

## ASSERTIVITÀ E CARATTERISTICHE INTERPERSONALI DEL TERAPEUTA: COME MISURARLE? STRUMENTI DI AUTO ED ETERO-VALUTAZIONE

Silvia Donatelli<sup>1</sup>, Francesco Allegrini<sup>3</sup>, Valentina Bassi<sup>1</sup>, Gaia Cassese<sup>3</sup>, Francesca Castellani<sup>2</sup>,  
Sonia Ghislanzoni<sup>1</sup>, Giulia Guidetti<sup>2</sup>, Carolina Izzo<sup>3,6</sup>, Benedetta Lanzoni<sup>2</sup>, Giulia Marselli<sup>3,4</sup>,  
Concetta Spitaleri<sup>5</sup>, Teresa Cosentino<sup>3</sup>, Francesca Baggio<sup>1,2</sup>,  
Claudia Perdighe, Ramona Fimiani<sup>3,7</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Psicoterapia Cognitiva – SPC Verona

<sup>2</sup> Associazione di Psicoterapia Cognitiva – APC Verona

<sup>3</sup> Scuola di Psicoterapia Cognitiva – SPC Roma

<sup>4</sup> Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute – La Sapienza, Università di Roma

<sup>5</sup> Scuola di Psicoterapia Cognitiva – IGB Palermo

<sup>6</sup> Servizio di Psicologia, consulenza e liaison - A.O. San Camillo Forlanini Roma

<sup>7</sup> Dipartimento di Scienze della Formazione, Università Roma Tre

### Corrispondenza

Silvia Donatelli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC- Verona

E-mail: silviadonatellipsicologa@gmail.com

### Riassunto

L'efficacia della psicoterapia è influenzata da molteplici fattori, tra cui le caratteristiche interpersonali del terapeuta. Questo lavoro si propone di esaminare il ruolo dell'assertività del terapeuta e di esplorare gli strumenti eventualmente disponibili in letteratura per la sua valutazione. Attraverso una ricerca su diverse banche dati sono stati identificati 11 strumenti impiegati per misurare le competenze interpersonali del terapeuta. Tali strumenti sono stati da noi analizzati per comprendere se le dimensioni da loro esaminate includano anche l'assertività. Gli strumenti self-report presi in considerazione sono: IIP, IIP-64, IIP-32 (Horowitz et al., 1988; Horowitz et al., 2000), SSI (Riggio, 1986), IRI (Davis, 1980); CPI, (Gough, 1987), UOS (Phillips & Ziller, 1997) e DPCCQ (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Gli strumenti eterovalutativi presi in considerazione sono invece: FIS (Anderson et al., 2016) e TRIB (Schöttke et al., 2017). I risultati mostrano che nessuno di questi strumenti valuta in modo specifico e completo l'assertività del terapeuta, sebbene alcuni ne indagano alcune dimensioni o aspetti ad essa correlati, come l'empatia, il controllo sociale e l'espressività emotiva. Viene quindi evidenziata la necessità di sviluppare misure valide e sensibili per valutare l'assertività in ambito clinico e di formazione.

**Parole chiave:** assertività, caratteristiche interpersonali, efficacia del terapeuta, strumenti di misurazione

DOI: 10.36131/COGNCL20250103

RICEVUTO IL 31 MARZO 2025, ACCETTATO IL 2 GIUGNO 2025

## ASSERTIVENESS AND INTERPERSONAL CHARACTERISTICS OF THE THERAPIST: HOW TO MEASURE THEM? SELF-ASSESSMENT AND HETERO-ASSESSMENT TOOLS

### Abstract

The effectiveness of psychotherapy is influenced by multiple factors, including the therapist's interpersonal characteristics. This paper aims to examine the role of therapist assertiveness and to explore any available tools in the literature for its assessment. Through a search across various databases, 11 instruments used to measure therapists' interpersonal skills were identified. These instruments were analyzed to determine whether the dimensions they assess also include assertiveness.

The self-report tools considered are: IIP, IIP-64, IIP-32 (Horowitz et al., 1988; Horowitz et al., 2000), SSI (Riggio, 1986), IRI (Davis, 1980); CPI (Gough, 1987), UOS (Phillips & Ziller, 1997), and DPCCQ (Orlinsky & Rønnestad, 2005). The observer-rated tools examined are: FIS (Anderson et al., 2016) and TRIB (Schöttke et al., 2017).

The results show that none of these instruments specifically and comprehensively assesses therapist assertiveness, although some investigate related dimensions or aspects, such as empathy, social control, and emotional expressiveness. This highlights the need to develop valid and sensitive measures to assess assertiveness in clinical and training settings.

**Key words:** assertiveness, interpersonal characteristics, therapist effectiveness, measurement tools

### Introduzione

La psicoterapia mostra un grande potenziale di guarigione, supportato da numerose ricerche che ne confermano l'efficacia (Wampold & Imel, 2015), un aspetto rilevante di questo potenziale curativo dipende proprio dalla figura del terapeuta (Norcross & Lambert, 2011).

Sono ormai diversi gli studi che avvalorano l'ipotesi che le variabili emotive ed interpersonali del terapeuta correlino con gli esiti della terapia: tra queste caratteristiche possiamo ritrovare l'assertività, che rappresenta la capacità di affermare i propri diritti e opinioni, rispettando al contempo quelli degli altri, in accordo con il principio di reciprocità (Boisvert et al., 1985). Questo comportamento si fonda su una sana autostima e sul rispetto reciproco, in un clima di uguaglianza. Psicologicamente, essere assertivi significa agire nel proprio interesse, difendere il proprio punto di vista, esprimere sinceramente e senza timore i propri sentimenti, proteggere i propri diritti senza ledere quelli degli altri e manifestare un disaccordo mantenendo sempre il massimo rispetto per l'altro. Per la persona assertiva, la negoziazione diventa quindi lo strumento principale per affrontare e risolvere i conflitti interpersonali (Anchisi & Gambotto Dessy, 2013; Smith, 1975; Baggio, 2013). Lo stile di comunicazione assertivo, dunque, si colloca a metà strada tra lo stile passivo e quello aggressivo.

Dal punto di vista clinico, l'assertività riveste un ruolo fondamentale, poiché rappresenta un importante fattore terapeutico che nasce dall'equilibrio tra abilità sociali, emozioni e razionalità.

Questa ricerca si è voluta focalizzare sull'esito dell'assertività del terapeuta, in quanto abilità che può essere costruita e allenata nei training formativi rivolti a psicoterapeuti. L'assertività, infatti, è una competenza che può essere appresa e sviluppata nel tempo: esistono diversi approcci di training per l'assertività che sono stati validati dalla ricerca psicologica. Questi training si basano su tecniche specifiche per sviluppare la capacità di esprimere se stessi in modo chiaro, diretto e rispettoso degli altri (Roth & Fonagy, 2006; Salter, 1949). L'ipotesi del nostro gruppo di

ricerca è che terapeuti con un alto grado di assertività possano instaurare relazioni terapeutiche più efficaci che motivino il paziente al cambiamento.

Questo elaborato nasce, dunque, dall'intenzione di andare ad approfondire la metodologia e gli strumenti di misurazione utilizzati in letteratura per identificare le caratteristiche di assertività dei terapeuti. Una prima ricerca bibliografica ci ha rivelato che, attualmente, non esistono strumenti di valutazione standardizzati per misurare l'assertività del terapeuta in modo sistematico e oggettivo.

## Obiettivo e metodo

Poiché non sono emersi studi specifici sull'assertività del terapeuta, obiettivo del presente elaborato è quello di approfondire quali sono gli strumenti di misurazione utilizzati in letteratura per identificare le caratteristiche interpersonali del “terapeuta efficace”, che risultano affini al concetto di assertività.

La presente revisione sistematica parte dalla bibliografia della letteratura di base di Heinonen et al. (2020), a cui sono stati aggiunti ulteriori 5 articoli individuati dai motori di ricerca “Psycinfo”, “Pubmed” e “Google Scholar”, inserendo le seguenti parole chiave: “*therapist characteristics*” and “*therapist effects*” or “*psychotherapy outcome*” e limite temporale imposto 2000-2024. Sono stati analizzati tutti gli articoli individuati che rispettassero queste parole chiave, 4 sono stati esclusi perché valutati non pertinenti al tema della presente ricerca o poiché riguardavano review di articoli precedenti al limite temporale prescelto, sono stati così ottenuti 32 articoli, nell'arco temporale 2003-2023, che sono stati analizzati per questa ricerca. Ogni studio è stato catalogato in base alle seguenti macro-aree: titolo, autori, anno, strumenti di misurazione, caratteristiche personali e interpersonali del terapeuta misurate, risultati, limiti degli studi. Ogni strumento individuato negli studi è stato successivamente analizzato da un singolo autore che lo ha catalogato per le principali caratteristiche (dominio principale, sottodominio, titolo, autori, tipo di misurazione, caratteristica misurata, studio di riferimento), lavoro successivamente supervisionato dai membri del gruppo di ricerca. Per ogni strumento è stata, infine, cercata la validazione italiana ed è stata esplicitata la sua affinità al costrutto di assertività.

## Strumenti

Rispetto agli strumenti utilizzati per valutare le caratteristiche del terapeuta efficace, sono stati individuati 11 strumenti di misurazione così suddivisi: 8 strumenti *self-report* e 3 strumenti etero-valutativi.

### *Strumenti self-report*

Come caratteristiche interpersonali, sono state misurate: *la percezione di problemi interpersonali* (IIP, IIP-64, IIP-32, Horowitz et al., 1988; Horowitz et al., 2000), *competenze sociali generali* (SSI, Riggio, 1986), *empatia* (IRI, Davis, 1980; CPI, Gough, 1987), *assenza di pregiudizio nei confronti degli altri* (UOS, Phillips & Ziller, 1997) riportata dai pazienti e in generale *le caratteristiche professionali e personali* (DPCCQ, Orlinsky & Rønnestad, 2005). Di tre di questi strumenti (IIP-32, SSI, IRI) esiste la validazione italiana.

- ***Inventory of Interpersonal Problems (IIP, IIP-64, Horowitz et al., 1988; Horowitz et***

al., 2000)

È uno strumento *self-report* ideato per aiutare pazienti e terapeuti a identificare e misurare il disagio che deriva dai rapporti interpersonali, considerando che le difficoltà in questo ambito rientrano tra le più frequenti che i pazienti portano in psicoterapia.

L'IIP-64 (Horowitz et al., 2000) origina dallo strumento originale *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP, Horowitz et al., 1988), composto da 127 item raccolti in sei sottoscale: assertivo; socievole; intimo; sottomesso; responsabile; controllante. A loro volta, le sei sottoscale sono divise in due gruppi: scale H (*hard to*, assertivo; socievole; intimo; sottomesso) e scale T (*too much*, responsabile; controllante). Ad esempio, la sottoscala che indaga l'assertività contiene item posti secondo la seguente formula: "*I find it hard to be assertive*", mentre gli item della sottoscala che indaga il controllo contengono la frase "*I am too controlling of other people*".

Da questa versione, è stata tratta la versione utilizzata negli studi esaminati nel presente lavoro. L'IIP-64 è un inventario composto da 64 item che rappresentano comportamenti interpersonali angoscianti che l'intervistato identifica come "difficili da fare" (cioè, inibizioni comportamentali) o "fa troppo" (cioè, eccessi comportamentali) su una scala di tipo *Likert* da 0 (per niente) a 4 (estremamente). Fornisce un punteggio complessivo e 8 punteggi di sottoscala: *Domineering/Controlling* (PA), cioè essere troppo controllante o manipolativo nelle interazioni interpersonali; *Vindictive/Self-centered* (BC), cioè essere spesso egocentrico e ostile nei rapporti con gli altri; *Cold/Distant* (DE), cioè, avere sentimenti minimi di affetto per le altre persone e scarsa connessione con esse; *Socially Inhibited/Avoidant* (FG), cioè essere socialmente evitante e ansioso e avere difficoltà ad avvicinarsi agli altri; *Non-assertive* (HI), cioè avere difficoltà a esprimere i propri bisogni agli altri; *Overly Accommodating/Exploitable* (JK), cioè l'essere credulone e troppo accomodante nei confronti delle altre persone; *Selfsacrificing/Overly nurturant* (LM), cioè eccessivamente altruista, generoso, fiducioso, premuroso e permissivo nei confronti degli altri; e l'essere *Intrusive/Needy* (NO), cioè imporre i propri bisogni e avere difficoltà a rispettare i confini personali di altre persone. Nello studio, le difficoltà interpersonali che fanno riferimento al dominio dell'assertività sono tra le più riportate e trattate con successo. Considerando l'esplicito riferimento al costrutto dell'assertività, lo strumento risulta essere di notevole interesse ai fini del presente elaborato. Inoltre, la scala "*Socially Inhibited/Avoidant*", che descrive un atteggiamento stabile di riluttanza all'avvicinamento all'altro, potrebbe essere inversamente correlato all'assertività, che è definita come "comunicazione e comportamento interpersonale che rispetta sia i propri diritti e bisogni che quelli degli altri". Ancora, alti punteggi nelle sottoscale di "*Selfsacrificing*" e "*Intrusive*", correlano negativamente con un atteggiamento rispettoso dei propri e altrui bisogni tipici del terapeuta assertivo.

Tuttavia, il limite dello strumento è quello di valutare misurazioni più simili ad una dimensione "di tratto", ovvero una tendenza stabile a quel tipo di comportamento interpersonale misurato, mentre il costrutto dell'assertività consiste nella capacità di discriminare il comportamento più efficace in quel contesto, per il raggiungimento del proprio obiettivo e nel rispetto dei propri e altrui bisogni.

Nonostante sia stato concettualizzato per essere somministrato ai pazienti, lo strumento potrebbe rivelarsi utile anche nella misurazione delle abilità assertive del terapeuta.

Di questo strumento non esiste ancora la validazione italiana, esiste però una versione ridotta, *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-32, Horowitz et al., 2000) Lo stimolo principale per lo sviluppo di una versione breve (32 item) è stato quello di aumentare la

fattibilità del suo utilizzo come misura di screening in ambito clinico. L'IIP-32 (Horowitz et al., 2000) è un inventario a 32 item di comportamenti interpersonali angoscianti che l'intervistato identifica come "difficili da fare" (cioè, inibizioni comportamentali) o "fa troppo" (cioè, eccessi comportamentali) su una scala di tipo *Likert* da 0 (per niente) a 4 (estremamente). Le otto sottoscale sono le stesse della versione IIP-64. Lo strumento è stato validato in Italia; sono stati inclusi soggetti sani e soggetti con disturbo alimentare. I coefficienti omega per le sottoscale dell'IIP-32 erano tutti superiori a 0,77, indicando una consistenza interna da moderata a elevata. Tuttavia, va notato che i valori di  $\omega_{HS}$  per le otto sottoscale erano bassi, il che suggerisce che un'ampia proporzione della varianza spiegata del punteggio totale può essere attribuita a un fattore complessivo dopo aver tenuto conto degli otto fattori specifici (Lo Coco et al., 2018).

- ***Universal Orientation Scale (UOS, Phillips & Ziller, 1997)***

È uno strumento *self-report* composto da 20 item che valutano aspetti come la percezione della somiglianza tra gruppi, la tendenza a non categorizzare gli altri in base a etnia, genere o età, e il grado di integrazione tra sé e gli altri. Gli item sono valutati su una scala *Likert* a 5 punti (da "Non mi descrive affatto" a "Mi descrive molto bene"). Gli item si concentrano su tre aspetti principali:

1. Percezione delle somiglianze tra sé e gli altri (es. "*I tend to value similarities over differences when I meet someone.*").
2. Evitamento della categorizzazione (es. "*I can see myself fitting into many groups.*").
3. Integrazione del sé con gli altri (es. "*When I look into the eyes of others, I see myself.*").

Alcuni item sono invertiti (reverse scored) per controllare la desiderabilità sociale e misurare l'accento sulle differenze (es. "*When I first meet someone, I tend to notice differences between myself and the other person.*"). L'analisi fattoriale ha suggerito due dimensioni principali:

1. Orientamento alla somiglianza (accentuazione delle somiglianze tra sé e gli altri).
2. Percezione delle differenze (rilevazione delle differenze tra sé e gli altri, con item invertiti).

Tuttavia, i due fattori sono correlati e supportano l'idea di una struttura unidimensionale che misura l'orientamento universale. Gli autori ne hanno testato l'affidabilità, la validità fattoriale e la capacità predittiva attraverso vari studi con studenti universitari. Lo strumento è stato progettato per misurare il non pregiudizio nelle relazioni interpersonali, partendo dall'assunto che c'è un pregiudizio intrinseco nello studio del pregiudizio in relazione alla visione delle relazioni interpersonali. Per ampliare l'approccio alle relazioni sociali, gli autori hanno proposto pertanto lo studio del non pregiudizio. Lo strumento misura un pregiudizio generale piuttosto che specifico (razziale, di genere etc). La UOS suggerisce che l'integrazione del sé con gli altri è alla base della non-pregiudizialità. Il pregiudizio si sviluppa quando il soggetto enfatizza le differenze più che le somiglianze tra sé e gli altri. Chi ha un orientamento universale evita il primo passo che porta al pregiudizio: la separazione del sé dagli altri. L'utilizzo della scala UOS potrebbe risultare utile per valutare il grado di empatia, accettazione dell'altro e non giudizio del terapeuta, qualità importanti per un buon terapeuta e affini all'assertività. Lo strumento non è stato validato in Italia.

- **California Psychological Inventory (CPI, Gough, 1957)**

È uno strumento *self-report* pubblicato per la prima volta nel 1957. Nella versione originale, lo strumento è composto da 480 item che riguardano diversi aspetti della personalità adulta. Tali item variano nelle diverse revisioni dello strumento presenti in letteratura. Il CPI organizza i diversi tratti psicologici in 12 scale primarie: *Socialization* (Soc), *Self-acceptance* (SA), *Self-control* (SC), *Responsibility* (Re), *Independence* (In), *Achievement via conformance* (Ac), *Achievement via independence* (Ai), *Intellectual efficiency* (Ie), *Flexibility* (Fx), *Well-being* (WB), *Tension* (Te), *Psychological-mindedness* (Pm). Oltre a queste, esistono anche delle scale secondarie, che forniscono informazioni più dettagliate e interrelate. Tra queste, alcune misurano la forza emotiva, il locus of control, la leadership e l'orientamento sociale. I punteggi ottenuti su ciascuna delle scale primarie e secondarie vengono confrontati con i punteggi medi di una popolazione di riferimento. In base ai risultati, il CPI fornisce una valutazione del funzionamento psicologico dell'individuo, evidenziando sia le sue potenzialità che le aree che potrebbero necessitare di supporto o intervento. Delle scale principali, alcune sono di particolare interesse per il costrutto dell'assertività. In particolare, la scala "*Psychological-mindedness*" misura la capacità di introspezione e la tendenza a riflettere sui propri pensieri, emozioni e comportamenti, e il "*Self-control*" che misura quanto una persona è in grado di gestire impulsi, emozioni e azioni, in modo da agire in modo equilibrato; che sono dimensioni necessarie per organizzare un comportamento efficace nel raggiungimento dei propri obiettivi nel rispetto dei propri e altrui bisogni. Tuttavia, lo strumento presenta numerose altre dimensioni che tendono a catturare stati individuali (ad esempio, la scala "*Tension*", che misura quanto una persona sperimenta emozioni di ansia, nervosismo o stress in risposta a situazioni quotidiane; o la scala "*Responsibility*", che valuta quanto una persona si sente obbligata a fare ciò che è giusto, anche in situazioni difficili), che correlano scarsamente con il costrutto di assertività. Attualmente non esiste una validazione italiana dello strumento.

- **Interpersonal Reactivity Index - Perspective Taking (IRI - PT, Davis, 1980)**

L'IRI è uno strumento ideato per misurare quattro differenti componenti dell'empatia tramite la rilevazione di reazioni ed esperienze personali di un individuo mentre ne osserva un altro. È composto da 28 item con risposta su una scala *Likert* a 5 punti, suddiviso in 4 sottoscale, da 7 item ciascuna. Le sottoscale sono: "*Perspective Taking*" – la tendenza ad adottare spontaneamente il punto di vista psicologico degli altri; "*Fantasia*" – valuta la tendenza degli intervistati ad immergersi nei sentimenti e nelle azioni di personaggi fittizi di libri, film e opere teatrali; "*Preoccupazione empatica*" – valuta i sentimenti "orientati all'altro" di preoccupazione; "*Angoscia personale*" – misura le emozioni di ansia e disagio "orientati a sé" in contesti interpersonali difficili (Davis, 1983). In particolar modo le due sottoscale che possono risultare utili nella valutazione dell'assertività sono quelle che misurano le capacità di assumere spontaneamente la prospettiva dell'altro e di identificarsi in un personaggio fittizio (Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Tuttavia, emergono svariate criticità dall'utilizzo di questo strumento, in primis, la valutazione dell'empatia è un elemento necessario ma non sufficiente per indagare il costrutto di assertività. Inoltre, sarebbe utile adattare gli item, in particolare quelli della "*Fantasy scale*", ad un contesto clinico. Quindi, invece che identificarsi con un personaggio fittizio potrebbe risultare più efficace immaginare una situazione clinica o il paziente stesso. Lo strumento è stato validato in Italia (Albiero et al., 2006)

- **Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ, Orlinsky & Rønnestad, 2005).**

Il DPCCQ è una misura *self-report* che indaga un'ampia varietà di caratteristiche personali e interpersonali del terapeuta. È stato sviluppato grazie ad un campione molto ampio di più di 4000 terapeuti di diverse nazionalità, orientamenti teorici e livelli di carriera (Heinonen et al., 2012). Il questionario è composto da 392 item costruiti in modo tale da permettere ai terapeuti di descriversi nell'ambito professionale (Orlinsky & Rønnestad, 2005) e personale (Orlinsky & Rønnestad, 2006). I domini del lavoro terapeutico indagati sono: esperienza dei terapeuti dei loro attuali livelli di abilità, sentimenti durante le recenti sedute terapeutiche, vari tipi di difficoltà esperite con i pazienti, strategie di coping quando incontrano delle difficoltà e stile interpersonale o modo utilizzato con i pazienti in terapia. Il questionario raccoglie anche informazioni sul concetto di sé dei terapeuti e gli aspetti temperamentali e stilistici della loro personalità nelle relazioni interpersonali più strette. Gli item sono valutati su una scala da 0 a 5 (0=mai/per niente, 5=molto spesso) (Orlinsky & Rønnestad, 2005; Orlinsky & Rønnestad, 2006). Le caratteristiche misurate dal DPCCQ non sono legate a specifici modelli terapeutici e la struttura fattoriale è risultata coerente in diversi sottogruppi di terapeuti che differivano per professione, orientamento teorico, carriera, genere e nazionalità. Risulta, quindi, uno strumento utile per misurare le caratteristiche di terapeuti con diversi *background*. Essendo uno strumento *self-report* permette di misurare caratteristiche esperienziali e variabili non esplorabili con altri metodi come quelli che coinvolgono valutatori esterni o pazienti. Questo strumento risulta molto valido e alcune delle variabili misurate potrebbero risultare utili come valutazione dell'assertività. In particolare, alcune variabili potrebbero darci importanti informazioni rispetto alle modalità utilizzate dal terapeuta (sia in ambito lavorativo che fuori dal lavoro) e se queste siano inquadrabili sul versante assertivo, passivo o aggressivo. In particolare le variabili esaminate sono: stile interpersonale utilizzato con i pazienti in terapia; stile interpersonale nelle relazioni strette e aspetti temperamentali stilistici nelle relazioni strette. Tuttavia il test completo non è risultato reperibile quindi non è stato possibile verificare se i singoli item del test rispecchiano effettivamente questi aspetti e sarebbero necessarie ulteriori indagini per comprendere se effettivamente possa essere una buona misura per l'assertività.

Tuttavia, il DPCCQ presenta alcune criticità rispetto all'interpretazione dei risultati: se si desidera utilizzarlo per valutare il rapporto tra caratteristiche del terapeuta e outcome, le associazioni che vengono individuate devono essere interpretate con cautela perché diversi fattori (es. età e sesso del terapeuta e del paziente, esperienza del terapeuta, comorbidità del paziente) possono risultare confondenti. Inoltre, non vi sono al momento indicazioni sulla possibilità di somministrare il test in modo ripetuto; tuttavia si ritiene che molte delle caratteristiche indagate dal questionario rimangano stabili nel tempo (Heinonen et al., 2012).

- **Social Skills Inventory (SSI, Riggio, 1986; Riggio et al., 1989; Riggio et al., 2003; Riggio, 2014)**

L'SSI è uno strumento *self-report*, ideato per la misurazione delle abilità sociali e comunicative. È composto da 90 item e le domande si riferiscono sia a come il soggetto percepisce le proprie "*social skills*" (autovalutazione) ma anche ai rimandi ricevuti da parte delle altre persone in merito alle sue abilità comunicative e sociali. Le risposte sono

registrate su una scala *Likert* a 5 punti (1: "Per niente", 5: "Molto spesso"). Lo strumento indaga le abilità comunicative dei soggetti a livello di espressività (o codifica), di sensibilità (o decodifica) e di regolazione nella comunicazione, operanti su due domini differenti: non verbale e verbale. Sono state formate così 6 sottoscale:

1. *Emotional expressivity* - la capacità di esprimere e provare emozioni;
2. *Social expressivity* - l'abilità nel coinvolgere le altre persone nelle interazioni sociali;
3. *Social control* - il sapersi comportare nelle diverse situazioni sociali;
4. *Social Expressivity* - si riferisce alla comunicazione verbale e alla capacità generale di interagire socialmente;
5. *Emotional Sensitivity* - capacità di riconoscere, percepire e decodificare le opinioni, le emozioni e le credenze altrui;
6. *Emotional control* - capacità di regolare e controllare l'espressione emotiva.

Tra queste varie sottoscale, alcune sembrano essere relate al concetto di assertività. Nello specifico, queste sottoscale sembrano essere l'*Emotional Expressivity*, la *Social Expressivity* e il *Social Control*. In particolare, la *Social Expressivity*, legata alla capacità di iniziativa e di essere spontanei nelle conversazioni, è un aspetto correlato alla sotto-abilità assertiva definita "assertività di iniziativa" da Arrindell e collaboratori, (2004). Il *Social Control* risulta, invece, associato alla "Componente di assertività sociale" proposta da Galeazzi e Porzionato (1998). I fattori indagati dallo strumento risultano essere necessari, ma non sufficienti, per la valutazione dell'assertività. Inoltre, nel SSI il soggetto, per rispondere ad alcuni item in merito alle sue "social skills", fa riferimento a commenti e ai rimandi ricevuti dagli altri (ad esempio "Mi hanno detto che ho occhi espressivi"/"Quando racconto una storia, solitamente gesticolo molto per aiutare a comprendere il concetto"). Tale modalità non risulta essere adeguata e utile per una valutazione in ambito clinico in quanto difficilmente i pazienti forniscono dei rimandi al terapeuta circa le sue abilità sociali o in merito al rapporto tra loro instauratosi.

### *Strumenti etero valutativi*

Studi recenti introducono, accanto alle misurazioni *self-report*, un complesso metodo di valutazione osservativo per valutare un insieme di abilità interpersonali. Tali strumenti sono le *Facilitative Interpersonal Skills* (FIS, Anderson et al., 2016) e i *Therapy-Related Interpersonal Behaviors* (TRIB, Schöttke et al., 2017).

- ***Facilitative Interpersonal Skills (FIS, Anderson et al., 2016)***

Il compito FIS è una misura basata sulle prestazioni del terapeuta, che valuta la sua capacità di dimostrare efficaci competenze interpersonali in risposta a un cliente simulato in una situazione di terapia impegnativa. Derivati dalla teoria dei fattori comuni, si presume che gli elementi delle abilità interpersonali che compongono il compito di prestazione FIS siano importanti facilitatori del cambiamento del paziente. Le FIS aiutano infatti i terapeuti a impegnarsi, stabilire e mantenere la relazione terapeutica attraverso la combinazione di otto abilità: fluidità verbale, espressione emotiva, persuasività, speranza/aspettativa positiva, calore/accettazione/comprendimento, empatia, capacità di legame di alleanza e capacità di risposta alla riparazione della rottura dell'alleanza terapeutica. L'ipotesi degli

autori (Anderson et al, 2016) è che le persone che soffrono di disagio psicologico in terapia con professionisti con alti livelli di abilità interpersonali, sarebbero maggiormente motivati ad avviare il cambiamento verso un miglioramento del benessere emotivo. Nel metodo di valutazione FIS, ai terapeuti partecipanti viene chiesto di immaginare di sottoporsi a uno scambio interpersonale mentre guardano videoclip di sessioni di terapia con pazienti “scomodi”. In un punto strategico della simulazione della terapia, il video viene messo in pausa e ai partecipanti viene chiesto di assumere il ruolo del terapeuta nella sessione e di rispondere al paziente nel video. La risposta viene registrata, e valutata da ricercatori formati nel metodo FIS, attraverso delle schede di scoring che attribuiscono una valutazione in scala *Likert* da 0 (assenza totale di abilità) a 5 (messa in atto dell’abilità) per ognuna delle 8 competenze interpersonali. In questo modo, si ottiene una valutazione generale data dalla media degli otto punteggi, che identificano terapeuti con alte o basse abilità interpersonali.

Le FIS sembrerebbe uno strumento altamente correlato con il costrutto dell’assertività, in particolare in quanto ha il pregio di misurare le abilità “in vivo”, ovvero in differenti situazioni difficili e per il raggiungimento di un preciso obiettivo terapeutico. In questo modo, rispetto agli strumenti *self-report*, le FIS non misurerebbero caratteristiche “di tratto”, quanto abilità messe in pratica in quel determinato e specifico contesto. Tale caratteristica sembra rispecchiare maggiormente la definizione di assertività presa in considerazione dal presente gruppo di lavoro. Attualmente, non esiste una validazione dello strumento nel contesto italiano. Le misurazioni che utilizzano il metodo FIS non sono esenti da limiti: richiedono costi elevati sia in materia di tempo che di personale, rispetto alle misure *self-report*. Tuttavia, Anderson e colleghi (2009, 2016) non riescono a trovare correlazioni significative nel loro modello, con gli strumenti *self-report* affiancati al metodo FIS.

- ***Therapy-Related Interpersonal Behaviors (TRIB, Schöttke et al., 2017)***

È uno strumento nato con l’obiettivo di valutare le abilità interpersonali del terapeuta, con il fine di comprendere come queste impattano sull’outcome della psicoterapia. L’obiettivo degli autori è stato quello di sviluppare un protocollo di valutazione standardizzato per i programmi di formazione in psicoterapia. Sono state sviluppate due versioni:

1. **TRIB-G:** in questa versione, l’assessment delle abilità interpersonali avviene attraverso l’osservazione dei comportamenti dei partecipanti all’interno di gruppi di discussione. Al gruppo viene presentato un filmato in cui viene rappresentato un intervento che non fa parte del training di psicoterapia offerto dell’istituto in cui i terapeuti sono in formazione. Durante la discussione, i terapeuti partecipanti vengono valutati da esperti in base ai seguenti domini: comunicazione chiara e positiva; empatia e sintonia comunicativa; rispetto e calore; gestione delle critiche; disponibilità a collaborare.
2. **TRIB-I:** consiste in un’intervista strutturata finalizzata alla valutazione delle competenze interpersonali e personali dei terapeuti, che permette di ottenere un punteggio su due dimensioni: motivazione (TRIB-I1, che include fedeltà e aderenza all’approccio teorico di appartenenza, interesse per i pazienti, esperienza) e forza personale (TRIB-I2, che comprende self-perception, qualità delle capacità comunicative, della percezione degli altri e stabilità delle relazioni personali).

Dai risultati dello studio, si evince come solamente la versione TRIB-G correli positivamente con outcome positivi della psicoterapia: i terapeuti con punteggi più elevati hanno ottenuto risultati migliori con i pazienti nel corso dei cinque anni di formazione.

Nonostante lo strumento non indagli direttamente il costrutto dell'assertività, è in grado di rilevarne alcune caratteristiche chiave attraverso i domini indagati. Sebbene lo strumento non sia ancora stato validato nel contesto italiano, i risultati ottenuti tramite l'applicazione dello strumento TRIB-G suggeriscono che il metodo di osservazione e valutazione adottato potrebbe migliorare ulteriormente la qualità della formazione in psicoterapia. I limiti del TRIB-G sono simili a quelli del FIS in termini di costi. Inoltre, entrambe le metodologie permettono di ottenere un punteggio globale di abilità interpersonali; è questo punteggio generale di abilità che viene poi messo in correlazione con gli outcome del paziente. Così facendo, non riusciamo quindi ad ottenere il peso di quale caratteristica, ad esempio comunicazione efficace piuttosto che empatia e sintonia comunicativa, possa influire maggiormente sull'esito della terapia. Infatti, sebbene le griglie di codifica del comportamento del terapeuta individuano dei domini di abilità, risulta difficile cogliere la quantità di ogni singola caratteristica attraverso l'osservazione. Tali caratteristiche risultano infatti strettamente interdipendenti e difficilmente osservabili se prese singolarmente. In questo senso potrebbero subentrare le misure *self-report*, invece, a rilevare ed individuare il peso delle singole sotto componenti, o delle singole abilità, attraverso la costruzione di scale ad hoc. In **tabella 1.1** sono sintetizzati gli strumenti analizzati.

**Tabella 1.1**

Strumenti	Autore e anno	Tipologia di strumento	Validazione italiana	Affinità con il costrutto di assertività	Limiti	Punti di forza
IIP ( <i>Inventory of Interpersonal Problems</i> )	Horowitz et al., 1988	Self-report	No	Contiene una sottoscala che indaga specificamente l'assertività	Le dimensioni misurate dall'IIP potrebbero sovrapporsi, riducendone la chiarezza interpretativa	Presenta alta consistenza interna e buona affidabilità test-retest, oltre a una sensibilità al cambiamento clinico, rendendolo utile per monitorare i progressi in psicoterapia.
IIP-64 ( <i>Inventory of Interpersonal Problems</i> )	Horowitz et al., 1988	Self-report	No	La scala " <i>Socially Inhibited/Avoidant</i> " potrebbe essere inversamente correlata all'assertività. Altri punteggi nelle sottoscale di " <i>Self-sacrificing</i> " e " <i>Intrusive</i> ", correlano negativamente con l'atteggiamento del terapeuta assertivo	Il limite dello strumento è quello di valutare misurazioni più simili ad una dimensione "di tratto"	Buone consistenza interna e affidabilità test-retest.

Tabella 1.1. Continua

IIP-32 ( <i>Inventory of Interpersonal Problems</i> )	Horowitz et al., 2000	Self-report	Si	Misura diretta dell'assertività: La sottoscale "Non assertivo" dell'IIP-32 include item come "È difficile per me essere assertivo con un'altra persona", che riflettono direttamente la difficoltà nell'esprimere assertivamente i propri bisogni.	Un'ampia proporzione della varianza spiegata del punteggio totale potrebbe essere attribuita a un fattore complessivo (dopo aver tenuto conto degli otto fattori specifici)	Rispetto alle altre versioni dell'IIP ha una maggiore applicabilità a livello clinico
SSI ( <i>Social Skills Inventory</i> )	Riggio, 1986	Self-report	Si	Alcune sottoscale ( <i>Emotional Expressivity, Social Expressivity e Social Control</i> ) sono affini al costrutto di assertività	Risulta difficilmente applicabile all'ambito clinico	Fornisce una misurazione multidimensionale delle abilità sociali
IRI ( <i>Interpersonal reactivity Index</i> )	Davis, 1980	Self-report	Si	Le sottoscale che misurano le capacità di assumere spontaneamente la prospettiva dell'altro e di identificarsi in un personaggio fittizio possono risultare utili nella valutazione dell'assertività	La "Fantasy scale" dovrebbe essere adattata ad un contesto clinico	Può essere utile nella formazione e misura la capacità di assumere la prospettiva dell'altro, aspetto importante dell'assertività
CPI ( <i>California Psychological Inventory</i> )	Gough, 1987	Self-report	No	Le scale " <i>Psychological-mindedness</i> " e " <i>Self-control</i> " possono essere utili per valutare l'assertività	Molte scale riguardano aspetti individuali non legati all'assertività	Fornisce una valutazione del funzionamento psicologico dell'individuo, evidenziando sia le sue potenzialità che le aree che potrebbero necessitare di supporto o intervento

**Tabella 1.1.** *Continua*

UOS ( <i>Universal Orientation Scale</i> )	Phillips & Ziller, 1997	Self-report	No	Potrebbe risultare utile per valutare il grado di empatia, accettazione dell'altro e non giudizio del terapeuta, qualità affini all'assertività	Non è specifica per il contesto clinico e le dimensioni esaminate non sono osservabili	Misura innovativa del non pregiudizio
DPCQC ( <i>Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire</i> )	Orlinsky & Rønnestad, 2005	Self-report	No	Alcune variabili indagate (stile interpersonale utilizzato con i pazienti; stile interpersonale nelle relazioni strette e aspetti temperamentalistici nelle relazioni strette) potrebbero darci informazioni rispetto alle modalità utilizzate dal terapeuta e se queste siano inquadrabili sul versante assertivo, passivo o aggressivo	Vi sono criticità nell'interpretazione dei risultati	Indaga un'ampia varietà di caratteristiche personali e interpersonali del terapeuta in ambito personale e lavorativo
FIS ( <i>Facilitative Interpersonal Skills</i> )	Anderson et al., 2016	Etero- valutativo	No	Non misura direttamente l'assertività, ma è uno strumento altamente correlato con questo costrutto	Permette di avere solo un punteggio globale delle abilità interpersonali e ha costi elevati in termini di tempo	Misura le abilità messe in atto in un determinato contesto
TRIB ( <i>Tridimensional Rating of Interpersonal Behavior</i> ) 2 Versioni: TRIB-G ( <i>Therapist-Related Individual Behavior - General</i> ) e TRIB - I ( <i>Therapist-Related Individual Behavior - Interactional</i> )	Schöttke et al., 2017	Etero- valutativo	No	Non la indaga direttamente, ma può rilevarne alcune caratteristiche	Permette di avere solo un punteggio globale delle abilità interpersonali e ha costi elevati in termini di tempo	Il TRIB-G correla positivamente con gli outcome della terapia.

## Discussione

Dagli strumenti proposti nel testo si evince quindi come la differenza nella misurazione dell'assertività rispecchi la differenza nelle definizioni del costrutto, se prendiamo ad esempio le definizioni date da Boisvert et al. (1985) e da Anchisi & Gambotto Dessy (2013), possiamo notare come la prima si focalizza sull'assertività come capacità di affermare i propri diritti, focalizzandosi sulla componente interpersonale e orientata al comportamento, vedendola soprattutto come mezzo per risolvere i conflitti. La seconda definizione invece si focalizza sul bilanciamento tra diritti propri e dell'altro, con un focus sugli aspetti interiori dell'assertività e non solo comunicativi. Viste le differenze tra le diverse definizioni è quindi difficile che un singolo strumento riesca a cogliere tutti gli aspetti dell'assertività.

In letteratura esistono quindi misurazioni *self-report* (che tengono in considerazione anche aspetti interiori) e misurazioni osservative in contesti di terapia simulati (che si focalizzano sugli aspetti comportamentali). Esse vengono utilizzate con due obiettivi differenti. Il primo obiettivo è valutare quanto il terapeuta aderisca alle abilità fondamentali previste dal modello teorico di riferimento, registrando in modo quantitativo le azioni legate ai concetti di esplorazione, comprensione e intervento terapeutico. Il secondo obiettivo è di cogliere le abilità interpersonali del terapeuta "in vivo", indipendentemente dal modello teorico di riferimento. In questa direzione, risultati promettenti sono ottenuti da due particolari metodologie di misurazione: il metodo FIS e il metodo TRIB-G. Entrambe le misurazioni utilizzano lo strumento della videoregistrazione, per simulare una condizione relazionale definita come difficile o problematica. Viene poi chiesto al terapeuta di rispondere "*come se*" stessero dinanzi al paziente. Le risposte vengono videoregistrate in un setting individuale nel metodo FIS, mentre vengono registrate e codificate in un setting grupale nel secondo metodo TRIB-G. Entrambe le misurazioni hanno prodotto risultati maggiormente omogenei e replicabili, rispetto agli studi che utilizzano unicamente strumenti *self-report*.

Essi hanno infatti la peculiarità di riuscire a cogliere le abilità del terapeuta "in azione" nella relazione. Entrambi i metodi sono in grado di registrare il momento in cui il terapeuta risponde alle comunicazioni del paziente, a differenza degli strumenti di auto-valutazione, che forniscono un punteggio basato sulla percezione che il terapeuta ha delle proprie abilità e sull'immagine che desidera proiettare di sé.

Tali metodi di misurazione affrontano anche la differenza importante esistente tra le abilità sociali, che comprendono un insieme più ampio di capacità utilizzate in diversi contesti sociali, e le competenze interpersonali, che si riferiscono specificamente alla capacità di stabilire e mantenere relazioni efficaci con gli altri (Wampold & Owen, 2021). Nell'ipotesi promettente in cui un set di caratteristiche del terapeuta influenzano il buon esito di terapia, il modello implica che tali competenze influenzano la relazione terapeutica, e che quest'ultima incoraggia gli individui che soffrono di disagio psicologico ad avviare il cambiamento verso un miglioramento del benessere emotivo (Anderson et al., 2016).

Inoltre, l'introduzione della dimensione "*come se*" nella valutazione ed individuazione di quali sono le abilità che correlano con un miglior outcome di terapia, permette di superare dei limiti fondamentali per il prosieguo della ricerca in tale ambito. Innanzitutto, catturare il terapeuta in azione permette di superare i limiti del response bias (Sartori, 2007) che potrebbe almeno in parte essere responsabile dei risultati più eterogenei ottenuti attraverso misurazioni *self-report*. I terapeuti potrebbero cioè iper-valutare le proprie abilità in base ad un principio di desiderabilità del "buon terapeuta".

Il fatto che un terapeuta sia empatico, che riesca cioè a comprendere il vissuto altrui ponendosi dal punto di vista dell'altro, non significa che riesca, in un setting di terapia, a comunicare efficacemente al paziente la propria empatia. La differenza di contesto, così come il differente grado di sviluppo e padronanza di una determinata abilità, potrebbero modificare il grado in cui il terapeuta riesce o meno ad agire le proprie abilità interpersonali in terapia. Gli strumenti FIS e TRIB-G catturano proprio questo livello di azione.

Un ulteriore aspetto rilevante è che una valutazione condotta in un contesto "in vivo" probabilmente incoraggia il terapeuta a impegnarsi attivamente nel compito e a dimostrare le proprie competenze interpersonali e metodologiche durante la sessione di terapia. Sebbene questo possa "snaturare" il contesto di ricerca, offrendoci delle performance che non necessariamente rispecchiano il livello medio di impegno della persona, sprona il raggiungimento di un'attenta riflessione e consapevolezza della propria presenza in terapia. La presenza di un contesto di valutazione in vivo potrebbe infatti accentuare sia abilità che difficoltà interpersonali (ad esempio, insicurezza ed ansia), favorendone una maggiore consapevolezza e un eventuale lavoro sul sé.

Per quanto riguarda l'assertività, il contesto valutativo "in vivo" sembra meglio cogliere la definizione di assertività 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, dipendenti dal contesto che si sta affrontando. È interessante notare come i punteggi più elevati dei terapeuti correlino con risultati migliori nei pazienti nel corso della terapia. Anche se lo strumento non indaga direttamente l'assertività, sembra essere in grado di rilevare alcune caratteristiche chiave attraverso i domini esaminati.

È importante considerare i limiti del TRIB-G, simili a quelli del FIS in termini di costi, e la sfida nel determinare quale caratteristica specifica possa influire maggiormente sull'esito della terapia. La correlazione tra il punteggio generale di abilità interpersonali e gli outcome del paziente è un passo importante, ma comprendere il peso di ciascuna singola caratteristica potrebbe richiedere approcci diversi, come le misure self-report.

In questo lavoro, abbiamo esaminato gli strumenti utilizzati per valutare le qualità interpersonali del "terapeuta efficace", con particolare riferimento all'assertività del terapeuta. Per quanto riguarda la valutazione delle criticità degli strumenti *self report* per indagare le caratteristiche del terapeuta, tra quelli analizzati, solo il DPCCQ e il *Social Skills Inventory* sembrano considerare tale costrutto. Tuttavia, il *Social Skills Inventory*, pur rilevante, non considera le caratteristiche del terapeuta nella sua globalità, focalizzandosi solo sulle abilità sociali e comunicative, risultando quindi incompleto e difficilmente utilizzabile in ambito clinico a causa della struttura degli item sopra descritta. Il DPCCQ, sebbene a un primo sguardo sembri più completo presenta alcune criticità, in particolare rispetto all'interpretazione dei risultati. Emerge come in alcuni dei questionari presi in considerazione vengano analizzati degli elementi che possono essere connessi al costrutto di assertività. In particolare le capacità di assumere spontaneamente la prospettiva dell'altro e di identificarsi in un personaggio fittizio misurate dall'*Interpersonal Reactivity Index - Perspective Taking*. Anche le scale del DPCCQ, relative a stile relazionale e aspetti temperamentali e stilistici nelle relazioni, potrebbero darci informazioni rispetto alle caratteristiche assertive del terapeuta, così come le scale *Emotional Expressivity*, *Social Expressivity* e *Social Control* del *Social Skills Inventory*. Tuttavia nessuno di questi strumenti sembra misurare in modo adeguato l'assertività del terapeuta.

## Limiti

Il principale limite della presente indagine è sicuramente in fatto che sia parziale, questo è in gran parte dovuto alla complessità e alla vastità dell'argomento preso in esame. Soprattutto se prendiamo in considerazione il costrutto di assertività, infatti, in letteratura attualmente non sembra esistere una definizione unanime di questo costrutto, e differenti autori che si sono proposti di esaminare l'influenza di tale variabile sulla costruzione dell'alleanza terapeutica in psicoterapia hanno, di fatto, preso in esame costrutti diversi da quello di "assertività", indagando più globalmente caratteristiche e variabili legate alla personalità, alle abilità, alle credenze e agli atteggiamenti del terapeuta.

Si sottolinea come, accanto al limite di non sistematicità dell'elaborato, ci siano altri elementi critici, in particolare il fatto che gli strumenti citati siano talvolta datati, non sempre costruiti per valutare direttamente l'assertività dello psicoterapeuta in psicoterapia e non sempre validati in italiano.

Dall'altro lato questo elaborato può essere utile per avere delle prime indicazioni su quali strumenti utilizzare per indagare alcune variabili del costrutto di assertività e su cosa focalizzarsi per sviluppare strumenti specifici per indagare questo costrutto nei terapeuti per capire quando sia necessario incrementare le loro abilità assertive.

## Conclusioni

In conclusione, gli strumenti utilizzabili per valutare le abilità comunicative interpersonali, l'assertività del terapeuta nella relazione col paziente sono carenti e non sempre focalizzati sul costrutto specifico. Ciò evidenzia la necessità di mettere a punto dei sistemi e strumenti di valutazione validi e affidabili che consentano di dare un contributo significativo alla ricerca in questo ambito, di valutare il contributo che tali abilità del terapeuta hanno sulla relazione terapeutica e sull'efficacia della terapia e, non in ultimo, implementare e allenare tali abilità nei training di formazione in psicoterapia.

Basandoci sulla revisione effettuata, potremmo suggerire la creazione di un nuovo strumento di valutazione dell'assertività del terapeuta che sia ibrido, combinando osservazioni comportamentali con misure self-report. Questo approccio potrebbe offrire una visione più completa e accurata delle abilità assertive del terapeuta, consentendo una valutazione più approfondita e dettagliata. Inoltre, potrebbe essere utile includere anche elementi di feedback da parte dei pazienti per ottenere una prospettiva più ampia e bilanciata. Lo strumento dovrebbe focalizzarsi sul valutare quelle che sono le caratteristiche principali dell'assertività: capacità di esprimere bisogni, opinioni, emozioni e obiettivi; iniziativa nelle interazioni; rispetto dei limiti e dei bisogni altrui, capacità di assumere il punto di vista dell'altro, capacità di adattare il comportamento al contesto ed efficacia nella comunicazione.

Mettere a punto strumenti adeguati e aggiornati che possano misurare in maniera valida e attendibile le abilità assertive del terapeuta in particolare nel rapporto con i pazienti permetterebbe di aiutare, da un lato, i clinici ed i professionisti della salute mentale a valutare l'impatto delle loro abilità assertive sulla costruzione del legame d'aiuto e, dall'altro, aiutare gli psicoterapeuti in formazione a valutare ed eventualmente potenziare le loro stesse abilità assertive, grazie a training specifici, al fine di garantire il miglior esito del trattamento.

## Bibliografia

- Albiero, P., Ingoglia, S., & Lo Coco, A. (2006). Contributo all'adattamento italiano dell'Interpersonal Reactivity Index di Davis. *TPM*, *13*(2), 107-125.
- Anchisi, R., & Gambotto Dessy, M. (2013). *Manuale di assertività. Teoria e pratica delle abilità relazionali: Alla scoperta di sé e degli altri*. Franco Angeli.
- 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 the therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *84*(1), 57–66. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Arrindell, W. A., Nota, L., Sanavio, E., Sica, C., & Soresi, S. (2004). *SIB. Valutazione del comportamento interpersonale e assertivo. Con protocolli*. Edizioni Erickson.
- Baggio, F. (2013). *Assertività e training assertivo: Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti*. FrancoAngeli.
- Boisvert, J. M., Beaudry, M., & Bittar, J. (1985). Assertiveness training and human communication processes. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *15*(1), 58–73. <https://doi.org/10.1007/BF00946127>
- Davis, M. (1980). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog Sel. Doc. Psychol.*, *10*.
- Davis, M. H. (1983). The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach. *Journal of Personality*, *51*(2), 167–184. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1983.tb00860.x>
- Galeazzi, A., & Porzionato, G. (1998). *Oltre la maschera: Introduzione allo Studio della Personalità*. Carocci.
- Gough, H. G. (1957). *California Psychological Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Gough, H. G. (1987). *California Psychological Inventory: Administrator's Guide*. Consulting Psychologists Press.
- 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*(3), 301–312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.023>
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, *30*(4), 417–432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- 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>
- Horowitz, L., Alden, L., Wiggins, J., & Pincus, A. (2000). Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32/ IIP-64) Psychological Corporation. London, UK.
- Lo Coco, G., Mannino, G., Salerno, L., Oieni, V., Di Fratello, C., Profita, G., & Gullo, S. (2018). The Italian Version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32): Psychometric Properties and Factor Structure in Clinical and Non-clinical Groups. *Frontiers in Psychology*, *9*, 341. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00341>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *48*(1), 4–8. <https://doi.org/10.1037/a0022180>
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (pp. xi, 325). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11157-000>
- Orlinsky, D., & Rønnestad, M. H. (2006). The psychotherapist's self-experience. *Unpublished manuscript*.
- Phillips, S. T., & Ziller, R. C. (1997). Toward a theory and measure of the nature of nonprejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, *72*(2), 420–434. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.2.420>

- Riggio, R. E. (1986). Assessment of basic social skills. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(3), 649–660. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.3.649>
- Riggio, R. E., Tucker, J., & Coffaro, D. (1989). Social skills and empathy. *Personality and Individual Differences*, 10(1), 93–99. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(89\)90184-0](https://doi.org/10.1016/0191-8869(89)90184-0)
- Riggio, R. E., Riggio, H. R., Salinas, C., & Cole, E. J. (2003). The role of social and emotional communication skills in leader emergence and effectiveness. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(2), 83–103. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.7.2.83>
- Riggio, R. E. (2014). The Social Skills Inventory (SSI): Measuring nonverbal and social skills. *The sourcebook of nonverbal measures*, 25–33.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2006). *What Works for Whom?: A Critical Review of Psychotherapy Research*. Guilford Publications.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. Creative Age Press.
- Sartori, R. (2007). Response bias e response style negli strumenti self-report. *DiPAV quaderni*. Fascicolo 20, 2007, 1000–1008.
- 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: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27(6), 642–652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>
- Smith, M. J. (1975). *When I Say No, I Feel Guilty*. Bantam Books.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*, 2nd ed (pp. x, 323). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Wampold, B. E., & Owen, J. (2021). Therapist effects: History, methods, magnitude, and characteristics of effective therapists. In *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition*, 7th ed (pp. 297–326). John Wiley & Sons, Inc.