place of the therapeutic alliance in psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75(3), 457-467.
- Harper, H. (1989a). *Coding Guide I: Identification of confrontation challenges in exploratory therapy*. University of Sheffield.
- Harper, H. (1989b). *Coding Guide II: Identification of withdrawal challenges in exploratory therapy*. University of Sheffield.
- Hartley, D. E., & Strupp, H. H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Ed.), *Empirical studies in analytic theories* (pp. 1–37). Hillside.
- Hartmann, H. (1958). *Ego Psychology and the problem of adaptation*. International University Press.
- Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 51–84). John Wiley & Sons.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885–892. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.885>
- Horvath, A. O. (1981). An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to outcome. Unpublished doctoral dissertation.
- Horvath, A. O. (1982). Working Alliance Inventory (Revised). Unpublished manuscript n. 82. Simon Fraser University.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 365–372. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.365>
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 3-7. <https://doi.org/10.1080/10503300512331339143>
- Horvath, A. O. (2018). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*, 28 (4), 499-516. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373204>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and Validation of the working alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>

- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Johnson, B., Taylor, E., D'Elia, J., Tzanetos, D., Rhodes, R., & Geller, J. D. (1995). The emotional consequences of therapeutic misunderstandings. *Psychotherapy Bulletin*, 54-58.
- Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37(1), 16-21. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.37.1.16>
- Kvilighan, D. M., Patton, M. J., & Foote, D. (1998). Moderating effects of client attachment on the counselor Experience-working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 338-349. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.274>
- Lacan, J. (1955). Freud, Hegel and the Machine. In *Seminar II: The Ego in Freud's Theory and in the Technique of Psychoanalysis 1954-1955*. Cambridge University Press, 1988.
- Lafontaine, M. F., & Lussier, Y. (2003). Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux: Anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité [Bidimensional structure of romantic attachment: Anxiety over abandonment and avoidance of intimacy]. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25, 71-95.
- Lambert, M. J. (2010). Using outcome data to improve the effects of psychotherapy: Some illustrations. In *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice* (pp. 203–242). American Psychological Association.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 17– 32). Oxford University Press.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25 (3), 73-102.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica: Teoria, clinica, ricerca*. Raffaello Cortina.
- Lipner, L. M., Muran, J. C., Eubanks, C. F., Gorman, B. S., & Winston, A. (2022). Operationalizing alliance rupture–repair events using control chart methods. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 339–350. <https://doi.org/10.1002/cpp.2606>
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive therapy*. Basic Books.

- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Psychological health as a predictor of the outcomes in dynamic and other psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 542–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.542>
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy?*. Basic Books.
- Lussier, Y. (1996). Traduction du Interpersonal Reactivity Index de Davis (1980). Document inédit.
- MacKenzie, K. R. (1998). The alliance in time-limited group psychotherapy, in J. D. Safran, J. C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 193-216). American Psychological Association Books.
- Mallinckrodt, B. (1992). Client's representations of childhood emotional bonds with parents social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 401-409.
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10, 239-263. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.3.239>
- Marmar, C. R., & Gaston, L. (1988). Manual for the California Psychotherapy Alliance Scale – CALPAS. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, University of California.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Towards the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(1), 46–52. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.1.46>
- Marmarosh, C. L., & Kivlighan, D. M., Jr. (2012). Relationships among client and counselor agreement about the working alliance, session evaluations, and change in client symptoms using response surface analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 352-367. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028907>
- Marziali, E. (1984). Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretative interventions. *Archives of General Psychiatry*, 41, 301-304.
- McCarthy, K. S., & Barber, J. P. (2009). The multitheoretical list of therapeutic interventions (MULTI): initial report. *Psychotherapy Research*, 19(1), 96–113. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300802524343>
- Meissner, W. W. (1992). The concept of the therapeutic alliance. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40(4), 1059–1087.
- Meissner, W. W. (1996). *The therapeutic alliance*. Yale University Press.
- Meissner, W. W. (2001). A note on transference and alliance: I. Transference – variations on a Theme. *Bull Menninger Clin.*, 65(2), 219-245.

- Meissner, W. W. (2006). The therapeutic alliance - a proteus in disguise. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 264–270. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.264>
- Muran, J. C., & Eubanks, C. F. (2020). *Therapist performance under pressure: Negotiating emotion, difference, and rupture*. American Psychological Association.
- Nguyen, T. D., Atkinson, C. C., & Stenger, B. L. (1983). Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of a service evaluation questionnaire. *Evaluation and Program Planning*, 6, 229-314.
- Nunberg, H. (1928). Problems of Therapy. In *Practice and Theory of Psychoanalysis*, Vol. 1. International Universities Press, 1948.
- Nunberg, H. (1932). *Principles of Psychoanalysis*. International Universities Press.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1972). Psychotherapeutic processes. *Annual Review of Psychology*, 23, 615–668. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.23.020172.003151>
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1975). *Varieties of Psychotherapeutic Experience*. Teacher's College Press.
- Orlinsky, D. E., Howard, K. I., & Saunders, S. M. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(4), 323–330. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.4.323>
- Pavio, S. C., & Bahr, L. B. (1998). Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short-term experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 392-406.
- Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137-151. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x>
- Piper, W. E., Azim, H. F. A., Joyce, A. S., MacCallum, M., Nixon, G. V. H., & Segal, P. S. (1991). Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 432-438.
- Ponsi, M. (2002). Paradigma relazionale e alleanza terapeutica. In V. Lingiardi (Ed.), *L'alleanza terapeutica: teoria, clinica, ricerca* (pp. 63-85). Raffaello Cortina.
- Rait, D. (1998). Perspectives on the therapeutic alliance in brief couple and family therapy. In J. D. Safran, J. C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 171-191). American Psychological Association Books.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>

- Rosen, C. S., Drescher, K. D., Moos, R. D., Finney, J. W., Murphy, R. T., & Gusman, F. (2000). Six and ten item indices of psychological distress based on the Symptom Checklist-90. *Assessment*, 7, 1031-111.
- Ryan, E. R., & Cicchetti, D. V. (1985). Predicting quality of alliance in the initial psychotherapy interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(12), 717–725.
<https://doi.org/10.1097/00005053-198512000-00002>
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000a). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A relational Treatment Guide*. Guilford Press. (Tr. it. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Editori Laterza, 2019)
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51, 381-387. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1998). *The Therapeutic Alliance in Brief Psychotherapy*. (Tr. it. *L'alleanza in psicoterapia a breve termine*. ASPIC Edizioni Scientifiche, 2001).
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000b). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233–243.
[http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3)
- Safran, J. D. (2003). The relational turn, the therapeutic alliance and psychotherapy research: Strange bedfellows or postmodern marriage?. *Contemporary Psychoanalysis*, 39, 449-475.
- Safran, J. D., Muran J. C., & Shaker, A. (2014). Research on therapeutic impasses and ruptures in the therapeutic alliance. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 211–232.
<https://doi.org/10.1080/00107530.2014.880318>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Eds.) *The Working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 225-255). Wiley.
- Safran, J.D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (3), 286-291.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Solomonov, N., McCarthy, K. S., Gorman, B. S., & Barber, J. P. (2019). The multitheoretical list of therapeutic interventions - 30 items (MULTI-30). *Psychotherapy Research*, 29(5), 565–580. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2017.1422216>
- Sterba, R. (1934). The dynamics of the dissolution of the transference resistance. *Psychoanalytic Quarterly*, 9, 363-379.
- Stone, L. (1961). *The psychoanalytic situation: An examination of its development and essential nature*. International Univer. Press. (Tr. it. *La situazione psicoanalitica*. Piccin, 1986).
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15(3), 215-224. <https://doi.org/10.1037/h0020229>

- Stulz, N., Lutz, W., Leach, C., Lucock, M., & Barkham, M. (2007). Shapes of early change in psychotherapy under routine outpatient conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 864–874. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.864>
- Tal Ben David-Sela, Tohar Dolev-Amit, Catherine F. Eubanks & Sigal ZilchaMano (2021) Achieving successful resolution of alliance ruptures: for whom and when?, *Psychotherapy Research*, 31(7), 870-881. [DOI: 10.1080/10503307.2020.1862432](https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1862432)
- Talbot, C., Ostiguy-Pion, R., Painchaud, E., Lafrance, C., & Descôteaux, J. (2019). Detecting alliance ruptures: the effects of the therapist’s experience, attachment, empathy and countertransference management skills. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22(1), 19-28. [doi: 10.4081/ripppo.2019.325](https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.325)
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207–210.
- Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28, 411-421. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.28.3.411>
- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The experiences in close relationship scale (ECR)- Short Form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 88, 187-204. <http://dx.doi.org/10.1080/00223890701268041>
- Wallner Samstag, L., Muran, C., Zindel, V., Segal, Z., & Shuman, C. (1992). Patient pre-treatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. Paper presented at the annual meeting at the society of Psychotherapy Research.
- Westen, D. (1997). Toward a clinically and empirically sound theory of motivation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 78(3), 521-548.
- Williams, E. N. (2008). A psychotherapy researcher’s perspective on therapist self-awareness and self-focused attention after a decade of research. *Psychotherapy Research*, 18, 139- 146. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300701691656>
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. International Universities Press.
- Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NJHM workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 448–451. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.3.448>
- Zetzel, E. R. (1956). Current concept of transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.
- Zetzel, E. R. (1958). *Basic Concepts of Psychoanalytic Psychiatry*. Basic Books. (Tr. it. *Psichiatria psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, 1976).
- Zetzel, E. R. (1964). The analytic situation. In R. E. Litman (1996) (Eds.), *Psychoanalysis in America* (pp. 86-106). International University press.

- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72(4), 311–325.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0040435>
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2018). Not just a non-specific factor: Moderators of the effect of within-and between-clients alliance on outcome in CBT. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 146–158.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10608-017-9866-5>
- Zlotnick, E., Strauss, A. Y., Ellis, P., Abargil, M., Tishby, O., & Huppert, J. D. (2020). Reevaluating ruptures and repairs in alliance: Between- and within-session processes in cognitive-behavioral therapy and short-term psychodynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(9), 859–869.
<http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000598>