

LE CARATTERISTICHE INTERPERSONALI E L'ASSERTIVITÀ DEL TERAPEUTA HANNO UN PESO SULL'ESITO DELLA TERAPIA? COSA DICE LA RICERCA

Gaia Cassese¹, Giovanni Florio², Teresa Cosentino¹, Francesca Baggio³,
Claudia Perdighe¹, Ramona Fimiani^{1,4}

¹ Scuola di Psicoterapia SPC – Roma

² Scuola di Psicoterapia SPC – Napoli

³ Scuola di Psicoterapia SPC-APC Verona

⁴ Dipartimento di Scienze della Formazione, Università Roma Tre

Corrispondenza

Gaia Cassese, Scuola di Psicoterapia SPC – Roma

E-mail: gaia.cassese@virgilio.it

Riassunto

Per decenni la ricerca in psicoterapia si è focalizzata sui modelli teorici, trascurando il contributo individuale del terapeuta. Sol Garfield (1997) ha definito il terapeuta una “variabile trascurata”, nonostante i primi tentativi di sistematizzazione risalissero già al 1949 con il modello Boulder e agli studi di Holt e Luborsky (1958). Una spinta più decisa allo studio degli effetti del terapeuta si è avuta con i lavori di Ricks (1974), Martindale (1978) e le successive rassegne di Crits-Christoph (1991), Wampold (2001) e Baldwin and Imel (2013). Il presente lavoro, svolto nell’ambito del progetto “L’assertività e le competenze relazionali del terapeuta”, si propone di analizzare la letteratura recente sulle variabili interpersonali del terapeuta associate all’esito della psicoterapia, con particolare attenzione al costrutto dell’assertività. Sono stati esaminati 20 studi pubblicati tra il 2000 e il 2023, di cui diciannove sperimentali e una review. I risultati confermano l’influenza del terapeuta sull’efficacia del trattamento, con una varianza spiegata compresa tra l’1% e il 9% (Baldwin & Imel, 2013; Brown et al., 2005; Wampold, 2001). Tra le competenze più rilevanti emergono le Facilitative Interpersonal Skills (Anderson et al., 2009, 2016), l’intelligenza emotiva (Kaplowitz et al., 2011), il coping costruttivo (Nissen-Lie et al., 2017), la disponibilità al feedback (Jong et al., 2012) e il self-doubt moderato. Sebbene solo uno studio abbia indagato esplicitamente l’assertività (Heinonen et al., 2013), molte delle abilità individuate nella letteratura possono essere ricondotte a una sua definizione estesa, come quella proposta da Galeazzi (1994) e Galeazzi e Porzionato (1998). I risultati suggeriscono la necessità di ulteriori studi con disegni più rigorosi, anche nel contesto italiano, per approfondire il ruolo dell’assertività e di altre competenze relazionali nella predizione degli esiti terapeutici (Norcross & Lambert, 2018).

Parole chiave: caratteristiche del terapeuta, psicoterapia, assertività, relazione terapeutica

DOI: 10.36131/COGNCL20250102

RICEVUTO IL 31 MARZO 2025, ACCETTATO IL 27 MAGGIO 2025

DO THE THERAPIST'S INTERPERSONAL SKILLS AND ASSERTIVENESS INFLUENCE THE OUTCOME OF THERAPY? WHAT DOES THE RESEARCH SAY

Abstract

For decades, psychotherapy research has focused on theoretical models, neglecting the individual contribution of the therapist. Sol Garfield (1997) has defined the therapist as a “Neglected variable”, although the first attempts at systematization date back to 1949 with the Boulder model and the studies of Holt and Luborsky (1958). A more decisive push to study the effects of the therapist came with the studies of Ricks (1974), Martindale (1978) and the subsequent reviews of Crits-Christoph (1991), Wampold (2001) and Baldwin and Imel (2013).

This study, carried out within the project “Assertiveness and the therapist’s relational skills”, aims to analyze the recent literature on the therapist’s interpersonal variables associated with the outcome of psychotherapy, with particular attention to the construct of assertiveness.

Twenty studies published between 2000 and 2023 were examined, nineteen were experimental and one was a review. The results confirm the therapist’s influence on the effectiveness of the treatment, with an explained variance between 1% and 9% (Baldwin & Imel, 2013; Brown et al., 2005; Wampold, 2001). The most relevant skills that come out are: Facilitative Interpersonal Skills (Anderson et al., 2009, 2016), emotional intelligence (Kaplowitz et al., 2011), constructive coping (Nissen-Lie et al., 2017), availability to feedback (Jong et al., 2012) and moderate self-doubt.

Although only one study has explicitly investigated assertiveness (Heinonen et al., 2013), many of the skills identified in the literature can be traced back to an extended definition, such as the one proposed by Galeazzi (1994) and Galeazzi and Porzionato (1998).

The results suggest the need for further studies with more rigorous designs, also in the Italian context, to deepen the role of assertiveness and other relational skills in the prediction of therapeutic outcomes (Norcross & Lambert, 2018).

Key words: therapist characteristics, psychotherapy, assertiveness, therapeutic relationship

1. Introduzione

Nel 1997 lo studioso Sol L. Garfield pubblica un articolo dal nome “*The Therapist as a Neglected Variable in Psychotherapy Research*”: la sua pubblicazione si concentra su come la ricerca in psicoterapia per oltre 30 anni sia stata mossa dalla tendenza ad enfatizzare diversi accenti teorici e dal confronto tra diversi approcci psicoterapici. Secondo l’autore, il contributo del terapeuta a un buon esito della terapia era considerato dalla letteratura dipendente dall’approccio teorico e non dalla variabilità del terapeuta e dalle sue caratteristiche. Nell’articolo di Garfield sono menzionati due eventi importanti, probabilmente i primi contributi nel campo dello studio delle caratteristiche del terapeuta: nel 1949 si tenne una conferenza organizzata dall’Università del Colorado al fine di presentare un modello, il modello Boulder, che delineava il percorso di formazione degli studi in psicologia clinica. Oltre le varie esperienze professionali previste in questo percorso, fu presentato un elenco di quindici caratteristiche raccomandate per svolgere la professione, ricostruite in successivi articoli accademici come: empatia, ascolto attivo, capacità di comunicare, stabilità emotiva, accettazione incondizionata del paziente, onestà, integrità professionale, competenza tecnica, autoconsapevolezza, flessibilità, capacità di problem solving, sostegno empatico, motivazione al miglioramento continuo, autonomia, rispetto della dignità del paziente (Norcross & Lambert, 2018). Successivamente, nel 1958 Holt e Luborsky fecero il tentativo di delineare un profilo di personalità dello psicoterapeuta, pubblicando un elenco di ben venticinque

qualità desiderate: empatia, calma, flessibilità, onestà, accettazione, autoconsapevolezza, rispetto, tolleranza, competenze tecniche, capacità di ascolto, stabilità emotiva, riservatezza, sensibilità, intraprendenza, capacità di stabilire un rapporto di fiducia, capacità di problem-solving, maturità, capacità di incoraggiare il cambiamento, sicurezza in sé, stile di comunicazione diretto, creatività, consapevolezza delle proprie reazioni, capacità di valutazione, supporto emotivo, capacità di stabilire confini professionali.

Nel 1963 fu lo stesso Garfield con i suoi colleghi a pubblicare uno studio in cui furono registrati i colloqui terapeutici di sei terapisti con quattro nuovi pazienti. Il loro interesse principale era capire se la modalità di interazione del terapeuta durante i primi colloqui potesse essere un indice di previsione rispetto all'aderenza del paziente alla terapia. Nonostante i numerosi limiti dello studio, si ottennero risultati tali per cui alle terapie condotte da terapisti con buone modalità di comunicazione aderirono tre pazienti su quattro, a differenza dei terapisti valutati con scarse modalità di comunicazione alle cui terapie aderì un solo paziente su quattro.

Nonostante i contributi di Garfield et al. (1963), Frank D. Ricks è considerato il primo ad aver commentato gli effetti delle caratteristiche del terapeuta: sforzo, maggiore supporto dell'autonomia dei clienti, utilizzo di risorse al di fuori della terapia e migliori relazioni con i pazienti sono le azioni che secondo Ricks (1974) hanno differenziato l'esito delle terapie di terapisti diversi (Najavits & Strupp, 1994). Durante un periodo in cui la ricerca ipotizzava che i terapisti fossero omogenei per caratteristiche personali (Kiesler, 1966), lo studio di Ricks diede prova che probabilmente questo presupposto era sbagliato (Castonguay et al., 2017).

Sebbene gli studi di Ricks e Garfield avessero posto le basi, la ricerca sugli effetti del terapeuta non decollò fino al 1978, quando una revisione di Martindale mostrò che il 63% degli studi presenti in letteratura da lui considerati ignorava i fattori personali del terapeuta. La prima quantificazione delle evidenze della ricerca sugli effetti del terapeuta si ebbe con la rassegna di Crits-Christoph (1991), mentre nel 2001 Wampold ha indicato che gli effetti del terapeuta rappresentano circa l'8% della varianza dei risultati. Brown et al. (2005) hanno rivelato che i pazienti trattati da terapisti più "efficaci" hanno mostrato tre volte più cambiamenti rispetto ad altri pazienti.

Baldwin e Imel nel 2013 hanno fornito una sintesi molto dettagliata sugli effetti del terapeuta. In particolare, l'effetto terapeutico medio complessivo riscontrato negli studi considerati dagli autori è stato del 5%. La base di prove per gli effetti del terapeuta supporta sempre più l'idea che alcuni terapisti facilitano risultati migliori per i pazienti rispetto ad altri terapisti. Quindi, nonostante le linee guida del NICE (National Institute for Care and Clinical Excellence, ad esempio, NICE, 2009) implicino l'omogeneità della consegna (*a problema "x", applicare la terapia "y"*), l'evidenza suggerisce che, al momento della richiesta del paziente, esiste una significativa eterogeneità tra i terapisti.

Appurata la presenza dell'influenza delle caratteristiche del terapeuta, la letteratura ha iniziato ad accogliere studi che avevano l'obiettivo di ricercare quali fossero le variabili personali ed interpersonali del terapeuta in grado di influenzare positivamente l'esito della terapia. Obiettivo del nostro elaborato è stato condurre una ricerca della letteratura rispetto a quali variabili si presentavano in misura maggiore in termini di frequenza e impatto nella terapia e se tra queste fosse presente il costrutto dell'assertività, intesa come competenza interpersonale per la gestione dei conflitti e delle emozioni (Galeazzi & Porzionato, 1998).

L'attenzione del nostro gruppo di ricerca al costrutto dell'assertività del terapeuta deriva da due esigenze specifiche. La prima, è l'ipotesi che l'assertività del terapeuta contribuisca all'instaurarsi di una relazione terapeutica positiva, favorendo un buon esito della psicoterapia. La seconda è l'esigenza di individuare un costrutto ben definito che possa essere implementato e allenato

attraverso un addestramento specifico nei training di formazione per terapeuti. L'assertività, infatti, è una competenza che può essere appresa e sviluppata: diversi approcci di training per l'assertività sono stati validati dalla ricerca psicologica (Roth & Fonagy, 2006). L'obiettivo è cioè quello di orientare la formazione in psicoterapia all'implementazione di abilità interpersonali che è stato dimostrato, in letteratura, favorire un buon esito della terapia.

2. La ricerca

Il presente lavoro è frutto del gruppo di studio del project di ricerca "L'assertività e le competenze relazionali del terapeuta", proposto e supervisionato dalle Dott.sse F. Baggio, T. Cosentino e C. Perdighe, e di cui fanno parte gli allievi di diversi anni e sedi delle scuole di specializzazione in psicoterapia APC-SPC. Partendo dalla letteratura di base (Heinonen et al., 2017), abbiamo deciso di interrogare i principali motori di ricerca su quali siano le variabili interpersonali del terapeuta che impattano sull'esito di terapia, con particolare attenzione al costrutto dell'assertività.

Ogni allievo ha quindi trovato e caricato, su di una cartella drive comune, gli articoli i cui abstract potessero essere inerenti al tema trattato. Successivamente ad una prima selezione degli articoli più pertinenti, ogni alunno ha studiato e presentato al gruppo di ricerca uno o più lavori, durante incontri di supervisione a cadenza tri-settimanale o mensile, illustrandone: campione, variabili esplorate, strumenti di misurazione, metodologia di ricerca, risultati e limiti.

La presente revisione sistematica parte da una raccolta bibliografica di 25 articoli, individuati dai motori di ricerca di "Psycinfo" e "Google Scholar" e a partire dalla bibliografia degli articoli stessi, con limite temporale imposto 2000-2023. Gli articoli così ottenuti dal gruppo di ricerca, sono stati nuovamente revisionati separatamente dagli autori del presente lavoro. Ulteriori quattro articoli sono stati esclusi in quanto valutati non pertinenti al tema trattato, o in quanto review che prendono in esame articoli precedenti al limite temporale scelto.

I 20 articoli finali sono stati catalogati in base alle seguenti macro-aree: titolo, autori, anno, strumenti di misurazione, caratteristiche personali e interpersonali del terapeuta misurate, risultati, limiti degli studi. Si caratterizzano come una review e 19 studi sperimentali, pubblicati tra il 2009 e il 2023. Di seguito verranno brevemente presentate le caratteristiche interpersonali del terapeuta studiate e considerate in letteratura, per poi approfondire ciò che abbiamo individuato più specificamente sul costrutto dell'assertività.

2.1 Caratteristiche misurate del terapeuta

Il nostro studio ha considerato le variabili interpersonali del terapeuta contenute nei 20 articoli inclusi nella presente review. Queste sono state: fluidità verbale, espressione emotiva, persuasività, calore/considerazione positiva, speranza, empatia, capacità di legame di alleanza e reattività di alleanza-rottura-riparazione (Anderson et al., 2009, 2016; Schöttke et al., 2017; Jarrard et al., 2023), abilità sociali come espressività e sensibilità, controllo nel dominio verbale e non verbale (Schöttke et al., 2017), stile interpersonale (freddo/distaccato, disconnesso, indifferente), intelligenza emotiva (Kaplowitz et al., 2011), propensione al feedback intesa come capacità di ricevere e utilizzare i feedback ottenuti oltre che la necessità di richiedere feedback esterni in mancanza di comprensione dei propri feedback interni (K. Jong et al., 2012), consapevolezza intesa come accettazione di sé e auto-affiliazione (Nissen-Lie et al., 2017; Ryan et al., 2012), " *capacità relazionali avanzate* " (ARS) intesa come capacità di trasmettere empatia, essere affermativo, resistenza alle risposte passivo-aggressive, resistenza all'ostilità, resistenza al rifiuto (Nissen-Lie

et al., 2013), “*self doubt*” intesa come la capacità di riflettere sul proprio operato professionale (Odyniec et al., 2019), “*coping costruttivo*” inteso come affrontare attivamente un problema clinico, esercitare controllo riflessivo, la risoluzione dei problemi insieme al paziente, “*coping non costruttivo*” inteso come evitamento, ritiro dall'impegno terapeutico, agire le proprie frustrazioni nella relazione terapeutica (Heinonen et al., 2013, 2017; Nissen-Lie et al., 2017), gestione delle reazioni personali negative verso i pazienti, come riduzione dell'empatia e i sentimenti negativi (Negative Personal Reactions, NPR; Odyniec et al., 2019), aspettative rispetto a durata ed efficacia dei trattamenti (Swift et al., 2018), numero di pazienti trattati (Firth et al., 2019), “*perspective taking*” (Jarrard et al., 2023), capacità riflessiva sul proprio operato (Ryan et al., 2012; Nissen-Lie et al., 2017; Delgadillo et al., 2020) e fattori di personalità come nevroticismo, gradevolezza e apertura (Heinonen et al., 2013, 2017; Delgadillo et al., 2020).

3. Risultati

I risultati ottenuti dagli studi si presentano fin da subito eterogenei e apparentemente contraddittori. Innanzitutto, sebbene gli studi sembrino concordare sull'evidenza che variabili interpersonali del terapeuta giocano un ruolo determinante in terapia, non si concorda, ad oggi, sulla portata di tale influenza. Nove studi hanno calcolato un effetto del terapeuta sulla sintomatologia del paziente, che varia tra l'1% e il 9%. Tale effetto viene individuato come la varianza del modello non altrimenti spiegata da altre variabili controllate del paziente, dell'orientamento terapeutico utilizzato o delle caratteristiche anagrafiche del terapeuta.

Per quanto riguarda le caratteristiche interpersonali, un buon corpus di studi sembra trovare prove preliminari circa l'ipotesi che le variabili emotive e interpersonali del terapeuta correlino con gli esiti della terapia. Anderson e colleghi (2016, 2016, 2009), ad esempio, riportano che un insieme di abilità interpersonali del terapeuta correlano con dei migliori esiti di trattamento. Gli autori parlano di FIS (Facilitative Interpersonal Skills), ovvero di un insieme di abilità interpersonali costituite da: fluidità verbale, espressione emotiva, persuasività, calore/considerazione positiva, speranza, empatia, capacità di alleanza-rottura-riparazione, ovvero la capacità di attraversare le diverse fasi della relazione terapeutica. Tali ricerche utilizzano un tipo di misurazione “in vivo”: ai terapeuti vengono sottoposte delle clip di brevi vignette di terapia “difficili”, e gli viene chiesto di rispondere “come se” fossero in terapia. La risposta viene videoregistrata, e lo scoring viene effettuato da un gruppo di valutatori (da due a sei) formati, creando una misura complessiva di FIS. I terapeuti con FIS alto ottengono migliori esiti post-trattamento da parte dei loro pazienti, sia rispetto ad un gruppo di controllo in cui non è stata effettuata la misurazione FIS, sia rispetto ai terapeuti con basso FIS misurato. Questo risultato sembra essere particolarmente vero per le terapie a breve termine (> 8 incontri) e indipendente dal tipo di patologia presentata dai pazienti e dal modello teorico utilizzato dal terapeuta. Gli stessi studi, tuttavia, non notano una correlazione significativa tra gli esiti terapeutici e le abilità sociali auto-valutate da parte dei terapeuti con strumenti self-report aggiuntivi. In particolare, gli studi rilevano un'assenza di correlazione con le skills riportate dai terapeuti di: espressività emotiva, sensibilità emotiva e controllo emotivo, nella loro dimensione verbale e non verbale. La spiegazione di tali risultati viene ritrovata dagli autori nella differenza tra “abilità sociali” e “abilità interpersonali”, queste ultime misurate nelle FIS. Mentre le prime sono un set di soft skills che il terapeuta riporta di sé stesso in una molteplicità di contesti sociali differenti, le abilità interpersonali rilevate dal metodo FIS sono un insieme di abilità rilevate “in atto” in momenti di relazione terapeutica difficile.

Altri autori mostrano che l'intelligenza emotiva dei terapeuti, misurata con lo strumento self-

report dell'Emotional Quotient Inventory (EQ-i; Bar-On R., 1997), e definita come la capacità di percepire le emozioni, integrare emozioni e rispettivi pensieri, comprendere e gestire le emozioni, influenza positivamente l'efficacia del trattamento terapeutico (Kaplowitz et al., 2011), in terapeuti cognitivo-comportamentali e di terapia relazionale breve.

Altre ricerche (Heinonen et al. 2013, 2017) hanno trovato che a 36 mesi dall'inizio di un trattamento con modello psicodinamico, la sintomatologia era significativamente ridotta in pazienti i cui terapeuti mostravano alte abilità relazionali, alta autoefficacia e alto impegno auto-valutato (DDPCCQ; Orlinsky & Rønnestad, 2005), sia in terapie brevi (12 mesi) che a lungo termine (36 mesi e 5 anni).

Un promettente insieme di studi che misura le abilità interpersonali del terapeuta attraverso interviste di gruppo semi-strutturate (TRIB-G), ha trovato che i terapeuti con alto punteggio in comunicazione chiara e positiva, empatia e sintonia comunicativa, rispetto e calore, gestione delle critiche, disponibilità a collaborare, ottengono migliori esiti in terapia con i propri pazienti. Tuttavia, gli autori sottolineano di non trovare correlazioni tra le singole dimensioni e gli esiti di terapia, ma solo considerando le variabili nel loro insieme (Schöttke et al., 2017).

Si è poi deciso di studiare le strategie di coping utilizzate dai professionisti, notando come uno stile di coping del terapeuta di tipo "costruttivo", inteso come la capacità di affrontare attivamente un problema clinico, esercitare controllo riflessivo, affrontare la risoluzione dei problemi insieme al paziente, misurato attraverso lo strumento self-report Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ; Orlinsky & Rønnestad, 2005) correla positivamente alla riduzione del disagio generale del paziente. Al contrario, un tipo di coping "non costruttivo" (evitamento, ritiro dall'impegno terapeutico, agire le proprie frustrazioni nella relazione terapeutica) influenza negativamente la sintomatologia del paziente (Nissen-Lie et al., 2017).

Alcuni studi hanno mostrato che terapeuti con alta autoefficacia percepita ottengono cambiamenti più veloci da parte dei pazienti. Da qui si dirama una piccola quantità di studi che dirige la propria attenzione all'alleanza terapeutica percepita dai due membri della relazione, come fattore intermediario tra le abilità del terapeuta e la sintomatologia del paziente.

In questa direzione, un costrutto particolarmente studiato dal gruppo di ricerca di Nissen-Lie et al. (2017) è quello del dubbio professionale (self-doubt), misurato attraverso una sottodimensione del precedente strumento self-report DPCCQ e inteso come la capacità di riflettere e interrogarsi sul proprio operato in terapia. Risultati promettenti mostrano che la presenza moderata del dubbio professionale sembra evocare un maggiore cambiamento del disagio del paziente e nella percezione di profondità e alleanza della relazione solo quando è accompagnata da una buona autostima del terapeuta. Infatti, nel momento in cui il dubbio professionale aumenta, invece che diminuire, nel corso degli anni, il trend si inverte, raggiungendo un esito meno favorevole della remissione della sintomatologia. Inoltre, terapeuti maggiormente "supportivi" (variabile misurata in vivo attraverso l'analisi delle frasi di supporto offerte dai terapeuti durante sessioni di terapia), sembrano ottenere relazioni terapeutiche con una più alta alleanza e profondità percepita da parte del paziente (Jarrard et al., 2023).

I lavori presi in considerazione, hanno anche messo in evidenza quali caratteristiche del terapeuta sembrano invece avere una correlazione negativa con l'esito di terapia. Ad esempio, uno stile interpersonale del terapeuta auto-valutato (IIP-64; Horowitz et al., 1988) come freddo/distaccato (caratterizzato da un atteggiamento distaccato, disconnesso o indifferente nei confronti del paziente) è correlato a una valutazione peggiore dell'alleanza terapeutica da parte dei pazienti, all'inizio e per tutta la durata del trattamento (Hersoug et al., 2009). E' stata anche studiata la "propensione al feedback" del terapeuta (autovalutata con lo strumento *Internal and External*

Feedback Propensity Scales and an adaptation of the CFIT User Survey), mostrando che terapeuti che hanno una propensione al feedback interno, ovvero che presentano maggiori probabilità di fidarsi della propria opinione invece che di feedback ottenuti dall'esterno, ad esempio attraverso supervisioni e ascolto del paziente, ottengono un tasso di cambiamento più lento rispetto a terapeuti che hanno un livello basso di propensione al feedback interno (K. Jong et al., 2012). Questi studi mettono in luce, ancora una volta, l'importanza della supervisione in psicoterapia.

Sono emersi anche risultati apparentemente inaspettati. Ad esempio, Delgadillo e colleghi (2020) hanno trovato che in un protocollo di terapia breve PWT (8 sedute), i terapeuti con livelli di gradevolezza autovalutata alta (BFQ-2; Caprara et al., 2008) definita come una personalità prosociale, cooperativa, premurosa, simpatica, fiduciosa ed empatica, ottengono peggiori outcome nel trattamento di una sintomatologia ansioso-depressiva. Probabilmente, in alcune tipologie di trattamento che richiedono un contesto fortemente strutturato, come l'attuazione di protocolli standardizzati a breve termine, un tipo di personalità più distaccata potrebbe favorire una maggiore attenzione della relazione terapeutica al protocollo. Ancora, gli stessi autori mettono in evidenza come sia importante considerare la tipologia di pazienti che abbiamo di fronte: ad esempio, terapeuti con un alto tratto autovalutato di apertura (BFQ-2; Caprara et al., 2008), intesa come una tendenza alla creatività e apertura ad idee stravaganti, ottengono risultati post-trattamento peggiori in terapie CBT a lungo termine (> 20 sedute). In questo caso, spiegano gli autori, probabilmente alti livelli di apertura potrebbero caratterizzare terapeuti più intellettualistici, che possono risultare non accessibili a pazienti con una rigidità valoriale o con un contesto socio-culturale basso.

Inoltre, Nissen-Lie e colleghi (2013) hanno trovato che terapeuti con competenze relazionali auto-valutate come molto alte (DPCCQ; Orlinsky & Rønnestad, 2005) definite come la capacità di trasmettere empatia, essere affermativo, resistenza alle risposte passivo-aggressive, resistenza all'ostilità, resistenza al rifiuto) ottengono risultati post-trattamento peggiori nel funzionamento psicosociale di pazienti con una grave sintomatologia di ingresso. Gli autori spiegano che nonostante la possibilità che una valutazione più alta di queste abilità rappresenti una certa attenzione alla relazione da parte dei terapeuti, è possibile che una valutazione troppo alta delle abilità rifletta una minore modestia e umiltà nel lavoro terapeutico. Questo potrebbe rivelarsi importante soprattutto per i pazienti con un maggiore disturbo relazionale, per i quali l'uso del sostegno, la sintonizzazione emotiva e il contenimento delle emozioni disturbanti (Bion, 1962) sono almeno altrettanto importanti dell'uso "abile" delle tecniche.

A questi risultati si contrappongono gli studi che non trovano alcuna correlazione significativa tra le caratteristiche del terapeuta e gli esiti di terapia. Ad esempio, Delgadillo e colleghi (2020), trovano che la gradevolezza autovalutata dal terapeuta (sottoscala del BFQ-2; Caprara et al., 2008) non sembra influenzare l'outcome di terapie cognitive comportamentali a lungo termine. Ancora, contrariamente alle ipotesi, Ryan e colleghi (2012), notano che alti livelli di consapevolezza personale del terapeuta (misurata attraverso la scala self-report KIMS; Baer et al., 2004) sono associati ad un miglioramento del funzionamento interpersonale del paziente, ma non sono associati significativamente al miglioramento dei sintomi post-trattamento. Sulla stessa scia, Pereyra e colleghi (2017) notano che sebbene il livello di resilienza e consapevolezza autovalutato (rispettivamente misurati con gli strumenti CD-RISC; Connor & Davidson, 2003; MAAS; Brown & Ryan, 2003) dai terapeuti correla con migliori esiti di outcome in pazienti con una sintomatologia di ingresso più elevata, non sembra avere alcuna influenza sui pazienti con una sintomatologia moderata.

È facile intuire di come gran parte dell'eterogeneità dei risultati sia dovuta alla differente struttura delle ricerche. Abbiamo infatti notato che solo alcuni studi tendono a controllare i risultati

per le variabili del paziente e del modello, considerando il tipo di sintomatologia presentata e l'orientamento teorico del terapeuta. Gli studi utilizzano inoltre diversi strumenti di misurazione per rilevare le caratteristiche del terapeuta, con evidenti ripercussioni sul piano dei risultati. In particolare, oltre alla review di Johns e colleghi (2019), 10 studi hanno utilizzato unicamente strumenti di tipo self-report per la valutazione delle caratteristiche interpersonali del terapeuta, 7 studi utilizzano strumenti di valutazione sia self-report che etero-valutati da ricercatori esterni, mentre 2 studi utilizzano strumenti self-report somministrati solo ai pazienti e correlati a variabili demografiche e lavorative dei terapeuti rilevate da set-data nazionali.

3. 1 Assertività

Come già detto, l'obiettivo del presente studio è stato interrogare i principali motori di ricerca su quali fossero le variabili interpersonali del terapeuta che impattano sull'esito della terapia, con particolare attenzione al costrutto dell'assertività. Tra gli studi presentati, uno solo di questi considera il costrutto dell'assertività tra le variabili del terapeuta avente peso specifico sull'esito della terapia e sulla sintomatologia del paziente. Lo studio in questione è condotto da Heinson e colleghi (2013), e gli autori considerano l'assertività come parte di un costrutto più complesso etichettato come "*Forcefulness*" ("*Intensità*"), a sua volta sottodimensione della scala self-report DPCCQ. Nello studio, una modalità di interazione interpersonale più assertiva da parte del terapeuta è stata associata a una riduzione significativa dei sintomi sperimentati dai pazienti trattati con terapia lunga psicodinamica

Nessuno studio quindi, tra quelli inclusi nella presente review, ricerca l'assertività come definita da Galeazzi e Porzionato (1998), ovvero come un comportamento che consente all'individuo di esprimere in modo chiaro e diretto i propri pensieri, emozioni, esigenze e opinioni, rispettando allo stesso tempo i diritti degli altri, come unica variabile che influenza la relazione terapeutica e come questa a sua volta impatta l'esito di terapia.

4. Discussione

Abbiamo notato come la ricerca è ancora lontana dal raggiungere una definizione unanime di quali abilità del terapeuta correlano positivamente all'outcome del paziente. Gran parte degli studi sembrano supportare l'ipotesi che buone competenze interpersonali del terapeuta impattano sulla qualità della relazione terapeutica, e che questa favorisca il cambiamento del paziente. Questo ci permetterebbe di affermare che, se è vero che la relazione terapeutica rappresenta una relazione di cura in cui si creano le condizioni ideali per ragionare in modo collaborativo su un problema (Rainone et al., 2007), è possibile che lo stile comunicativo assertivo del terapeuta, unito alle sue conoscenze di un modello di riferimento scientifico, potrebbe aiutare il paziente a costruire nuove modalità di interazione interpersonale e di raggiungimento dei propri scopi esistenziali. Tuttavia, non abbiamo trovato studi espressamente focalizzati sull'assertività del terapeuta in terapia. In letteratura, il costrutto dell'assertività è stato studiato per lo più come in relazione ai pazienti. Nello specifico, diversi studi dimostrano come un training assertivo condotto da un terapeuta di qualsiasi orientamento contribuisca alla riduzione dei sintomi in pazienti con disturbi alimentari (Mazzoni et al., 2014), schizofrenia (Lee, 2008), disturbo borderline (Hayakawa, 2009), alcolismo (Chaney, 1989), disturbi d'ansia (Fremouw & Zitter, 1978; Rathus, 1973), depressione (Beck, 1979; Fuspita et al., 2018; Ranjbarkohn, 2010), nelle terapie di coppia (Wolff & Desiderato, 1980), nell'età evolutiva (Sert, 2003) e negli adolescenti (Cerolini et al., 2017).

Quindi, nonostante l'assertività abbia ricevuto attenzione e si sia dimostrata una caratteristica incrementale interpersonale in grado di migliorare la qualità di vita di molteplici categorie di pazienti e popolazioni non cliniche, la ricerca su tale costrutto all'interno delle caratteristiche del terapeuta in grado di influenzare positivamente l'esito della terapia è stata scarsa. Questo dato ci sembra coerente con il prevalere del filone di ricerca impegnato nell'individuazione del miglior trattamento per specifiche patologie (Empirically Supported Treatments, EST) a discapito di quello sulla ricerca della migliore relazione terapeutica (Empirically Supported Relationships, ESR) e di riflesso del contributo del terapeuta (Norcross & Lambert, 2018; Anderson et al., 2016, 2016) a prescindere dall'orientamento teorico, che predomina in letteratura in particolare negli anni '90.

È inoltre importante considerare che diversi studi coinvolti nel presente lavoro hanno misurato molteplici caratteristiche del terapeuta che sono in parte sovrapponibili alla definizione del costrutto di assertività. Galeazzi e Porzionato nel 1998 definiscono l'assertività come “una competenza relazionale che permette di riconoscere le proprie emozioni e bisogni e di comunicarle agli altri, mantenendo, nel contempo, una positiva relazione con gli altri; la legittima espressione dei propri diritti, interessi, sentimenti e convinzioni evitando la violazione o negazione dei diritti altrui”. Alla luce di questo, gli studi da noi considerati mostrano correlazioni tra riduzione di sintomatologia ed esiti favorevoli della terapia e costrutti semanticamente vicini a quelli della definizione di assertività di Galeazzi (1994) e Galeazzi e Porzionato (1998) come il concetto di riparazione e rottura dell'alleanza terapeutica (Anderson et al., 2009, 2016), la capacità di resistenza alle risposte passivo-aggressive (Nissen-Lie et al., 2013), l'intelligenza emotiva (Kaplowitz et al., 2011), il coping costruttivo (Heinonen et al., 2013), l'auto-affiliazione (Ryan et al., 2012). Tali evidenze ci portano a riflettere sul fatto che il costrutto dell'assertività venga probabilmente ancora esplorato, ma all'interno di definizioni alternative che destano attualmente la curiosità della ricerca in modelli più attuali. Un esempio in tal senso sono le abilità interpersonali nel modello della Dialectical Behavior Therapy (Linehan, 1993), che sembrerebbero sottolineare l'importanza di costrutti sovrapponibili a quello dell'assertività (ad esempio, nel modulo delle abilità interpersonale).

Inoltre, Galeazzi (1994) sottolinea come l'assertività sia un costrutto multidimensionale, definito non soltanto da componenti di responsabilità personale e salvaguardia dei propri diritti ma anche di guida e influenza per gli altri (“direttività”) oltre che di cooperazione e prevenzione dei conflitti (“assertività sociale”; Smith, 2006) e di risoluzione dei problemi. In questo caso, l'assertività viene definita come un costrutto emotivo (nella dimensione di consapevolezza dei propri bisogni ed emozioni) che orienta le proprie scelte comportamentali (nella dimensione di direttività), integrando così componenti motivazionali e comportamentali. Tale definizione multidimensionale porta con sé una difficoltà di misurazione del costrutto stesso, in quanto rende difficile definire e isolare i singoli outcome direttamente correlati all'assertività. In altre parole, sembra che l'assertività, nel contesto terapeutico, sia più correlata alla decisione di “come” gestire la specifica relazione terapeutica, piuttosto che precisi e costanti atteggiamenti del terapeuta (“cosa fare” nella relazione terapeutica).

5. Rilevanza dello studio

L'obiettivo di individuare le caratteristiche interpersonali del “buon terapeuta” offre un notevole contributo alla ricerca e alla pratica clinica. Infatti, permetterebbe di affiancare alla ricerca sulla validità e la standardizzazione di efficaci modelli teorici di riferimento, una pratica di ricerca sistematizzata per identificare le abilità interpersonali che definiscono i terapeuti efficaci. Da un punto di vista formativo, questo permetterebbe alle scuole di specializzazione di integrare

la formazione teorica con training mirati allo sviluppo di abilità, come l'empatia o la capacità di rottura-alleanza della relazione terapeutica, che a prescindere dalla solidità del modello teorico alla base o dalla capacità dello studente di applicarlo, si mostrano come ingredienti predittivi di un buon esito di terapia. In quest'ottica, il costrutto di assertività indica una direzione di ricerca promettente, in quanto sono già presenti modelli standardizzati di training di abilità che potrebbero essere facilmente adattati e implementati sui terapeuti in formazione.

6. Conclusioni

In conclusione, la ricerca è ancora lontana dal raggiungere una unanime definizione di quali abilità del terapeuta correlano positivamente all'outcome del paziente. Le principali difficoltà legate all'individuazione di risultati omogenei e coerenti tra loro, risiede nella differente definizione dei costrutti, dei setting (terapie brevi, medie o lunghe; modello teorico di riferimento dei terapeuti), della tipologia dei pazienti (casi complessi, sintomatologia grave, sintomatologia lieve) e dei tipi di strumenti di misurazione utilizzati (self-report, etero-valutati, tipologia mista con auto ed etero valutazione). Inoltre, nessuno degli studi analizzati appartiene al contesto culturale italiano, che si mostra ancora lontano dall'orientare l'attenzione alle caratteristiche personali piuttosto che unicamente al modello teorico di riferimento e ai protocolli di trattamento applicati a specifiche patologie. Infine, nessuno studio esplora direttamente il costrutto di assertività nei terapeuti come correlato alla relazione terapeutica, nonostante le numerose evidenze circa come le abilità assertive favoriscano, nei contesti interpersonali, un clima relazionale positivo e cooperativo, mediando il grado di benessere e soddisfazione nella relazione (Beck, 1979; Galeazzi, 1994; Rathus, 1973). Ulteriori studi andrebbero condotti in tal senso.

Bibliografia

- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J.K. & Uhlin, B.D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511-529. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical*, 84(1), 57– 66. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206. <https://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(6), 585-600. <https://doi.org/10.1521/jscp.2013.32.6.585>
- Bar-On, R. (1997). *Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. In A. I. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research* (1-27). John Wiley & Sons.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.
- Brown, G. S., Lambert, M. J., Jones, L. K., & Minami, T. (2005). The impact of therapist variables on patient outcomes in the context of psychotherapy: A review of the literature. *Psychotherapy Research*, 15(3), 243-265. <https://doi.org/10.1080/10503300512331327753>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological

- well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Perugini, M. (2008). *BFQ-2: Big Five Questionnaire-2*. Firenze: O.S. Organizzazioni Speciali.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2017). *The working alliance: Theory, research, and practice*. The Guilford Press.
- Cerolini, C., Rossi, G., & Moretti, M. (2017). Assertiveness training for adolescents: Effects on self-esteem and social anxiety. *Journal of Adolescence*, 58, 112-119. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.04.010>.
- Chaney, E. F. (1989). Assertiveness training as a treatment for alcoholism. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 34(2), 24-30
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Crits-Christoph, P. (1991). The efficacy of psychodynamic psychotherapy: A review of the evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 105-115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.105>
- Delgado J., Branson A., Kellett S., MylesHooton P., Hardy G. E., & Shafran R. (2020). Therapist personality traits as predictors of psychological treatment outcomes. *Psychotherapy Research*, 30(7), 857-870, <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1731927>
- Firth, N., Saxon, D., Stiles, W. B., & Barkham, M. (2019). Therapist and clinic effects in psychotherapy: a three-level model of outcome variability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(4), 345-356, <https://doi.org/10.1037/ccp0000388>
- Fremouw, W. J., & Zitter, R. E. (1978). Assertiveness training and the treatment of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(6), 1241-1251. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.6.1241>
- Fuspita, C., Iqbal, M. A., & Solimun, S. (2018). Assertiveness training and its effects on depression symptoms among university students. *International Journal of Psychology*, 53(6), 482-491. <https://doi.org/10.1002/ijop.12409>
- Galeazzi, G. M. (1994). La relazione terapeutica e il processo di cambiamento in psicoterapia. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 120-134.
- Galeazzi, G. M., & Porzionato, A. (1998). La psicoterapia e le sue variabili di efficacia. *Giornale Italiano di Psicologia*, 25(3), 315-332
- Garfield, S. L. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 98-108. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00123.x>
- Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (1963). The influence of therapist communication style on patient adherence to therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 19(1), 25-29. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(196301\)19:1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(196301)19:1)
- Hayakawa, M. (2009). Assertiveness training in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(4), 445-452. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01968.x>.
- Heinonen, E., Knekt, P., Ja a skela inen, T., & Lindfors, O. (2013). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis. *European Psychiatry*, 28(7), 405-411. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.06.002>
- Heinonen, E., Lindfors O., Laaksonen M. A., & Knekt P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 138, 301–312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.023>
- Heinonen, E., Lehtinen, V., & Raitasalo, R. (2017). Psychotherapy and its effectiveness in clinical practice: a comprehensive review. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1203-1218. <https://doi.org/10.1002/jclp.22400>
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O., von der Lippe, A., & Monsen, J. (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 100–110. <https://doi.org/10.1002/cpp.605>
- Holt, R. R., & Luborsky, L. (1958). The characteristics of effective psychotherapists. *Journal of Clinical Psychology*, 14(2), 151-157. <https://doi.org/10.1002/1097-4679>
- 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. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.885>
- Jarrard, C., Widner, S., Johnson, J. A., Stein, M. B., Perkey, H., & Slavin-Mulford, J. (2023). Predicting client-rated session depth and alliance in trainees' first clinical encounter: the contribution of therapist characteristics and technique usage. *Training and Education in Professional Psychology*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/tep000045>
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: a critical narrative update and refinement to Baldwin and Imel's (2013) review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78-93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>
- Jong, K., van Sluis, P., Nugter, M. A., Heiser, W.J., & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 22(4), 464-474. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.673023>
- Jong, A. D., Beck, A. T., & Schottke, C. K. (2012). Cognitive therapy for depression and anxiety disorders: Theoretical and empirical advancements. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(3), 218-234. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.26.3.218>
- Kaplowitz, M., Safran, J. D., & Muran, C. J. (2011). Impact of therapist emotional intelligence on psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(2), 74-84. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182083efb>
- Kiesler, D. J. (1966). The impact of the therapist's personality on psychotherapy: Theories and research. *Journal of Consulting Psychology*, 30(6), 348-356. <https://doi.org/10.1037/h0023694>
- Lee, J. (2008). Cognitive dysfunctions in schizophrenia: Assessment and intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 64(5), 531-541. <https://doi.org/10.1002/jclp.20475>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Martindale, D. A. (1978). The neglect of the therapist in psychotherapy research. *Psychological Bulletin*, 85(4), 711-724. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.85.4.711>
- Mazzoni, D., D'Alessio, M., & Mazzoni, M. (2014). Un training assertivo condotto da un terapeuta di qualsiasi orientamento contribuisce alla riduzione dei sintomi in pazienti con disturbi alimentari. *Journal of Eating Disorders*, 22(3), 45-56.
- Najavits, L. M., & Strupp, H. H. (1994). The impact of therapist characteristics on treatment outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 74-82. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.31.1.74>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2009). *Depression: The treatment and management of depression in adults* (update) (NICE Clinical Guideline No. 90). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 86-104. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735775>
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Hoglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T.C., & Monsen, J.T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist?. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 48-60 <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based therapist contributions*. Oxford University Press.
- Odyniec, P., Probst, T., Margraf, J., & Willutzki, U. (2019). Psychotherapist trainees' professional self-doubt and negative personal reaction: Changes during cognitive behavioral therapy and association with patient progress. *Psychotherapy Research*, 29(1), 123-138. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1315464>
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: a study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association.
- Pereyra, J. A., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2017). The role of practitioner resilience and mindfulness in effective practice: A practice-based feasibility study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(6), 691–704. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0747-0>
- Rainone, A., Perdighe, C., & Saliari, A. M. (2007, 19-21 ottobre). *Scopi disfunzionali e modulazione della relazione terapeutica*. Congresso Internazionale "Personalità e relazione: Un gioco polifonico tra le

- parti".
- Ranjarkohn, M. (2010). Assertiveness and depression: A cognitive-behavioral approach to treatment. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(2), 138-143. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.11.005>
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398-406. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80105-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80105-2)
- Ricks, F. D. (1974). The influence of therapist characteristics on treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(4), 461-467.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2006). *What works for whom?: a critical review of psychotherapy research*. Guilford Publications.
- Ryan, A., Safran, J. D., Doran, J. M., & Muran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22(3), 289-297. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.650653>
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: a five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, 27(6), 642-652, <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>
- Sert, A. (2003). Assertiveness and emotional regulation in the developmental stage. *Developmental Psychology Review*, 16(3), 203-214.
- Smith, M. (2006). Social assertiveness and its role in effective communication. *Journal of Social Psychology*, 146(6), 667-680. <https://doi.org/10.1080/00224545.2006.9714022>
- Swift, J. K., Derthick, A. O., & Tompkins, K. A. (2018). The relationship between trainee therapists' and clients' initial expectations and actual treatment duration and outcomes. *Practice Innovations*, 3(2), 84-93. <https://doi.org/10.1037/pri0000065>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wolff, L., & Desiderato, L. (1980). Couple therapy: the impact of assertiveness training on marital satisfaction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 6(4), 441-450. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1980.tb00411.x>