

Carl Rogers e l'Approccio Centrato sulla Persona oggi

Howard Kirschenbaum, April Jourdan
University of Rochester

Questa ricerca sul lavoro di Carl Rogers esplora lo stato attuale dell'approccio centrato sul cliente/centrato sulla persona negli Stati Uniti e a livello internazionale. La situazione viene dedotta in primo luogo dalla quantità di materiale pubblicato sull'approccio centrato sulla persona dopo la morte di Rogers, nel 1987. La rilevanza del suo lavoro viene anche misurata in base al numero di organizzazioni professionali, istituti e giornali dedicati a questo approccio. Infine, recenti ricerche sui risultati della terapia, sui fattori comuni, sull'alleanza terapeutica e sulla relazione terapeutica, hanno validato due o tre delle condizioni chiave di Rogers - empatia, considerazione positiva incondizionata e, probabilmente, congruenza - quali componenti decisive per una psicoterapia efficace.

L'influenza storica che Carl R. Rogers (1902-1987) ebbe nel campo della psicologia clinica, della psicoterapia e del counseling è ampiamente riconosciuta, ma che rilevanza ha ancora oggi il lavoro di Rogers? Le tendenze attuali nella ricerca e nella pratica hanno reso il suo contributo di solo interesse storico, o esso è ancora valido, rilevante e vivo nel ventunesimo secolo? Il presente studio cerca di rispondere a questa domanda esaminando tre aspetti dai quali può essere appurato lo stato del lavoro di Rogers: il numero delle pubblicazioni sull'approccio centrato sul cliente/centrato sulla persona, la diffusione delle organizzazioni centrate sulla persona e degli istituti di formazione nel mondo e il ruolo che i principi centrati sul cliente hanno avuto nelle ultime decadi di ricerca per quanto riguarda il processo e i risultati psicoterapeutici.

L'influenza storica

Carl Rogers e i suoi colleghi furono i primi a registrare, trascrivere e pubblicare casi psicoterapeutici completi (C. R. Rogers, 1942). Usando queste registrazioni Rogers condusse e sostenne più ricerche scientifiche sulla

psicoterapia di quante ne fossero mai state intraprese prima (e.g., Rogers e Dymond, 1954; Rogers, Gendlin, Kiesler e Truax, 1967). Rogers sviluppò l'approccio "non direttivo" e "centrato sul cliente" al counseling e alla psicoterapia, che è diventato un punto fermo del repertorio psicoterapeutico (Rogers, 1942, 1951). Così facendo, rese popolare il termine "cliente" per descrivere il beneficiario della terapia in un setting non medico, di fatto fondò il movimento del counseling professionistico (Capuzzi e Gross, 2001; Gibson e Mitchell, 1999; Gladding 2000; Nugent 2000) e lo rese il accessibile a diverse professioni di aiuto. Per queste conquiste fu il primo psicologo o psicoterapeuta ad aver mai ricevuto i più alti onori scientifici e professionali dell'Associazione Psicologica Americana (APA): il Distinguished Scientific Contribution Award (APA, 1957) e il Distinguished Professional Contribution Award (APA, 1973).

La "teoria del sé" di C. R. Rogers (1959) divenne una teoria della personalità di spicco, che è ancora oggi inclusa nella maggior parte dei testi sulla personalità (e.g., Cloninger, 2003; Feist e Feist, 2001; Hall, Lindzey e Campbell, 1998; Monte e Sollod, 2002; Ryckman, 2004). Tra gli altri incarichi, ricoprì la carica di Presidente dell'Associazione Americana di Psicologia Applicata, dell'Associazione Americana di Psicoterapia, dell'APA e della Divisione di Psicologia Clinica dell'APA (Kirschenbaum, 1979). Divenne un portavoce preminente del movimento della psicologia umanistica (e.g., Rogers e Skinner, 1956) e dei gruppi di incontro (Rogers, 1970) e i suoi molti libri, incluso *On becoming a person* (Rogers, 1961), aiutarono a portare i principi dell'approccio centrato sul cliente e più tardi "centrato sulla persona", a un audience sempre più vasta (Rogers, 1969, 1977, 1980).

Lo stato attuale

Cosa è accaduto da allora? La presenza di Rogers è forte come sempre o si è affievolita nel momento in cui è proliferata la ricerca su altri approcci, sono emerse nuove conoscenze riguardo alla terapia, sono cambiati i protocolli per i finanziamenti alla ricerca e si sono sviluppati altri modelli, tendenze e movimenti di psicologia spicciola? Senza l'esempio vivente di Carl Rogers, che insegna, scrive e dimostra le sue teorie e i suoi metodi in giro per il mondo, ci sono altri ricercatori e professionisti che hanno continuato a mettere in pratica e a sviluppare l'approccio centrato sul cliente/centrato sulla persona?

Stimare la rilevanza di un approccio terapeutico non è un compito facile. Ci sono dei dati oggettivi che aiutano a fare luce sulla questione, ma sono necessarie anche alcune spiegazioni rispetto alle tendenze attuali e alle scoperte della ricerca per comprendere i flussi e riflussi di un movimento professionale. Come tentativo iniziale per valutare lo stato attuale dell'approccio di Carl Rogers e centrato sulla persona, esploreremo tre indici: il numero di pubblicazioni sull'argomento, la proliferazione dell'approccio centrato sulla persona nel il mondo e le recenti ricerche sull'approccio centrato sulla persona e i risultati terapeutici.

Il numero delle pubblicazioni

Una misura della rilevanza è il numero di pubblicazioni che appaiono su una particolare persona o su un approccio. Come emerso da un calcolo, dal primo Gennaio 1987 al 6 Settembre 2004, sono apparsi su Carl Rogers o sull'approccio centrato sul cliente/centrato sulla persona, 141 libri, 174 capitoli di libri e 462 articoli di giornale (vedi tabella 1).

TABELLA 1 - Numero delle pubblicazioni su Carl Rogers e sull'Approccio Centrato sulla Persona.

Pubblicazioni	1946-1986	1987-2004
Libri	84	141
Capitoli di libri	64	174
Articoli di giornale	456	462
Totale	604	777

Quindi, non tendendo conto dei suoi scritti personali, sono stati scritti più libri e articoli su Carl Rogers e sull'approccio centrato sul cliente/centrato sulla persona nei 17 anni dopo la sua morte, di quanti ne fossero stati scritti nei precedenti 40 anni. Se la maggior parte di queste pubblicazioni facesse riferimento semplicemente al ruolo storico di Rogers o dell'approccio centrato sul cliente, questo non risulterebbe un dato significativo; ma in effetti la nostra analisi di queste pubblicazioni indica che la maggioranza di esse descrive nuove ricerche, nuove teorie e nuove applicazioni.

I numeri suddetti riflettono principalmente la letteratura psicologica. Ma poiché il lavoro di Rogers si è diffuso in molte differenti professioni, i servizi sociali, l'educazione, il counseling pastorale, la leadership dei gruppi e altri, una ricerca di dati in altri campi, rivelerebbe di certo molte più pubblicazioni.

Bisognerebbe anche far notare che i dati sopra citati riflettono essenzialmente una interpretazione ristretta dell'approccio centrato sul cliente o centrato sulla persona. Negli ultimi 30 anni si sono sviluppati almeno due rami di questo approccio, spesso noti come "focusing" (Gendlin, 1978, 1996) e "processo-esperienziale" (Greenberg, Rice e Elliot, 1993; Rice e Greenberg, 1984, 1990), che rimangono collegati strettamente al movimento centrato sulla persona. Per esempio, sul sito web del Focusing Institute, Wiltschko (1994) afferma "La terapia del focusing ha un approccio centrato sulla persona" (p. 2). La terapia processo-esperienziale combina l'approccio centrato sulla persona e quello della Gestalt, ma rimane essenzialmente centrato sulla persona. Come scrisse Elliot (2003) "Lavorare efficacemente con i clienti richiede un adattamento dell'approccio del terapeuta al problema generale con cui si presenta il cliente, al compito che ci si prefigge all'interno della singola sessione e all'esperienza immediata del cliente nel momento" (p. 2). "Davis (1995) trovò che più dei tre quarti delle risposte dei terapeuti processo-esperienziali erano o di comprensione empatica (57%) o di esplorazione empatica (19%) e che le risposte volte a dirigere il processo rappresentavano l'8% del totale (Elliot e Greenberg, 2001, p. 290).

Una bibliografia esauriente che includa gli approcci del focusing e quello processo-esperienziale, produrrebbe molti più titoli e rifletterebbe in maniera più accurata l'influenza attuale dell'approccio centrato sulla persona. In

realtà, Lietaer (2002a) ha incluso 477 libri sulla terapia centrata sul cliente/esperienziale dal 1939 al 2000, molti in lingue diverse dall'inglese, circa il doppio dei titoli mostrati in tabella 1.

Questi numeri reggono il confronto con quelli degli altri approcci? Usando solo il database PsycINFO per il paragone, sono stati trovati tra il 1987 e il 2004, 777 tra libri, capitoli e articoli su Rogers e l'approccio centrato sul cliente/centrato sulla persona. Ancora una volta, questa è solo una parte del numero effettivo, ma limitarci ad un unico database ci permette un confronto diretto tra gli approcci. La tabella 2 paragona il numero delle pubblicazioni sui maggiori approcci psicoterapeutici.

Naturalmente, questo numero non racconta tutta la storia. Oltre ad escludere molte citazioni che non sono elencate nel database PsycINFO, non viene indicato il contenuto o il tipo delle pubblicazioni. Per esempio, il grande numero delle pubblicazioni su Freud e sulla psicanalisi appare in gran parte nelle riviste di psicanalisi negli Stati Uniti e all'estero. Molto poche appaiono su pubblicazioni generiche, vale a dire che gli autori parlano fondamentalmente a loro stessi. Si focalizzano quasi esclusivamente su questioni legate alla teoria e alla pratica, senza pressoché alcuno studio controllato sui risultati. Le pubblicazioni sull'approccio centrato sulla persona, al contrario, appaiono su una ampia varietà di riviste e pubblicazioni e spesso includono rigorose ricerche empiriche.

Da questa limitata valutazione, quindi, risulta che l'approccio centrato sulla persona, sebbene non sia affatto un argomento preminente nel mondo accademico della psicoterapia e della psicologia, è vivo e vegeto. C'è un flusso regolare di pubblicazioni su teoria, ricerca e pratica in questa area.

TABELLA 2 - Numero delle pubblicazioni sui vari approcci psicoterapeutici.

Criteria di ricerca	Numero delle pubblicazioni
<i>Sigmund Freud o psicanalisi</i>	22.436
<i>Terapia sistemico relazionale o terapia familiare (Terapia sistemico relazionale da sola =127)</i>	9.838
<i>Aaron Beck o terapia cognitiva</i>	7.963
<i>B. F. Skinner o terapia comportamentale</i>	2.788
<i>Terapia cognitivo-comportamentale</i>	2.273
<i>Carl Rogers o terapia centrata sul cliente o terapia centrata sulla persona</i>	777
<i>Fritz Perls o terapia della Gestalt</i>	620
<i>Albert Ellis o terapia razionale-emotiva</i>	581
<i>Counseling multiculturale</i>	448
<i>Alfred Adler o terapia adleriana</i>	364
<i>Terapia psicodinamica</i>	363
<i>William Glasser o terapia della realtà</i>	336
<i>Viktor Frankl o terapia esistenziale</i>	328
<i>Approccio eclettico o terapia integrata</i>	223

Nota. Basato su una ricerca del database PsycINFO (5 Settembre 2004). I criteri di ricerca qualche volta sono stabiliti da PsycINFO. Per esempio, quando si digita *terapia del comportamento*, PsycINFO dice all'utente di usare il criterio *terapia comportamentale*. Per ricavare il dato riferito alla terapia cognitiva, abbiamo dovuto chiedere *terapia cognitiva, non del comportamento, non comportamentale*. Ci rendiamo conto del fatto che più di un solo nome può essere associato con un particolare approccio, ma abbiamo usato sempre un solo nome per rendere corretto il paragone.

Le organizzazioni professionali e le riviste

Un'altra misura dello stato è il numero di organizzazioni professionali e riviste che utilizzano le idee di Carl Rogers e dell'approccio centrato sul cliente/centrato sulla persona. Attualmente, ci sono circa 200 organizzazioni e centri di formazione dislocati in giro per il mondo, che si dedicano alla ricerca e all'applicazione dei principi sviluppati da Rogers (vedi tabella 3). Molte di queste nazioni hanno più di una organizzazione centrata sul cliente/centrata sulla persona. Questa tabella ne mostra solo un campione.

Alcune di queste organizzazioni sono piuttosto piccole, come l'Associazione per lo Sviluppo dell'Approccio Centrato sulla Persona negli Stati Uniti che conta solamente poche centinaia di membri. Altre sono abbastanza grandi e attive, come la Gesellschaft für Wissenschaftliche

TABELLA 3 - Esempi di Organizzazioni Centrate sulla Persona nel mondo.

Nazione	Organizzazione
Argentina	A.E.D.E.C. e P.-Asociación para el estudio y desarrollo del Enfoque Centrado en la Persona
Austria	PCA-Associazione Centrata sulla Persona in Austria
Belgio	A.F.C.P.-Association Francophone de Psychothérapie Centrée-sur-la-Personne et Expérientielle VVCgP-Vlaamse Vereniging voor cliëntgerichte psychotherapie (Società di lingua fiamminga)
Brasile	C.EP./RS-Centro de Estudos da Pessoa
Canada	CRAM-Centre de Relation d'Aide de Montréal
Repubblica Ceca	PCA-Institut Praha
Francia	PCAI-F-Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona
Germania	GwG-Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie
Grecia	PCA-Associazione Ellenica dell'Approccio Centrato sulla Persona
Ungheria	HAPCCPM-Associazione Ungherese per la Psicoterapia Centrata sulla Persona e la Salute Mentale
Italia	IACP-Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona
Paesi Bassi	VCgP-Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie
Portogallo	APPCPC-Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e de Counselling
Scozia	PCT-Terapia Centrata sulla Persona
Sud Africa	APCASA-Associazione per l'Approccio Centrato sulla Persona Sud Africa
Svizzera	SGGT-SPCP-Associazione Svizzera per l'Approccio Centrato sulla Persona
Regno Unito	BAPCA-Associazione Britannica per l'Approccio Centrato sulla Persona
Stati Uniti	ADPCA-Associazione per lo Sviluppo dell'Approccio Centrato sulla Persona

Nota. Basata su una ricerca degli autori e sul sito web di Peter Schmid (www.pfs-online.org), che contiene un elenco completo di organizzazioni e istituti di formazione nel mondo.

Gesprachpsychotherapie in Germania, con oltre 4300 membri, l'Associazione Britannica per l'Approccio Centrato sulla Persona in Inghilterra con oltre 1000 membri e l'Association Francophone de Psychothérapie Centrée-sur-la-Personne et Experentielle in Belgio con oltre 1000 membri. Come suggeriscono questi esempi, l'Europa attualmente è il centro più attivo per quanto riguarda la ricerca, la formazione e la pratica dell'approccio centrato sulla persona, che risulta essere uno degli approcci terapeutici di spicco in questo continente.

Inoltre, ci sono Istituti sul Focusing dislocati in tutta l'Europa, in India, Israele, Giappone, Taiwan, Thailandia, Nuova Zelanda, Australia, Canada e Stati Uniti (Focusing Institute, 2003). Come menzionato in precedenza, l'approccio del focusing sviluppato da Eugene T. Gendlin, è strettamente in linea con la tradizione centrata sul cliente/centrata sulla persona; perciò anche queste organizzazioni promuovono molte delle idee dell'approccio centrato sul cliente/centrato sulla persona.

Oltre alle varie organizzazioni e agli istituti di formazione in diverse nazioni, ci sono organizzazioni ombrello che collegano le singole organizzazioni e forniscono un mezzo per la comunicazione di idee tra studiosi e professionisti centrati sul cliente, centrati sulla persona e esperienziali. L'Associazione Mondiale per la Terapia e il Counseling Centrati sulla Persona e Esperienziali (WAPCEPC) nacque nel 1997 durante la Quarta Conferenza Internazionale sulla Psicoterapia Centrata su Cliente ed Esperienziale tenuta in Portogallo. È stato affermato alla conferenza,

questo sarà il decimo anno dalla morte di Carl Rogers ed è il momento appropriato per fare un passo decisivo al fine di assicurare che la vitalità e l'influenza di questo particolare approccio psicoterapeutico, al quale noi siamo collegati ognuno in modi diversi, proseguano (Schmid, 2003).

Un'altra organizzazione che è nata da questa conferenza è la Rete delle Associazioni Europee del Counseling e della Psicoterapia Centrata sul Cliente (NEAPCEPC). Il proposito del NEAPCEPC è quello di supportare le organizzazioni di tutta Europa centrate sul cliente/centrate sulla persona e di assicurare la presenza dell'approccio a livello europeo. Sia il WAPCEPC che il NEAPCEPC aderiscono ai seguenti principi

Lo scopo è di fornire un forum di dimensione mondiale a quei professionisti che sono impegnati nel diffondere l'importanza primaria, nella terapia, della relazione tra terapeuta e cliente; che hanno una fiducia di base nel mondo esperienziale del cliente e nella sua centralità per il lavoro terapeutico, nelle condizioni e negli atteggiamenti che guidano il movimento terapeutico come postulati inizialmente da Carl Rogers; che si impegnano nella loro attiva realizzazione all'interno della relazione terapeutica e nella comprensione sia dei clienti che dei terapeuti come persone che sono, entrambi e allo stesso tempo, individui e in relazione con altri e con il loro ambiente; che sono aperti all'elaborazione e allo sviluppo della teoria centrata sulla persona e esperienziale alla luce della pratica e della ricerca attuali e future (Schmid, 2003; vedi anche WAPCEPC, 2004).

L'influenza di queste organizzazioni si estende attraverso le loro riviste specializzate che raggiungono un'audience più vasta del numero degli associati o di quanto facciano i loro programmi di formazione. Schmid (2003) ha elencato più di 50 periodici e riviste centrati sulla persona o esperienziali con contributi di spicco di teorici, ricercatori e professionisti centrati sul cliente/centrati sulla persona. L'elenco include riviste dal Portogallo, dalla Germania, dalla Francia, dalla Gran Bretagna, dal Messico, dal Giappone, dall'Irlanda, dai Paesi Bassi, dal Belgio, dal Canada e dagli Stati Uniti. Ci sono anche riviste regionali, come *Person*, pubblicata in Germania dalle associazioni tedesca, austriaca e svizzera. A livello internazionale, è stata creata una nuova rivista dal WAPCEPC nel 2001. Sebbene sia pubblicata in inglese, include contributi di ricerca da nazioni non di lingua inglese.

Tutta questa attività è molto maggiore di quella che si esisteva quando

Rogers era ancora vivo. Rogers, semmai, scoraggiò la fondazione di istituti e organizzazioni che portassero il suo nome o che diffondessero l'approccio centrato sul cliente. La sua preoccupazione era che potessero incoraggiare il culto di una persona o una rigida ortodossia. La sua morte liberò una grande quantità di energia e di iniziative di teorici, ricercatori e professionisti in tutto il mondo, facendo dell'approccio centrato sulla persona un movimento con una base più ampia, più internazionale di quanto non lo fosse mai stato durante la sua vita.

Le scoperte della ricerca

Nel 1957 "Rogers diede vita ad una ipotesi che stimolò più di 30 anni di ricerca" (Bozarth, Zimring e Tausch, 2001, p. 153). Questa ipotesi, essenzialmente, consisteva nel fatto che quando un terapeuta dimostra le "condizioni chiave" di considerazione positiva incondizionata, comprensione empatica e congruenza, e quando il cliente le percepisce, almeno ad un minimo livello, allora i cambiamenti di personalità psicoterapeutici e le loro conseguenze positive sono inevitabili. Inoltre, C. R. Rogers (1957) sostenne che queste condizioni per una terapia efficace funzionavano indipendentemente dall'approccio terapeutico utilizzato. Scrisse: "le tecniche delle varie terapie sono relativamente ininfluenti, se non per il fatto che servono come canali per soddisfare una delle condizioni" (p. 102).

Tra gli altri strumenti sviluppati per valutare queste ipotesi, Halkides (1958) creò delle scale con le quali dei giudici esterni, ascoltando delle registrazioni audio delle sedute terapeutiche, potevano valutare a che livello i terapeuti mettevano in pratica le tre condizioni e Barrett-Lennard (1962) creò una scala ampiamente usata, la *Relationship Inventory*, utilizzata dai clienti per valutare i propri terapeuti sulle condizioni chiave. La ricerca per tutto il quarto di secolo successivo ha visto molti studi che hanno confermato l'efficacia delle condizioni chiave. Truax e Mitchell (1971) hanno riportato i risultati di 14 studi che hanno coinvolto 992 partecipanti. All'interno di questi studi sono emerse 66 correlazioni statisticamente significative tra esiti terapeutici positivi e condizioni chiave, contro una sola correlazione statisticamente negativa. Gli autori hanno così riassunto,

Questi studi presi nel loro complesso suggeriscono che i terapeuti o i counselor che sono empatici in modo attento, che hanno un atteggiamento caloroso senza essere opprimenti e sono genuini, sono veramente efficaci. Inoltre, questi risultati sembrano adattarsi ad una grande varietà di terapeuti e counselor, a prescindere dalla loro formazione o dal loro orientamento teorico e ad una grande varietà di clienti o pazienti, inclusi quelli che hanno uno scarso rendimento al college, i giovani delinquenti, gli schizofrenici ospedalizzati, [...], pazienti non ospedalizzati con nevrosi di gravità da media a severa e tutta l'ampia varietà di pazienti ospedalizzati. Inoltre, le prove suggeriscono che questi risultati reggono in una varietà di contesti terapeutici e sia nella psicoterapia, o nel counseling, individuale che di gruppo (p. 310).

Gurman (1977) concluse che "esistono prove sostanziali, se non schiaccianti, a favore del rapporto ipotizzato tra le condizioni terapeutiche percepite dal paziente e i risultati del counseling psicoterapeutico individuale (p. 523). L'esauriente analisi degli studi sui risultati del processo realizzata

da Orlinsky e Howard (1986) concluse che, rispetto alla risonanza empatica, al riconoscimento reciproco, a quanto il terapeuta investe nel suo ruolo (che include che il paziente percepisca il terapeuta come genuino) e alla qualità globale della relazione,

generalmente, il 50-80% dei risultati di tali studi era significativamente positivo e indicava che queste dimensioni erano collegate in maniera molto consistente ai risultati dei pazienti. Questo era particolarmente vero quando le valutazioni del processo erano basate sulle osservazioni dei pazienti rispetto alla relazione terapeutica (p. 365).

In contrasto alla crescente evidenza che dimostra l'efficacia delle condizioni chiave nel promuovere un miglioramento terapeutico (e, al contrario, al fatto che bassi livelli di queste condizioni terapeutiche causino un deterioramento nei clienti), alcuni studi non hanno evidenziato benefici particolari derivanti da l'una o l'altra delle condizioni chiave. Perciò, un numero di rassegne sulle ricerche riguardo a studi degli anni '70 e dei primi anni '80 ha riportato risultati ambigui rispetto all'efficacia o all'efficienza delle condizioni chiave (e.g., Bergin e Suinn, 1975; Mitchell, Bozarth e Krauft, 1977; Parloff, Waskow e Wolfe, 1978). Molti revisori quindi, da allora (Mitchell et al., 1977) in poi (Bozarth et al., 2001; Elliot, 2001; Patterson, 1984), hanno sottolineato che questi studi e rassegne erano imperfetti in almeno tre aspetti.

Primo, gli studi spesso utilizzavano terapeuti che mostravano livelli minimi delle condizioni chiave. Questo significa che molti studi paragonavano condizioni non facilitanti a condizioni minimamente facilitate. Patterson (1984) dedusse che, considerato che così tanti studi sulle condizioni chiave avevano trovato risultati positivi quando i livelli delle condizioni nei terapeuti erano minimi e quando l'ampiezza del campione era ristretta, tutto concorre solamente a dimostrare quanto siano efficaci le condizioni chiave quando i terapeuti sono formati per garantire alti livelli di considerazione positiva, empatia e congruenza. Quando i ricercatori controllarono questa devianza, Stubbs e Bozarth (1994, come citato in Bozarth et al., 2001) "non trovarono uno studio diretto che supportasse l'affermazione che le condizioni non siano sufficienti" (p. 166).

Secondo: coloro che interpretano la mancanza di effetti positivi in una delle condizioni chiave (come mostrato in alcuni studi), come evidenza del fatto che questa condizione non sia importante, fraintendono l'ipotesi di Rogers. Per esempio, sebbene l'empatia del terapeuta in o per se stessa possa non essere una condizione necessaria di una terapia efficace (Bergin e Suinn, 1975; Lambert e Bergin, 1994), quello che appare importante è che il cliente percepisca il proprio terapeuta come empatico (Barrett-Lennard, 1962; Martin e Sterne, 1976). Questa infatti era l'ipotesi di C. R. Rogers (1957), che il cliente debba percepire l'empatia, la considerazione positiva incondizionata e la congruenza del terapeuta. Gli studi che utilizzano solo osservatori esterni o le valutazioni del terapeuta per misurare le condizioni chiave, sono inadeguati nel testare le ipotesi di Rogers, anche se un ampio numero ha prodotto risultati positivi.

In fine, il fatto che alcuni studi, benché una minoranza, mostrino che l'empatia per se stessa non produca cambiamenti positivi, non significa che l'empatia non sia efficace; questo significa solo che, da sola, l'empatia non è

sufficiente. La stessa cosa vale per la considerazione positiva incondizionata e per la congruenza. Rogers non ha supposto che *ogni* condizione fosse sufficiente, ma che *tutte* fossero sufficienti. Quando tutte e tre le condizioni sono presenti e il cliente le percepisce, diceva Rogers che il cambiamento positivo avverrà.

Gli studi e le rassegne successivi

In ogni caso, nonostante qualche analisi contraddittoria degli anni '70, la maggior parte delle ricerche degli anni '80 e '90 hanno continuato a supportare l'importanza delle condizioni chiave. Analizzando 12 studi, Sexton e Whiston (1994) scrissero, "Questa ricerca sembra supportare risultati precedenti rispetto all'importanza dell'empatia nella relazione terapeutica" (p. 15). Orlinsky, Grawe e Parks (1994) hanno riferito risultati positivi simili in 10 studi dello stesso periodo (solo un campione si sovrappone con quelli di Sexton e Whiston). Bohart, Greenberg e Watson (2002) hanno condotto probabilmente la più vasta meta-analisi delle ricerche sull'empatia, prendendo in esame 47 studi dal 1961 al 2000, coinvolgendo 3.026 clienti, studiando 190 distinte associazioni tra empatia e risultati. Hanno trovato un effetto ponderato e non distorto di .32, che è considerato un effetto di ampiezza media. Nel contesto della ricerca sui risultati della terapia, questa si considera una correlazione significativa tra empatia e risultati terapeutici positivi. Pur riconoscendo l'importanza dell'empatia, molti ricercatori (e.g., Bohart et al., 2002; Duann e Hill, 1996; Gladstein, 1987; Sexton e Whiston, 1994) hanno suggerito che l'empatia sia un concetto più complesso di quanto non abbiano riconosciuto Rogers ed altri. Essi hanno sostenuto che sia necessaria più ricerca per comprendere l'empatia terapeutica: le sue differenti forme e le sue applicazioni più efficaci con diversi clienti, in differenti contesti terapeutici e a diversi livelli della relazione terapeutica.

Come per l'empatia, di 24 studi relativamente recenti sul "riconoscimento" del cliente da parte del terapeuta (un concetto che include accettazione, calore non opprimente e considerazione positiva), una grande maggioranza mostrava una correlazione positiva tra il riconoscimento e i risultati, a fronte di alcuni risultati neutri e di un solo risultato negativo (Orlinsky, Grawe e Parks, 1994). Mettendo insieme gli studi di Orlinsky e la rassegna di Howard (1986), Orlinsky, Grawe e Parks

hanno sintetizzato gli esiti di 154 conclusioni... tratte da un insieme di 76 studi. Essi hanno trovato che il 56% dei risultati era positivo e che, ancora, i risultati basati sulla percezione del paziente...della considerazione positiva del terapeuta, producevano un tasso ancora più alto di risultati terapeutici positivi, il 65% (Farber e Lane, 2002, p. 184).

In altre parole, c'erano 187 risultati che dimostravano una correlazione positiva statisticamente significativa tra il riconoscimento del terapeuta e risultati positivi, 63 risultati che non mostravano alcuna correlazione e solo 4 che mostravano una correlazione negativa.

Inoltre, studi più recenti, fatti seguendo il modello dell'"alleanza terapeutica" (discusso sotto), piuttosto che quello centrato sul cliente, hanno

riscontrato risultati simili. In 16 studi, circa la metà delle correlazioni tra il calore/la considerazione positiva del terapeuta e i risultati, è positiva, circa la metà non mostra alcuna differenza e nessuna è negativa. Comunque, ancora, “come notato da revisori in precedenza, quando il paziente riporta sia la considerazione positiva del terapeuta che risultati nel trattamento, un’associazione positiva tra queste e altre variabili è particolarmente probabile” (Farber e Lane, 2002, p. 185). Farber e Lane conclusero:

L’abilità del terapeuta nel fornire una considerazione positiva sembra essere associata in maniera significativa con il successo terapeutico, almeno quando assumiamo la prospettiva del paziente sui risultati della terapia. Comunque, in effetti, tutti i risultati significativi mostrano un effetto di ampiezza modesta, cosa che suggerisce che, così come per l’alleanza terapeutica, questa sia una parte significativa ma non esaustiva dell’equazione processo-risultati. Estrapolando dai dati, concludiamo che, il fatto che il terapeuta garantisca considerazione positiva, è strettamente raccomandato nella pratica clinica (p. 191).

La ricerca rispetto alla congruenza è stata più ambigua, con molti studi che mostrano una correlazione positiva con risultati favorevoli, molti che non mostrano alcuna correlazione e alcuni che mostrano una correlazione negativa (Klein, Kolden, Michels e Chisholm-Stockard, 2002; Sachse e Elliot, 2001). Kirschenbaum (1979) scrisse che la congruenza era, tra le condizioni chiave di Rogers, quella spiegata meno chiaramente; perciò potrebbe essere la più difficile delle condizioni da mettere in pratica correttamente per il terapeuta. La ricerca indica che, per esempio, sebbene una certa quantità e alcune tipologie di trasparenza da parte del terapeuta possano essere di aiuto, una trasparenza eccessiva o inappropriata può essere dannosa (Orlinsky et al., 1994). Sachse e Elliot (2001) supposero che fosse necessaria più ricerca per comprendere come la congruenza possa essere utilizzata in maniera più utile nel counseling e nella psicoterapia.

La ricerca in Europa

Mentre la ricerca sulla terapia centrata sul cliente negli Stati Uniti è diminuita negli ultimi anni di vita di Rogers (Lietaer, 1990), quando la sua attenzione professionale si spostò altrove, la ricerca sulle psicoterapie centrate sulla persona e esperienziali in Europa è aumentata in maniera notevole. Reinhold Tausch e i suoi studenti e colleghi in Germania si impegnarono in un importante programma di ricerca psicoterapeutica (vedi Bozarth et al., 2001 per un riassunto di questo programma di ricerca). Per esempio, in uno studio che coinvolse 80 terapeuti centrati sul cliente e 149 clienti e i clienti in lista di attesa come gruppo di controllo, emerse che ebbero luogo dei miglioramenti significativi nei clienti quando i terapeuti mostravano due delle tre condizioni chiave (Rudolph, Langer e Tausch, 1980). (Questo ricorda ancora l’ipotesi di C. R. Rogers del 1957 che le singole condizioni non sono sufficienti, ma che tutte le condizioni chiave, o, come dimostra questo studio, almeno due, sono necessarie per il cambiamento.)

Gli studi in Belgio e nei Paesi Bassi di Lietaer e dei suoi colleghi, produssero risultati simili (e.g., Lietaer, Rombauts e VanBalén, 1990; Lietaer, van Praag e Swildens, 1984; VanBalén, Leijssen e Lietaer, 1986). Riassumendo

questo periodo di ricerche, Bozarth et al. (2001) scrissero

Gli studi di Tausch e dei suoi colleghi, così come altri in Europa, sono piuttosto positivi. I risultati positivi sono compatibili con le aree della psicoterapia individuale [...], della psicoterapia di gruppo, dei gruppi con pazienti malati di cancro, con i carcerati, con i giudici, con gli insegnanti e con le persone anziane. Le conclusioni si estendono ai gruppi di incontro, all'educazione e alle attività della vita quotidiana (p. 162).

Parlando in linea più generale, Stubbs e Bozarth (1994) scrissero "In quaranta anni, il filone più importante nelle ricerche sull'efficacia della psicoterapia, è la presenza degli atteggiamenti del terapeuta che aveva ipotizzato Rogers" (p. 109).

Una nuova generazione di ricerche

Malgrado tutto il supporto che le ricerche hanno fornito all'empatia, alla considerazione positiva e alla congruenza, anche grandi sostenitori della terapia centrata sul cliente/esperienziale, hanno ammesso o concluso che le condizioni chiave possono non essere né necessarie, né sufficienti (Tausch, 1990). Lietaer (2002b) ha sottolineato come certamente ci fosse almeno un caso in cui un cliente, pur percependo il terapeuta come empatico, accettante e vero, non fosse migliorato. Questo mostra che le condizioni non sono *sufficienti* per tutti i clienti. In maniera simile, ci sono stati pazienti che sono migliorati nonostante al terapeuta mancassero una o più delle condizioni chiave. Perciò non si può sostenere che tutte le condizioni sono *necessarie*. Come affermarono Gelso e Carter (1985) "le condizioni specificate originariamente da Rogers non sono né sufficienti, né necessarie, comunque appare chiaro che queste condizioni sono facilitanti" (p. 220) o, come disse Lietaer (2002b) "cruciali". Noi vorremmo tradurre tutto questo così: sebbene non necessarie né sufficienti per tutti i clienti, le condizioni chiave sono da *utili a estremamente utili* di fatto con tutti i clienti.

In effetti, la direzione della maggior parte delle ultime ricerche in psicoterapia è compatibile con questo punto di vista. Le ricerche più recenti sono arrivate gradualmente a riconoscere o realizzare, primo, che il successo della psicoterapia è solo parzialmente determinato dalla psicoterapia stessa e cioè dall'approccio del terapeuta, dalle sue abilità, dagli atteggiamenti e dal suo rapporto con il cliente. Per esempio, sulla base della revisione della voluminosa ricerca sui risultati della psicoterapia che Lambert, Shapiro e Bergin (1986) hanno effettuato, Lambert (1992) concluse che qualsiasi cambiamento positivo che si verifica durante una psicoterapia, può essere attribuito approssimativamente per il 45% alla psicoterapia (una combinazione di relazione terapeutica e tecniche del terapeuta), per il 15% all'effetto placebo (l'aspettativa del cliente che questo processo possa essere buono per lui o lei) e per il 40% a variabili estranee alla psicoterapia, come il sistema di supporto sociale e familiare nella vita del cliente, la forza dell'io del cliente e gli eventi fortuiti (vedi anche Hubble, Duncan e Miller, 1999; Wampold, 2001).

Un'altra scoperta della nuova generazione di ricerche in psicoterapia, sebbene sia una scoperta controversa, è che il successo della psicoterapia

non è dovuto primariamente al particolare approccio terapeutico, che sia cognitivo-comportamentale, centrato sul cliente, psicoanalitico o qualsiasi altro. Piuttosto, questi approcci sono grosso modo equivalenti nella loro efficacia (Elliot, 1996; Luborsky, Singer e Luborsky, 1975; Smith e Glass, 1977; Smith, Glass e Miller, 1980; Wampold et al., 1997). Alcune ricerche hanno sostenuto la superiorità di alcuni approcci per determinati problemi del cliente, come la terapia cognitivo-comportamentale per il trattamento della depressione; comunque, molti ricercatori (e.g., Elliot, 2001; Luborsky et al., 1999; Robinson, Berman e Neimeyer, 1990; Wampold, 2001), hanno argomentato, in maniera convincente, che, oltre ad altri limiti, questi studi non tengono conto della “fedeltà” del terapeuta. Suggestiscono, ad esempio, che i terapeuti cognitivo-comportamentali in questi studi (e i ricercatori) avessero un livello di formazione e coinvolgimento nella terapia cognitivo-comportamentale che era più alto di quello dei terapeuti nel gruppo di paragone e che se queste differenze nella “fedeltà” del terapeuta venissero controllate statisticamente, le differenze tra approcci terapeutici scomparirebbero quasi.

Fattori comuni e condizioni chiave

Quindi, la maggior parte delle più recenti ricerche sui risultati della psicoterapia hanno dimostrato che, piuttosto che un particolare approccio, sono alcuni “fattori comuni” nella relazione terapeutica che spiegano il cambiamento terapeutico (Goldfried, 1980; Frank, 1982; Grencavage e Norcross, 1990; Lambert, 1992). “Le nostre maggiori scuole di pensiero, sebbene efficaci, non sembrano una migliore dell’altra. Piuttosto, sembra che ci sia un certo insieme di elementi e processi comuni dietro ad una terapia di successo” (Sexton, Whiston; Bleuer e Walz, 1997, p. 56). Sebbene Rogers non fu il primo a suggerire che fattori comuni nella relazione terapeutica spiegassero i suoi benefici (Rosenzweig, nel 1936, introdusse per primo l’idea), fu il primo a spiegare per filo e per segno questa relazione nei dettagli e a condurre ricerche scientifiche esaurienti su questo argomento. Anni dopo, citando il libro di Hubble et al. (1999) *The Heart and Soul of Change*, sulla ricerca riguardo ai fattori comuni, Bozarth et al. (2001) avrebbero scritto che “la conclusione generale di decenni di ricerca in psicoterapia [è] che il risultato è legato a fattori comuni piuttosto che a una terapia particolare” (p. 150).

I fattori comuni nella psicoterapia efficace sono stati descritti in molti modi differenti. Lambert e Bergin (1994) hanno catalogato *fattori di supporto*, *fattori di apprendimento* e *fattori di azione*. Tra i fattori di supporto ci sono il calore del terapeuta, il rispetto, l’empatia, l’accettazione e la genuinità, la relazione positiva e la fiducia. Nuovi studi condotti da terapeuti non centrati sul cliente, continuano a sostenere l’importanza di questi fattori di supporto.

Per esempio, uno degli studi sperimentali migliori e più vasti condotti negli Stati Uniti, finanziato dal National Institute of Mental Health (Blatt, Zuroff, Quinian e Pilkonis, 1996), paragonava tre approcci per la cura della depressione: la somministrazione dell’imipramina, la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia interpersonale e il “trattamento in reparto”, che

si riteneva dovesse fungere da placebo. Quello che distingueva questo studio era che coinvolgeva molti terapeuti e molti pazienti che erano assegnati in maniera casuale ai vari gruppi di trattamento.

I pazienti furono selezionati facendo riferimento a criteri definiti in maniera specifica; furono usati tre grandi centri medici per garantire un campione di pazienti adeguato; erano disponibili manuali per ognuna delle forme di psicoterapia che venivano valutate; i terapeuti erano psicologi e psichiatri con esperienza clinica che avevano ricevuto una formazione specifica in una delle psicoterapie che venivano valutate; fu usata una varietà di procedure valutative molto conosciute e standardizzate; parteciparono inoltre al progetto consulenti statistici competenti (Lambert e Bergin, 1994, p. 220).

Quello che emerse fu che non c'erano differenze significative tra i tre trattamenti terapeutici per quanto riguardava gli esiti dei pazienti. *Comunque*, in tutti i gruppi, l'empatia, la considerazione positiva e la congruenza del terapeuta, alla fine della seconda seduta, erano significativamente correlate ai risultati. Come scrissero Blatt et al. (1996), "Il livello migliore di una relazione terapeutica sperimentata [cioè, così come la sperimenta il paziente] era correlato in maniera significativa a risultati migliori, specialmente alla misura del cambiamento generale nel funzionamento clinico e sociale" (p. 166). Bozarth et al. (2001) scrissero che il singolo miglior predittore di successo alla fine della terapia era la percezione che il paziente aveva dell'empatia del terapeuta alla fine della seconda seduta.

Alleanza terapeutica e condizioni chiave

Nonostante il significativo sostegno empirico alle condizioni chiave di Rogers, altri ricercatori hanno proposto modelli diversi poiché considerati in grado di fornire una spiegazione più soddisfacente dei fattori comuni che giustificano i progressi terapeutici. Uno di questi è il modello dell'alleanza terapeutica o alleanza di lavoro, che ebbe origine dagli scritti psicanalitici (Bordin, 1979; Menninger, 1958). Come scrissero Sexton et al. (1997), "I modelli dell'alleanza di lavoro, dell'influenza sociale e quello interazionale nella relazione terapeutica hanno ricevuto una considerevole attenzione in ricerca e hanno raccolto un forte sostegno empirico. La forza dell'evidenza per questi modelli supera di molto quella dimostrata dal prevalente modello rogersiano" (p. 78). Sebbene essi presentino poche prove a sostegno di questa rivendicazione rispetto agli ultimi due modelli, la revisione delle ricerche e la meta-analisi sull'alleanza terapeutica (e.g., Gaston, 1990; Horvat e Symonds, 1991; Luborsky, Crits-Christoph, Mintz e Auerbach, 1988; D. J. Martin, Garske e Davis, 2000; Orlinsky et al., 1994) hanno aiutato questo modello ad affermarsi come nuova popolare spiegazione per le relazioni terapeutiche efficaci. Orlinsky et al. (1994) scrissero "La prova più forte che collega il processo ai risultati riguarda il *legame* o l'*alleanza terapeutica*, come rispecchiato in più di 1000 conclusioni su processo - risultati" (p. 360).

Se questo superi *di molto* il modello delle condizioni chiave è opinabile. Lambert (1992) scrisse "Lo studio sull'alleanza terapeutica vanta, finora, molte meno ricerche di quelle generate dalla teoria centrata sul cliente" (p. 108), sebbene la ricerca successiva sull'alleanza sia stata abbondante. "I risultati delle meta-analisi indicano che la relazione globale tra l'alleanza terapeutica e i risultati è moderata" (D. J. Martin, Garke e Davis, 2000.)

“Moderato” in questo senso si riferisce alla dimensione dell’effetto o semplicemente a quanto è ampia la relazione tra l’alleanza e i risultati. Da un punto di vista statistico, la stessa cosa potrebbe essere detta dell’empatia (vedi Farber e Lane, 2002, sotto). Bohart et al. (2002) affermarono “L’ampiezza dell’effetto [per l’empatia] è dello stesso ordine di grandezza (o leggermente più alta) delle precedenti analisi sulla relazione tra l’alleanza terapeutica e i risultati” (p. 96). Sebbene ci sia ancora un certo dibattito sulla forza rispettiva dei modelli delle condizioni necessarie e sufficienti e dell’alleanza terapeutica, nondimeno c’è poco dibattito sul fatto che la recente ricerca sui risultati del processo in psicoterapia si sia focalizzata principalmente sui fattori comuni dell’alleanza terapeutica o di lavoro.

Ironicamente, Lambert e Bergin (1994) scrissero “C’è più disaccordo riguardo al costrutto dell’alleanza terapeutica di quanto ce ne fu sulle condizioni centrate sul cliente” (p. 165). Le descrizioni dell’alleanza terapeutica includono l’*impegno* del terapeuta (sforzi per promuovere il processo, interventi attivi, dimostrazione di interesse) e la *collaborazione* del terapeuta (un atteggiamento di reciprocità, incoraggiante e negoziabile; Sachse e Elliot, 2001). Un’altra descrizione dell’alleanza di lavoro include “accordo cliente-counselor sugli obiettivi e sui compiti terapeutici e legame emotivo tra cliente e counselor” (Sexton et al., 1997, p. 78). L’alleanza terapeutica è influenzata da altri fattori comuni (Grencavage e Norcross, 1990; Wampold, 2001, p. 150). Questi includono la *convincimento del cliente* rispetto all’efficacia della terapia e la *speranza* e l’*aspettativa* rispetto alla possibilità di sentirsi meglio (Frank, 1961); il fatto che il comportamento del terapeuta rispecchi le aspettative del cliente; il fatto che il cliente e il terapeuta possano stilare *un contratto*, una comprensione di entrambi di come si lavorerà insieme, quanto tempo ci vorrà, quanto costerà, che tipo di materiale verrà esplorato e come ciò verrà fatto. Tutti questi fattori comuni influenzano il risultato terapeutico. Riassumendo molte differenti idee del concetto di alleanza, Gaston (1990) identificò quattro ampie dimensioni:

l’alleanza terapeutica, o la relazione affettiva del cliente con il terapeuta... [b] l’alleanza di lavoro, o la capacità del paziente di lavorare intenzionalmente in terapia... [c] la comprensione empatica e il coinvolgimento del terapeuta... [e; d] l’accordo paziente-terapeuta sugli obiettivi e i compiti del trattamento (p. 145).

Come esplicitato dalla descrizione di Gaston e come molti studiosi hanno sottolineato (Feller e Cattone, 2003), la spiegazione rogersiana e quella dell’alleanza terapeutica non si escludono a vicenda. Orlinsky et al. (1994) scrissero “L’interesse teorico per l’alleanza terapeutica... ha portato avanti quel movimento avviato dalla concezione che C. R. Rogers aveva (1957) sulla relazione terapeutica” (p. 308). Wampold (2001) scrisse “L’empatia e la creazione dell’alleanza terapeutica, per esempio, sono collegate in maniera complessa e inestricabile” (p. 211). Bums e Nolen-Hoeksema (1992) studiarono il ruolo dell’empatia come una delle componenti dell’alleanza terapeutica nell’utilizzo della terapia cognitivo-comportamentale per il trattamento della depressione. Hanno riportato

I pazienti dei terapeuti che erano più calorosi e più empatici migliorarono in misura significativamente maggiore rispetto ai pazienti dei terapeuti con i più bassi livelli di

empatia, quando si effettuava un controllo sulla severità iniziale della depressione, sulla compliance rispetto ai compiti a casa e su altri fattori. Questo indica che anche in una forma terapeutica altamente tecnica come la CBT [terapia cognitivo-comportamentale], la qualità della relazione terapeutica ha un impatto sostanziale sul grado di miglioramento a livello clinico. Questo è il primo rapporto del quale siamo a conoscenza che abbia documentato l'effetto causale dell'empatia terapeutica sulla guarigione, verificando anche il simultaneo effetto causale della depressione sull'empatia terapeutica (p. 447).

Il risultato fu così forte che, da lì in poi, a tutti i pazienti del centro medico nel quale veniva condotta la ricerca, venne richiesto di riempire una "scheda dell'empatia terapeutica" dopo ogni colloquio, così che i terapeuti potessero avere feedback periodici nel caso in cui i loro pazienti avessero percepito una mancanza di empatia da parte loro. "In questo modo, difficoltà nell'alleanza terapeutica possono essere identificate e affrontate" (p. 445).

In effetti, sono l'empatia, l'accettazione e la genuinità del terapeuta a permettere a molti clienti di sentirsi abbastanza sicuri da entrare in una relazione reale con il terapeuta e essere desiderosi di costruire l'accordo, il patto o il "contratto", impliciti o espliciti, di impegnarsi nella terapia. Una terapeuta centrata sul cliente (McCulloch, 2000, 2003) spiegò in che modo riusciva a stabilire relazioni terapeutiche significative con carcerati di sesso maschile, con diagnosi di disturbo di personalità antisociale. Gli psicologi della prigione avevano gettato la spugna con loro; erano riluttanti o si rifiutavano di accompagnare McCulloch nel suo giro di visite ai diversi settori del carcere. Nella sua prima visita alle celle, i prigionieri si mostrarono nudi, urinarono, le sputarono contro e gridarono oscenità. Nelle visite seguenti, molti reclusi interruppero questi comportamenti, iniziarono a parlare con lei e acconsentirono a partecipare a delle sedute di counseling. I suoi colleghi psicologi non potevano capire come ci fosse riuscita, ma la sua spiegazione fu semplice:

li ho trattati come esseri umani. Ho mostrato preoccupazione e interesse e intanto ho accettato la loro rabbia senza giudicarla. Ho espresso i miei limiti dicendo loro che ero distratta dal loro comportamento, che volevo dare loro la mia completa attenzione e che trovavo difficile farlo quando ero distratta. Ho detto loro che apprezzavo il fatto di parlare con loro e che speravo che avremmo parlato in un momento in cui non stessero facendo queste altre cose.

In questo caso, l'empatia del terapeuta, la sua considerazione positiva incondizionata e la sua congruenza resero possibile un'alleanza terapeutica. Il processo è simile in casi meno drammatici. Le condizioni chiave facilitano l'alleanza terapeutica e giocano un ruolo fondamentale nel processo terapeutico. Le condizioni chiave di Rogers possono essere o meno necessarie o sufficienti per una psicoterapia efficace (il dibattito è ancora aperto), ma sia che vengano considerate tra i fattori comuni della terapia efficace o un mezzo per ottenere un'alleanza terapeutica, il valore dell'empatia, della considerazione positiva incondizionata e della congruenza è supportato dall'ultima generazione di ricerche su processo-risultati in psicoterapia. Come conclude Lambert (1992)

Tra i fattori comuni studiati più di frequente ci sono stati quelli identificati dalla scuola centrata sul cliente come "condizioni necessarie e sufficienti" per il cambiamento personale dei pazienti: empatia attenta, considerazione positiva, calore non soffocante e congruenza o

genuinità. Nei fatti, tutte le scuole di terapia accettano la nozione che queste, o altre variabili legate alla relazione con il terapeuta, siano importanti per un significativo progresso in psicoterapia e, in effetti, fondamentali nella creazione di un'alleanza di lavoro (p. 104).

La relazione terapeutica e i trattamenti convalidati empiricamente

Questa non è solamente la conclusione di pochi singoli studiosi o di ricercatori con una tendenza centrata sul cliente. Alla fine del ventesimo secolo, il dipartimento di psicoterapia dell'APA (Dipartimento 29) ha creato un comitato distinto per riassumere la ricerca sulla relazione terapeutica efficace (Norcross, 2001). Questa task force, nella quale tra i 10 membri della commissione dirigente nessuno si identificava in maniera particolare con l'approccio centrato sul cliente, fu in parte una risposta al movimento crescente, specialmente negli Stati Uniti, a favore dei "trattamenti convalidati empiricamente". I fondi federali per la ricerca in psicoterapia si stavano spostando decisamente verso l'identificazione di quegli approcci terapeutici la cui efficacia veniva dimostrata empiricamente, in particolare con quei pazienti con una diagnosi specifica: ansia, depressione, abuso di droghe e simili. Vista la preoccupazione per il fatto che questo movimento essenzialmente ignorava 30 e più anni di ricerca che dimostrava che gli approcci terapeutici non facevano grande differenza l'uno dall'altro se paragonati alla relazione terapeutica stessa, la task force fu incaricata di riassumere la ricerca scientifica sulla relazione terapeutica.

Pubblicate in un volume imponente chiamato *Psychotherapy Relationships That Work* (Norcross, 2002) e riassunte nella sua rivista professionale (Norcross, 2001), le principali sei conclusioni della task force furono le seguenti.

1. la relazione terapeutica apporta contributi sostanziali e consistenti ai risultati della psicoterapia, indipendentemente dal tipo specifico di trattamento.
2. le linee guida per la pratica e il trattamento dovrebbero rivolgersi esplicitamente al comportamento del terapeuta e alle qualità che promuovono una relazione terapeutica facilitante.
3. i tentativi di promulgare delle linee guida pratiche o liste di psicoterapie efficaci basate sull'evidenza, senza includere la relazione terapeutica, sono seriamente incomplete e potenzialmente fuorvianti sia sul piano clinico che empirico.
4. la relazione terapeutica agisce insieme a interventi particolari, caratteristiche del paziente e qualità cliniche, nella determinazione dell'efficacia del trattamento. Una comprensione esaustiva della psicoterapia efficace (e non efficace) dovrà considerare tutte queste determinanti e la loro combinazione ottimale.
5. adattare o tagliare su misura la relazione terapeutica alle caratteristiche e ai bisogni specifici del paziente (in aggiunta alla diagnosi) aumenta l'efficacia del trattamento.
6. la lista seguente esprime le conclusioni della task force rispetto

all'evidenza empirica su *Elementi generali della relazione terapeutica* forniti principalmente dallo psicoterapeuta. (Task Force on Empirically Supported Therapy Relationship, n.d., p. 2)

Valutando la forza delle diverse correlazioni, la task force raggruppò qualità e aspetti della relazione terapeutica rispetto al fatto che fossero *efficaci in maniera dimostrabile* in tutte le terapie; *promettenti e probabilmente efficaci* in tutte le terapie; efficaci in maniera dimostrabile o probabilmente efficaci con particolari tipologie di clienti, o non ancora dimostrati come efficaci dalla ricerca. I tre aspetti della relazione terapeutica individuale che sono risultati chiaramente dimostrati dalla ricerca furono (non in ordine di importanza) l'alleanza terapeutica, l'empatia e il consenso e la collaborazione rispetto agli obiettivi. Gli aspetti della relazione terapeutica reputati promettenti e probabilmente efficaci furono la considerazione positiva, la congruenza/genuinità, i feedback, la riparazione della rottura dell'alleanza, l'autorivelazione, la gestione del controtransfert e la qualità delle interpretazioni relazionali. Il leader della task force, riferendosi allo slogan per la campagna presidenziale di Bill Clinton "È l'economia, stupido", disse scherzosamente che i loro risultati potevano essere riassunti dallo slogan "È la relazione, stupido!" (Norcross, 2001, p. 347).

Lo spostamento verso l'eclettismo e l'integrazione

Coerentemente con questo ampio corpo di ricerca, la maggior parte dei terapeuti si è allontanata dallo stretto legame con uno specifico approccio terapeutico o una scuola di pensiero (Lambert e Bergin, 1994; Norcross e Goldfried, 1992). Le indagini dei terapeuti negli scorsi 30 anni hanno mostrato una crescente porzione di professionisti che si identificano come "eclettici" o "integrati" (Garfield e Kurtz, 1977; Jensen, Bergin e Greaves, 1990; Smith, 1982; Norcross e Newman, 1992; Norcross e Prochaska, 1988), fino al punto che "la grande maggioranza dei terapeuti è diventata di orientamento eclettico" (Lambert e Bergin, 1994, p. 181). In molte di queste indagini, sebbene una percentuale molto piccola di professionisti si identifichi come fondamentalmente centrata sulla persona, una porzione significativa di counselor, psicoterapeuti e operatori sociali (in maniera rappresentativa il 25-30%) identifica i metodi rogersiani, centrati sulla persona, esperienziali e umanistici, come parte significativa del suo approccio integrato. Si possono solo fare delle congetture sul fatto che molti più terapeuti, sebbene non si identifichino come prevalentemente o parzialmente centrati sulla persona, incorporino comunque le condizioni chiave di Rogers come ingredienti importanti nel proprio approccio terapeutico. In questo senso, l'influenza di Rogers continua a vivere nella pratica di molti, se non della maggior parte, dei counselor e degli psicoterapeuti eclettici e integrati.

Conclusioni

Abbiamo cercato di valutare lo stato attuale del contributo di Carl Rogers sulla psicoterapia esaminando tre indicatori di diffusione. Il numero delle pubblicazioni su Rogers e sull'approccio centrato sul cliente/centrato sulla persona, è sostanzialmente aumentato dalla morte di Rogers. Le associazioni, le organizzazioni e gli istituti di formazione sono proliferati in tutto il mondo. Le ricerche sul processo e sui risultati della psicoterapia hanno validato l'importanza dell'empatia, della considerazione positiva incondizionata e probabilmente della congruenza (le condizioni chiave di Rogers per una relazione terapeutica efficace).

Da tutti questi indicatori emerge che l'approccio centrato sulla persona, che considera la relazione terapeutica come centrale ed essenziale per un counseling e una terapia efficaci, è vivo e vegeto. Sebbene relativamente pochi terapeuti si descrivano come prevalentemente centrati sul cliente nel loro orientamento, i principi centrati sul cliente permeano la pratica di molti, se non della maggior parte, dei terapeuti. Diverse scuole di terapia stanno riconoscendo in misura crescente l'importanza della relazione terapeutica come mezzo, se non come un aspetto chiave, del cambiamento in psicoterapia.

Naturalmente, questi tre indicatori non raccontano tutta la storia. Un esame completo dello stato attuale di Rogers e dell'approccio centrato sulla persona dovrebbe osservare in maniera più approfondita il movimento "centrato sulla persona-esperienziale", estrapolando le distinzioni tra e l'unione degli approcci centrato sulla persona, focusing e processo-esperienziale e tracciando la loro rilevanza e vitalità collettive. Si potrebbe anche riesaminare in che misura l'approccio centrato sulla persona possa essere trovato nei testi di psicologia clinica, psicoterapia e counseling; in che misura i progetti di ricerca finanziati riflettano o studino i principi o i metodi centrati sulla persona; e quanto gli approcci centrati sulla persona vengano rimborsati dalle assicurazioni nelle differenti nazioni. Un'altra misurazione utile è il livello al quale i professionisti attuali si identificano con l'approccio centrato sul cliente e/o con le condizioni chiave di Rogers. Questo argomento è stato trattato brevemente sopra ma merita una trattazione più estesa. Infine, una misura molto importante dello stato, presente e futuro, è la diffusione di corsi universitari e di programmi di ricerca che stanno promulgando e studiando l'approccio centrato sulla persona. Sebbene ci possa essere un livello impressionante di queste attività oggi, a meno che una nuova generazione di ricercatori e professionisti non venga preparata ad assumere la leadership nel futuro, ogni movimento andrà verso il declino.

In ogni caso, per il momento, l'approccio centrato sul cliente/centrato sulla persona sembra che stia sperimentando qualcosa simile ad una rinascita, sia nell'attività professionale che nella rispettabilità a livello accademico. L'ultima generazione di ricerche sui processi e sui risultati della psicoterapia, che ci si esprima in termini di condizioni chiave, fattori comuni o alleanza terapeutica/di lavoro, ha validato molte delle intuizioni iniziali di Rogers circa l'importanza e la natura della relazione terapeutica efficace. Tutto questo dovrebbe essere riconosciuto più ampiamente nelle classi

universitarie, nelle pubblicazioni, nei protocolli di finanziamento della ricerca e nei programmi di formazione dei professionisti. Nell'ultima area ci sono molte nuove risorse a disposizione (e.g., Kirschenbaum, 2003; PCCS Books, 2004; N. Rogers, 2002, WAPCEPC, 2004) per aiutare i programmi di formazione universitaria e gli istituti indipendenti nella preparazione di psicoterapeuti, counselors e altri operatori clinici.

Guardando avanti, non è chiaro se l'approccio *centrato sul cliente/centrato sulla persona* rimarrà un orientamento separato e distinto in psicoterapia; se la sua espansione verso l'approccio *centrato sulla persona-esperienziale*, come richiesto oggi da molti studiosi e ricercatori di spicco centrati sulla persona, diventerà l'orientamento più ampio e accettato; o se il movimento centrato sulla persona-esperienziale verrà inserito sotto il titolo più generale delle *psicoterapie umanistiche*, come alcuni chiedono (Lietaer, 2002c; vedi anche Cain e Seeman, 2001). Comunque evolva, sembra probabile che l'eredità lasciata da Rogers resisterà, non solo come un'area di studi di importanza storica, ma come un corpo di ricerca e pratica che influenzerà il lavoro di ricercatori e professionisti futuri nelle generazioni a venire.

Bibliografia

- American Psychological Association. (Marzo 1957). Distinguished scientific contribution awards per il 1956 - Carl R. Rogers. *American Psychologist*, 12, 125-133.
- American Psychological Association. (1973). Distinguished professional contribution award per il 1972. *American Psychologist*, 28, 1, 71-74.
- BARRETT-LENNARD, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change *Psychological Monographs*, 76 (43, l'intero n. 562) 1-33.
- BERGIN, A. E. e SUINN, R. M. (1975). Individual psychotherapy and behavior therapy. In M. R. Rosenzweig e L. W. Porter (Eds.), *Annual review of psychology* (pp.509-556). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- BLATT, S. J., ZUROFF, D. C., QUINLAN, D. M., e PILKONIS, P. A. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 162-171.
- BOHART, A. C., ELLIOT, R., GREENBERG, L. S., e WATSON, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationship that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). New York: Oxford University Press.
- BORDIN, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Research and Practice*, 16, 252-260.
- BOZARTH, J. D., ZIMRING, F. M., e TAUSCH, R. (2001). Client-centered therapy: The evolution of a revolution. In D. J. Cain e Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 147-188). Washington, DC: American Psychological Association.
- BURNS, D. D., e NOLEN-HOEKSEMA, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation

- model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 441-449..
- CAIN, D. J., e SEEMAN, J. (Eds.). (2001). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- CAPUZZI, D., e GROSS, D. R. (2001). *Introduction to the counseling profession* (3° ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- CLONINGER, S. C. (2003). *Theories of personality: Understanding persons*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.
- DUAN, C., e HILL, C. E. (1996). The current state of empathy research. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 261-274.
- ELLIOT, R. (1996). Are client -centered/experiential therapies effective? A meta-analysis of outcome research. In U. Esser, H Pabst, e G. W. Speierer (Eds.), *The power of the person-centered approach* (pp. 125-138). Kolonia, Germania: GwG Verlag.
- ELLIOT, R. (2001). The effectiveness of humanistic psychotherapies: A meta-analysis. In D. J. Cain e J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. (pp. 57-81). Washington, DC: American Psychological Association.
- ELLIOT, R. (Novembre 2003). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association. Reperito l'8 Settembre 2004 da The Process-Experiential Therapy Web site, <http://www.process-experiential.org/learning>
- ELLIOT, R., e GREENBERG, L. (2001). Process-experiential psychotherapy. In D. J. Cain e J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. (pp.279-306). Washington, DC: American Psychological Association.
- FARBER, B. A., e LANE, J. S. (2002). Positive regard. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationship that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 175-194). New York: Oxford University Press.
- FEIST, J., e FEIST, G. J. (2001). *Theories of personality* (5° ed.). Boston: McGraw-Hill.
- FELLER, C., e CATTONE, R. R. (2003). The importance of empathy in the therapeutic alliance. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 42(1), 53-61.
- FOCUSING INSTITUTE (2003). *HOME PAGE*. Reperito il 22 Novembre 2003, su <http://www.focusing.org>
- FRANK, J. D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- FRANK, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey e M. M. Parks (Eds.), *The master lecture series: Vol. 1, Psychotherapy research and behavior change* (pp. 73-122). Washington, DC: American Psychological Association.
- GARFIELD, S. L., e KURTZ, R. (1977). A study of eclectic views. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 78-83.
- GASTON, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27(2), 143-153.
- GELSO, C. J. e CARTER, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155-243.

- GENDLIN, E. T. (1978). *Focusing*. New York: Everest House. Trad. it. *Focusing*. Roma: Astrolabio, 2001.
- GENDLIN, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford Press.
- GIBSON, R. L., e MITCHELL, M. H. (1999). *Introduction to counseling and guidance* (5° ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- GLADDING, S. T. (2000). *Counseling: A comprehensive profession*. Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.
- GLADSTEIN, G. A. (1987). Counselor empathy and client outcome. In G. A. Gladstein & Associates (Eds.), *Empathy and counseling: Explorations in theory and practice*. New York: Springer Verlag.
- GOLDFRIED, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.
- GREENBERG, L., RICE, L. N., e ELLIOT, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press. Trad. it *I processi del cambiamento emozionale*. Roma: LAS, 2001.
- GRENCAVAGE, L. M., e NORCROSS, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
- GURMAN, A. S. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship. In A. S. Gurman e A. M. Razin (Eds.), *effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 503-543). New York: Pergamon Press.
- HALKIDES, G. (1958). *An experimental study of four conditions necessary for therapeutic change*. Tesi di dottorato inedita, University of Chicago.
- HALL, C., LINDZEY, G., e CAMPBELL, J. (1998). *Theories of personality* (4° ed.). New York: Wiley.
- HORVATH, A. O., e SYMONDS, D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- HUBBLE, M. A., DUNCAN, B. L., e MILLER, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- JENSEN, J. P., BERGIN, A. E., e GREAVES, D. W. (1990). The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 124-130.
- KIRSCHENBAUM, H. (1979). *On becoming Carl Rogers*. New York: Delacorte Press.
- KIRSCHENBAUM, H. (2003). *Carl Rogers and the person-centered approach* [Videotape]. Webster, NY: Values Associates. (Reperibile su www.HowardKirschenbaum.com)
- KLEIN, M. H., KOLDEN, G. G., MICHELS, J. L., e CHISHOLM-STOCKARD, S. (2002). Congruence. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationship that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 195-215). New York: Oxford University Press.
- LAMBERT, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapist. In J. C. Norcross e M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- LAMBERT, M. J., e BERGIN, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.

- E. Bergin e S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed., pp.143-189). New York : Wiley.
- LAMBERT, M. J., SHAPIRO, D. A., e BERGIN, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield e A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3° ed., pp. 157-212). New York: Wiley.
- LIETAER, G. (1990). The client-centered approach after the Wisconsin Project: A personal view on its evolution. In G. Lietaer, J. Rombauts, e R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 19-45). Leuven, Belgio: Leuven University Press.
- LIETAER, G. (Luglio, 2002a). *Client-centered/experiential psychotherapy and counseling bibliographical survey 1997-1999: With a special section on books 1939-2000* [Opuscolo distribuito alla quinta Conferenza Internazionale sulla Psicoterapia Centrata sul Cliente ed esperienziale]. Reperito il 17 Gennaio 2005 da <http://pceworld.org>
- LIETAER, G. (Luglio, 2002b). *Remarks at Carl Rogers Symposium*. Terzo Congresso Mondiale sulla Psicoterapia, Vienna, Austria.
- LIETAER, G. (2002c). The united colors of person-centered and experiential therapies. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1 e 2), 4-13.
- LIETAER, G., ROMBAUTS, J., e VAN BALEN, R. (Eds.). (1990). *Client-centered and experiential psychotherapies in the nineties*. Leuven, Belgio: Leuven University Press.
- LIETAER, G., VAN PRAAG, P. P., e SWILDENS, J. (1984). *Client-centered psychotherapie in beweging* [Client-centered psychotherapy in action]. Leuven, Belgio: Acco.
- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P., MINTZ, J., e AUERBACH, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.
- LUBORSKY, L., DIGUER, L., SELIGMAN, D. A., ROSENTHAL, R., KRAUSE, E. D., JHONSON, S., ET AL. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparison of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 95-106.
- LUBORSKY, L., SINGER, B., e LUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- MARTIN, D. J., GARSKE, J. P., e DAVIS, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- MARTIN, D. J. e STERNE, A. L. (1976). Post-hospital adjustment as related to therapists' in-therapy behavior. *Psychotherapy Theory, Research and Practice*, 13, 267-273.
- MCCULLOCH, L. (2000). A person-centered approach to anti-social personality disorder (Tesi di dottorato, University of Rochester, 2000). *Dissertation Abstracts International*, 61 (09), 3475.
- MCCULLOCH, L. (Gennaio, 2003). *The person-centered approach in crisis and calm*. Presentazione di gruppo alla 13 Annual Counselor's Renewal Conference, University of Rochester, Rochester, NY.
- MENNINGER, K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic

- Books. Trad. it. *Teoria della tecnica psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1973.
- MITCHELL, K. M., BOZARTH, J. D., e KRAUFT, C. C. (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, nonpossesive warmth, and genuineness. In A. S. GURMAN & A. M. RAZIN (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 482-502). New York: Pergamon Press.
- MONTE, C., e SOLLOD, R. (2002). *Beneath the mask: An introduction to theories of personality* (7 ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- NORCROSS, J. C. (2001). Purposes, processes and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy*, 38, 345-356.
- NORCROSS, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- NORCROSS, J. C. e GOLDFRIED, M. R. (Eds.). (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- NORCROSS, J. C. e NEWMAN, C. F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. (pp. 3-45). New York: Basic Books.
- NORCROSS, J. C. e PROCHASKA, J. O. (1988). A study of eclectic (and integrative) views revisited. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 170-174.
- NUGENT, F. A. (2000). *Introduction to the profession of counseling* (3 ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill.
- ORLINSKY, D. E., GRAWE, K., e PARKS, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: *Noch einmal*. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed., pp. 270-376). New York: Wiley.
- ORLINSKY, D. E., e HOWARD, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3 ed., pp. 311-381). New York: Wiley.
- PARLOFF, M. B., WASKOW, I. E., e WOLFE, B. E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2 ed., pp. 233-282). New York: Wiley.
- PATTERSON, C. H. (1984). Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy*, 21, (431-438).
- PCCS Books. (2004). Person-centered catalogue: Counseling and psychotherapy books and journals. Ross-on-Wye, Herefordshire, United Kingdom: Author. (www.pccsbooks.co.uk)
- RICE, L. N., e GREENBERG, L. S. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford Press.
- RICE, L. N., e GREENBERG, L. S. (1990). Fundamental dimensions in experiential therapy: New directions in research. In G. Lietaer, J. Rombauts & Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 397-414). Leuven, Belgio: Leuven University Press.
- ROBINSON, L. A., BERMAN, J. S. e NEIMEYER, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- ROGERS, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy: New concepts in practice*.

- Boston: Houghton Mifflin. Trad. it. *Psicoterapia di consultazione*. Roma: Astrolabio, 1971.
- ROGERS, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice*. Boston: Houghton Mifflin. Trad. it. *Terapia centrata sul cliente*. Firenze: La Nuova Italia, 1977.
- ROGERS, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of psychotherapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. Trad. it. Cap.II in Rogers, C. R., *La terapia centrata-sul-cliente*. Firenze: Martinelli, 1970.
- ROGERS, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework (pp. 184-256). In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science - Vol. 3. Formulations of the person and the social context*. New York: McGraw-Hill.
- ROGERS, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin. La parte essenziale dell'opera è tradotta in ROGERS, C. R., *La terapia centrata-sul-cliente*. Firenze: Martinelli, 1970.
- ROGERS, C. R. (1969). *Freedom to learn: A view of what education might become*. Columbus OH: Merril. Trad. it. *Libertà nell'apprendimento*. Firenze: Giunti Barbera, 1973.
- ROGERS, C. R. (1970). *Carl Rogers on encounter groups*. New York: Harper & Row. Trad. it. *I gruppi d'incontro*. Roma: Astrolabio, 1976.
- ROGERS, C. R. (1977). *Carl Rogers on personal power: Inner strenght and its revolutionary impact*. New York: Delacorte Press. Trad. it. *Potere personale: la forza interiore e il suo effetto rivoluzionario*. Roma: Astrolabio, 1978.
- ROGERS, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin. Trad. it. *Un modo di essere*. Firenze: Martinelli, 1983.
- ROGERS, C. R., e DYMOND, R. (Eds.). (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University Press.
- ROGERS, C. R., GENDLIN, E. T., KIESLER, D. J., e TRAU, C. (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison WI: University of Wisconsin Press.
- ROGERS, C. R. e SKINNER, B. F. (30 Novembre, 1956). Some issues concerning the control of human behavior. *Science*, 124(3231), 1057-1066.
- ROGERS, N. (2002). *A daughter's tribute* [CD-ROM]. Los Angeles: Mindgarten Media. (Disponibile su www.mindgartenmedia.com)
- ROSENZWEIG, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- RUDOLPH, J., LANGER, I., e TAUSCH, R. (1980). An investigation of the psychological effects and conditions of person-centered individual psychotherapy. *Zeitschrift für Klinische Psychologie: Forschung und Praxis*, 9, 23-33.
- RUSSEL, D. (Ed.). (2002). *Carl Rogers: The quiet revolutionary - An oral history*. Roseville, CA: Penmarin Books.
- RYCKMAN, R. M. (2004). *Theories of personality* (8 ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- SACHSE, R., e ELLIOT, R. (2001). Process-outcome research on humanistic therapy variables. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 83-115).

- Washington, DC: American Psychological Association.
- SCHMID, P. F. (2003). *The person-centered Web site*. Reperito il 22 Novembre 2003, su <http://www.pcaonline.net>
- SEXTON, T. L., e WHISTON, S. C. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review, theoretical implications, and research directions. *The Counseling Psychologist*, 22(1), 6-78.
- SEXTON, T. L., e WHISTON, S. C., BLEUER, J. C., e WALZ, G. R. (1997). *Integrating outcome research into counseling practice and training*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- SMITH, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802-809.
- SMITH, M. L., e GLASS, G. V. (1977). Meta-analyses of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- SMITH, M. L., e GLASS, G. V. e MILLER, T. J. (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins University.
- STUBBS, J. P., e BOZARTH, J. D. (1994). The dodo bird revisited: A qualitative study of psychotherapy efficacy research. *Journal of Applied and Preventative Psychology*, 3(2), 109-120.
- Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships. (n.d.). *empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force*. Reperito il 28 Ottobre 2003 su <http://academic.uofs/faculty/Norcross/empir.htm> [Sito web del presidente della commissione John Norcross]
- TAUSCH, R. (1990). The supplementation of client-centered communication therapy with other validated therapeutic methods: A client-centered necessity. In G. LIETAER, J. ROMBAUTS, & R. VAN BALEN (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 447-455). Leuven, Belgio: Leuven University Press.
- TRAUX, C. B., e MITCHELL, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. BERGIN & S. L. GARFIELD (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 299-344). New York: Wiley.
- VANBALEN, R., LEIJSEN, M., e LIETAER, G. (1986). *Droom en werkelijkheid in client-centered psychotherapie* [Dream analysis in client-centered psychotherapy]. Leuven, Belgio: Acco.
- WAMPOLD, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- WAMPOLD, B. E., MONDIN, G. W., MOODY, M., STICH, F., BENSON, K., e AHN, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.
- WILTSCHKO, J. (1994). *Focusing Therapy: Some fragments in which the whole can become visible*. Reperito l'8 Settembre 2004 su <http://www.focusing.org/wiltschko.htm>
- World Association for Person-entered and Experiential Psychotherapy and Counseling. (2004). *Web site of the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling*. Reperito il 15 Settembre 2003 da pce-world.org

