

Giugno 2025

Volume 22, numero 1



COGNITIVISMO CLINICO

NUMERO MONOGRAFICO

L'Assertività come risorsa terapeutica: dalla formazione del terapeuta alle applicazioni cliniche

A CURA DI

Teresa Cosentino, Francesca Baggio, Anna Opera,
Roberto Pedone e Claudia Perdighe





COGNITIVISMO CLINICO

INDICE

INTRODUZIONE	
Teresa Cosentino, Francesca Baggio, Anna Opera, Roberto Pedone e Claudia Perdighe	p. 5
EDITORIALE	
Roberto Anchisi e Mia Gambotto Dessy	» 8
LE CARATTERISTICHE INTERPERSONALI E L'ASSERTIVITÀ DEL TERAPEUTA HANNO UN PESO SULL'ESITO DELLA TERAPIA? COSA DICE LA RICERCA	
Gaia Cassese, Giovanni Florio, Teresa Cosentino, Francesca Baggio, Claudia Perdighe, Ramona Fimiani	» 10
ASSERTIVITÀ E CARATTERISTICHE INTERPERSONALI DEL TERAPEUTA: COME MISURARLE? STRUMENTI DI AUTO ED ETERO-VALUTAZIONE	
Silvia Donatelli, Francesco Allegrini, Valentina Bassi, Gaia Cassese, Francesca Castellani, Sonia Ghislanzoni, Giulia Guidetti, Carolina Izzo, Benedetta Lanzoni, Giulia Marselli, Concetta Spitaleri, Teresa Cosentino, Francesca Baggio, Claudia Perdighe, Ramona Fimiani	» 23
ANALISI DELLE RELAZIONI TRA PERSONALITÀ, METACOGNIZIONE, ASSERTIVITÀ E DISTRESS PSICOLOGICO NELLE COPPIE: UN APPROCCIO ACTOR-PARTNER INTERDEPENDENCE MODEL	
Giovanni Florio, Iliaria Giordano, Luca Pistone, Assunta Pinto, Giuliana Capolongo, Eduardo Maria Schettino, Maria Rosaria Ricco, Barbara Maiese, Anna Opera, Roberto Pedone	» 40
ASSERTIVITÀ E INTIMATE PARTNER VIOLENCE: UNA REVISIONE DEI PATTERN COMUNICATIVI NELLE COPPIE ETEROSESSUALI CONFLITTUALI	
Clizia Cincidda, Giuliana Capolongo, Anna Rega, Matteo Barontini, Roberto Pedone, Teresa Cosentino	» 61
ASSERTIVITÀ SESSUALE: UNA REVISIONE SISTEMATICA SUGLI ASPETTI PSICOLOGICI, SOCIOCULTURALI E RELAZIONALI	
Iliaria Giordano, Orlando Saviello, Giovanni Florio, Emanuela Ricchezza, Anna Opera, Teresa Cosentino	» 78
ASSERTIVITÀ SESSUALE NELLE COPPIE LGBTQ: UNA REVISIONE SISTEMATICA	
Maria Rosaria Ricco, Eduardo M. Schettino, Luca Pistone, Assunta Pinto, Anna Opera	» 97
ESPLORARE LA RELAZIONE TRA ASSERTIVITÀ E USO DI SOSTANZE: UNA REVISIONE PRISMA-ScR	
Fabrizio Lamberti, Giovanni Florio, Iliaria Giordano, Anna Opera, Teresa Cosentino	» 110
UNO STUDIO ESPLORATIVO SUL DISAGIO ESPERITO NELLA MESSA IN ATTO DI COMPORTAMENTI SOCIALI ASSERTIVI E LA RELAZIONE CON ALTRE VARIABILI EMOTIVE E COMPORTAMENTALI	
Valeria Sant'Elia, Dalila De Vita, Brunella De vivo, Teresa Cosentino	» 123
RECENSIONI	» 139



INTRODUZIONE

Come mai un numero monografico dedicato all'Assertività, costruito in voga negli anni 60-70 ma ormai passato di moda, e a un protocollo, il Training Assertivo, ormai in disuso?

Non per semplice nostalgia, forse più per il gusto *vintage* di recuperare e riportare l'attenzione di noi terapeuti su un intervento che piuttosto, come un buon vino, ha acquisito e aumentato il suo valore con il tempo.

Il Training Assertivo (TA) nasce nel 1949 con Salter, che osservò come alcune persone, a causa di un'educazione repressiva, fossero incapaci di esprimere emozioni e bisogni, compromettendo le relazioni interpersonali. La sua terapia mirava a sviluppare la capacità di comunicare apertamente per favorire la realizzazione personale. Un suo allievo, Wolpe, nel 1969, approfondì queste idee introducendo il termine "assertività" e tecniche per accrescere l'autostima e una comunicazione efficace. Con l'avvento del cognitivism, il TA si è arricchito di elementi come il lavoro sulla motivazioni, credenze disfunzionali e bias cognitivi che determinano e mantengono i comportamenti anassertivi.

Nel corso di questi quasi 60 anni il Training Assertivo (TA) ha ricevuto ampio supporto scientifico per i suoi effetti positivi in vari contesti, confermandone l'efficacia. Tuttavia, in ambito clinico, le pubblicazioni sul TA sono drasticamente diminuite nel nuovo millennio, fino quasi a scomparire, probabilmente per il prevalere dei trattamenti della cosiddetta "**terza ondata**" o per la crescente adozione del **modello biomedico**, che ha favorito lo sviluppo di interventi mirati a specifici disturbi psicologici, riducendo l'interesse per approcci trasversali come il TA, oppure ancora per l'assorbimento del TA all'interno di **nuovi protocolli terapeutici**, dove, pur continuando a essere utilizzato, viene spesso integrato con altri approcci o rinominato (come accade nel modulo di "efficacia interpersonale" della DBT).

È acclarata la sua efficacia, su popolazioni cliniche e non, come intervento in grado non solo di diminuire il malessere, ma soprattutto aumentare il benessere fornendo alla persona quelle competenze relazionali che le consentono di dirigere la sua esistenza guidata dai propri valori più che dai timori.

Alla luce di questi dati, il Training Assertivo è insegnato da lungo tempo nelle nostre scuole con una doppia valenza: fornire ai terapeuti in formazione uno strumento efficace e manualizzato da proporre in terapia per favorire e aumentare il benessere dei propri clienti; accrescere e potenziare le abilità interpersonali, relazionali degli stessi futuri terapeuti sapendo che la capacità di costruire una buona relazione col paziente ha un impatto sull'efficacia della terapia stessa.

L'idea è proprio quella di favorire nei terapeuti in formazione l'implementazione e il consolidamento delle abilità assertive che poi impiegheranno nella loro relazione col paziente oltre che come strumento specifico per costruire e allenare tali abilità nei pazienti stessi.

Dalla didattica alla ricerca sul tema, come da tradizione nelle nostre scuole.

Nel 2023 nascono due filoni di interesse che hanno dato vita a project di ricerca specifici, tuttora in corso di svolgimento:

Il primo filone, portato avanti da Teresa Cosentino, Francesca Baggio, Claudia Perdighe e Ramona Fimiani, volto a indagare, attraverso un'attenta analisi della letteratura esistente e poi una ricerca sperimentale ancora in corso, il ruolo giocato dalle abilità interpersonali del terapeuta e di quelle assertive ancora più nello specifico sull'efficacia del trattamento;

il secondo invece, seguito da Teresa Cosentino, Roberto Pedone e Anna Opera, incentrato

DOI: 10.36131/COGNCL20250100

sul ruolo delle abilità assertive nel favorire il benessere e la soddisfazione esistenziale in diverse popolazioni, cliniche e non cliniche, anche in questo secondo caso con una attenta consultazione della letteratura per poi arrivare alla progettazione di una ricerca sperimentale vera e propria ancora in corso.

Questo numero monografico di *Cognitivismo clinico* nasce dal nostro desiderio di dare risalto, oltre che al tema per la sua valenza, all'impegno degli allievi e allieve delle diverse sedi della Scuola che hanno aderito ai due project in questi due anni; tutti gli articoli del numero sono infatti il prodotto di questi due project e sono stati da loro interamente scritti, con la nostra supervisione.

Il primo articolo, di Cassese e colleghi, presenta una rassegna, anche storica, sugli studi che si sono occupati dell'effetto del terapeuta in toto o di sue specifiche caratteristiche sugli esiti. Molto interessante è lo sforzo di vedere le diverse caratteristiche relazionali e interpersonali che hanno un impatto sull'esito in terapia, anche se non è affatto facile arrivare a conclusioni chiare. I terapeuti che funzionano meglio sul piano interpersonale e relazionale tendenzialmente (non c'è una relazione sempre lineare), ottengono esiti migliori. Un dato curioso riguarda il self-doubt: i terapeuti che più sono capaci di interrogarsi e riflettere sul proprio operato sembrano ottenere esiti migliori (a patto che non sia associata a una bassa autostima). Il fatto che la relazione tra caratteristiche del terapeuta ed esiti non sempre sia univoca è attribuibile in parte al fatto che parliamo di costrutti non facili da definire e in parte al fatto che forse sarebbe più agevole partire dalla domanda: quali caratteristiche relazionali e come modificarle?

L'articolo di Donatelli e colleghi ci offre una panoramica sugli strumenti riportati in letteratura per la valutazione delle abilità interpersonali del terapeuta e più nello specifico dell'assertività, auto ed etero-valutata. Gli autori descrivono nel dettaglio 11 strumenti individuati, nessuno dei quali tuttavia valuta in modo specifico e completo l'assertività del terapeuta, sebbene alcuni ne indaghino alcune dimensioni o aspetti correlati. Da qui la necessità suggerita dagli autori di sviluppare un valido strumento che misuri tale costrutto che potrebbe essere di grande utilità sia nell'ambito della formazione dei futuri terapeuti che in ambito clinico, nella terapia vera e propria.

Dalla diade terapeuta-paziente alle coppie amorose. Florio e colleghi presentano una interessante ricerca sulla relazione tra disagio nella coppia e caratteristiche di personalità, metacognizione e assertività. Lo studio evidenzia da un lato il ruolo protettivo o precipitante della presenza o assenza di abilità metacognitive e assertive, dall'altra l'importanza di interventi tesi a promuovere queste stesse abilità in psicoterapia.

Sempre in tema di coppia, l'articolo di Cincidda e colleghi si interroga sul ruolo dell'anassertività (stile passivo e aggressivo) nella genesi dei conflitti e nel favorire l'escalation di comportamenti violenti nelle coppie problematiche. La revisione della letteratura che presentano evidenzia che la carenza di abilità assertive nei due partner favorisce un contesto relazionale disfunzionale, con una maggiore vulnerabilità ai conflitti che possono culminare in episodi di violenza vera e propria. Revisione che porta a interrogarsi sull'utilità di inserire il training assertivo nelle terapie di coppia per migliorare la gestione dei conflitti da parte dei partner e ridurre gli episodi di violenza.

Oltre all'assertività della coppia in situazioni di vita quotidiana, Giordano e colleghi fanno una interessante revisione volta a indagare quanto la capacità di esprimere con chiarezza i propri bisogni e preferenze nella sfera sessuale e di ascoltare e rispettare quelli dell'altro favorisca la soddisfazione e il benessere della coppia. Ciò che emerge è che l'assertività sessuale si associa a comportamenti sicuri, maggiore soddisfazione sessuale e relazionale, benessere e a un ridotto rischio di vittimizzazione sessuale e coercizione.

Anche la revisione di Ricco e colleghi ha per tema la relazione tra assertività e benessere nella sfera sessuale, nello specifico nelle coppie LGBTQ, analizzando da un lato quali fattori influenzano

Introduzione

l'assertività e dall'altro l'esito di interventi terapeutici tesi a promuoverla. Dalla revisione il dato che emerge in modo chiaro è che l'assertività sessuale è un elemento cruciale per il benessere delle coppie LGBTQ, ma che il suo sviluppo è limitato da diversi fattori culturali e psicologici, per esempio le norme di genere tradizionali o l'omofobia interiorizzata. Interventi mirati, come l'educazione sessuale e il training assertivo possono significativamente migliorare la capacità di esprimere desideri e limiti sessuali.

Gli ultimi due articoli ci conducono, dall'effetto protettivo dell'assertività in terapia piuttosto che in tema di coppia e di sessualità, a un altro ambito quello delle dipendenze e del rischio di adozione di coping maladattati per la gestione del disagio interpersonale.

Nei programmi di prevenzione delle tossicodipendenze e dell'uso di tabacco da almeno tre decenni si dà grande importanza alla capacità di sottrarsi all'influenza dei pari e di non farsi coinvolgere in rapporti di complicità nell'uso di sostanze. Saper dire di no e assumersi il rischio di un giudizio negativo, a fronte della offerta di una sigaretta o di una canna è una competenza centrale nel non iniziare o non ricadere nell'uso di sostanze. La rassegna di Lamberti e collaboratori riporta gli studi che attestano da un lato la funzione protettiva dell'assertività, dal momento che aumenta la capacità degli individui di resistere alla pressione sociale e adottare strategie di coping più adattive, dall'altro i risultati promettenti in termini di prevenzione attraverso i training assertivi.

Il numero si conclude con uno studio pilota di Sant'Elia e colleghi, che affronta il tema dell'assertività come abilità protettive nei giovani adulti. La ricerca che presentano, in linea con gli articoli precedenti, evidenzia che il disagio sperimentato dai giovani adulti intervistati nel mettere in atto comportamenti assertivi correla con la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva e predice comportamenti di discontrollo, come l'abuso di alcol, e un generale stato di malessere psicologico. L'aspetto interessante di questo studio è che suggerisce l'importanza in un addestramento assertivo di consolidamento delle competenze interpersonali per prevenire effetti collaterali connessi al disagio del dire di no, esprimere il proprio parere e così via e più in generale subire la pressione esercitata dal gruppo dei pari.

Dunque, ci auguriamo che questo numero sia uno stimolo per riportare alla memoria di noi terapeuti uno strumento tanto potente quanto facile da implementare per migliorare le nostre abilità interpersonali e rendere più efficaci i nostri interventi oltre che quelle dei nostri clienti per aumentare il loro benessere, individuale o di coppia, e proteggerli dai rischi connessi alla mancanza di assertività. Il Training sull'assertività è molto esperienziale, prevede che il terapeuta faccia da modello da cui il paziente possa apprendere, dunque va da sé l'importanza che lo sia in primis lui stesso, per una relazione più efficace e per esiti migliori del trattamento.

Un grazie sentito a tutti gli allievi e allieve che assieme a noi si sono appassionati al tema e che continuano a portare avanti i progetti di ricerca in corso.

Buona lettura,

Teresa Cosentino, Francesca Baggio, Anna Opera, Roberto Pedone e Claudia Perdighe

Roberto Anchisi* e Mia Gambotto Dessy**

* Direttore scientifico di ASCCO, Accademia di Scienze Comportamentali e Cognitive di Parma

** Responsabile dell'Istituto di Scienza del Comportamento di Torino

Corrispondenza

Roberto Anchisi

E-mail: roberto.anchisi@gmail.com

Volentieri abbiamo accolto l'invito di Teresa Cosentino e Francesca Baggio a condividere il tema dei lavori presentati in questo numero della rivista *Cognitivism Clinico*, perché sin dagli anni '70 ci siamo interessati alle potenzialità che la teoria e la pratica dell'assertività rappresentavano in ambito clinico e della formazione.

Nel 1978 esce quello che crediamo sia stato il primo lavoro pubblicato in Italia sul ruolo dell'assertività nel trattamento di disturbi quali la depressione e il doc: "La tecnica implosivo-assertiva nel trattamento della depressione". Si trattava di un capitolo del volume "Le nevrosi apprese" curato da Ezio Sanavio, con prefazione di H.J.Eysenck e pubblicato da FrancoAngeli.

L'assertività veniva presentata come una pratica spesso risolutiva dei casi di depressione ad eziologia complessa "proprio perché articolata in modo da comprendere procedure sia di ristrutturazione delle contingenze di rinforzo sia di contro-condizionamento delle risposte di evitamento, sostituite da altre realisticamente adattive".

Il tema dell'assertività come forma di terapia veniva poi ripreso in un articolo per la rivista di Psicologia Sociale di Angiola Massucco-Costa: "L'assertive training: terapia a largo spettro" (Anchisi e Gambotto Dessy, *Psicologia e Società*, 1-2, 1983, 85-86). L'articolo così presentava l'assertività: "Nell'ambito delle terapie di gruppo il training assertivo si distingue per le sue caratteristiche di trattamento a largo spettro, poiché agisce sia sugli aspetti alterati del comportamento individuale sia sulle conseguenze che un tale comportamento determina nell'ambiente sociale circostante".

Nel 1989 esce il "Manuale per il training assertivo: Immagine di sé e comunicazione efficace" (Anchisi e Gambotto Dessy, Edizioni Libreria Cortina di Torino). Il sottotitolo indicava gli aspetti salienti del costrutto dell'assertività, neologismo tratto dall'inglese e introdotto da noi in Italia, mentre altri parlavano piuttosto di affermatività.

È importante legare l'ambito dell'assertività a quello della comunicazione efficace, perché l'espressione dei sentimenti in ordine alla realizzazione personale e alla soluzione dei conflitti richiede di conoscere "le parole per dirlo".

Di qui l'ispirazione del nostro secondo volume sull'assertività: "Non solo comunicare: Teoria e pratica del comportamento assertivo" (1992), frutto dell'esperienza maturata in centinaia di corsi sulla comunicazione e sull'assertività, da noi progettati e tenuti in ambito scolastico, aziendale e sanitario.

Infine, nel "Manuale di assertività. Teoria e pratica delle abilità relazionali: alla scoperta di sé e degli altri" (2013) l'assertività viene presentata come elemento essenziale delle terapie di *terza generazione*, basate sulla *Relational Frame Theory* (RFT), direttamente connessa con il processo

DOI: 10.36131/COGNCL20250101

definito dall'ACT "Sé come contesto".

Gli articoli proposti dagli Autori di questo numero della rivista *Cognitivismo Clinico* sottolineano l'importanza per il terapeuta dell'empatia e dell'assertività, perché i due processi stanno insieme: essere assertivi significa infatti riconoscere l'altro come Persona, come canta anche Marco Mengoni in una sua canzone: "Siamo esseri umani, con il coraggio di essere umani!".

Per utilizzare l'empatia il terapeuta deve essere in grado di affrontare le richieste che gli vengono rivolte dal cliente: invece di fare domande inutili, deve "buttarsi in acqua per aiutare il cliente ad uscire dalle acque minacciose che rischiano di farlo affogare". E come la metafora dell'acqua suggerisce, per salvare il naufrago il terapeuta deve "saper nuotare", deve avere quelle conoscenze e quelle abilità che, trasferite al cliente, consentono a entrambi di "uscir fuor del pelago alla riva" (*Divina Commedia, Inferno I*) (Anchisi e Gambotto Dessy, *Il colloquio clinico*, Firenze, Hogrefe, 2017).

Con l'assertività il terapeuta si mostra come modello per il cliente. perché l'assertività riguarda non solo la teoria e la pratica delle abilità relazionali, ma tutto ciò che attiene al valore dell'essere umano in quanto Persona: emozioni, sentimenti, diritti e immagine di sé.

Essere assertivi non significa affermare se stessi, ma agire secondo il principio di reciprocità, nel rispetto di sé e degli altri. La portata di questo principio è compiutamente espressa dall'imperativo categorico di Immanuel Kant (1788): "Agisci sempre in modo che la tua azione possa essere regola per il comportamento di ogni persona in ogni tempo e in ogni luogo".

Pertanto riteniamo che la scelta dei temi trattati negli articoli seguenti sia molto oculata e attualissima, come suggeriscono i titoli che portano a riflettere sull'importanza di un'educazione assertiva nell'ambito dei rapporti di coppia, della sessualità e delle dipendenze.

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 terapeuti con buone modalità di comunicazione aderirono tre pazienti su quattro, a differenza dei terapeuti 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 terapeuti 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 terapeuti 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 terapeuti facilitano risultati migliori per i pazienti rispetto ad altri terapeuti. 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 terapeuti.

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, 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; Delgado et al., 2020) e fattori di personalità come nevroticismo, gradevolezza e apertura (Heinonen et al., 2013, 2017; Delgado et al., 2020).

3. Risultati

I risultati ottenuti dagli studi si presentano fin da subito eterogenei e apparentemente contraddittori. Innanzitutto, sebbene gli studi sembrano 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 intermedio 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 cognitivo 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 Heinonen 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

Le caratteristiche interpersonali e l'assertività del terapeuta hanno un peso sull'esito della terapia?

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 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., Hoglend, 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., & Villaseño, 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/tep0000045>
- Johns, R. G., Barkham, M., Kelleth, 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., Høglend, 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., Kelleth, 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., & Saliani, A. M. (2007, 19-21 ottobre). *Scopi disfunzionali e modulazione della relazione terapeutica*. Congresso Internazionale "Personalità e relazione: Un gioco polifonico tra le

- parti".
- Ranjbarkohn, 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>

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

Silvia Donatelli¹, Francesco Allegrini³, Valentina Bassi¹, Gaia Cassese³, Francesca Castellani²,
Sonia Ghislanzoni¹, Giulia Guidetti², Carolina Izzo^{3,6}, Benedetta Lanzoni², Giulia Marselli^{3,4},
Concetta Spitaleri⁵, Teresa Cosentino³, Francesca Baggio^{1,2},
Claudia Perdighe, Ramona Fimiani^{3,7}

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva – SPC Verona

² Associazione di Psicoterapia Cognitiva – APC Verona

³ Scuola di Psicoterapia Cognitiva – SPC Roma

⁴ Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute – La Sapienza, Università di Roma

⁵ Scuola di Psicoterapia Cognitiva – IGB Palermo

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

⁷ 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

© Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

23

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 perchè valutati non pertinenti al tema della presente ricerca o poichè 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; *Self-sacrificing/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 "*Self-sacrificing*" 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 ω_{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), *Indipendence* (In), *Achievement via confortmance* (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 indaghi 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>Selfsacrificing</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
DPCCQ (<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 temperamentalmente stilistici nelle relazioni strette) potrebbero darci informazioni rispetto alle modalità utilizzate dal terapeuta e se queste siano inquadabili 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 costruito 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 costruito. 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 costruito 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 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>

Assertività e caratteristiche interpersonali del terapeuta: come misurarle?

- 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.

ANALISI DELLE RELAZIONI TRA PERSONALITÀ, METACOGNIZIONE,
ASSERTIVITÀ E DISTRESS PSICOLOGICO NELLE COPPIE: UN APPROCCIO
ACTOR-PARTNER INTERDEPENDENCE MODEL

Giovanni Florio*, Ilaria Giordano*, Luca Pistone*, Assunta Pinto*, Giuliana Capolongo*,
Eduardo Maria Schettino*, Maria Rosaria Ricco*, Barbara Maiese*, Anna Opera*,
Roberto Pedone*^o

*Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) - sede di Napoli

^oDipartimento di Psicologia - Università della Campania "Luigi Vanvitelli"

Corrispondenza

Giovanni Florio

E-mail: giovannifloriodr@gmail.com

Riassunto

La metacognizione e l'assertività sono risorse fondamentali per il benessere relazionale, ma il loro ruolo congiunto in relazione ai tratti di personalità disfunzionali è poco esplorato. Questo studio ha esaminato tali associazioni in 58 coppie eterosessuali (N = 116) utilizzando il modello Actor-Partner Interdependence Model (APIM). I partecipanti hanno completato il PID-5-FBF, la MSAS, la MBRS, un questionario sull'assertività e il BSI-18. Sono stati stimati cinque modelli SEM separati, uno per ciascun dominio del PID-5, utilizzando stima robusta (MLR). I risultati hanno mostrato effetti actor robusti: affettività negativa, distacco, disinibizione e psicoticismo predicono una minore metacognizione e maggiore disagio psicologico. L'assertività si è mostrata moderatamente sensibile ai tratti disfunzionali, con effetti negativi rilevanti per affettività negativa, disinibizione e psicoticismo, ma anche un'associazione positiva con l'antagonismo maschile. Alcuni effetti partner sono emersi in modo selettivo: l'antagonismo del partner maschile ha influenzato negativamente la metacognizione della partner femminile. La metacognizione ha mostrato un ruolo parzialmente mediatore tra tratti patologici e distress. La comunicazione assertiva, in particolare nei conflitti, si associa a minori livelli di distacco emotivo e migliore regolazione relazionale. Gli indici di adattamento dei modelli APIM sono risultati variabili, con i migliori valori per il dominio del distacco. I risultati confermano l'interdipendenza delle variabili psicologiche nelle coppie e suggeriscono l'utilità di promuovere competenze metacognitive e assertive in ambito clinico, soprattutto in presenza di tratti di personalità disfunzionali. Limiti principali includono il disegno trasversale e la dimensione campionaria, che invitano a cautela nell'inferenza causale e indicano la necessità di future repliche longitudinali.

Parole chiave: metacognizione, assertività, tratti di personalità patologici, disagio psicologico, coppie intime, modello di interdipendenza actor-partner, APIM

DOI: 10.36131/COGNCL20250104

RICEVUTO IL 1 APRILE 2025, ACCETTATO IL 9 GIUGNO 2025

ANALYZING THE RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONALITY, METACOGNITION, ASSERTIVENESS, AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN COUPLES: AN ACTOR-PARTNER INTERDEPENDENCE MODEL APPROACH

Abstract

Metacognition and assertiveness are essential psychological resources for relational well-being, yet their joint role in relation to dysfunctional personality traits remains underexplored. This study examined these associations in 58 heterosexual couples (N = 116) using the Actor-Partner Interdependence Model (APIM). Participants completed the PID-5-FBF, the Metacognition Self-Assessment Scale (MSAS), the Metacognition Brief Rating Scale (MBRS), an assertiveness questionnaire, and the Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18). Five separate SEM models were estimated, one for each PID-5 domain, using robust maximum likelihood estimation (MLR). Results showed strong actor effects: negative affectivity, detachment, disinhibition, and psychoticism predicted lower metacognition and greater psychological distress. Assertiveness was moderately affected by maladaptive traits, with significant negative effects for negative affectivity, disinhibition, and psychoticism, and a positive association with male antagonism. Selective partner effects emerged: male antagonism negatively influenced female partners' metacognitive functioning. Metacognition partially mediated the relationship between personality traits and distress. Assertive communication, particularly in conflict situations, was associated with lower emotional detachment and better relational regulation. Model fit indices for the APIMs were variable, with the best fit observed for the detachment domain. These findings confirm the interdependence of psychological variables within couples and support the clinical value of enhancing metacognitive and assertive skills, especially in the presence of dysfunctional personality traits. Main limitations include the cross-sectional design and limited sample size, which warrant caution in causal interpretation and highlight the need for future longitudinal replication.

Key words: metacognition, assertiveness, pathological personality traits, psychological distress, intimate couples, actor-partner interdependence model, APIM

Introduzione

Assertività nelle relazioni intime

L'assertività è una competenza comunicativa essenziale nelle relazioni interpersonali e per il benessere psicologico. Consente di esprimere pensieri, emozioni e bisogni in modo chiaro, diretto e rispettoso, evitando sia atteggiamenti passivi che comportamenti aggressivi. Oltre a essere una modalità espressiva, incide sulla regolazione emotiva, sulla gestione dei conflitti e sulla qualità delle relazioni sociali (Alberti & Emons, 1970). Negli ultimi decenni, il costrutto è stato oggetto di ampio interesse teorico ed empirico, con evidenze del suo impatto positivo in vari ambiti della vita, incluse le relazioni di coppia (Eisler et al., 1974; Sánchez Fuentes et al., 2014; Mallory, 2022).

L'assertività, infatti, non è solo una competenza individuale, ma ha importanti ricadute sulle dinamiche relazionali. Una comunicazione assertiva consente di esprimere i propri bisogni senza timore del rifiuto, favorendo fiducia e rispetto reciproco (Moss et al., 2021). La sua assenza può generare squilibri relazionali: un partner può evitare l'espressione dei propri bisogni per timore del conflitto, mentre l'altro può assumere un atteggiamento dominante, alimentando insoddisfazione e distanza emotiva. Al contrario, quando entrambi adottano uno stile assertivo, si favorisce un ambiente relazionale basato su apertura, rispetto e chiarezza comunicativa,

migliorando la gestione dei conflitti e prevenendo dinamiche disfunzionali (Johnson et al., 2022; Mallory, 2022).

In ambito di coppia, l'assertività si rivela fondamentale anche nelle aree più sensibili della relazione, come la sessualità. La capacità di comunicare in modo chiaro e rispettoso i propri desideri, limiti e preferenze sessuali promuove una maggiore soddisfazione e intimità, contribuendo alla prevenzione di frustrazioni, incomprensioni e disagio (Sánchez Fuentes et al., 2014; Sayyadi et al., 2019). Studi recenti mostrano che coppie con elevati livelli di assertività comunicativa riportano una migliore qualità coniugale, maggiore soddisfazione sessuale e minori livelli di conflittualità (Mallory, 2022; Askari et al., 2012).

La letteratura sottolinea il ruolo centrale dell'assertività nella risoluzione dei conflitti, evitando comportamenti aggressivi o manipolativi. L'interesse scientifico per questo costrutto risale al XX secolo, con i primi studi che ne hanno esplorato significato e implicazioni cliniche. Andrew Salter (1949) fu tra i primi a sottolinearne l'importanza per il benessere psicologico. Successivamente, Joseph Wolpe (1958) introdusse il termine "anassertività", riferendosi alla difficoltà di esprimere bisogni a causa dell'ansia sociale.

Negli anni '70, Libet e Lewinsohn (1973) definirono l'assertività come una competenza sociale specifica, osservabile e misurabile, aprendo la strada a strumenti di valutazione validati e a programmi di training. Manuel J. Smith (1975), nel suo testo *When I Say No, I Feel Guilty*, introdusse il concetto di "diritti assertivi", sottolineando il diritto individuale di esprimere bisogni senza colpa. Goldstein e Pentz (1984) svilupparono strategie di potenziamento assertivo attraverso il *Social Skills Training*, mentre Galeazzi (1994) ne propose una visione multidimensionale, articolata in sei componenti: assertività positiva, assertività negativa, difesa dei propri diritti, assertività d'iniziativa, assertività sociale e direttività. Le ricerche successive hanno consolidato il concetto di comunicazione assertiva, evidenziandone i benefici nelle relazioni quotidiane e intime: essa migliora la gestione dello stress, l'autostima e la soddisfazione relationale (Anchisi & Gambotto Dessy, 2013). È stata rilevata una correlazione positiva tra assertività e benessere psicologico: chi possiede buone abilità assertive mostra maggiore autostima, minore vulnerabilità allo stress e una regolazione emotiva più efficace (Eslami et al., 2016). Comunicare in modo chiaro e deciso rafforza il senso di autoefficacia e riduce ansia e insoddisfazione (Eisler et al., 1974; Sayyadi et al., 2019). Al contrario, la carenza di assertività è stata associata a diverse espressioni psicopatologiche. L'ansia sociale, ad esempio, può derivare dalla paura di esprimere opinioni per timore del giudizio (Gordon & Waldo, 1984), mentre uno stile passivo è legato a sentimenti di impotenza e bassa autostima, fattori predisponenti alla depressione (Twenge & Campbell, 2002). L'assertività si conferma quindi una competenza chiave per la qualità delle relazioni e il benessere psicologico. La sua integrazione nei programmi terapeutici e nei percorsi di crescita personale, in particolare nella terapia cognitivo-comportamentale, può ridurre il disagio, migliorare la comunicazione e incrementare la qualità della vita (Goldstein & Pentz, 1984; Manesh et al., 2015). Promuoverla significa potenziare l'autoregolazione emotiva, la qualità delle relazioni e il benessere complessivo. Le evidenze indicano che un miglioramento di questa competenza porta a maggiore soddisfazione personale e relazionale, rendendola una risorsa centrale per l'equilibrio individuale e di coppia (Goldstein & Pentz, 1984; Mallory, 2022). In ambito relazionale, l'assertività consente una comunicazione efficace e rispettosa, favorendo l'equilibrio tra espressione dei bisogni e rispetto di quelli altrui. Essa previene fraintendimenti, riduce i conflitti e promuove legami basati sulla fiducia, evitando dinamiche disfunzionali come dipendenza, sottomissione o aggressività (Sayyadi et al., 2019). Un ambito particolarmente sensibile alle abilità comunicative assertive è quello della sessualità

di coppia. Una recente metanalisi condotta da Mallory (2022), che ha incluso 93 studi per un totale di 38.499 partecipanti, ha evidenziato che una comunicazione sessuale aperta, frequente e di buona qualità è significativamente associata sia alla soddisfazione relazionale ($r=.37$) che a quella sessuale ($r=.43$). Tra le dimensioni esaminate, è emersa in particolare l'importanza della qualità della comunicazione sessuale — intesa come apertura, sicurezza, affetto e soddisfazione nelle conversazioni sul sesso — la quale ha mostrato l'effetto più forte rispetto a frequenza e self-disclosure. Inoltre, l'associazione tra comunicazione sessuale e soddisfazione relazionale si è rivelata più marcata nelle coppie sposate e in contesti culturali caratterizzati da maggiore individualismo e minore disuguaglianza di genere. Questi risultati suggeriscono che promuovere un dialogo assertivo anche nella sfera sessuale rappresenta un fattore protettivo e migliorativo della qualità relazionale e del benessere psicologico nella coppia. Dal punto di vista psicologico, l'assertività rappresenta un fattore protettivo contro il disagio emotivo. La capacità di esprimere emozioni e limiti senza timore rafforza l'autostima e l'auto-efficacia, prevenendo stress, frustrazione e risentimento. Aiuta inoltre nella gestione delle difficoltà relazionali, riducendo ansia, somatizzazioni e comportamenti evitanti. Secondo la teoria dell'attaccamento, facilita la costruzione di legami sicuri, in cui i partner comunicano aspettative e bisogni senza ansia o evitamento, promuovendo stabilità emotiva e benessere condiviso (Askari et al., 2012; Mallory, 2022).

Metacognizione e regolazione emotiva nelle dinamiche di coppia

Secondo la concettualizzazione proposta nell'ambito della Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI; Carcione et al., 2016; Dimaggio et al., 2008; Semerari & Dimaggio, 2004), la metacognizione rappresenta la capacità dell'individuo di riflettere sui propri stati mentali e su quelli altrui, riconoscendo emozioni, pensieri, desideri e intenzioni. Nel modello della TMI, essa è concepita come un insieme articolato di funzioni e sottofunzioni psicologiche che consentono di comprendere e rappresentare l'esperienza soggettiva e regolare in modo adattivo il comportamento sociale.

La funzione di monitoraggio consiste nel riconoscere e definire i propri stati mentali, identificando pensieri, emozioni, desideri, motivazioni e intenzioni in modo distinto. Questa capacità implica l'etichettatura e la verbalizzazione dei contenuti interni, rendendo possibile una rappresentazione chiara e articolata del vissuto. Accanto a questa abilità, l'integrazione consente di organizzare tali stati mentali in una narrazione coerente e significativa nel tempo, permettendo di riconoscere eventuali contraddizioni interne, individuare pattern nei cambiamenti psicologici e costruire una rappresentazione stabile e continuativa del sé.

Fondamentale per lo sviluppo di tali competenze è il riconoscimento che la propria mente è distinta da quella altrui, ciascuna dotata di contenuti e intenzionalità autonome. Questa consapevolezza costituisce un prerequisito essenziale per il funzionamento metacognitivo e risulta spesso compromessa in presenza di psicopatologia.

Il funzionamento metacognitivo include anche la capacità di comprendere la mente degli altri. Questa competenza si manifesta nella possibilità di attribuire stati mentali altrui, basandosi su segnali comportamentali e comunicativi. Il decentramento, elemento cardine di tale processo, permette di adottare una prospettiva esterna al proprio punto di vista, favorendo un atteggiamento empatico e la costruzione di relazioni interpersonali rispettose e bilanciate.

Un ulteriore componente della metacognizione è la mastery, ovvero l'impiego delle conoscenze psicologiche su di sé e sugli altri per affrontare i problemi, gestire le emozioni

e sviluppare strategie adattive. Nei livelli più semplici, la mastery si esprime attraverso comportamenti regolativi immediati, come l'evitamento o la ricerca di supporto. Con lo sviluppo metacognitivo, tali strategie si evolvono fino a comprendere l'inibizione di reazioni impulsive, la modulazione volontaria dell'attivazione emotiva, l'elaborazione critica di credenze disfunzionali e l'accettazione consapevole dei propri limiti.

Quando una o più di queste funzioni risultano compromesse, possono emergere difficoltà nelle relazioni interpersonali, con un incremento della vulnerabilità a conflitti, fraintendimenti e disagio emotivo (Carcione et al., 2016; Dimaggio et al., 2013). In particolare, la metacognizione gioca un ruolo cruciale nella promozione dell'empatia: riconoscere l'autonomia mentale degli altri facilita una comunicazione più efficace e relazioni più autentiche. Viceversa, una metacognizione disfunzionale può condurre a interpretazioni distorte delle intenzioni altrui, alimentando escalation conflittuali.

La regolazione emotiva, intimamente connessa alla metacognizione, si basa sulla capacità di riconoscere e comprendere le proprie emozioni, riflettere sulle loro origini e cogliere le relazioni tra variabili interne ed esterne. Una compromissione in questo ambito si traduce spesso in reazioni impulsive o disorganizzate, ostacolando la gestione efficace delle relazioni.

L'impatto della metacognizione si estende anche all'ambito dell'assertività. Una metacognizione ben sviluppata consente di riconoscere i propri bisogni, comprendere quelli altrui e modulare il comportamento in modo diretto, efficace e rispettoso. Consapevolezza di sé, empatia e regolazione emotiva rappresentano i processi metacognitivi fondamentali che sostengono una comunicazione assertiva. Al contrario, i deficit in queste aree possono portare a difficoltà nell'espressione dei propri stati interni, con l'adozione di stili comunicativi passivi o aggressivi. In condizioni come l'ansia sociale, la carenza di consapevolezza interna e la difficoltà nel decentramento ostacolano la comunicazione assertiva, favorendo l'evitamento e la sottomissione (Sharp & Fonagy, 2015). Studi recenti (Preiss, 2022) indicano che un buon funzionamento metacognitivo favorisce flessibilità, sicurezza e coerenza nelle interazioni complesse, mentre una regolazione emotiva compromessa si associa a comportamenti oscillanti tra aggressività e passività, con ricadute negative sulle relazioni.

In conclusione, la metacognizione rappresenta una dimensione essenziale per l'autoconsapevolezza, la gestione emotiva e la qualità delle relazioni interpersonali. Il suo potenziamento, attraverso interventi psicoterapeutici mirati, appare centrale per promuovere il benessere individuale e relazionale.

Tratti di personalità e dinamiche relazionali

L'assertività è fortemente legata alla personalità: Bagherian e Mojamari (2016) hanno studiato il rapporto tra Big Five e assertività su 430 partecipanti, trovando che:

- Nevroticismo: correla negativamente con l'assertività, ostacolando una comunicazione efficace.
- Estroversione e coscienziosità: favoriscono l'assertività, facilitando interazioni chiare e sicure.
- Apertura all'esperienza e amicalità: non mostrano correlazioni significative con l'assertività.

Persone emotivamente stabili, estroverse e coscienziose tendono dunque ad essere più assertive, mentre individui più ansiosi potrebbero beneficiare di specifici training assertivi.

Lo studio di Bagherian e Mojambari (2016) chiarisce ulteriormente il ruolo dei tratti di personalità nell'assertività e nelle interazioni sociali. In definitiva, la compatibilità tra i tratti di personalità dei partner, insieme alla capacità di adattamento e alla comunicazione efficace, rappresenta un elemento chiave per la soddisfazione coniugale e la durata della relazione. Studi e meta-analisi confermano che l'equilibrio tra le caratteristiche personali e la capacità di affrontare le sfide insieme può influenzare non solo la felicità individuale, ma anche la stabilità e la qualità del rapporto di coppia (Sayehmiri et al., 2020). Numerose ricerche hanno dimostrato che la metacognizione gioca un ruolo chiave nella relazione tra tratti di personalità e disagio psicologico, suggerendo che una sua compromissione possa contribuire alla vulnerabilità ai disturbi della personalità e alla compromissione del funzionamento individuale. In particolare, tratti come il nevroticismo, la scarsa cooperatività o l'impulsività sono stati associati a difficoltà nel riconoscere e regolare i propri stati mentali (Dimaggio et al., 2004). Sebbene questa relazione sia spesso considerata unidirezionale – con i tratti che influenzano il funzionamento metacognitivo – alcuni autori suggeriscono una possibile bidirezionalità, ipotizzando che malfunzionamenti delle capacità metacognitive possano contribuire al mantenimento di schemi rigidi e tratti disfunzionali nel tempo. Studi recenti hanno evidenziato che i tratti di personalità disadattivi sono associati a malfunzionamento dei processi metacognitivi, i quali a loro volta predicono livelli più elevati di disagio psicologico (Pedone et al., 2021). Secondo il Modello Metacognitivo Multifunzionale (MMFM) proposto da Semerari et al. (2003), una ridotta capacità metacognitiva è un fattore comune alla maggior parte dei disturbi di personalità e può spiegare il livello di compromissione funzionale degli individui con tratti disadattivi. Ad esempio, individui con alti livelli di nevroticismo tendono a mostrare una scarsa regolazione emotiva, spesso accompagnata da difficoltà nel monitoraggio e nella comprensione dei propri stati interni, il che li rende più vulnerabili a disturbi d'ansia e depressivi (Pedone et al., 2021). Allo stesso modo, persone con bassi livelli di coscienziosità possono faticare nell'autoregolazione e nel pianificare strategie adattive di coping, aumentando il rischio di disagio psicologico. Inoltre, studi sulla psicopatologia della personalità evidenziano che una ridotta capacità di mentalizzazione è strettamente correlata alla gravità dei disturbi di personalità, indipendentemente dalla categoria diagnostica (Semerari et al., 2004). La narrativa clinica sui disturbi di personalità nei rapporti interpersonali conferma che una scarsa metacognizione è implicata nei conflitti di coppia e nella difficoltà di mantenere relazioni stabili e soddisfacenti (Kasalova et al., 2018). In tale contesto interventi basati sul potenziamento delle abilità metacognitive, come la terapia metacognitiva-interpersonale (MIT), si sono dimostrati efficaci nel migliorare la regolazione emotiva e la qualità delle relazioni sociali nei pazienti con disturbi di personalità (Carcione et al., 2019).

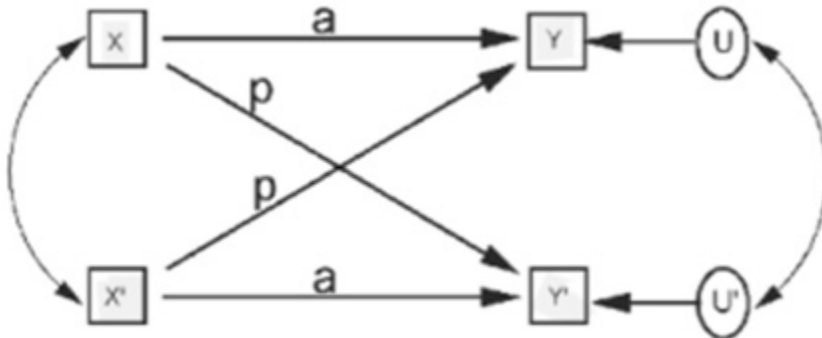
Lo studio

Questo studio ha esaminato le relazioni tra i tratti di personalità patologica, le capacità metacognitive, l'assertività e il distress psicologico nelle coppie eterosessuali utilizzando l'Actor-Partner Interdependence Model (APIM; Cook & Kenny, 2005). L'APIM è progettato per analizzare l'interdipendenza nelle relazioni interpersonali, ossia quando le emozioni, cognizioni o comportamenti di un partner influenzano quelli dell'altro (Kelley & Thibaut, 1978). Questa interdipendenza genera non-indipendenza delle osservazioni, rendendo i dati dei due partner correlati. Le comuni analisi statistiche (es. ANOVA, regressione) assumono indipendenza tra osservazioni e, se applicate a dati non indipendenti, producono risultati distorti; pertanto, è necessario considerare la diade come unità di analisi (Kenny, 1995; Kenny & Judd, 1996; Kenny

et al., 2006).

L'APIM, sviluppato per questo scopo, integra una visione concettuale dell'interdipendenza con tecniche statistiche adeguate per misurarla (Kenny, 1995; Kenny et al., 2006). È ampiamente utilizzato nelle scienze sociali, ad esempio in studi su: emozione (Butler et al., 2003), salute (Butterfield, 2001), attività ricreative (Berg et al., 2001), competenza comunicativa (Lakey & Canary, 2002), personalità (Robins, Caspi, & Moffitt, 2000) e stili di attaccamento (Campbell et al., 2005). Inoltre, è stato raccomandato per lo studio di famiglie (Rayens & Svavarsdottir, 2003), relazioni strette (Campbell & Kashy, 2002) e come quadro teorico per valutare gli esiti della terapia di coppia (Cook & Kenny, 2005). Nel modello APIM, due sono gli effetti principali: l'effetto actor, che misura quanto l'esito di una persona è predetto dalle proprie caratteristiche precedenti, e l'effetto partner, che indica quanto l'esito di una persona è influenzato dalle caratteristiche dell'altro membro della diade (Cook & Kenny, 2005). Gli effetti actor riflettono la stabilità intraindividuale, mentre gli effetti partner rappresentano un'influenza interpersonale e, in quanto tali, sono intrinsecamente diadici. Entrambi sono stimati controllando statisticamente l'uno per l'altro, insieme alla correlazione tra le variabili indipendenti (X e X') e tra i residui (U e U'), che cattura fonti aggiuntive di non-indipendenza. La bidirezionalità è supportata solo se entrambi gli effetti partner risultano significativi (Cook & Kenny, 2005). Nel presente studio, l'effetto actor è stato interpretato come l'influenza che le caratteristiche individuali (es. tratti di personalità, metacognizione, assertività) esercitano sul proprio distress psicologico. L'effetto partner, invece, è stato considerato come l'influenza che tali caratteristiche esercitano sul distress psicologico del partner. Questo approccio ha permesso di analizzare l'interdipendenza tra i membri della coppia, evidenziando come i fattori individuali possano avere un impatto non solo su sé stessi ma anche sull'altro, in linea con il modello teorico adottato.

Figura 1. Modello di interdipendenza attore-partner (APIM) adattato. X = metacognizione del partner A; X' = metacognizione del partner B; Y = assertività del partner A; Y' = assertività del partner B; U e U' = varianza residua delle variabili di outcome. Le frecce semplici rappresentano effetti predittivi: a indica gli effetti actor, p indica gli effetti partner. Le frecce doppie indicano correlazioni tra variabili indipendenti (X - X') e tra residui (U - U'). Il modello consente di stimare l'effetto della propria metacognizione e di quella del partner sull'assertività, mantenendo la non-indipendenza delle osservazioni all'interno della diade (Cook & Kenny, 2005)



Ipotesi basate sul modello APIM

- Si ipotizza un effetto actor, per cui livelli più elevati di metacognizione in un individuo sono associati a una maggiore assertività riferita da quello stesso individuo.
- Si ipotizza un effetto partner, secondo cui livelli più elevati di metacognizione nel partner sono associati a una maggiore assertività percepita dall'altro membro della coppia.
- Si ipotizza che i tratti di personalità patologici siano associati a un maggiore distress psicologico e che tale associazione sia mediata, almeno in parte, dalle capacità metacognitive e dall'assertività, con la possibilità di effetti differenziati nei due membri della diade.

Ipotesi principali

H1: I tratti di personalità patologica sono positivamente associati al distress psicologico (effetto diretto).

H2: La metacognizione e l'assertività mediano la relazione tra i tratti di personalità e il distress psicologico.

H3: Esistono significativi effetti partner, evidenziando l'interdipendenza nelle coppie.

Metodo

Partecipanti e procedura

Lo studio è stato condotto dagli allievi iscritti al secondo anno della Scuola di Psicoterapia Cognitiva, sede di Napoli (SPC - Napoli). Tutti gli studenti coinvolti nella ricerca sono stati preventivamente formati alla somministrazione delle scale e dei questionari previsti dallo studio. Il campione era composto da 116 individui, organizzati in 58 coppie eterosessuali, residenti in aree urbane e suburbane di Napoli e Salerno. La partecipazione è avvenuta su base volontaria, previa una dettagliata descrizione dello studio, nel rispetto dei principi etici delineati negli Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct (American Psychological Association, 2016). Tutti i partecipanti hanno fornito il proprio consenso informato. Per essere inclusi nello studio, i partecipanti dovevano necessariamente intrattenere una relazione sentimentale eterosessuale. Sono stati esclusi coloro che hanno riferito una storia di diagnosi psichiatrica, trattamento psicologico o psichiatrico, gravi lesioni cerebrali e/o disturbi correlati all'uso di sostanze. Inoltre, nessun partecipante stava assumendo farmaci psicotropi al momento dello studio, né nei trenta giorni precedenti la raccolta dati. Tutti i soggetti erano bianchi e di nazionalità italiana. L'età media del campione era di 33,30 anni (DS = 9,55). Per quanto riguarda lo stato civile, 73 individui (62,9%) erano celibi/nubili, 40 (34,5%) coniugati, 1 (0,9%) divorziato e 2 (1,7%) vedovi. Per quanto riguarda il livello di istruzione, 10 individui (8,6%) avevano conseguito la licenza media, 40 (34,5%) un diploma di scuola superiore e 66 (56,9%) una laurea. Ai partecipanti è stato chiesto di fornire informazioni relative a tre dimensioni della relazione di coppia: il grado di conoscenza del partner, la frequenza dei contatti e il tempo di conoscenza reciproca. In particolare, il grado di conoscenza è stato misurato su una scala da 0 a 10, valutando la percezione individuale della familiarità con il partner; la frequenza dei contatti è stata rilevata attraverso quattro categorie (giornaliera, settimanale, mensile, annuale); infine, il tempo di conoscenza reciproca è stato espresso in mesi. Queste misure possono essere classificate

come variabili di coppia: il grado di conoscenza rappresenta una variabile soggettiva, in quanto riflette una valutazione personale della relazione, mentre la frequenza dei contatti e il tempo di conoscenza costituiscono variabili oggettive, poiché basate su informazioni comportamentali e temporali direttamente quantificabili. Il grado di conoscenza percepito tra i partner presenta una media di 8.11 ($DS = 1.27$), suggerendo un'elevata familiarità all'interno delle coppie esaminate. Tale variabile è stata raccolta a fini descrittivi per caratterizzare meglio il campione, ma non è stata inserita nelle analisi statistiche poiché non rientrava tra le variabili teoricamente rilevanti per il modello ipotizzato, né si configurava come potenziale moderatore o covariata nei rapporti indagati.

Per quanto riguarda la frequenza dei contatti, la maggior parte delle coppie (84.5%) ha riportato interazioni quotidiane, mentre il 13.8% ha riferito una frequenza settimanale. Solo lo 0.9% degli individui ha dichiarato una frequenza mensile, mentre nessun partecipante ha riferito contatti annuali.

Misure

Personality Inventory for DSM-5 Faceted Brief Form

Il Personality Inventory for DSM-5 Faceted Brief Form (PID-5-FBF; Maples et al., 2015) è un questionario autovalutativo composto da 100 item, con una scala di risposta a 4 punti (0 = “Molto falso o spesso falso” a 3 = “Molto vero o spesso vero”). È stato progettato per misurare i tratti maladattivi della personalità definiti dal DSM-5 in un formato più sintetico rispetto alla versione originale PID-5 a 220 item. Alcuni item sono invertiti nella codifica, e la maggior parte di essi riflette livelli più elevati di patologia di personalità.

Il PID-5-FBF valuta 25 scale primarie, che si raggruppano in 5 dimensioni sovraordinate: Affettività Negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicotismo (Krueger et al., 2012). Questa struttura è stata empiricamente confermata in ricerche precedenti (Krueger & Markon, 2014). Nel presente studio, è stato utilizzato l'algoritmo di scoring di Krueger et al. (2012) per il calcolo dei punteggi dei domini del PID-5-FBF. La validazione psicometrica iniziale

dell'adattamento italiano del PID-5-FBF su partecipanti adulti non clinici ha mostrato buoni livelli di affidabilità e validità costruttiva (Fossati et al., 2013). Nel campione analizzato, i coefficienti α di Cronbach per i domini del PID-5-FBF di Affettività Negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicotismo sono risultati compresi in un range tra 0.78 e 0.91, indicando una buona coerenza interna sia nelle autovalutazioni che nelle eterovalutazioni.

Metacognition Self-Assessment Scale (MSAS)

La Metacognition Self-Assessment Scale (MSAS; Pedone et al., 2017) è uno strumento di autovalutazione sviluppato per supportare l'assessment del Modello Multifattoriale della Metacognizione (MMFM; Pedone & Semerari, 2023; Semerari et al., 2001), con finalità di screening e ricerca. Il questionario è composto da 18 item, valutati su una scala Likert a 5 punti (da 1 = mai a 5 = quasi sempre). Il tempo di compilazione varia tra 10 e 15 minuti, e il punteggio totale può oscillare tra 18 e 90, con valori più elevati che indicano un maggior livello di metacognizione.

La struttura della MSAS si articola in quattro fattori principali, che riflettono le cinque abilità funzionali descritte nel MMFM (monitoraggio, integrazione, differenziazione, decentramento e mastery).

Nello specifico:

- **Self-Reflexivity (SR)**: include monitoraggio (tre item) e integrazione (due item).
- **Critical Distance (CD)**: comprende differenziazione (due item) e decentramento (tre item).
- **Comprensione degli Stati Mentali Altrui (UOM)**: si concentra su monitoraggio/identificazione (tre item).
- **Mastery (M)**: riflette la capacità di utilizzare le rappresentazioni mentali per risolvere problemi personali e interpersonali (cinque item).

La MSAS ha dimostrato buone proprietà psicometriche (Pedone et al., 2017), con validità e affidabilità soddisfacenti nella validazione originale e in studi successivi (Aloi et al., 2020; Pedone et al., 2021; Pedone & Semerari, 2023). Il valore medio dell'alfa di Cronbach è pari a 0.89.

Metacognition Brief Rating Scale (MBRS)

La Metacognition Brief Rating Scale (MBRS; Pedone & Semerari, 2023) è uno strumento di valutazione progettato come versione etero-valutativa della Metacognition Self-Assessment Scale (MSAS). L'obiettivo principale della MBRS è superare i limiti dell'autovalutazione, fornendo una misura più affidabile della metacognizione attraverso il giudizio di un osservatore informato.

La MBRS è composta da 18 item, valutati su una scala Likert a 5 punti (da 1 = mai a 5 = quasi sempre). A differenza della MSAS, in cui gli individui valutano le proprie capacità metacognitive, la MBRS prevede che un informant (ad esempio, un familiare o un conoscente) esprima una valutazione sul soggetto target. Il tempo necessario per la compilazione è di circa 10-15 minuti, e i punteggi variano da 18 a 90, con punteggi più alti che indicano una maggiore competenza metacognitiva.

La struttura fattoriale della MBRS ricalca quella della MSAS, articolandosi in quattro fattori principali, corrispondenti alle dimensioni chiave della metacognizione:

- **Self-Reflexivity (SR)**: riguarda la capacità di monitorare e integrare i propri stati mentali.
- **Critical Distance (CD)**: misura la capacità di differenziare e decentrare il proprio punto di vista.
- **Understanding Others' Minds (UOM)**: valuta la capacità di comprendere e inferire gli stati mentali altrui.
- **Mastery (M)**: riflette l'abilità di utilizzare le rappresentazioni mentali per affrontare problemi personali e interpersonali.

La validazione preliminare della MBRS ha mostrato buone proprietà psicometriche, con una struttura fattoriale coerente con quella della MSAS. L'analisi della MBRS ha mostrato buoni livelli di affidabilità e coerenza interna, indicando una buona coerenza interna. Inoltre, l'analisi comparativa tra MBRS e MSAS ha evidenziato una correlazione statisticamente significativa tra le due misure, confermando la solidità dello strumento. L'adozione della MBRS consente una valutazione più oggettiva delle capacità metacognitive, riducendo i bias legati alla soggettività dell'autovalutazione e migliorando la precisione diagnostica in ambito clinico e di ricerca. Il valore medio dell'alfa di Cronbach è pari a 0.91.

Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18)

Il Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18; Derogatis, 2001) è un questionario autovalutativo composto da 18 item, progettato per fornire uno screening rapido del disagio psicologico e dei disturbi psichiatrici. È stato sviluppato come versione abbreviata del Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983) e, più in generale, deriva dalla Symptom Checklist-90 (SCL-90; Derogatis et al., 1976).

Il BSI-18 utilizza una scala di risposta Likert a 5 punti (da 0 = per nulla a 4 = moltissimo), con cui i partecipanti valutano il loro livello di disagio per ciascun sintomo nell'ultima settimana. Il tempo di compilazione è di circa 4 minuti e lo strumento è stato sviluppato per essere utilizzato sia in ambito clinico che comunitario, con individui adulti (18 anni o più).

Il test misura tre dimensioni sintomatologiche principali, ciascuna valutata tramite sei item:

- **Somatizzazione (SOM):** sintomi fisici associati al disagio psicologico (es. problemi gastrointestinali o cardiovascolari).
- **Depressione (DEP):** sintomi di umore depresso, disaffezione e ideazione suicidaria.
- **Ansia (ANX):** sintomi di ansia generalizzata, nervosismo e tensione.

Oltre alle tre sottoscale, il BSI-18 include un indice globale di severità (Global Severity Index, GSI) calcolato sulla base di tutti i 18 item, che rappresenta una misura generale del distress psicologico. Per questo studio il valore dell'alfa di Cronbach complessivo è pari a 0.90.

Questionario sull'Assertività

Con l'impiego di un sistema Large Language Model (LLM) di Intelligenza Artificiale (AI) e l'ausilio di tre clinici esperti e conduttori di Training sull'Assertività, abbiamo generato e inviato ai partecipanti dello studio mediante Google Moduli un questionario di 11 items su scala Likert a 5 punti (Mai; Raramente; Qualche volta; Spesso; Sempre). In questo caso, ogni partecipante ha compilato il questionario solo per sé stesso.

Analisi

I dati sono stati analizzati utilizzando i coefficienti di correlazione di Pearson per indagare preliminarmente le relazioni tra le variabili. I dati raccolti sono stati inseriti in un foglio di lavoro Excel e successivamente analizzati con SPSS. Successivamente, è stato utilizzato l'Actor-Partner Interdependence Model (APIM; Cook & Kenny, 2005) per studiare gli effetti actor e partner, implementato attraverso modelli di equazioni strutturali (SEM) con il software lavaan in R. Sono stati testati cinque modelli separati, uno per ciascun dominio di personalità del PID-5. Questa scelta è stata guidata dalla natura esplorativa dello studio e ha permesso di analizzare in modo specifico gli effetti actor e partner associati a ciascun tratto, riducendo i rischi di multicollinearità tra domini fortemente intercorrelati e migliorando la stabilità delle stime in un campione di dimensioni contenute. Riconosciamo tuttavia che un approccio integrato, in cui i cinque domini vengano inclusi simultaneamente nello stesso modello, potrebbe offrire vantaggi teorici in termini di controllo delle covarianze e completezza dell'analisi, rappresentando una direzione auspicabile per studi futuri con campioni più ampi. Il metodo di stima utilizzato è stato Maximum Likelihood con correzioni Robust (MLR).

Risultati

Analisi di correlazione delle misure di assertività

L'analisi delle correlazioni ha evidenziato diverse associazioni tra assertività, metacognizione, disagio psicologico e tratti di personalità nei partner. La capacità di esprimere i propri bisogni e di gestire i conflitti in modo assertivo è risultata positivamente associata ai punteggi di metacognizione nei partner maschili ($r = .460, p < .01$) e femminili ($r = .322, p < .05$), suggerendo che una maggiore consapevolezza e regolazione dei propri stati mentali si accompagna a una maggiore efficacia comunicativa nelle relazioni.

Sul piano del disagio psicologico, una minore assertività nel rifiutare richieste contrastanti, intese come richieste che sono percepite contrarie ai propri bisogni, valori o limiti personali, ma che la persona ha difficoltà a rifiutare per evitare conflitti, sensi di colpa o disapprovazione, è risultata associata a un aumento del distress psicologico sia nelle donne ($r = -.397, p < .01$) che negli uomini ($r = -.253, p = .05$), indicando che la difficoltà nell'affermare i propri limiti potrebbe contribuire a livelli più elevati di disagio individuale.

Infine, rispetto ai tratti di personalità, la comunicazione assertiva in situazioni di disaccordo ha mostrato una correlazione negativa significativa con il dominio del Distacco (Detachment) del partner femmina ($r = -.374, p < .01$), suggerendo che individui con una tendenza a ritirarsi emotivamente dalle interazioni sociali possono avere maggiori difficoltà nell'esprimere i propri punti di vista in maniera assertiva nelle relazioni di coppia.

Analisi diadiche (APIM)

Per esaminare le associazioni tra i tratti di personalità, la metacognizione, l'assertività e il distress psicologico all'interno delle diadi, sono stati stimati modelli APIM mediante path analysis. Tali modelli hanno consentito di distinguere tra gli effetti actor, ovvero l'influenza delle caratteristiche di personalità di un individuo sulle proprie variabili dipendenti, ed effetti partner, ossia l'impatto delle caratteristiche di personalità di un individuo sugli esiti del partner.

L'affettività negativa ha mostrato un effetto negativo e significativo sulla metacognizione per entrambi i partner (Uomini: $\beta = -0.356, p < 0.01$; Donne: $\beta = -0.368, p < 0.01$), indicando che livelli più elevati di affettività negativa compromettono la capacità metacognitiva individuale, mentre gli effetti partner non risultano significativi. Il distacco è stato associato a una riduzione significativa della metacognizione (Uomini: $\beta = -0.396, p < 0.01$; Donne: $\beta = -0.303, p < 0.05$) e ha mostrato un effetto marginalmente significativo dal partner uomo alla donna ($\beta = -0.266, p = 0.086$), suggerendo che un alto livello di distacco nel partner maschile può influenzare negativamente la metacognizione della compagna. L'antagonismo ha evidenziato un effetto negativo significativo sulla metacognizione negli uomini ($\beta = -0.239, p < 0.05$), mentre nelle donne l'effetto è meno marcato ($\beta = -0.170, p = 0.080$). Si osserva inoltre un effetto partner significativo dall'uomo alla donna ($\beta = -0.368, p < 0.05$). La disinibizione si associa a una compromissione marcata della metacognizione per entrambi i partner (Uomini: $\beta = -0.470, p < 0.001$; Donne: $\beta = -0.473, p < 0.001$). Infine, il psicoticismo ha influenzato negativamente la metacognizione in entrambi i partner (Uomini: $\beta = -0.288, p < 0.05$; Donne: $\beta = -0.478, p < 0.01$), senza effetti partner significativi.

L'affettività negativa si associa in modo significativo a un incremento del distress psicologico per entrambi i partner (Uomini: $\beta = 0.502, p < 0.01$; Donne: $\beta = 0.541, p < 0.001$). Il distacco mostra un effetto positivo e significativo sul distress psicologico negli uomini ($\beta = 0.561, p <$

0.001) e nelle donne ($\beta = 0.319$, $p < 0.05$). La disinibizione risulta un predittore più rilevante del distress nelle donne (Uomini: $\beta = 0.248$, $p = 0.071$; Donne: $\beta = 0.347$, $p < 0.01$), mentre il psicoticismo è significativamente associato al distress psicologico in entrambi i sessi (Uomini: $\beta = 0.335$, $p < 0.05$; Donne: $\beta = 0.296$, $p < 0.05$).

Per quanto riguarda l'assertività, l'affettività negativa predice una riduzione degli atteggiamenti assertivi in entrambi i partner (Uomini: $\beta = -0.221$, $p < 0.05$; Donne: $\beta = -0.276$, $p < 0.01$), suggerendo che livelli più elevati di affettività negativa ostacolano la capacità di esprimere i propri bisogni in modo assertivo. Il distacco è associato a una minore assertività negli uomini ($\beta = -0.301$, $p < 0.01$), mentre nelle donne l'effetto non risulta significativo ($\beta = -0.126$, $p = 0.210$). L'antagonismo si correla positivamente con l'assertività negli uomini ($\beta = 0.314$, $p < 0.01$), mentre nelle donne non emerge un'associazione significativa ($\beta = 0.178$, $p = 0.092$). La disinibizione esercita un effetto negativo significativo sull'assertività in entrambi i partner (Uomini: $\beta = -0.287$, $p < 0.01$; Donne: $\beta = -0.315$, $p < 0.01$). Infine, il psicoticismo mostra un effetto negativo sugli atteggiamenti assertivi (Uomini: $\beta = -0.198$, $p < 0.05$; Donne: $\beta = -0.245$, $p < 0.05$).

I modelli APIM sono stati valutati tramite CFI, RMSEA e SRMR, per verificare l'adeguatezza della loro struttura. Gli indici di adattamento mostrano valori accettabili, con il modello relativo al distacco che mostra il miglior adattamento (CFI = 0.970, RMSEA = 0.095, SRMR = 0.050) e il modello della disinibizione con l'adattamento meno ottimale (CFI = 0.846, RMSEA = 0.227, SRMR = 0.087).

Tabella 1. Indici CFI, RMSEA e SRMR

Dominio	CFI	RMSEA	SRMR
Affettività Negativa	0.875	0.211	0.080
Distacco	0.970	0.095	0.050
Antagonismo	0.852	0.163	0.074
Disinibizione	0.846	0.227	0.087
Psicoticismo	0.918	0.150	0.070

Discussione

Questo studio mirava ad identificare le relazioni tra assertività, metacognizione, disagio psicologico e tratti di personalità in coppie eterosessuali intime. I risultati mostrano che le variabili individuali predicano significativamente il distress psicologico proprio (effetti actor) e, in parte, quello del partner (effetti partner), confermando l'interdipendenza psicologica all'interno della coppia. In particolare, alcune caratteristiche psicologiche come l'assertività e la metacognizione sembrano svolgere un ruolo chiave nella qualità della relazione e nel benessere individuale. Tra i risultati delle analisi di correlazione emerge come la capacità di esprimere i propri bisogni e di gestire i conflitti in modo assertivo sia risultata positivamente associata ai punteggi di metacognizione nei partner maschili e femminili. Inoltre, emerge come una minore assertività nel rifiutare richieste contrastanti sia associata ad un aumento del disagio psicologico, con correlazioni negative con i punteggi BSI del partner femmina e del partner maschio. La comunicazione assertiva in situazioni di disaccordo era significativamente e negativamente correlata con il "Distacco" (domain Detachment) del partner femmina.

Nella letteratura, diversi studi mostrano il ruolo centrale della metacognizione nella gestione e regolazione emotiva interpersonale. La letteratura ha evidenziato come l'assertività sia una competenza relazionale importante, in quanto consente di esprimere le proprie opinioni, emozioni e desideri, nel rispetto dell'altro. L'assertività pare essere strettamente legata alla metacognizione, in quanto una maggiore consapevolezza dei propri stati mentali e di quelli altrui consente una comunicazione più efficace e una gestione più adattiva delle relazioni interpersonali (Wells, 2000). Essa si distingue sia dalla passività – che implica rinuncia all'espressione di sé – sia dall'aggressività, che comporta l'imposizione dei propri bisogni sugli altri. La metacognizione è stata inoltre correlata all'autoefficacia e alla regolazione emotiva nelle relazioni interpersonali, suggerendo che un miglioramento delle abilità metacognitive possa facilitare una comunicazione più efficace e una maggiore capacità di affrontare situazioni relazionali complesse (Dimaggio et al., 2013). Nella Scala di Autocontrollo della Humphrey (1982), l'alto autocontrollo (inteso come monitoraggio) è calcolato con bassi punteggi agli items come “Evita disturbi”, “Le cose devono andare come vuole lui” e “Evita discussioni e litigi” (Cornoldi, 2006). Infine, i punteggi più elevati nei partner maschi rispetto alle femmine potrebbero indicare una differenza di genere. Tuttavia, questo tipo di interpretazione richiede cautela e ulteriori studi. È noto che differenze di genere possono emergere nelle modalità di espressione emotiva e nelle abilità di coping, ma la metacognizione gioca un ruolo cruciale in entrambi i sessi nel promuovere un'adeguata gestione dei processi cognitivi ed emotivi (Nolen-Hoeksema, 2012). Le donne tendono a utilizzare uno stile comunicativo più emotivo e discorsivo, mentre gli uomini spesso adottano un approccio più concreto e orientato alla risoluzione dei problemi (Folkman, 2013). Queste differenze possono avere un impatto significativo nella gestione dei conflitti di coppia e nelle modalità comunicative (Di Fabio et al., 2008). Inoltre, studi recenti evidenziano come l'intelligenza emotiva possa mediare l'effetto delle differenze di genere nella regolazione delle emozioni e nella qualità delle relazioni interpersonali (Brackett et al., 2006).

L'assertività è spesso vista come una delle abilità più rilevanti per promuovere il benessere psicologico (Baggio, 2013). Le persone con stili comunicativi non assertivi tendono a sperimentare un maggiore disagio psicologico, come evidenziato da diversi studi. La difficoltà nell'esprimere in modo chiaro e diretto i propri bisogni e opinioni può portare a una maggiore frustrazione, senso di impotenza e vulnerabilità emotiva. Inoltre, l'incapacità di gestire in modo efficace i conflitti interpersonali è spesso associata a livelli più elevati di ansia e sintomi depressivi (Zhao et al., 2024; Zheng et al., 2023). Studi hanno dimostrato che individui con uno stile comunicativo passivo tendono a evitare situazioni di confronto, il che può alimentare una percezione di una minore autoefficacia nel gestire le relazioni (Baggio, 2013). Le persone con stili comunicativi anassertivi, in particolare quelle che non riescono a rifiutare richieste irragionevoli o che creano conflitto, tendono a sperimentare livelli più elevati di ansia, depressione e disagio psicologico, come dimostrato dalla correlazione con il BSI in entrambi i sessi. La letteratura supporta ampiamente questo legame: l'espressione di stili comunicativi anassertivi è associata a una maggiore vulnerabilità al disagio psicologico (Ames et al., 2017; Baggio, 2013). Tali difficoltà sono frequentemente osservabili in quadri psicopatologici come i disturbi di personalità, in particolare nel disturbo borderline, dove una ridotta capacità di mentalizzazione si traduce in risposte impulsive e in una regolazione disfunzionale dei conflitti (Bateman & Fonagy, 2010; Dimaggio et al., 2013; Fonagy & Bateman, 2019).

La correlazione negativa tra la comunicazione assertiva in situazioni di disaccordo e “Distacco” (domain Detachment) del partner femmina suggerisce che livelli più elevati di assertività comunicativa si associano a una minore tendenza, da parte del partner, a presentare

tratti di distacco emotivo. In altre parole, quando un partner è capace di esprimersi in modo chiaro, diretto e rispettoso durante i conflitti, può contribuire a creare un contesto relazionale che ostacola lo sviluppo o la manifestazione di tratti di ritiro e chiusura affettiva.

Il tratto di Distacco, misurato tramite il PID-5, riflette una disposizione relativamente stabile a esperire e manifestare disinteresse, evitamento e affettività ridotta nelle relazioni. Sebbene non possa essere considerato il risultato diretto di interazioni situazionali, è plausibile che esperienze comunicative positive — come quelle basate sull'assertività — possano esercitare un ruolo modulatore sull'espressività di tale tratto in ambito relazionale (Eisenberg et al., 2000; Hopwood et al., 2015).

Queste evidenze supportano l'ipotesi che la comunicazione assertiva promuova dinamiche relazionali più aperte e sicure, potenzialmente in grado di contrastare l'attivazione di pattern interpersonali tipici del distacco, come il ritiro emotivo o la chiusura affettiva (Wilson et al., 2017). I risultati di questo studio forniscono evidenze significative riguardo all'interdipendenza delle variabili psicologiche nelle coppie e al ruolo dei tratti di personalità patologica nel predire il distress psicologico.

Effetti Actor

I risultati suggeriscono la presenza di consistenti effetti actor negativi dei tratti di personalità patologica sulle capacità metacognitive per entrambi i partner. In particolare, l'Affettività Negativa e il Distacco sembrano essere associati a livelli inferiori di metacognizione; la Disinibizione ha mostrato le associazioni più marcate con la compromissione. È importante sottolineare che, trattandosi di uno studio trasversale, non è possibile stabilire una direzione causale. È plausibile che vi sia una interazione reciproca tra tratti di personalità e funzionamento metacognitivo.

Questi risultati sono in linea con studi precedenti che evidenziano come contesti emotivi caratterizzati da ansia (Affettività Negativa) o chiusura relazionale (Distacco) siano frequentemente accompagnati da difficoltà nei processi metacognitivi (Minzenberg et al., 2006; Dimaggio & Lysaker, 2015). Diversi modelli teorici (Dimaggio et al., 2016; Semerari et al., 2003) propongono che le difficoltà di monitoraggio, integrazione e differenziazione mentale possono contribuire alla persistenza di schemi maladattivi di personalità, e viceversa.

Per quanto riguarda la Disinibizione, la letteratura indica che tratti come impulsività e disregolazione emotiva siano frequentemente accompagnate da scarse capacità di autoregolazione mentale. Dimaggio e Lysaker (2015) sottolineano, infatti, che la difficoltà a monitorare i propri stati interni può aumentare la vulnerabilità a comportamenti impulsivi. In tale prospettiva, metacognizione e tratti disfunzionali di personalità potrebbero rinforzarsi a vicenda, generando circoli viziosi che contribuiscono alla rigidità dei pattern interpersonali e alla compromissione funzionale.

Effetti Partner

Gli effetti partner sono stati generalmente più deboli degli effetti actor, ma sono emersi alcuni pattern interessanti: nell'antagonismo, è stato osservato un significativo effetto partner dall'uomo alla donna sulla metacognizione. In altre parole, l'Antagonismo del maschio influenza la metacognizione della femmina.

Gli effetti partner sul distress psicologico sono stati generalmente più deboli e meno consistenti rispetto agli effetti actor.

In letteratura (South e Krueger, 2013) è stato analizzato come l'Antagonismo influenzi la dinamica relazionale. Gli autori trovano che tratti antagonisti tendono a creare tensioni e ostilità che impediscono una valutazione accurata dei pensieri e delle emozioni del partner, spesso distorcendo la percezione dell'altro in senso negativo. Widiger e Costa (2013) sottolineano come tratti di personalità disadattivi come l'Antagonismo interferiscono con l'empatia e la comunicazione, portando a errori di valutazione e a difficoltà nell'interpretare i comportamenti e le intenzioni del partner.

Ruolo della Metacognizione

La metacognizione ha mostrato un ruolo parzialmente mediatore nella relazione tra tratti di personalità e distress psicologico, sebbene gli effetti diretti dei tratti di personalità sul distress siano rimasti significativi in molti casi. Studi precedenti hanno evidenziato come la metacognizione influenzi il modo in cui gli individui regolano le proprie emozioni e rispondono al disagio psicologico (Dimaggio et al., 2013).

Effetti sull'Assertività

Gli effetti dei tratti di personalità sull'assertività sono stati generalmente più deboli rispetto agli effetti sulla metacognizione, suggerendo che l'assertività potrebbe essere meno influenzata dai tratti di personalità patologica.

Conclusioni

I risultati di questo studio forniscono un contributo significativo alla comprensione delle dinamiche psicologiche che legano tratti di personalità patologica, metacognizione, assertività e disagio psicologico nelle relazioni di coppia. Le analisi diadiche hanno evidenziato come l'affettività negativa, il distacco e la disinibizione abbiano un impatto negativo sia sulla capacità metacognitiva che sull'assertività dei partner, contribuendo a un incremento del distress psicologico.

È importante sottolineare che il disegno dello studio, di tipo trasversale e osservazionale, non consente di stabilire rapporti di causalità tra le variabili analizzate. Sebbene i nostri risultati mostrino che alcuni tratti disfunzionali della personalità sono associati a una compromissione delle funzioni metacognitive, è plausibile che la relazione sia bidirezionale. Studi precedenti, infatti, suggeriscono che la metacognizione possa a sua volta influenzare la regolazione e l'espressività dei tratti di personalità nel tempo, generando una dinamica di reciproca influenza (Dimaggio & Lysaker, 2015; Hasson-Ohayon et al., 2020). Questo apre interessanti prospettive teoriche e cliniche sull'importanza di considerare la metacognizione non solo come esito, ma anche come potenziale fattore modulatore del funzionamento personale.

In particolare, la metacognizione è emersa come un elemento chiave associato alla regolazione delle dinamiche relazionali e alla capacità di comprendere i propri stati mentali e quelli del partner, e facilitando uno stile comunicativo più efficace e assertivo. L'assertività, a sua volta, ha mostrato un effetto protettivo, mitigando il disagio psicologico e favorendo una gestione più adattiva dei conflitti interpersonali. Tali evidenze risultano coerenti con la letteratura esistente, che sottolinea il ruolo della metacognizione nella regolazione emotiva (Dimaggio et al., 2013; Wells, 2000) e l'importanza dell'assertività per il benessere psicologico individuale e relazionale.

(Baggio, 2013; Ames et al., 2017).

Un aspetto rilevante dello studio riguarda l'interdipendenza tra i partner: alcune caratteristiche di personalità, come l'antagonismo e il distacco, non solo influenzano il benessere individuale, ma hanno anche effetti significativi sul funzionamento metacognitivo e psicologico del partner. Questo conferma l'ipotesi che la qualità delle relazioni intime non possa essere compresa senza considerare l'interazione reciproca tra tratti individuali e competenze psicologiche.

Dal punto di vista applicativo, i nostri risultati sottolineano l'importanza di interventi mirati a potenziare la metacognizione e le abilità assertive nelle coppie, in particolare per quei soggetti con tratti di personalità disadattivi. La promozione di una comunicazione assertiva e di una maggiore consapevolezza dei propri stati mentali potrebbe ridurre il disagio psicologico e migliorare la qualità della relazione. In particolare, la comunicazione assertiva nei momenti di disaccordo potrebbe contrastare le tendenze al distacco emotivo, promuovendo modalità relazionali più aperte e autentiche (Eisenberg et al., 2000).

Tuttavia, lo studio presenta alcune limitazioni, tra cui la dimensione del campione e il disegno trasversale, che non consente di trarre conclusioni causali. Inoltre, i modelli APIM hanno mostrato indici di adattamento variabili. In particolare, il modello relativo al Distacco ha presentato un fit soddisfacente (CFI = 0.970; RMSEA = 0.095), mentre gli altri modelli hanno evidenziato un adattamento insufficiente, con CFI inferiori a .90 e RMSEA elevati. Questo limite può riflettere la complessità dei modelli stimati rispetto alla dimensione campionaria e alla natura non clinica del campione, che potrebbe aver ridotto la forza predittiva di alcuni domini del PID-5. In studi futuri, sarà utile considerare strategie di semplificazione del modello, disegni longitudinali e campioni più ampi e diversificati dal punto di vista culturale, per migliorare la stabilità delle stime, la validità esterna e l'adeguatezza complessiva del fit.

Infine, i punteggi più elevati osservati nei partner maschi rispetto a quelli femminili potrebbero suggerire la presenza di una differenza di genere nelle variabili considerate. Tuttavia, questa ipotesi interpretativa va accolta con cautela, poiché lo studio non era progettato per testare in modo specifico le differenze di genere; saranno quindi necessari ulteriori studi mirati per approfondire tale aspetto. La letteratura ha comunque evidenziato differenze sistematiche tra uomini e donne nelle modalità di espressione emotiva e coping, influenzate anche da intelligenza emotiva e competenze metacognitive (Brackett et al., 2006; Nolen-Hoeksema, 2012).

In sintesi, questa ricerca evidenzia il ruolo cruciale della metacognizione e dell'assertività nel mantenimento di relazioni intime sane e soddisfacenti, suggerendo che un lavoro mirato su queste dimensioni possa rappresentare una strategia efficace per migliorare il benessere psicologico individuale e di coppia.

Bibliografia

- Alberti, R., & Emons, M. (1970). *Your Perfect Right: A Guide to Assertive Behavior*. San Luis Obispo, CA: Impact Press.
- Aloi, M., Verrastro, V., Rania, M., Sacco, R., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., De Fazio, P., & Segura-García, C. (2020). The potential role of the early maladaptive schema in behavioral addictions among late adolescents and young adults. *Frontiers in Psychology, 10*, Article 3022. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.03022>
- American Psychological Association. (2016). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research (4)*, pp. 495–512). <https://doi.org/10.1037/14805-030>
- Ames, D. R., Lee, A. Y., & Wazlawek, A. S. (2017). Interpersonal assertiveness: Inside the balancing act. *Social*

- and *Personality Psychology Compass*, 5(7), 505–517. <https://doi.org/10.1111/spc3.12317>
- Anchisi, R., & Gambotto Dessy, M. (2013). *Manuale di assertività. Teoria e pratica delle abilità relazionali: alla scoperta di sé e degli altri*. FrancoAngeli.
- Askari, M., Noah, S. B. M., Hassan, S. A. B., & Baba, M. B. (2012). Comparison the effects of communication and conflict resolution skills training on marital satisfaction. *International Journal of Psychological Studies*, 4(1), 182. DOI:10.5539/ijps.v4n1p182
- Baggio, F. (2013). *Assertività e training assertivo: Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti*. FrancoAngeli.
- Bagherian, M., & Mojambari, A. K. (2016). The relationship between Big Five personality traits and assertiveness. *Tendenzen*, 25(3), 111–119. <https://www.researchgate.net/publication/309134506>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Berg, E. C., Trost, M., Schneider, I. E., & Allison, M. T. (2001). Dyadic exploration of the relationship of leisure satisfaction, leisure time, and gender to relationship satisfaction. *Leisure Sciences*, 23(1), 35–46. <https://doi.org/10.1080/01490400150502234>
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N., & Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: a comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of personality and social psychology*, 91(4), 780–795. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.780>
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3(1), 48–67. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.48>
- Butterfield, R. M. (2001). *Health-related social control and marital power: A test of two models*. University of Colorado at Boulder.
- Campbell, L., & Kashy, D. A. (2002). Estimating actor, partner, and interaction effects for dyadic data using PROC MIXED and HLM: A user-friendly guide. *Personal Relationships*, 9(3), 327–342. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00023>
- Campbell, L., Simpson, J. A., Boldry, J., & Kashy, D. A. (2005). Perceptions of conflict and support in romantic relationships: the role of attachment anxiety. *Journal of personality and social psychology*, 88(3), 510–531. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.3.510>
- Carcione, A., Riccardi, I., Bilotta, E., Leone, L., Pedone, R., Conti, L., Colle, L., Fiore, D., Nicolò, G., Pellicchia, G., Procacci, M., & Semerari, A. (2019). Metacognition as a Predictor of Improvements in Personality Disorders. *Frontiers in Psychology - Clinical and Health Psychology*. DOI:10.3389/fpsyg.2019.00170
- Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. (2016). *Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Laterza.
- Cook, W. L., & Kenny, D. A. (2005). The actor-partner interdependence model: A model of bidirectional effects in developmental studies. *International Journal of Behavioral Development*, 29(2), 101–109. <https://doi.org/10.1080/016502504440004>
- Cornoldi, C. (2006). *Metacognizione e apprendimento*. Il Mulino. (Opera originale pubblicata nel 1995)
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 128, 280–289. <https://doi.org/10.1192/bjp.128.3.280>
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595–605. <https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Derogatis, L. R. (2001). *BSI 18, Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring and procedures manual*. NCS Pearson, Incorporated.
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2015). Metacognition and mentalizing in the psychotherapy of patients with psychosis and personality disorders. *Journal of clinical psychology*, 71(2), 117–124. <https://doi.org/10.1002/jclp.22147>
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Raffaello Cortina.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G., & Procacci, M. (2008). *Psychotherapy of personality disorders:*

- Metacognition, states of mind and interpersonal cycles*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203939536>
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Macbeth, A., Ottavi, P., Buonocore, L. & Popolo, R. (2016). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A case study series', *Journal of Contemporary Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9342-7>
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual review of psychology*, 51, 665–697. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.665>
- Eisenberg, N., Hofer, C., & Vaughan, J. (2000). Emotion regulation and interpersonal relationships. *Annual Review of Psychology*. DOI:10.1146/annurev.ps.45.020194.000455
- Eisler, R. M., Miller P. M., Hersen R., Alford H. (1974). Effects of assertive training on marital interaction. *Arch Gen Psychiatry*,; 30(5):643-9. doi: 10.1001/archpsyc.1974.01760110065008. PMID: 4824199.
- Eslami, A. A., Rabiee, L., Afzali, S. M., Hamidizadeh, S., & Masoudi, R. (2016). The Effectiveness of Assertiveness Training on the Levels of Stress, Anxiety, and Depression of High School Students. *Iranian Red Crescent medical journal*, 18(1), e21096. <https://doi.org/10.5812/ircmj.21096>
- Di Fabio, A., & Palazzeschi, L. (2008). Emotional intelligence and self-efficacy in a sample of Italian high school teachers. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 36(3), 315–326. <https://doi.org/10.2224/sbp.2008.36.3.315>
- Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and Coping. In: Gellman, M.D., Turner, J.R. (eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2019). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the personality inventory for DSM-5 (PID-5): predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, 20(6), 689–708. <https://doi.org/10.1177/1073191113504984>
- Galeazzi, A. (1994). *Personalità e competenza sociale*. ERIP.
- Goldstein, A. P., & Pentz, M. A. (1984). Psychological skill training and the aggressive adolescent. *School Psychology Review*, 13(3), 311–323. <https://doi.org/10.1080/02796015.1984.12085108>
- Gordon, S., & Waldo, M. (1984). The Effects of Assertiveness Training on Couples' Relationships. *American Journal of Family Therapy*, 12, 73–77. <https://doi.org/10.1080/01926188408250160>
- Hasson-Ohayon, I., Gumley, A., McLeod, H., & Lysaker, P. H. (2020). Metacognition and Intersubjectivity: Reconsidering Their Relationship Following Advances From the Study of Persons With Psychosis. *Frontiers in psychology*, 11, 567. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00567>
- Hopwood, C. J., Schade, N., Matusiewicz, A., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2015). Emotion regulation promotes persistence in a residential substance abuse treatment. *Substance use & misuse*, 50(2), 251–256. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.977393>
- Humphrey, L. L. (1982). Children's and teachers' perspectives on children's self-control: The development of two rating scales. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(5), 624–633. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.5.624>
- Johnson, M. D., Lavner, J. A., Mund, M., Zemp, M., Stanley, S. M., Neyer, F. J., Impett, E. A., Rhoades, G. K., Bodenmann, G., Weidmann, R., Bühler, J. L., Burriss, R. P., Wünsche, J., & Grob, A. (2022). Within-Couple Associations Between Communication and Relationship Satisfaction Over Time. *Personality & social psychology bulletin*, 48(4), 534–549. <https://doi.org/10.1177/01461672211016920>
- Kasalova, P., Prasko, J., Kantor, K., Zatkova, M., Holubova, M., Sedlackova, Z., Slepecky, M., & Grambal, A. (2018). Personality disorder in marriage and partnership: A narrative review. *Neuroendocrinology Letters*, 39(3), 101–113.
- Kelley, H. H., & Thibaut, J. (1978). *Interpersonal relations: A theory of interdependence*. New York: Wiley.
- Kenny, D. A. (1995). The effect of nonindependence on significance testing in dyadic research. *Personal Relationships*, 2, 67–75. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00078.x>
- Kenny, D. A., & Judd, C. M. (1996). A general procedure for the estimation interdependence. *Psychological Bulletin*, 119, 138–148. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.1.138>
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York, NY: Guilford.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a

- maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 10, 477–501. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732>
- Lakey, S., & Canary, D. (2002). Actor goal achievement and sensitivity to partner as critical factors in understanding interpersonal communication competence and conflict strategies. *Communication Monographs*, 69(3), 217–235. <https://doi.org/10.1080/03637750216542>
- Libet, J. M., & Lewinsohn P.M. (1973). Concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *J Consult Clin Psychol*; 40(2):304-12. doi: 10.1037/h0034530. PMID: 4694208.
- Mallory, A. B. (2022). Assertive communication and relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 36(2), 159–171. DOI: 10.1037/fam0000946
- Manesh, R. S., Fallahzadeh, S., Panah, M. S. E., Koochehbiuki, N., Arabi, A., & Sahami, M. A. (2015). The effectiveness of assertiveness training on social anxiety of health volunteers of Yazd. *Psychology*, 6(06), 782.
- Maples, J. L., Carter, N. T., Few, L. R., Crego, C., Gore, W. L., Samuel, D. B., Williamson, R. L., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Markon, K. E., Krueger, R. F., & Miller, J. D. (2015). Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychological assessment*, 27(4), 1195–1210. <https://doi.org/10.1037/pas0000120>
- Minzenberg, M. J., Poole, J. H., & Vinogradov, S. (2006). Social-emotion recognition in borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 47(6), 468–474. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.03.005>
- Moss, J. G., Firebaugh, C. M., Morgan, S. M., Moss, J. G., & Firebaugh, C. M. (2021). Assertiveness, self-esteem, and relationship satisfaction. *International Journal of Arts and Social Science*, 4(2), 235–245.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Annual review of clinical psychology*, 8, 161–187. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>
- Pedone, R., Semerari, A., Riccardi, I., Procacci, M., Nicolò, G., & Carcione, A. (2017). Development of a self-report measure of metacognition: The Metacognition Self-Assessment Scale (MSAS). Instrument description and factor structure. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 14(3), 185–194.
- Pedone, R., Barbarulo, A. M., Colle, L., Semerari, A., & Grimaldi, P. (2021). Metacognition mediates the relationship between maladaptive personality traits and levels of personality functioning: a general investigation on a nonclinical sample. *The Journal of nervous and mental disease*, 209(5), 353–361. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001304
- Pedone, R., & Semerari, A. (2023). Preliminary Development and Psychometric Evaluation of the Metacognition Brief Rating Scale: An Informant form of the Metacognition Self-Assessment Scale. *Clinical neuropsychiatry*, 20(6), 511–522. <https://doi.org/10.36131/cnforiteditore20230606>
- Preiss, D. D. (2022). Metacognition, Mind Wandering, and Cognitive Flexibility: Understanding Creativity. *Journal of Intelligence*, 10(3), 69. <https://doi.org/10.3390/jintelligence10030069>
- Rayens, M. K., & Svavarsdottir, E. K. (2003). A new methodological approach in nursing research: an actor, partner, and interaction effect model for family outcomes. *Research in nursing & health*, 26(5), 409–419. <https://doi.org/10.1002/nur.10100>
- Robins, R. W., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2000). Two personalities, one relationship: Both partners' personality traits shape the quality of their relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(2), 251–259. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.2.251>
- Salter, A. (1949). *Conditioning excitatory reflexes*. In Conditioned reflex therapy. Wellness Institute, Inc., 2001 - 268.
- Sánchez Fuentes, M. d. M., Santos Iglesias, P., & Sierra Freire, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International journal of clinical and health psychology*, 14(1), 67–75. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70038-9](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9)
- Sayehmiri, K., Kareem, K. I., Abdi, K., Dalvand, S., & Gheshlagh, R. G. (2020). The relationship between personality traits and marital satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychology*, 8(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0383-z>

- Sayyadi, F., Golmakani, N., Ebrahimi, M., Saki, A., Karimabadi, A., & Ghorbani, F. (2019). Determination of the Effect of Sexual Assertiveness Training on Sexual Health in Married Women: A Randomized Clinical Trial. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 24(4), 274–280. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_51_17
- Semerari, A., & Dimaggio, G. (2001). Psychopathological narrative forms. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(1), 1-23. <https://doi.org/10.1080/10720530125913>
- Semerari, A., Carcione, A., Falcone, M., & Nicolò, G. (2001). È possibile osservare diversi profili metacognitivi in diversi disturbi di personalità? Come misurare la funzione metacognitiva in psicoterapia. *Sistemi intelligenti*, 13(1), 189-208. DOI: 10.1422/3565
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4), 238-261 <https://doi.org/10.1002/cpp.362>
- Semerari, A., & Dimaggio, G. (2004). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Laterza.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Pedone, R., & Procacci, M. (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 19(6), 690-710. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.6.690>
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence—recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(12), 1266-1288. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12449>
- Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: How to cope-using the skills of systematic assertive therapy*. Dial Press/Random House.
- South, S. C., & Krueger, R. F. (2013). Marital satisfaction and physical health: evidence for an orchid effect. *Psychological science*, 24(3), 373–378. <https://doi.org/10.1177/0956797612453116>
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2002). Self-Esteem and Socioeconomic Status: A Meta-Analytic Review. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 59-71. http://dx.doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_3
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Wiley. DOI:10.1002/9780470713662
- Widiger, T. A., & Costa, P. T., Jr. (2013). Personality disorders and the five-factor model of personality: Rationale for the third edition. In T. A. Widiger & P. T. Costa, Jr. (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (3, pp. 3–11). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13939-001>
- Wilson, S., Stroud, C. B., & Durbin, C. E. (2017). Interpersonal dysfunction in personality disorders: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 143(7), 677–734. <https://doi.org/10.1037/bul0000101>
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.
- Zhao, T., Yan, H., Wang, H., & Guo, M. (2024). The chain mediating role of negative emotions at work and meaning in life between interpersonal conflict at work and depressive symptoms among nurses: a multicenter cross-sectional study. *BMC nursing*, 23(1), 598. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02276-2>
- Zheng, M., Guo, X., Chen, Z., Deng, J., & Hu, M. (2023). Association between interpersonal relations and anxiety, depression symptoms, and suicidal ideation among middle school students. *Frontiers in public health*, 11, 1053341. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1053341>

ASSERTIVITÀ E INTIMATE PARTNER VIOLENCE: UNA REVISIONE DEI PATTERN COMUNICATIVI NELLE COPPIE ETEROSESSUALI CONFLITTUALI

Clizia Cincidda^{1,2}, Giuliana Capolongo³, Anna Rega³, Matteo Barontini⁵,
Roberto Pedone^{3,4}, Teresa Cosentino⁶

1. Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Grosseto
2. Applied Research Division for Cognitive and Psychological Science, IEO European Institute of Oncology IRCCS, Milan, Italy
3. Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Napoli
4. Dipartimento di Psicologia - Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta - Italia
5. Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Verona
6. Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma

Corrispondenza

Clizia Cincidda, PhD
Applied Research Division for Cognitive and Psychological Science
Istituto Europeo di Oncologia IRCCS
Via Ripamonti 435, 20141, Milano, Italia
E-mail: clizia.cincidda@ieo.it

Riassunto

Obiettivo: Il presente studio si propone di esplorare in modo sistematico il ruolo degli stili comunicativi nelle relazioni di coppia eterosessuali caratterizzate da conflittualità e comportamenti violenti. In particolare, l'obiettivo è duplice: da un lato, indagare se e come specifici pattern comunicativi contribuiscono all'escalation dei conflitti e alla manifestazione di episodi di violenza; dall'altro, valutare l'esistenza di interventi mirati al potenziamento delle competenze comunicative nei partner identificati come autori di violenza, con l'intento di ridurre sia la frequenza che l'intensità dei comportamenti aggressivi. Lo studio intende dunque fornire una base empirica utile allo sviluppo di programmi di prevenzione e trattamento centrati sulla comunicazione e l'assertività all'interno delle coppie eterosessuali definite problematiche.

Metodo: È stata condotta una revisione sistematica della letteratura in accordo con il metodo PRISMA, attraverso i motori di ricerca PubMed e Scopus, utilizzando come parole chiave "assertività", "violenza" e "coppie". Sono stati inclusi solo articoli in lingua inglese che affrontano il costrutto dell'assertività in coppie eterosessuali caratterizzate da elevata conflittualità e IPV.

Risultati: Sono stati selezionati 6 articoli pubblicati tra il 1983 e il 2011, con un campione complessivo di 322 coppie violente e 197 coppie non violente. I risultati indicano che i pattern comunicativi hanno un ruolo cruciale nelle dinamiche delle coppie problematiche. In particolare, gli uomini violenti e le donne maltrattate presentano stili anassertivi rispetto alle coppie non violente. Tali stili sono associati a livelli più elevati di rabbia e ostilità, specialmente nei comportamenti di "richiesta/ritiro": la difficoltà nell'esprimere bisogni o richieste incrementa il potere del partner, favorendo dinamiche di controllo e violenza.

Riguardo al secondo obiettivo della revisione, solo uno studio ha evidenziato risultati significativi dell'efficacia di un training assertivo sugli uomini violenti, mostrando una riduzione dell'aggressività durante le discussioni conflittuali con il partner.

DOI: 10.36131/COGNCL20250105

RICEVUTO IL 1 APRILE 2025, ACCETTATO IL 26 MAGGIO 2025

© Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

61

Conclusioni: La presente revisione della letteratura offre evidenze preliminari sul ruolo dei pattern comunicativi nelle relazioni problematiche, caratterizzate da conflittualità e/o violenza. In particolare, la carenza di abilità comunicative assertive sembra contribuire a un contesto relazionale disfunzionale, caratterizzato da una maggiore vulnerabilità ai conflitti che possono culminare in episodi di violenza. Pertanto, si rendono necessarie ricerche future che indaghino l'efficacia del training assertivo nel migliorare la gestione dei conflitti e ridurre gli episodi di violenza nelle relazioni problematiche.

Parole chiave: assertività, coppie problematiche, violenza intima tra partner (IPV), coppie eterosessuali, pattern comunicativi

ASSERTIVENESS AND INTIMATE PARTNER VIOLENCE: A REVIEW OF COMMUNICATION PATTERNS IN CONFLICTED HETEROSEXUAL COUPLES

Abstract

Objective: This study aims to systematically explore the role of communication styles in heterosexual couples marked by conflict and violent behaviors. Specifically, the objectives are twofold: first, to investigate whether and how specific communication patterns contribute to the escalation of conflict and the occurrence of violent episodes; second, to assess the existence and effectiveness of interventions aimed at improving communication skills among partners identified as perpetrators of violence, with the goal of reducing both the frequency and intensity of aggressive behaviors. The study seeks to provide an empirical foundation for the development of prevention and treatment programs focused on communication and assertiveness within problematic heterosexual relationships.

Method: A systematic literature review was conducted following PRISMA guidelines, using PubMed and Scopus databases. The search included the keywords "assertiveness," "violence," and "couples." Only peer-reviewed articles in English that addressed the construct of assertiveness in heterosexual couples characterized by high conflict and IPV were included.

Results: Six articles published between 1983 and 2011 were selected, with a combined sample of 322 violent and 197 non-violent couples. The findings highlight the pivotal role of communication patterns in the dynamics of problematic relationships. Specifically, violent men and abused women demonstrated unassertive communication styles compared to their non-violent counterparts. These styles were associated with higher levels of anger and hostility, particularly evident in "demand/withdrawal" behaviors: difficulty in expressing needs or requests often increases the power imbalance in the relationship, fostering control and violent dynamics. Regarding the second objective, only one study reported significant outcomes from an assertiveness training intervention targeting violent men, revealing a decrease in aggressive behavior during conflict discussions with their partner.

Conclusions: This literature review provides preliminary evidence on the influence of communication patterns in relationships characterized by conflict and/or violence. A lack of assertive communication skills appears to contribute to dysfunctional relational contexts, increasing vulnerability to conflict escalation and violent episodes. Future research is needed to further examine the efficacy of assertiveness training in improving conflict resolution and reducing violence in problematic intimate relationships.

Key words: assertiveness, problematic couples, intimate partner violence (IPV), heterosexual couples, communication patterns

Introduzione

La violenza nelle relazioni intime (Intimate Partner Violence, IPV) rappresenta una problematica sociale e clinica di rilevanza globale, con ripercussioni significative sulla salute

psicologica, fisica e relazionale delle vittime (Leone et al., 2014). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che nel mondo circa il 30% delle donne abbia subito violenza fisica o sessuale da parte del proprio partner almeno una volta nella vita (Khorshidi Mianaie et al., 2023). In Europa, i dati sono ancora più allarmanti: secondo un recente studio osservazionale, circa il 51,7% delle donne dell'Unione Europea ha subito violenza in qualche momento della propria vita (Barbier et al., 2022). L'IPV include una vasta gamma di comportamenti abusivi/aggressivi, come la violenza fisica, psicologica, sessuale e la coercizione economica, che possono manifestarsi all'interno delle relazioni intime (Astuti et al., 2019; Capaldi et al., 2012). Storicamente associata alla violenza maschile contro le donne, negli ultimi decenni è emerso che l'IPV può essere perpetrata e subita da entrambi i sessi, indipendentemente dall'orientamento sessuale, dallo stato civile o dalla convivenza (Pugliese et al., 2023, 2024). I fattori di rischio principali per l'IPV comprendono aspetti socio-demografici, quali il genere, cioè, l'essere uomo o donna, e le differenze legate ai ruoli di genere, incidono significativamente sulla probabilità di essere vittima o autore di IPV, l'età giovane, l'appartenenza a minoranze etniche o razziali, l'aver figli, il basso livello di istruzione, la disoccupazione e il basso reddito, il vivere in ambienti urbani e avere scarsi contatti sociali o basso supporto sociale (Joksimovic et al., 2024). Inoltre, una storia personale di esposizione alla violenza, soprattutto durante l'infanzia (come essere stati testimoni o vittime di maltrattamenti domestici), può incrementare il rischio di perpetuarla o subirla in età adulta, secondo un modello intergenerazionale della violenza (Santambrogio et al., 2021). Negli uomini che perpetuano IPV nelle loro relazioni intime sono stati riscontrati come fattori di rischio individuali, anche la bassa soddisfazione coniugale, abuso di sostanze, storia personale di violenza, precedenti esperienze traumatiche, come testimonianza di abusi nell'infanzia, e le dinamiche relazionali disfunzionali, come gelosia patologica, difficoltà comunicative, dipendenza emotiva e controllo coercitivo (Ali & Naylor, 2013; Fleming et al., 2015; Santambrogio et al., 2021). Attraverso la violenza, il partner abusante esercita un controllo sulla vita dell'altro, compromettendone l'indipendenza, l'autodeterminazione, la crescita personale e il benessere psicologico (Uvelli et al., 2024). Le conseguenze dell'IPV sono estese e gravi: includono morbilità e mortalità, disturbi fisici (come ipertensione, dolore cronico, infezioni sessualmente trasmesse, esiti negativi della gravidanza) e gravi effetti psicologici come PTSD, depressione, ansia, disturbi del sonno, alimentari, abuso di sostanze e tendenze suicide. Le vittime che subiscono più forme di violenza o sono vittimizzate presentano un rischio maggiore di comorbidità psichiatrica (Garcia-Moreno et al., 2006). In letteratura è emerso che la violenza da marito a moglie ha esiti più negativi rispetto alla violenza da moglie a marito, con le donne che subiscono più spesso lesioni fisiche e conseguenze psicologiche come depressione e bassa autostima, dipendenza affettiva patologica e disturbo da stress post-traumatico (PTSD) (Pugliese et al., 2023, 2024; Ronan et al., 2004; Uvelli et al., 2024).

All'interno di tali dinamiche relazionali disfunzionali, le competenze comunicative e, in particolare, l'assertività risultano essere variabili interdipendenti in grado di influenzare tanto l'escalation quanto il mantenimento del comportamento violento nelle relazioni di coppia (Astuti et al., 2019; Maiuro et al., 1986; Yarinab & Amini, 2022). La mancanza di adeguate competenze comunicative può rendere più difficile la gestione dei conflitti e l'espressione dei bisogni in modo sano e non aggressivo all'interno di una coppia (Maiuro et al., 1986; Ronan et al., 2004). Individui con scarse abilità comunicative in situazioni di alto conflitto possono ricorrere a comportamenti violenti come modo per esprimere frustrazione, rabbia o per ottenere ciò che desiderano (Ronan et al., 2004) e utilizzare strategie di comunicazione inefficaci, come lamentarsi, negare la responsabilità, interrompere, criticare/sarcasmo, ricordare comportamenti negativi passati, insultare

(Ronan et al., 2004). Un pattern relazionale particolarmente studiato è il modello della "richiesta-ritiro" (demand/withdraw), in cui un partner (spesso la donna quando si trova in contesti violenti) sollecita il confronto e il cambiamento, mentre l'altro si ritira e evita la discussione. In particolare, è stato osservato che il modello di "richiesta dell'uomo-ritiro della donna" caratterizza in modo specifico le coppie violente. Questi modelli impediscono la comprensione reciproca, ostacolano il supporto tra partner e possono portare a un'escalation del conflitto fino alla violenza (Christensen & Heavey, 1990). In questo contesto, l'assertività rappresenta una competenza chiave. Essa viene definita come la capacità di esprimere i propri bisogni e sentimenti in modo chiaro, diretto e rispettoso, evitando sia la passività, che implica la rinuncia alla propria autodeterminazione, sia l'aggressività, che comporta la violazione dei diritti altrui (Sadock et al., 2015). La comunicazione assertiva si fonda su abilità come l'ascolto attivo, la negoziazione, la gestione delle emozioni e l'espressione chiara dei bisogni, che sembrano giocare un ruolo cruciale nella prevenzione della violenza. L'ascolto attivo consiste nel prestare attenzione sincera all'altro, evitando interruzioni e mostrando comprensione attraverso segnali verbali e non verbali come il contatto visivo, i cenni del capo e le riformulazioni. Questo atteggiamento favorisce un clima di apertura e riduce il rischio di incomprensioni e conflitti (Babin et al., 2012). *"Capisco che per te sia difficile"*, *"Mi sembra che tu ti senta frustrato"* sono esempi di riformulazioni che favoriscono un clima di apertura e riducono le incomprensioni. Anche l'uso dei messaggi in prima persona, ad esempio *"mi sento ignorato quando parli al telefono mentre discutiamo"*, consente di esprimere le proprie emozioni in modo chiaro e non accusatorio senza suscitare alcuna difensività nell'altro (Yarinasab & Amini, 2022). Analogamente, l'abilità di esprimere opinioni e bisogni in modo diretto, ma rispettoso, è cruciale per stabilire relazioni equilibrate: ad esempio, dire *"Ho bisogno di più supporto nelle decisioni familiari"* è più efficace di un'osservazione generica o accusatoria (Astuti et al., 2019). Il riconoscimento dei propri diritti e limiti gioca un ruolo importante nell'assertività di coppia. Essere consapevoli dei propri confini aiuta a evitare dinamiche di sottomissione o prevaricazione, favorendo relazioni basate sulla reciprocità. Un partner assertivo è in grado di dire *"No, non posso"* senza sentirsi in colpa, e di accettare un "no" altrui senza viverlo come un rifiuto personale (Astuti et al., 2019). Infine, l'abilità di fornire feedback positivi e critiche costruttive consente di rafforzare la relazione e affrontare eventuali problematiche senza generare tensioni eccessive. Apprezzare gli sforzi e le qualità del partner rafforza il legame, mentre fornire critiche con rispetto – ad esempio, *"Mi piacerebbe che collaborassimo di più nelle faccende domestiche"* anziché *"Non fai mai niente!"* – aiuta a risolvere i conflitti in modo produttivo (Khorshidi Mianaie et al., 2023). Tali competenze migliorano la qualità delle relazioni, creano un ambiente comunicativo basato sulla fiducia e sul rispetto reciproco, riducendo il rischio di escalation della violenza nella coppia (Babin et al., 2012). L'assertività è risultata essere un fattore protettivo contro la violenza domestica, rendendo così la relazione più solida (Astuti et al., 2019).

Numerosi studi confermano che gli uomini autori di violenza presentano deficit marcati nelle abilità assertive, in particolare nell'iniziare un dialogo e formulare richieste in modo assertivo piuttosto che nel rifiutare, privilegiando modalità aggressive (Maiuro et al., 1986). Le donne vittime di violenza, al contrario, evidenziano difficoltà nell'affermare i propri diritti e bisogni, aumentando la vulnerabilità al ciclo dell'abuso (Astuti et al., 2019; Maiuro et al., 1986). Alcuni programmi di training assertivo hanno dimostrato di ridurre significativamente l'aggressività nei partner violenti (Wardany et al., 2022), migliorando la gestione dei conflitti e rafforzando la stabilità relazionale (Babcock et al., 2011; Gordon & Waldo, 1984). Analogamente, interventi mirati a migliorare le competenze comunicative nei partner possono ridurre significativamente i livelli di conflitto e abuso (Khorshidi Mianaie et al., 2023), favorendo il supporto sociale e il miglioramento delle

risorse di coping delle vittime (Babin et al., 2012).

L'interconnessione tra assertività deficitaria, comunicazione disfunzionale e violenza risulta dunque essere un elemento chiave nel mantenimento della violenza nelle relazioni intime. In tale prospettiva, emerge l'importanza di interventi centrati sullo sviluppo delle competenze comunicative e assertive, sia nella prevenzione che nel trattamento della violenza domestica. Due studi in particolare indicano come programmi focalizzati sull'addestramento all'assertività e sull'incremento delle abilità di gestione del conflitto possano ridurre significativamente le condotte aggressive e favorire una maggiore stabilità relazionale (Babcock et al., 2011; Gordon & Waldo, 1984).

Alla luce di queste evidenze, la presente revisione sistematica della letteratura si propone di esaminare il ruolo dell'assertività e delle competenze comunicative nelle coppie eterosessuali conflittuali, caratterizzate da elevati livelli di violenza. Attraverso l'analisi critica della letteratura esistente, si intende chiarire come tali fattori possano influenzare la dinamica di coppia e se il loro potenziamento rappresenti una strategia efficace per prevenire e ridurre i comportamenti violenti.

Metodi

Strategie di ricerca

La presente revisione della letteratura è stata condotta seguendo le linee guida del metodo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis; Moher et al., 2015). La ricerca bibliografica è stata effettuata tra aprile e maggio 2024 utilizzando due principali banche dati elettroniche: Pubmed e Scopus. La domanda di ricerca è stata formulata secondo il modello PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome): *Qual è il ruolo delle competenze comunicative e, in particolare, dell'assertività, nella prevenzione o nel mantenimento della violenza nelle relazioni intime eterosessuali, e quali sono gli effetti di interventi mirati su tali competenze?* La stringa di ricerca è stata sviluppata dagli autori sulla base della letteratura esistente e adattata per ogni database, includendo le seguenti stringhe in lingua inglese, combinate tramite i connettori booleani: "intimate partner violence" AND "assertiveness" AND "communication patterns" AND "heterosexual couples". Sono stati considerati articoli originali in lingua inglese, senza limiti temporali. La scelta di non inserire un range temporale è stata motivata dalla volontà di includere studi aggiornati che riflettono i cambiamenti culturali, normativi e terapeutici più recenti in merito alla IPV e alle dinamiche comunicative.

Criteri di inclusione ed esclusione

I criteri di inclusione scelti riguardano in primo luogo la popolazione. Essendo un argomento ampiamente studiato, è stato scelto di far riferimento in modo esclusivo a una popolazione specifica: articoli che esaminano coppie eterosessuali coinvolte in dinamiche di violenza nelle relazioni intime (IPV). La scelta esclusiva di coppie eterosessuali è stata effettuata per garantire l'omogeneità del campione analizzato, in quanto gran parte della letteratura consolidata sulla IPV e i modelli comunicativi si riferiscono a questa popolazione. Inoltre, alcuni pattern relazionali (es. richiesta-ritiro) e le conseguenze psicologiche della violenza possono assumere connotazioni differenti a seconda dell'orientamento sessuale della coppia. Per evitare ambiguità interpretative, tale specificazione è stata riportata anche nel titolo della revisione. Inoltre, sono stati inclusi studi in lingua inglese che utilizzassero strumenti validati per la misurazione dei costrutti di nostro interesse. Trattandosi di un'indagine esplorativa sono stati inclusi sia studi osservazionali

(trasversali o longitudinali) oppure sperimentali (ad esempio, Randomized Control Trial, RCT). Sono stati esclusi: studi su individui singoli non inseriti in un contesto relazionale; revisioni sistematiche e letterarie, metanalisi, editoriali, atti di convegni, tesi e dissertazioni; articoli non disponibili in full text.

Procedure di screening

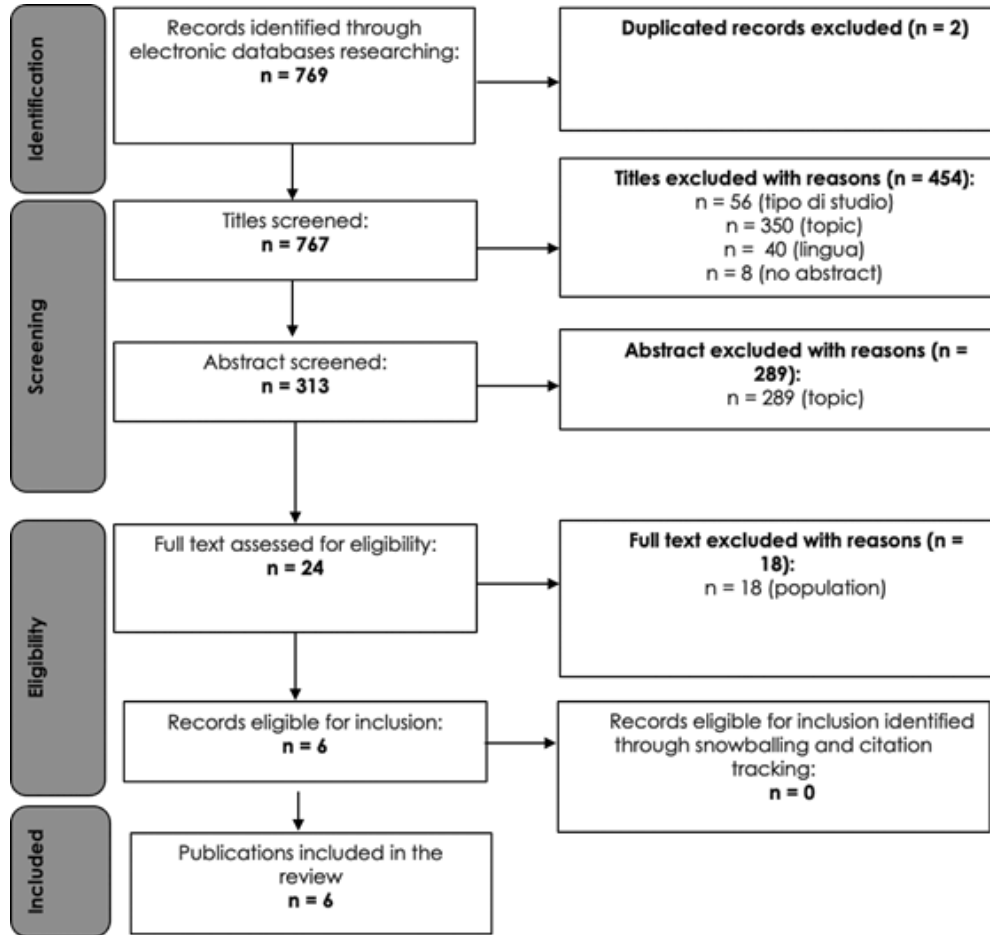
Il risultato iniziale della ricerca ha identificato 769 articoli. Utilizzando la libreria di riferimento Zotero, i duplicati sono stati eliminati (2).

I riferimenti esaminati dagli autori erano 767. Sono stati esaminati indipendentemente i titoli e gli abstract degli articoli identificati in base ai criteri di inclusione ed esclusione. Questo ha permesso di verificare la coerenza dei criteri e garantire la rigurosità scientifica e metodologica della selezione degli abstract. In caso di disaccordo, i riferimenti sono stati sottoposti a discussione fino al raggiungimento di un accordo. Quindi, è stato vagliato il testo completo dei restanti documenti (24) in modo indipendente. Infine, un totale di 6 articoli è stato incluso nel processo di revisione. Nel caso di articoli non disponibili, gli autori hanno contattato il primo autore corrispondente per richiederne una copia in formato PDF. Inoltre, sono stati utilizzati la tecnica dello snowball e il citation tracking per identificare pubblicazioni potenzialmente rilevanti ma nessun ulteriore articolo ha soddisfatto i criteri di inclusione. Tutti gli articoli inclusi sono stati considerati di qualità sufficiente, in base al processo di peer review e alla reputazione accademica delle riviste. Il processo di ricerca è stato condotto secondo la dichiarazione e il diagramma di flusso del PRISMA (Moher et al., 2015) (**figura 1**).

Valutazione della qualità metodologica

La qualità metodologica degli studi inclusi è stata valutata utilizzando strumenti specifici per i disegni osservazionali, in linea con le raccomandazioni per le revisioni sistematiche. In particolare, è stata adottata la JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies per gli studi osservazionali e comparativi, e il Cochrane Risk of Bias Tool (RoB 2), specifico per gli studi RCT. Nel complesso, i disegni metodologici utilizzati spaziano da studi sperimentali con assegnazione casuale dei partecipanti a studi osservazionali, permettendo un'analisi approfondita dei pattern comunicativi e dei comportamenti relazionali nelle coppie coinvolte in situazioni di violenza. I partecipanti sono stati reclutati attraverso criteri chiari e specifici, principalmente tramite annunci pubblicitari e programmi di trattamento per la violenza domestica, garantendo una rappresentatività adeguata all'obiettivo degli studi. Le procedure di raccolta dei dati includono videoregistrazioni delle interazioni, codifica comportamentale e l'uso di strumenti standardizzati e validati come la Conflict Tactics Scale-2 e la Marital Interaction Coding System, assicurando la validità delle misurazioni. Le analisi statistiche utilizzate, come ANOVA, lag sequential analysis e confronti tra gruppi, sono adeguate agli obiettivi degli studi e garantiscono l'affidabilità dei risultati. Infine, il controllo dei bias è stato ottenuto attraverso la randomizzazione nelle condizioni sperimentali, l'addestramento dei codificatori e l'uso di criteri di inclusione chiari e replicabili. In sintesi, la qualità complessiva degli studi è risultata da moderata ad alta, rendendo i risultati inclusi nella presente revisione affidabili per una riflessione critica sul ruolo delle competenze comunicative e assertive nelle relazioni di coppia eterosessuali caratterizzate da violenza.

Figura 1. Diagramma PRISMA



Estrazione e sintesi dei dati

I dati sono stati estratti da ciascuno degli studi inclusi utilizzando un formato standard: autore e anno, stato, disegno di ricerca, strumenti, popolazione, trattamento e risultati significativi. Gli autori hanno esaminato insieme gli articoli e hanno raggiunto un consenso su cosa estrarne. Successivamente, i dati sono stati estratti da 2 autori e controllati da altri 2 autori per verificarne l'accuratezza. Gli articoli difficili da decidere sono stati discussi tra i ricercatori. Infine, sono stati identificati 1 RCT e 5 studi osservazionali. La tabella 1 mostra la sintesi delle caratteristiche degli articoli selezionati.

Tabella 1. Sintesi delle caratteristiche degli articoli selezionati

Autori, Anno, Paese	Disegno dello Studio	Strumenti	Campione	Trattamento	Principali risultati
Babcock et al., 2011 USA	RCT (studio sperimentale con assegnazione casuale)	<ul style="list-style-type: none"> • Dyadic Adjustment Scale (DAS) • Play by Play Interview • The Specific Affect Coding System (SPAFF) • The About That Discussion (ATD) 	100 coppie IPV	Due interventi di comunicazione: <ul style="list-style-type: none"> • editing-out-the-negative • accepting influence 	Le coppie nelle condizioni di skills-training hanno riportato una riduzione maggiore dell'aggressività.
Holtzworth-Munroe et al., 1998 USA	Osservazionale (studio comparativo)	• Semi-structured interview	STUDY 2 = 100 Coppie: - 25 coppie IPV - 25 coppie DNV - 25 coppie VND - 25 coppie NVND	No trattamento	Le coppie problematiche mostrano modelli di comunicazione disfunzionale (aggressività nelle richieste/passività = ritiro).
Berns et al., 1999a USA	Osservazionale (studio comparativo)	<ul style="list-style-type: none"> • The Dyadic Adjustment Scale (DAS) • The Conflict Rating System (CRS) • Conflict Tactic Scale (CTS) 	47 coppie IPV	No trattamento	Partner con comportamenti antisociali tendono a dominare le interazioni con aggressività/passività (richieste e ritiri).
Cordova et al., 1993 USA	Osservazionale (studio di analisi sequenziale)	<ul style="list-style-type: none"> • Marital Interaction Coding System (MICS-III) • Conflict Tactics Scale (CTS) • Dyadic Adjustment Scale (DAS) 	29 coppie IPV 15 coppie DNV 13 coppie NVND	No trattamento	Le coppie IPV mostrato livelli significativamente più alti di reciprocità negativa rispetto alle coppie DNV.

Tabella 1. Continua

Berns et al., 1999b USA	Osservazionale (studio comparativo con codifica comportamentale)	<ul style="list-style-type: none"> • Conflict Rating System (CRS) • Specific Affect Coding System (SPAFF) • The Communication Patterns questionnaire (CPQ) • The Dyadic Adjustment Scale (DAS) • The Conflict Tactics Scale (CTS) • Emotional Abuse Questionnaire (EAQ) 	47 coppie IPV 28 coppie DNV 16 coppie NVND	No trattamento	I partner IPV sono coinvolti in alti livelli di interazione negativa, in cui entrambi richiedono cambiamenti (aggressività) e si ritirano emotivamente (passività)..
Babcock et al. 1993 USA	Osservazionale (studio comparativo su discrepanze di potere)	<ul style="list-style-type: none"> • Behavioral Observation of Communication Skill (BOCS) • Communication Patterns Questionnaire (CPQ) • Who Does What (WDW) questionnaire • The Conflicts Tactics Scale—Form N (CTS) • The Short Marital Adjustment Test (SMAT) • The Dyadic Adjustment Scale (DAS) 	95 coppie sposate: - 49 coppie IPV - 30 coppie DNV -16 coppie NVND	No trattamento	Le coppie IPV tendevano a presentare maggiori discrepanze di potere: i mariti si ritrovano in una posizione di minor potere decisionale o di comunicazione rispetto alle mogli ed erano più inclini alla violenza fisica. Queste coppie mostravano anche un'interazione caratterizzata da un pattern aggressivo/passivo ("demand/withdraw").

Note. IPV = violenti; VND = violenti non stressati; NVD = non violenti ma stressati; NVND = non violenti e non stressati.

Risultati

Caratteristiche degli studi selezionati

La presente revisione sistematica della letteratura ha incluso sei studi condotti negli Stati Uniti d'America tra il 1999 e il 2011 (Babcock et al., 1993, 2011; Berns et al., 1999a, 1999b; Cordova et al., 1993; Holtzworth-Munroe et al., 1998). Il campione complessivo analizzato era costituito da 490 coppie eterosessuali coniugate o conviventi. Di queste, 322 coppie sono state classificate come caratterizzate da violenza domestica (IPV), con la presenza di un partner maschile abusante; all'interno di questo sottogruppo, 25 coppie sono state ulteriormente identificate come non stressate (VND), ovvero caratterizzate dalla presenza di violenza da parte del marito, ma assenza di stress coniugale cronico significativo riportato dalla moglie (l'inclusione di questo gruppo di coppie negli studi è importante perché permette di distinguere tra i fattori associati alla violenza di per sé e quelli legati al generale stress coniugale cronico). Le restanti 168 coppie non presentavano caratteristiche di violenza e sono state suddivise in due categorie: 98 coppie classificate come stressate (NVD), ovvero coppie in cui non si verificano episodi di violenza fisica tra i partner, ma la coppia sperimenta un significativo livello di stress e insoddisfazione coniugale, e 70 coppie che riferivano un livello di soddisfazione coniugale positivo (NVND). L'età media del campione complessivo era di 34.03 anni (DS = 3.86). Nello specifico, l'età media degli uomini era di 34.79 anni (DS = 2.78), mentre quella delle donne era di 32.89 (DS = 5.37). Inoltre, la durata media della relazione all'interno del campione era di 7.7 anni (DS = 2.15).

Gli studi inclusi nella presente revisione sistematica della letteratura hanno esaminato i modelli comunicativi e il comportamento nelle coppie caratterizzate da violenza coniugale (IPV), utilizzando approcci eterogenei per valutare i pattern comunicativi e, in misura più limitata, le competenze assertive. In alcuni casi, la comunicazione è stata misurata mediante osservazione codificata di interazioni reali; in altri, attraverso questionari autovalutativi. Nello specifico, Cordova e colleghi (1993) hanno impiegato il *Marital Interaction Coding System* (MICS-III), una procedura osservazionale con codifica comportamentale, che ha permesso di valutare in modo sistematico la reciprocità negativa attraverso analisi sequenziali (Cordova et al., 1993). Babcock e colleghi (1993) hanno utilizzato il *Communication Patterns Questionnaire* (CPQ) per identificare pattern domanda-ritiro, e il *Behavioral Observation of Communication Skill* (BOCS) per valutare abilità comunicative generali durante interviste strutturate (Babcock et al., 1993). Il BOCS ha esplorato dimensioni come chiarezza, quantità e comfort sociale. Berns e colleghi in entrambi gli studi esaminati (1999a; 1999b) hanno integrato dati osservazionali (codifiche SPAFF) e fisiologici (reattività cardiaca) con self-report. La comunicazione è stata misurata sia in termini di qualità (positiva vs. negativa) sia con riferimento ai ruoli di richiesta e ritiro. Tuttavia, non hanno utilizzato strumenti specificamente progettati per misurare l'assertività (Berns et al., 1999a, 1999b). Holtzworth-Munroe e colleghi (1998) si sono concentrati su compiti di risoluzione dei conflitti con valutazione comportamentale, senza però l'impiego di scale standardizzate per la comunicazione o l'assertività (Holtzworth-Munroe et al., 1998). Infine, Babcock e colleghi (2011) hanno valutato i cambiamenti nella comunicazione attraverso osservazioni codificate e autovalutazioni pre-post, in seguito a training centrati su specifiche abilità comunicative ("editing out the negative" e "accepting influence") (Babcock et al., 2011). La varietà di strumenti adottati rende complesso un confronto diretto tra gli studi. Alcuni articoli hanno adottato procedure sistematiche e codificate (Babcock et al., 1993; Cordova et al., 1993); altri si basano su osservazioni meno strutturate o su indicatori indiretti della comunicazione disfunzionale. Solo due studi hanno considerato variabili legate all'assertività, sebbene mai

come costruito primario (Babcock et al., 1993, 2011). Questa eterogeneità metodologica rappresenta un limite per la comparabilità dei risultati e deve essere tenuta in considerazione nell'interpretazione complessiva degli esiti.

La reciprocità negativa nelle coppie violente

Uno degli aspetti centrali delle interazioni disfunzionali nelle coppie violente (IPV) che è emerso dall'analisi degli studi inclusi nella presente revisione sistematica della letteratura è la reciprocità negativa. Lo studio di Cordova e colleghi (1993) ha esaminato la presenza di tale fenomeno nelle coppie con mariti violenti, evidenziando che, in queste relazioni, i comportamenti negativi di un partner tendevano a evocare risposte altrettanto negative nell'altro. Tale modello risulta più marcato nelle coppie violente rispetto a quelle non violente (NVD e NVND), suggerendo un'escalation di conflitto che contribuisce al mantenimento della violenza nella relazione (Cordova et al., 1993).

Il modello comunicativo "richiesta-ritiro" nelle relazioni violente

Quattro dei sei studi inclusi nella presente revisione hanno invece analizzato il modello comunicativo di "richiesta-ritiro" e il ruolo delle competenze comunicative e del potere nelle relazioni violente (Babcock et al., 1993; Berns et al., 1999a, 1999b; Holtzworth-Munroe et al., 1998). Questo modello si caratterizza per la presenza di un partner "richiestivo", che sollecita cambiamenti e maggiore intimità attraverso critiche o richieste emotive, e un partner "ritirato", che reagisce alle pressioni con atteggiamenti difensivi, passività o evitamento fino al ritiro completo dalla discussione (Babcock et al., 1993; Berns et al., 1999b).

Gli studi analizzati indicano che sia gli uomini che le donne in relazioni violente manifestano comportamenti di richiesta e ritiro, contribuendo a un aumento della comunicazione distruttiva reciproca (Babcock et al., 1993; Berns et al., 1999a, 1999b; Holtzworth-Munroe et al., 1998). Tuttavia, i risultati di queste ricerche sono eterogenei. Due studi hanno osservato che gli uomini violenti assumono più frequentemente il ruolo di "richiedente", mentre le donne tendono a ritirarsi, suggerendo che gli uomini violenti, pur esercitando controllo e potere, non si percepiscono come soddisfatti o potenti nella relazione (Babcock et al., 1993; Holtzworth-Munroe et al., 1998). Inoltre, è emerso che all'interno delle coppie violente, i mariti che percepivano loro stessi con meno potere erano maggiormente violenti fisicamente nei confronti delle loro mogli (Babcock et al., 1993). Questi risultati suggeriscono che le dinamiche di potere e controllo possono influenzare i modelli di comunicazione nelle relazioni violente.

Contrariamente, Berns e colleghi (1999 a, b) hanno riscontrato che gli uomini violenti erano più inclini sia alla "richiesta" sia al "ritiro" rispetto agli uomini non violenti, mentre le donne maltrattate risultavano più "richiestive" rispetto alle donne in matrimoni non violenti e meno inclini al "ritiro" (Berns et al., 1999a, 1999b). Sia i maltrattatori che le donne maltrattate hanno mostrato meno comunicazione positiva e più comunicazione negativa rispetto alle loro controparti non violente. Questi risultati suggeriscono che i maltrattatori potrebbero essere intrappolati in un ciclo di richiesta e ritiro, cercando il cambiamento ma allo stesso tempo resistendo all'influenza del loro partner. Un'ulteriore distinzione nel comportamento comunicativo degli uomini violenti è stata proposta da Berns e colleghi (1999a), che hanno suddiviso questi soggetti in due sottogruppi sulla base della reattività fisiologica: Tipo I (che si calmano durante il conflitto) e Tipo II (che mostrano un aumento della frequenza cardiaca). I risultati suggeriscono che gli

uomini di Tipo I presentano livelli più elevati sia di "richiesta" che di "ritiro" rispetto agli uomini di Tipo II. Inoltre, le mogli degli uomini di Tipo I risultano più inclini all'evitamento e al ritiro rispetto ad altre donne maltrattate (Berns et al., 1999a).

Interventi per gli uomini violenti

Un solo studio incluso in questa revisione sistematica della letteratura ha esaminato l'efficacia di interventi mirati a migliorare le competenze comunicative degli uomini violenti nelle relazioni intime (Babcock et al., 2011). Lo studio ha confrontato due programmi di skill training con un gruppo di controllo sottoposto a "time-out". Gli interventi proposti erano: Editing-out-the-negative (eliminare il negativo) finalizzato a ridurre la comunicazione negativa e conflittuale e Accepting influence (accettare l'influenza) finalizzato a promuovere la disponibilità a recepire i bisogni e i punti di vista del partner. L'esercizio di "eliminare il negativo" insegnava agli uomini a sostituire le risposte negative immediate con reazioni più neutre, con l'obiettivo di prevenire l'inizio di discussioni accese e interrompere cicli di reciprocità negativa. L'esercizio di "accettare l'influenza" si concentra sull'individuazione di elementi validi negli argomenti del partner, promuovendo il compromesso e la de-escalation dei conflitti. I risultati di questo studio indicano che entrambi gli interventi attivi hanno portato a una diminuzione dell'aggressività negli uomini rispetto alla condizione di "time-out", sia secondo le autovalutazioni che nelle osservazioni comportamentali. In particolare, "l'accettare l'influenza" è risultato efficace nel ridurre l'aggressività verbale osservata negli uomini e l'aggressività percepita da entrambi i partner. "L'eliminare il negativo", d'altra parte, sembrava particolarmente efficace nell'aumentare il comportamento positivo degli uomini verso il partner. Inoltre, anche le partner degli uomini partecipanti ai training hanno riportato una diminuzione dell'aggressività percepita nei confronti dei mariti.

Discussione

La violenza nelle relazioni intime (Intimate Partner Violence, IPV), caratterizzata da aggressioni verbali e fisiche, rappresenta una problematica sociale e clinica di rilevanza globale, con ripercussioni significative sul benessere psicologico, fisico e relazionale delle vittime (Leone et al., 2014). Le competenze comunicative giocano un ruolo cruciale nelle relazioni di coppia: in particolare, uno stile comunicativo assertivo può agire da fattore protettivo, facilitando la gestione costruttiva dei conflitti e prevenendo l'escalation della violenza. Le coppie eterosessuali che presentano buone abilità comunicative assertive sono in grado di esprimere i propri bisogni in modo chiaro, ascoltare attivamente il partner e ricercare soluzioni condivise. Al contrario, la presenza di difficoltà nella comunicazione può portare a interazioni negative, alimentando dinamiche relazionali disfunzionali e comportamenti aggressivi.

La presente revisione della letteratura si è proposta di indagare il ruolo degli stili comunicativi nella violenza di coppia eterosessuali e se interventi focalizzati sulle abilità assertive possano migliorare le dinamiche relazionali e un incremento del benessere emotivo nella coppia, favorendo una comunicazione più efficace e riducendo i comportamenti aggressivi. I risultati della presente revisione sistematica della letteratura confermano il ruolo centrale delle competenze comunicative e dell'assertività nelle dinamiche relazionali caratterizzate da Intimate Partner Violence (IPV). Le evidenze raccolte indicano che le coppie violente mostrano schemi comunicativi disfunzionali, tra cui la reciprocità negativa e il modello di comunicazione richiesta-

ritiro, i quali contribuiscono all'escalation del conflitto e al mantenimento della violenza.

Riguardo al primo obiettivo della revisione qui proposta, è emerso che nelle coppie violente è presente una difficoltà comunicativa che si caratterizza con pattern specifici: reciprocità negativa e "richiesta-ritiro". Queste carenze nella comunicazione possono contribuire a modelli di interazione disfunzionali, aumentando il rischio di comportamenti aggressivi (Babcock et al., 1993, 2011; Berns et al., 1999a, 1999b; Cordova et al., 1993; Holtzworth-Munroe et al., 1998).

Uno degli aspetti più rilevanti emersi dagli studi analizzati è il fenomeno della reciprocità negativa, che si riferisce a un ciclo di interazioni in cui il comportamento aggressivo/ostile di un partner genera una risposta altrettanto negativa da parte dell'altro. A differenza delle coppie non violente, che hanno maggiori probabilità di ricambiare gli affetti positivi, nelle coppie violente questo schema si manifesta con maggiore intensità rispetto alle coppie non violente, e si associa a una comunicazione centrata su critiche, sarcasmo, atteggiamenti provocatori e tentativi di svalutazione reciproca (Cordova et al., 1993). Le donne maltrattate possono essere intrappolate in questo schema, cercando di placare i loro partner violenti per evitare ulteriori abusi, utilizzando comportamenti aggressivi (Cordova et al., 1993). Tale schema è più marcato nelle coppie in cui è presente la violenza domestica rispetto alle coppie non violente, suggerendo che il conflitto non si limita a episodi isolati ma diventa parte integrante della relazione. Questo dato è coerente con la letteratura precedente, che evidenzia come la comunicazione negativa possa fungere da catalizzatore per la violenza interpersonale (Cordova et al., 1993; Ronan et al., 2004).

Un ulteriore risultato di rilievo riguarda il modello comunicativo "richiesta-ritiro", evidenziato in quattro dei sei studi inclusi nella revisione. Questo modello si caratterizza per l'interazione tra un partner che insiste su un cambiamento o maggiore intimità (partner "richiestivo") e un partner che tende a evitare la discussione o reagisce con passività (partner "ritirato"), e si associa a una maggiore instabilità e conflittualità nella relazione. Sebbene tale modello sia presente in molte coppie, nelle relazioni violente assume caratteristiche specifiche e rigide: gli uomini violenti possono oscillare tra il ruolo di "richiedenti", esercitando pressioni emotive sulla partner per ottenere cambiamenti, e quello di "ritirati" strategici, resistendo attivamente alle richieste di cambiamento della partner, mentre le donne risultano maggiormente propense a richiedere cambiamenti, spesso senza successo, e meno inclini al ritiro. Questo comportamento può essere interpretato come un tentativo di mantenere il controllo sulla relazione e di compensare una percezione di mancanza di potere. Questi risultati suggeriscono che il controllo e la dinamica di potere nelle coppie violente possano essere mediati da strategie comunicative efficaci (Babcock et al., 1993; Berns et al., 1999a, 1999b; Holtzworth-Munroe et al., 1998). L'assenza di assertività, intesa come la capacità di esprimere i propri bisogni in modo diretto e rispettoso e di ascoltare attivamente il proprio partner, sembrano rappresentare un fattore che contribuisce al mantenimento di tali dinamiche disfunzionali e quindi favorisce all'escalation della violenza nella coppia (Babcock et al., 1993; Berns et al., 1999a, 1999b; Cordova et al., 1993; Holtzworth-Munroe et al., 1998). L'analisi delle dinamiche di potere ha inoltre mostrato che gli uomini che percepiscono un minor potere all'interno della relazione sono più inclini a manifestare comportamenti violenti nei confronti della partner (Babcock et al., 1993). Ciò supporta l'ipotesi che l'aggressività possa emergere come risposta a una percezione di insicurezza o di perdita di controllo, con implicazioni dirette per lo sviluppo di interventi mirati alla gestione delle dinamiche relazionali disfunzionali.

In linea con il secondo obiettivo della ricerca, solo uno studio ha valutato l'efficacia di interventi strutturati per il miglioramento delle competenze comunicative negli uomini violenti (Babcock et al., 2011). I risultati indicano che interventi focalizzati sui pattern comunicativi

non solo migliorano le competenze comunicative dei partner, ma possono anche ridurre significativamente i livelli di aggressività nella coppia (Babcock et al., 2011). In particolare, tecniche come "eliminare il negativo" e "accettare l'influenza", che possono essere declinate in termini di assertività come rispettivamente la capacità assertiva di fornire feedback costruttivi e gestire i conflitti in modo positivo (ad es., evitare critiche distruttive e lamentarsi in modo costruttivo, sostituire frasi accusatorie con messaggi in prima persona, concentrarsi su soluzioni piuttosto che sui problemi) e la capacità di ascolto attivo, empatia e flessibilità nelle relazioni (ad es., essere aperti al punto di vista del partner senza sentirsi minacciati, riconoscere i bisogni e le emozioni dell'altro, mostrando disponibilità al compromesso, validare i sentimenti del partner invece di rispondere in modo difensivo o ostile), si sono dimostrate efficaci nel favorire una comunicazione più assertiva, interrompendo il ciclo di escalation della negatività. Questi risultati sono in linea con l'idea che gli uomini violenti spesso abbiano difficoltà con le capacità di comunicazione prosociale. Migliorare la comunicazione all'interno della relazione può essere un obiettivo terapeutico prezioso. Pertanto, integrare queste tecniche in una comunicazione assertiva che equilibra espressione personale e rispetto reciproco, favorendo una dinamica relazionale più sana e collaborativa, potrebbe aiutare le coppie a ridurre i conflitti e la violenza. Tuttavia, gli interventi più efficaci sembrano essere quelli che coinvolgono entrambi i partner, in quanto le sole modifiche nel comportamento dell'uomo violento potrebbero non essere sufficienti a generare cambiamenti significativi e duraturi nella dinamica relazionale.

Alla luce di tali risultati, la ricerca futura dovrebbe concentrarsi sull'identificazione delle strategie di intervento più efficaci al miglioramento delle competenze comunicative e assertive all'interno delle coppie con elevate problematiche di conflitto, valutando l'impatto dell'insegnamento delle competenze assertive su entrambi i partner e analizzando gli effetti a lungo termine sulla riduzione della violenza. Programmi basati sulla promozione dell'ascolto attivo, della gestione delle emozioni, delle richieste, del riconoscimento dei propri limiti e diritti e della negoziazione potrebbero costituire un valido approccio per interrompere il ciclo della violenza e migliorare il benessere relazionale. Un training assertivo potrebbe modificare le dinamiche di "richiesta/ritiro" attraverso diverse strategie. In primis, trasformare la "domanda" in richieste specifiche e positive dei propri bisogni e desideri in modo costruttivo (ad es., invece di dire "Non mi ascolti mai!", si potrebbe dire "Mi sentirei più ascoltato se potessimo dedicare un momento specifico ogni giorno per parlare di come ci sentiamo"). Questo si allinea con l'esercizio di "eliminare il negativo" che insegna a sostituire risposte negative immediate con risposte più neutrali. Esprimere i propri sentimenti utilizzando il pronome personale, ovvero invece di accusare ("Tu mi fai sentire...") o criticare ("Sei sempre..."), un approccio assertivo utilizza frasi in "Io" per descrivere i propri sentimenti e bisogni senza colpevolizzare l'altro (ad es., invece di "Sei egoista e pensi solo a te", si potrebbe dire "Io mi sento trascurato quando le mie esigenze non vengono considerate"). Comunicare i propri limiti in modo aperto e onesto invece di chiudersi o evitare la discussione (ad es., se ci si sente sopraffatti da una discussione, invece di "ritirarsi" con il silenzio, si potrebbe dire "Mi sento sopraffatto in questo momento e avrei bisogno di una pausa per poter continuare la conversazione in modo costruttivo"). Un altro aspetto fondamentale dell'assertività è la capacità di ascoltare il punto di vista dell'altro, anche quando si è in disaccordo. Questo si collega al concetto di "accettare l'influenza", che enfatizza la ricerca del "nociolo di verità" nell'argomentazione del partner con cui si può essere d'accordo. Riconoscere la validità parziale delle affermazioni del partner, anche se espresse in modo " richiestivo", può ridurre la tensione e favorire un dialogo più costruttivo. Mantenere un tono di voce e un linguaggio del corpo rispettosi significa evitare comportamenti aggressivi verbali come

urla, insulti o sarcasmo (spesso parte della "domanda" negativa), e mantenere un linguaggio del corpo aperto e disponibile all'ascolto. Nel contesto specifico delle coppie con violenza maschile, che si trovano intrappolate in schemi di "richiesta-ritiro", l'adozione di uno stile comunicativo assertivo da parte di entrambi i partner può rappresentare una strategia efficace per rompere il ciclo negativo, promuovere la comprensione reciproca e costruire una relazione più equilibrata e soddisfacente. L'obiettivo è passare da un modello di interazione polarizzato e distruttivo a uno in cui entrambi i partner si sentano ascoltati e rispettati nella comunicazione dei propri bisogni e limiti. Infine, sarebbe utile sviluppare strumenti di osservazione più raffinati per valutare le dinamiche comunicative all'interno della coppia e comprendere meglio i meccanismi sottostanti ai diversi sottotipi di uomini violenti. Solo attraverso un approccio integrato e multidisciplinare sarà possibile sviluppare strategie di intervento più efficaci nella prevenzione e nel trattamento della violenza di coppia.

Limiti

Facendo riferimento ai risultati prodotti dalla presente revisione sistematica della letteratura, è necessario sottolineare la presenza di alcune limitazioni. In primo luogo, il numero ridotto di studi inclusi ($n = 6$) rappresenta un limite significativo, in quanto riduce la possibilità di generalizzare i risultati e limita la forza delle conclusioni tratte. Un ulteriore limite riguarda la collocazione geografica e temporale degli studi: tutti gli studi, infatti, sono stati realizzati negli Stati Uniti e l'ultimo risale al 2011, il che pone interrogativi sulla pertinenza dei dati rispetto agli sviluppi più recenti, sia a livello culturale che terapeutico. A ciò si aggiunge una notevole eterogeneità metodologica: non tutti gli studi hanno valutato la comunicazione in modo sistematico o utilizzando strumenti comparabili, e il costrutto di assertività è stato raramente misurato come variabile primaria. Questo rende complessa l'integrazione dei risultati e sottolinea la necessità di ulteriori ricerche con disegni più standardizzati. Inoltre, tutti gli studi selezionati sono stati condotti su popolazioni eterosessuali: l'assenza di ricerche su coppie LGBTQIA+ limita ulteriormente l'applicabilità dei risultati a una parte importante della popolazione, che può presentare dinamiche relazionali e comunicative differenti. A livello concettuale, è doveroso evidenziare la mancanza di una chiara definizione di coppie conflittuali, che può influenzare la coerenza e la comparabilità dei risultati. In questo studio abbiamo deciso di analizzare coppie con elevato Intimate Partner Violence e che presentavano atti di violenza all'interno della propria relazione. Infine, dal punto di vista dell'intervento, solo uno studio ha sperimentato un training specifico sulle competenze comunicative del partner violento, evidenziando la mancanza di evidenze empiriche sull'efficacia di interventi centrati sull'assertività nella riduzione dei comportamenti violenti. Alla luce di tali considerazioni, appare urgente incoraggiare future ricerche che: amplino il numero e la varietà dei campioni considerati, includendo coppie LGBTQIA+ e contesti culturali differenti; utilizzino strumenti condivisi per la valutazione dei pattern comunicativi e dell'assertività; sperimentino interventi basati su training assertivi strutturati, valutandone l'efficacia sia a breve che a lungo termine nella riduzione della violenza e nel miglioramento del benessere relazionale.

Conclusioni

In conclusione, la presente revisione della letteratura ha messo in luce il ruolo cruciale delle competenze comunicative e dell'assertività nel contesto della violenza intima di coppie

eterosessuali sposate e/o conviventi. Infatti, è stato evidenziato come la mancanza di assertività abbia un ruolo centrale nelle dinamiche violente (IPV) poiché la difficoltà a comunicare in modo assertivo può alimentare i conflitti e la violenza. La revisione ha inoltre messo in luce che i modelli comunicativi disfunzionali come il “richiesta-ritiro” siano prevalenti nelle coppie problematiche, per cui rende tali coppie maggiormente vulnerabili alla violenza. Migliorare tali competenze attraverso interventi mirati potrebbe rappresentare una strategia efficace per ridurre la violenza domestica e favorire relazioni più sane e soddisfacenti. L’implementazione di programmi di formazione e supporto per le coppie a rischio dovrebbe essere una priorità per i professionisti della salute mentale e per i decisori politici impegnati nella prevenzione della violenza di genere. La ricerca futura dovrebbe mirare dunque allo sviluppo di interventi incentrati sull’incremento delle competenze assertive, coinvolgendo entrambi i membri della coppia e adottando strumenti di valutazione più raffinati per analizzare i pattern comunicativi. È auspicabile che i programmi includano l’insegnamento di abilità come l’ascolto attivo, la gestione delle emozioni, la negoziazione, l’espressione dei bisogni in prima persona e il riconoscimento dei limiti personali e altrui. Un simile approccio potrebbe contribuire a interrompere il ciclo della violenza, migliorando la qualità delle relazioni e il benessere psicologico di entrambi i partner.

Bibliografia

- Ali, P. A., & Naylor, P. B. (2013). Intimate partner violence: A narrative review of the feminist, social and ecological explanations for its causation. *Aggression and Violent Behavior, 18*(6), 611–619. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.009>
- Astuti, A. D., Alizamar, A., & Afdal, A. (2019). Assertive behaviour difference among domestic violence victims. *Journal of Educational and Learning Studies, 2*(2), 83. <https://doi.org/10.32698/0602>
- Babcock, J. C., Graham, K., Canady, B., & Ross, J. M. (2011). A Proximal Change Experiment Testing Two Communication Exercises With Intimate Partner Violent Men. *Behavior Therapy, 42*(2), 336–347. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.010>
- Babcock, J. C., Waltz, J., Jacobson, N. S., & Gottman, J. M. (1993). Power and violence: The relation between communication patterns, power discrepancies, and domestic violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.1.40>
- Babin, E. A., Palazzolo, K. E., & Rivera, K. D. (2012). Communication Skills, Social Support, and Burnout among Advocates in a Domestic Violence Agency. *Journal of Applied Communication Research, 40*(2), 147–166. <https://doi.org/10.1080/00909882.2012.670257>
- Barbier, A., Chariot, P., & Lefèvre, T. (2022). Intimate partner violence against ever-partnered women in Europe: Prevalence and associated factors—Results from the violence against women EU-wide survey. *Frontiers in Public Health, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1033465>
- Berns, S. B., Jacobson, N. S., & Gottman, J. M. (1999a). Demand–withdraw interaction in couples with a violent husband. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(5), 666–674. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.5.666>
- Berns, S. B., Jacobson, N. S., & Gottman, J. M. (1999b). Demand/withdraw interaction patterns between different types of batterers and their spouses. *Journal of Marital and Family Therapy, 25*(3), 337–348. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1999.tb00252.x>
- Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse, 3*(2), 231–280. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>
- Christensen, A., & Heavey, C. L. (1990). Gender and social structure in the demand/withdraw pattern of marital conflict. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(1), 73–81. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.1.73>
- Cordova, J. V., Jacobson, N. S., Gottman, J. M., Rushe, R., & Cox, G. (1993). Negative reciprocity and communication in couples with a violent husband. *Journal of Abnormal Psychology, 102*(4), 559–564. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.102.4.559>

- doi.org/10.1037/0021-843X.102.4.559
- Fleming, P. J., McCleary-Sills, J., Morton, M., Levto, R., Heilman, B., & Barker, G. (2015). Risk Factors for Men's Lifetime Perpetration of Physical Violence against Intimate Partners: Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES) in Eight Countries. *PLOS ONE*, *10*(3), e0118639. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118639>
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, *368*(9543), 1260–1269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
- Gordon, S., & Waldo, M. (1984). The effects of assertiveness training on couples' relationships. *The American Journal of Family Therapy*, *12*(1), 73–77. <https://doi.org/10.1080/01926188408250160>
- Holtzworth-Munroe, A., Smutzler, N., & Stuart, G. L. (1998). Demand and withdraw communication among couples experiencing husband violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(5), 731–743. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.5.731>
- Joksimovic, N., Vallières, F., & Hyland, P. (2024). Gender differences in intimate partner violence: Risk factors and associations with suicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *16*(3), 470–477. <https://doi.org/10.1037/tra0001457>
- Khorshidi Mianae, H., Karimi, F., Boland, H., & Ayadi, N. (2023). Comparison of Communication Skills, Cognitive Emotion Regulation Strategies and Communication Patterns in Women with and Without Experience of Domestic Violence (An Analytical-comparative Study). *Journal of Family Relations Studies*, *3*(8), 40–46.
- Leone, J. M., Lape, M. E., & Xu, Y. (2014). Women's Decisions to Not Seek Formal Help for Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *29*(10), 1850–1876. <https://doi.org/10.1177/0886260513511701>
- Maiuro, R. D., Cahn, T. S., & Vitaliano, P. P. (1986). Assertiveness Deficits and Hostility in Domestically Violent Men. *Violence and Victims*, *1*(4), 279–289. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.1.4.279>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, *4*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Pugliese, E., Mosca, O., Saliari, A. M., Maricchiolo, F., Vigilante, T., Bonina, F., Cellitti, E., Barbaro, M. G. F., Goffredo, M., Lioce, P., Orsini, E., Quintavalle, C., Rienzi, S., Vargiu, A., & Mancini, F. (2023). Pathological Affective Dependence (PAD) as an Antecedent of Intimate Partner Violence (IPV): A Pilot Study of PAD's Cognitive Model on a Sample of IPV Victims. *Psychology*, *14*(02), 305–333. <https://doi.org/10.4236/psych.2023.142018>
- Pugliese, E., Visco-Comandini, F., Papa, C., Ciringione, L., Cornacchia, L., Gino, F., Cannito, L., Fadda, S., & Mancini, F. (2024). Understanding Trauma in IPV: Distinguishing Complex PTSD, PTSD, and BPD in Victims and Offenders. *Brain Sciences*, *14*(9), 856. <https://doi.org/10.3390/brainsci14090856>
- Ronan, G. F., Dreer, L. E., Dollard, K. M., & Ronan, D. W. (2004). Violent Couples: Coping and Communication Skills. *Journal of Family Violence*, *19*(2), 131–137. <https://doi.org/10.1023/B:JOFV.0000019843.26331.cf>
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry, 11th ed. In *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry, 11th ed.* Wolters Kluwer Health.
- Santambrogio, J., Colmegna, F., Biagi, E., Caslini, M., Di Giacomo, E., Stefana, A., Dakanalis, A., & Clerici, M. (2021). Intimate partner violence (IPV) e fattori associati: uno studio trasversale nella psichiatria di comunità. *Rivista Di Psichiatria*, *56*(1), 26–35.
- Uvelli, A., Ribaudo, C., Gualtieri, G., Coluccia, A., & Ferretti, F. (2024). The association between violence against women and chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*, *24*(1), 321. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03097-w>
- Wardany, N. S., Suryani, S., & Sriati, A. (2022). Effect of Assertiveness Training to Reduce Anger in Patients at Risk of Violence Behavior: A Literature Review. *Malaysian Journal of Medicine & Health Sciences*, *18*.
- Yarinasab, F., & Amini, K. (2022). Investigating the relationship between communication skills and domestic violence against women. *Iranian Journal of Forensic Medicine*, *27*(4), 246–253.

ASSERTIVITÀ SESSUALE: UNA REVISIONE SISTEMATICA SUGLI ASPETTI PSICOLOGICI, SOCIOCULTURALI E RELAZIONALI

Ilaria Giordano*, Orlando Saviello*, Giovanni Florio*, Emanuela Ricchezza*,
Anna Opera*, Teresa Cosentino**

*Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Napoli

**Associazione di Psicologia Cognitiva di Roma

Corrispondenza

Ilaria Giordano

E-mail: ilariagio@icloud.com

Riassunto

Obiettivo: l'assertività sessuale rappresenta una componente fondamentale della salute sessuale e del benessere psicologico, in quanto consente agli individui di esprimere i propri desideri, stabilire confini e negoziare pratiche sessuali sicure e consapevoli (Morokoff et al., 1997). Nonostante l'esistenza di una letteratura crescente, gli studi risultano frammentari e metodologicamente eterogenei. Questa scoping review si propone di mappare sistematicamente le evidenze empiriche sull'assertività sessuale, con particolare attenzione alle definizioni teoriche, agli strumenti di misurazione, ai correlati psicologici e socioculturali, nonché all'efficacia degli interventi educativi e terapeutici volti al suo potenziamento.

Metodo: la revisione è stata condotta seguendo il framework PCC (Population, Concept, Context; Peters et al., 2020) e i criteri PRISMA (Page et al., 2021). Sono stati inclusi studi empirici pubblicati in lingua inglese tra il 1991 e il 2023, focalizzati esplicitamente sull'assertività sessuale in popolazioni eterosessuali di ogni età e background culturale. La ricerca è stata svolta nel database PubMed/MEDLINE, con l'aggiunta di uno screening manuale delle referenze bibliografiche. Dei 915 articoli individuati, 43 sono stati inclusi nell'analisi. I dati sono stati estratti e sintetizzati in forma narrativa e tabellare.

Risultati: gli studi selezionati presentano un'elevata eterogeneità in termini di disegno di ricerca (trasversali, longitudinali, RCT), contesti di applicazione (clinico, educativo, comunitario) e strumenti utilizzati. Le scale più frequentemente impiegate sono la Hurlbert Index of Sexual Assertiveness (HISA; Hurlbert, 1991) e la Sexual Assertiveness Scale (SAS; Morokoff et al., 1997). L'assertività sessuale risulta associata positivamente a comportamenti sessuali sicuri, soddisfazione relazionale e benessere psicologico, nonché a una maggiore capacità di negoziazione sessuale. Alcuni studi evidenziano anche un ruolo protettivo rispetto alla vittimizzazione e alla coercizione sessuale (Santos-Iglesias et al., 2010). Gli interventi clinici ed educativi, soprattutto quelli basati sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e sulla promozione della comunicazione sessuale, mostrano efficacia nel potenziamento delle abilità assertive (Jangi et al., 2023; Sayyadi et al., 2019).

Conclusioni: i risultati confermano il ruolo centrale dell'assertività sessuale nella promozione della salute sessuale e relazionale. Tuttavia, emergono limiti metodologici rilevanti nella letteratura esistente, tra cui la prevalenza di studi trasversali, la scarsa rappresentatività dei campioni (prevalentemente universitari) e la limitata attenzione ai contesti culturali non occidentali. Si rileva inoltre una sottovalutazione delle dimensioni socioculturali e delle differenze di genere. Per rafforzare le evidenze disponibili, si raccomanda lo sviluppo di studi longitudinali e interculturali, nonché l'implementazione di programmi educativi e terapeutici mirati a

DOI: 10.36131/COGNCL20250106

RICEVUTO IL 31 MARZO 2025, ACCETTATO IL 10 MAGGIO 2025

promuovere l'assertività sessuale nelle diverse fasce della popolazione. Questa scoping review fornisce una base teorico-empirica utile per future revisioni sistematiche e metanalisi.

Parole chiave: assertività sessuale, salute sessuale, soddisfazione sessuale, dinamiche relazionali, soddisfazione di coppia

SEXUAL ASSERTIVENESS: A SCOPING REVIEW ON PSYCHOLOGICAL, SOCIOCULTURAL AND RELATIONAL ASPECTS

Background: sexual assertiveness is a crucial dimension of sexual health and psychological well-being, as it enables individuals to express their desires, set boundaries, and negotiate safe and informed sexual practices (Morokoff et al., 1997). The literature has explored this topic in relation to psychological variables (e.g., sexual self-esteem, risk perception), sociocultural factors (sexual scripts, gender norms), and behavioral aspects (condom use, sexual communication), but existing studies remain fragmented and methodologically heterogeneous. The aim of this scoping review is to provide a systematic mapping of empirical evidence on sexual assertiveness, identifying theoretical definitions, measurement tools, psychological and sociocultural correlates, as well as the effectiveness of educational and therapeutic interventions aimed at enhancing it.

Results: the selected studies show considerable heterogeneity in terms of design (cross-sectional, longitudinal, RCTs), settings (clinical, educational, community), and measurement tools. The most commonly used scales are the Hurlbert Index of Sexual Assertiveness (HISA; Hurlbert, 1991) and the Sexual Assertiveness Scale (SAS; Morokoff et al., 1997). Sexual assertiveness is positively associated with safe sexual behaviors, sexual and relational satisfaction, psychological well-being, and the ability to negotiate sexual activities. Some studies also indicate a protective effect against sexual victimization and coercion (Schmid et al., 2015; Santos-Iglesias et al., 2010). Clinical and educational interventions—particularly those based on CBT models and the promotion of sexual communication—demonstrate effectiveness in enhancing assertiveness (Jangi et al., 2023; Sayyadi et al., 2019).

Discussion: the findings confirm the central role of sexual assertiveness in promoting protective and satisfying behaviors in intimate relationships. However, the literature reviewed presents several methodological limitations, primarily the high prevalence of cross-sectional studies, which prevents robust causal inferences. Moreover, the representativeness of samples (often university students) and the limited focus on non-Western cultural contexts reduce the generalizability of the evidence. There is also a clear underrepresentation of sociocultural variables and gender differences in the structuring of sexual assertiveness.

Conclusions: sexual assertiveness emerges as a key factor in promoting sexual and relational health. To strengthen this body of evidence, the development of longitudinal and cross-cultural studies is recommended, to deeply explore the psychological and cultural determinants of the construct. Furthermore, the implementation of targeted educational and clinical programs is desirable to enhance assertive skills across different population groups. This scoping review provides a theoretical and empirical foundation for future systematic reviews and meta-analyses.

Key words: sexual assertiveness, sexual health, sexual satisfaction, relational dynamics, relationship satisfaction

Introduzione

L'assertività sessuale è un costrutto teorico che si colloca all'incrocio tra competenze comunicative, autodeterminazione personale e salute sessuale. Essa può essere intesa come la capacità dell'individuo di riconoscere, esprimere e far rispettare i propri desideri, bisogni e limiti sessuali, in modo chiaro, diretto e rispettoso all'interno di una relazione intima. Le prime formulazioni teoriche del costrutto emergono all'inizio degli anni '90, con contributi pionieristici che ne definiscono i contorni e ne avviano l'operationalizzazione attraverso strumenti psicometrici

specifici.

In particolare, Hurlbert (1991) propone una visione dell'assertività sessuale fortemente ancorata alla dimensione relazionale e comunicativa della sessualità. L'autore la definisce come la capacità di una donna di influenzare attivamente il comportamento sessuale del partner, di esprimere in modo diretto i propri bisogni e preferenze e di negoziare la qualità dell'interazione sessuale. Il suo strumento di misura, l'*Hurlbert Index of Sexual Assertiveness (HISA)*, ha fornito evidenze empiriche sull'associazione tra alti livelli di assertività e variabili di benessere sessuale, quali la frequenza dei rapporti, la presenza di orgasmi, il desiderio sessuale e la soddisfazione coniugale. Questa prospettiva attribuisce all'assertività sessuale un ruolo attivo e trasformativo nel contesto della relazione di coppia, ponendola come fattore promotore di intimità e appagamento sessuale.

Una concettualizzazione più articolata è offerta da Morokoff et al. (1997), che definiscono l'assertività sessuale come la capacità della donna di iniziare comportamenti sessuali desiderati, rifiutare quelli indesiderati e insistere sull'uso di metodi contraccettivi o di prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili. Questa tripartizione è alla base dello sviluppo della *Sexual Assertiveness Scale (SAS)*, strumento validato su un ampio campione non clinico di donne adulte. Le autrici inquadrano il costrutto all'interno di una cornice teorica centrata sui diritti sessuali e l'autonomia corporea, sottolineando come le norme di genere tradizionali possano ostacolare l'espressione assertiva, soprattutto nella componente di iniziativa sessuale. In tal senso, l'assertività sessuale è vista non solo come un tratto o una competenza individuale, ma anche come una funzione psicologica influenzata dal contesto socioculturale, e potenzialmente modificabile attraverso percorsi educativi e terapeutici.

Entrambe le prospettive – quella relazionale e pragmatico-comportamentale di Hurlbert, e quella strutturata e dirittocentrica di Morokoff – convergono nell'attribuire all'assertività sessuale un valore protettivo e promotore di salute. Il costrutto viene interpretato non come mera reazione situazionale, ma come competenza trasversale che impatta su aspetti cruciali della vita sessuale e affettiva, dalla prevenzione della coercizione fino alla costruzione di relazioni intime soddisfacenti e paritarie. A sostegno di tale impianto teorico, studi più recenti hanno fornito dati empirici sul ruolo dell'assertività sessuale nella promozione della salute sessuale femminile in diversi contesti. Ad esempio, Sayyadi et al. (2019), in uno studio randomizzato su donne iraniane, hanno evidenziato come un training mirato all'incremento dell'assertività sessuale sia associato a miglioramenti significativi in indicatori di salute sessuale, desiderio e soddisfazione coniugale. Analogamente, Jangi et al. (2023) descrivono l'assertività come una competenza composta da componenti cognitive, emotive e comportamentali, rinforzabile attraverso percorsi educativi e formativi, soprattutto nei contesti caratterizzati da forte pressione normativa e tabù culturali. Sebbene questi contributi più recenti non propongano nuove definizioni teoriche del costrutto, essi ne confermano l'utilità applicativa e la rilevanza clinico-educativa, evidenziando la necessità di programmi sistematici per il suo potenziamento, anche come strategia di prevenzione secondaria e promozione della parità nelle relazioni sessuali.

Obiettivi della ricerca (PCC, Peters et al., 2021)

Questa *scoping review* adotterà il framework PCC (*Population, Concept, Context*; Peters et al., 2021) per delineare in modo sistematico e chiaro gli obiettivi della ricerca, seguendo le indicazioni metodologiche raccomandate per definire criteri di eleggibilità rilevanti nelle revisioni di *scoping* (Peters et al., 2021; Pollock et al., 2023). Pertanto, l'organizzazione preliminare dei dati seguirà le tre dimensioni del modello PCC: **Population (Popolazione)**, individuata in soggetti di diverse fasce d'età e contesti socioculturali, con particolare attenzione alle differenze

di genere, età e appartenenza culturale; **Concept (Concetto)**, focalizzato sull'assertività sessuale, intesa come la capacità di esprimere desideri, stabilire confini e negoziare pratiche sessuali in modo consapevole e sicuro; e **Context (Contesto)**, comprendente studi realizzati in ambiti psicologici, clinici, educativi e socioculturali, inclusi sia studi osservazionali che interventi educativi e terapeutici mirati al potenziamento dell'assertività sessuale.

Gli obiettivi specifici della revisione includono: identificare e analizzare le principali definizioni e concettualizzazioni teoriche dell'assertività sessuale presenti in letteratura; esaminare i fattori psicologici e socioculturali associati, come autostima sessuale, credenze di genere e *sexual script*; descrivere e valutare strumenti di misurazione dell'assertività sessuale in termini di affidabilità, validità e applicabilità nei diversi contesti; esplorare le relazioni tra assertività sessuale e altri aspetti della salute psicologica e sessuale, quali benessere psicologico, soddisfazione relazionale e rischio di coercizione sessuale; indagare le strategie educative e terapeutiche orientate al potenziamento dell'assertività sessuale, individuando *best practices* e ambiti applicativi; e, infine, identificare lacune nella letteratura per suggerire nuove direzioni di ricerca. L'utilizzo del *framework PCC* consente di sintetizzare efficacemente un corpus eterogeneo di studi, fornendo una panoramica completa dello stato dell'arte e segnalando le principali aree che richiedono ulteriori approfondimenti.

Metodi

Criteri di eleggibilità

Per garantire un'analisi sistematica e completa della letteratura, sono stati stabiliti criteri di eleggibilità chiari e coerenti con l'obiettivo della *scoping review*. Il modello PCC (*Population, Concept, Context*) ha guidato la definizione dei criteri di inclusione e di esclusione, come di seguito riportati.

Criteri di inclusione

Sono stati considerati studi che coinvolgessero individui di qualsiasi genere, età e background culturale, con particolare attenzione a gruppi di interesse specifici per l'assertività sessuale, come adolescenti, giovani adulti e coppie. L'analisi si è concentrata su ricerche che esplorano l'assertività sessuale intesa come la capacità di esprimere i propri desideri, stabilire confini e negoziare pratiche sessuali sicure, includendo anche variabili psicologiche e culturali associate. Gli studi analizzati provengono da contesti clinici, educativi, psicologici e socioculturali, senza restrizioni geografiche. Sono stati selezionati sia studi osservazionali che sperimentali, longitudinali e trasversali, includendo anche revisioni della letteratura pertinenti. Inoltre, sono stati inclusi studi quantitativi, qualitativi e *mixed-methods*, a condizione che fornissero dati empirici verificabili. La lingua dei lavori analizzati è esclusivamente l'inglese e l'attenzione si è focalizzata su pubblicazioni a partire dal 1991, anno a partire dal quale si sono osservati cambiamenti significativi nelle rappresentazioni sociali della sessualità, nei modelli relazionali e nella consapevolezza delle competenze assertive (Hurlbert, 1991). Questa scelta temporale è finalizzata a garantire che i dati riflettano contesti socioculturali più vicini a quelli attuali, aumentando così la rilevanza e l'applicabilità dei risultati.

Criteri di esclusione

Sono stati esclusi tutti gli studi che non affrontavano esplicitamente il concetto di assertività sessuale o che si focalizzavano unicamente su aspetti biologici o medici della sessualità, come le

disfunzioni sessuali, senza alcun riferimento all'assertività sessuale. Sono state escluse, inoltre, ricerche che analizzavano popolazioni cliniche affette da patologie psichiatriche gravi, laddove non vi fosse una chiara esplorazione della dimensione psicologica dell'assertività sessuale. Non sono stati considerati studi teorici, editoriali, opinioni di esperti o commentari privi di dati empirici, così come articoli pubblicati in lingue diverse dall'inglese. Infine, poiché una revisione parallela (Ricco et al., 2024) sta esaminando il tema dell'assertività sessuale nelle popolazioni LGBTQ+, questa ricerca si è focalizzata esclusivamente sulla popolazione eterosessuale. Tale scelta metodologica è stata adottata per garantire un'analisi più approfondita e coerente, evitando un'eccessiva eterogeneità nei campioni esaminati e assicurando una maggiore uniformità nei contesti socioculturali considerati.

Fonti di informazione e strategia di ricerca

La ricerca sistematica della letteratura è stata condotta esclusivamente nel database *PubMed/MEDLINE*, in quanto rappresenta una delle principali fonti di letteratura scientifica. L'interrogazione della banca dati è stata eseguita seguendo una strategia di ricerca predefinita, combinando parole chiave per garantire un recupero completo e pertinente degli studi in linea con gli obiettivi della revisione.

È stata generata la seguente stringa di ricerca:

((assertive[title/abstract]) OR (assertiveness[title/abstract]) OR (assertive communication[title/abstract]) OR (aggressive communication[title/abstract]) OR (passive aggressive communication[title/abstract]) OR (communication pattern[title/abstract]) OR (effective communication[title/abstract])) AND ((sexual[title/abstract]) OR (sex[title/abstract]) OR (sexual assertiveness skills[title/abstract]) OR (sexual assertiveness[title/abstract]) OR (sexual satisfaction[title/abstract]) OR (sexual health[title/abstract]) OR (sexual risk[title/abstract]) OR (sexual compliance[title/abstract]) OR (sexual want[title/abstract]) OR (sexual resistance[title/abstract]) OR (sexual consent[title/abstract]) OR (unwanted sex[title/abstract]) OR (sexual decision-making[title/abstract]) OR (sexual relationship[title/abstract]) OR (sexual couple[title/abstract]))

Non sono stati consultati altri database, né sono stati inclusi articoli provenienti da fonti di letteratura grigia. Tuttavia, per arricchire l'analisi, è stato eseguito uno *screening* manuale delle referenze degli studi selezionati per identificare eventuali articoli rilevanti non recuperati attraverso la ricerca elettronica. Questa strategia è stata adottata per garantire un approccio metodologico solido e replicabile, in linea con gli standard delle *scoping review* PRISMA-ScR.

Selezione delle fonti di evidenza

Il processo di selezione degli studi è stato condotto in più fasi:

1. **Screening dei titoli e degli abstract:** quattro revisori indipendenti hanno valutato gli studi in base ai criteri di eleggibilità.
2. **Esame full-text:** Gli articoli selezionati sono stati analizzati integralmente per valutarne l'idoneità.
3. **Risoluzione delle discrepanze:** Eventuali disaccordi tra i revisori sono stati risolti tramite discussione e consenso.

Il flusso del processo di selezione è stato rappresentato attraverso un diagramma PRISMA (2020; **figura 1**).

Processo di estrazione dei dati

I dati sono stati estratti utilizzando una scheda standardizzata che includeva:

- Caratteristiche generali dell'articolo:**
 - Titolo dello studio
 - Autori e anno di pubblicazione
 - Paese di conduzione dello studio
- Caratteristiche del campione:**
 - Dimensione del campione (N)
 - Fascia d'età dei partecipanti (media e deviazione standard, se riportate)
 - Percentuale di partecipanti di sesso femminile
 - Contesto di reclutamento (es. studenti universitari, popolazione clinica, comunità generale)
- Obiettivi e metodologia dello studio:**
 - Disegno dello studio (osservazionale, sperimentale, longitudinale, trasversale)
 - Strumenti di misurazione utilizzati per valutare l'assertività sessuale
 - Presenza di interventi (se applicabile) e loro caratteristiche
- Variabili studiate:**
 - Assertività sessuale (concettualizzazione e modalità di misurazione)
 - Fattori psicologici associati (es. autostima sessuale, ansia sessuale, soddisfazione relazionale)
 - Influenze culturali e di genere sull'assertività sessuale
 - Comportamenti e credenze sessuali
 - Relazione tra assertività sessuale e altre variabili (es. uso del preservativo, vittimizzazione sessuale, benessere psicologico)
- Principali risultati:**
 - Outcome* principali dello studio
 - Principali associazioni statistiche riportate
 - Eventuali limiti dello studio dichiarati dagli autori

I dati sono stati estratti e organizzati in una tabella di sintesi per facilitare l'analisi comparativa degli studi (**tabella 1**).

Eventuali dubbi o disaccordi tra i revisori nella selezione degli studi sono stati chiariti tramite discussione e confronto di gruppo. Nei casi in cui non ci fosse immediato accordo, gli articoli sono stati revisionati insieme, tenendo sempre presente i criteri di inclusione definiti inizialmente, fino a trovare un'intesa comune.

Figura1. Diagramma di flusso PRISMA del processo di selezione degli studi inclusi nella scoping review sull'assertività sessuale. Vengono riportate le fasi di identificazione, screening, eleggibilità e inclusione finale degli articoli analizzati

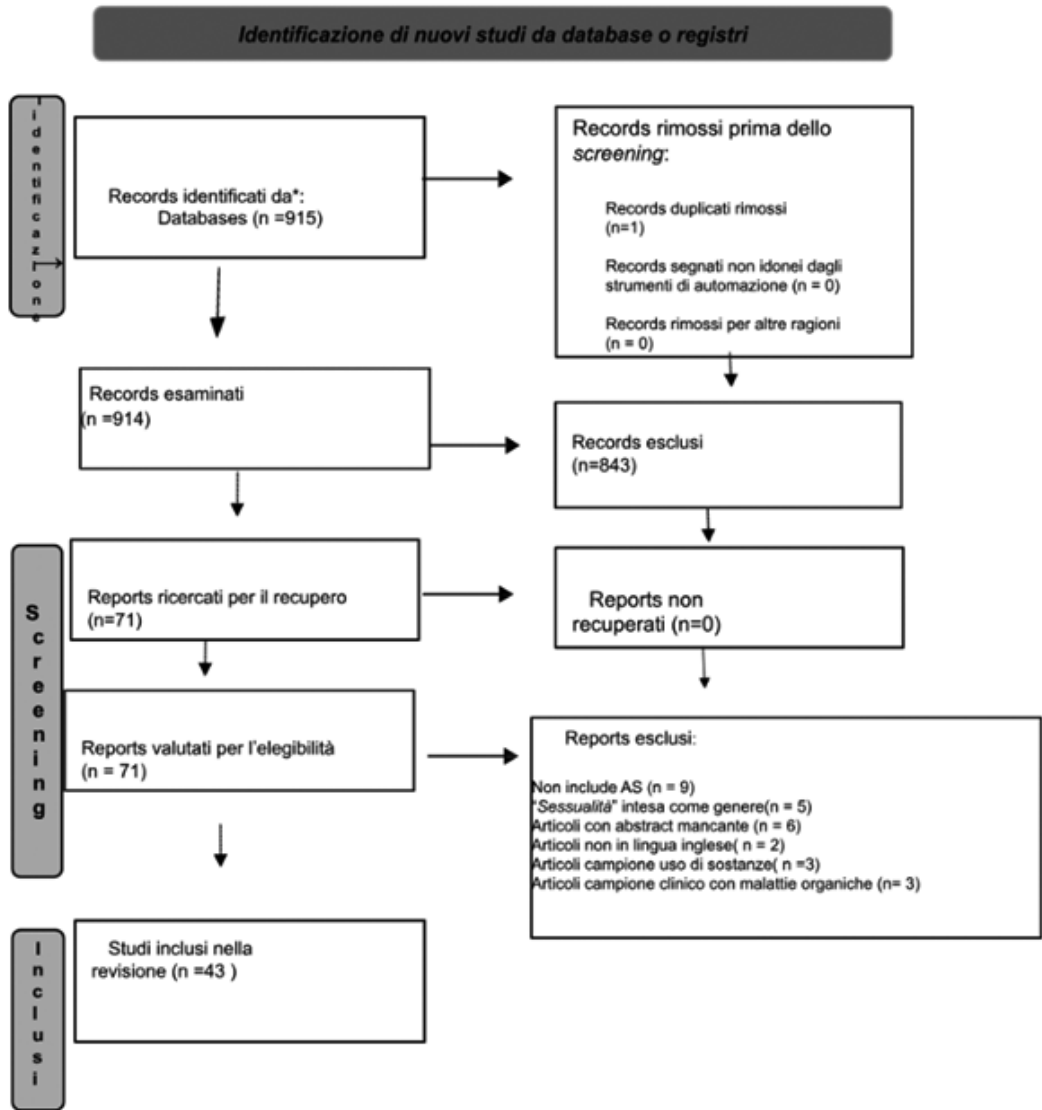


Tabella 1. Caratteristiche metodologiche principali e risultati salienti degli studi inclusi

TITOLO	AUTORI	ANNO	TIPOLOGIA STUDIO	Scale misurazioni	VARIABILI MISURATE
<i>The Subjective Sexual Arousal Scale for Men (SSASM): preliminary development and psychometric validation of a multidimensional measure of subjective male sexual arousal.</i>	Althof, Perelman, Rosen	2011	Studio psicometrico	SSASM	Desiderio sessuale ed eccitazione; autoconcetto sessuale; umore-sentimenti; soddisfazione mentale con l'esperienza sessuale; comunicazione- relazione complessiva.
<i>The sexuality of women in physically abusive marriages: a comparative study.</i>	Apt, Hulbert	1993	Comparativo, trasversale	ISS, APT, SOS, SAS, SAI, HISA	Assertività sessuale; soddisfazione sessuale.
<i>The Role of Condom Use Self-Efficacy on Intended and Actual Condom Use Among University Students in Ghana.</i>	Asante, Osafo, Doku	2015	Trasversale osservazionale	CUSES-G	Autoefficacia nell'uso del preservativo; assertività; piacere e intossicazione; MST.
<i>Perceptions of sexual assertiveness among adolescent girls: initiation, refusal, and use of protective behaviors.</i>	Auslander, Beth; Perfect, Michelle; Succo, Rosenthal.	2007	Trasversale, osservazionale	MPDQ, SAS-W11	Assertività
<i>The Connection between Young Women's Body Esteem and Sexual Assertiveness.</i>	Auslander, Baker, Short	2012	Trasversale, osservazionale	BMI, BESAA, SAS	Assertività sessuale; stima corporea.
<i>Relationship between Gender Roles and Sexual</i>	Azmoude, Elham; Firoozi, Mahbob	2016	Trasversale	BSRI, HISA	Assertività sessuale; ruolo di genere; soddisfazione sessuale; soddisfazione coniugale.

Tabella 1. *Continua*

<i>Assertiveness in Married Women.</i>					
<i>Sexual Assertiveness Skills and Decision-Making in Adolescent Girls: Moving to Replication, Scale, and Digital Health Impact.</i>	Bull, Salyers	2018	RCT	HISA	Assertività sessuale; conoscenza sulla salute sessuale.
<i>The hip ladies for hiv prevention in black college womens: a pilot health improvement project.</i>	Chandler, Ross, Paul, Shittu, Lescano, Hernandez, Morrison-Beedy	2016	studio sperimentale	HIVKQ,	Variabili demografiche e socio comportamentali
<i>A Dyadic Analysis of Sexual Assertiveness and Sexual Outcomes in Adolescent Romantic Relationships.</i>	Couture,; Hébert; Fernet; Paradis; Lévesque	2023	Cross- sectional	HISA	Assertività sessuale
<i>Key Variables to Understanding Female Sexual Satisfaction: An Examination of Women in Nondistressed Marriage</i>	HURLBERT, APT, RABEHL	1993	Trasversale, osservazionale	RCC, ISS, HISA, SOS	Vicinanza nella relazione; soddisfazione sessuale; assertività sessuale; risposta affettiva a stimoli sessuali.
<i>The role of assertiveness in female sexuality: a comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women.</i>	Hurlbert;	1991	Comparativo	HISA, IMS, ISS	Assertività sessuale femminile; soddisfazione sessuale.
<i>The effect of cognitive- behavioral therapy and sexual health education on</i>	Jangi, Sanz	2023	RCR	HISA, LSSQ	Assertività sessuale; soddisfazione sessuale.

Tabella 1. Continua

<i>Sexual assertiveness of newly married women.</i>					
<i>Condom Use Efficacy and Sexual Communication Skills Among African American College Women.</i>	Javier; Abrams,	2018	Sperimentale	HISA	Efficacia nell'uso del preservativo; comunicazione sessuale assertiva; negoziazione nell'uso del preservativo.
<i>Mediators of the Relationship Between Sexual Assault and Sexual Behaviors in College Women.</i>	Kelley, Gidycz,	2020	Trasversale	CSVQ, SES-SFV, IES-R, AUDTI, SAS-W, CARE-R-FOI,SAS	Uso di alcool; assertività sessuale; comportamenti sessuali a rischio; avversione sessuale.
<i>Perceptions of Sexual Script Deviation in Women and Men.</i>	Klein, Imhoff, Klasu, Briken	2019	Sperimentale	STAI	Percezione del comportamento sessuale; valutazione dell'interesse sessuale e romantico; ansia di stato.
<i>The reciprocal relationship between sexual victimization and sexual assertiveness.</i>	Livingston, Testa, VanZile- Tamsen	2007	Longitudinale	SES, SAS	Vittimizzazione; assertività sessuale; depressione; disturbo da stress post traumatico.
<i>Sexual Assertiveness and Its Correlates in Emerging Adults: An Exploratory Study in Cuenca (Ecuador).</i>	López-Alvarado, Prekatsounaki, Van Parys, Enzlin	2022	Trasversale	SAS, SAQ-W, CSI, WHO 5	Assertività sessuale; doppio standard sessuale; soddisfazione relazionale; benessere mentale.
<i>Women's Beliefs, Views and Ideas About Sexual Assertiveness: A Focus Group Study in Cuenca (Ecuador).</i>	López-Alvarado, Van Parys, Cevallos-Neira, Enzlin	2020	Qualitativo	/	Assertività sessuale

Tabella 1. *Continua*

<i>The Development of the Sexual Assertiveness Questionnaire (SAQ): A Comprehensive Measure of Sexual Assertiveness for Women.</i>	Loshek, Terrell	2014	Psicometrico	SAQ	Assertività sessuale
<i>Perceived Sexual Control and Its Relationship to Sexual Behavior and Functioning in Woman</i>	Morokoff et al.	1997	Trasversale	IRMAS, SES-SFV, SAS	Assertività sessuale
<i>Social Reactions to Sexual Assault Disclosure: The Role of Posttraumatic Cognitions.</i>	Morris, Quevillon	2021	Trasversale	SES-SFV, SRQ, PTCI, PCL-5, SAS	Aggressioni sessuali; cognizioni post-traumatiche; sintomi di stress post-traumatico (PTSS); assertività sessuale.
<i>Rape myth acceptance and rape acknowledgment: The mediating role of sexual refusal assertiveness.</i>	Newins, Wilson, White.	2018	studio trasversale osservazionale	RMAS, SES-SFV. SAS	Accettazione dei miti sullo stupro; consapevolezza dello stupro; assertività nel rifiuto sessuale.
<i>sexual assertiveness in heterosexually active men: a test of three samples.</i>	Noar, Morokoff, Redding	2002	Studio quantitativo osservazionale e trasversale (cross-sectional)	Gravidanza-MTS" della Scala di Assertività Sessuale; un algoritmo di stadiazione a quattro item	Assertività sessuale; propensione e motivazione uso condom; sesso vaginale non protetto.
<i>Intimate Partner Violence and Coerced Unprotected Sex Among Young Women Attending Community College.</i>	Orchowski, Yusuf, Oesterle, Bogen, Zlotnick.	2020	Studio osservazionale trasversale	CTS-2, SAS	Violenza fisica (IPV); violenza psicologica (IPV); violenza sessuale (IPV); tattiche di resistenza all'uso del preservativo; assertività sessuale; consapevolezza della malattia; convinzione di essere a rischio; decisione e cambiamento; uso del preservativo; sesso non protetto.

Tabella 1. Continua

test-retest reliability of the Hurlbert index of sexual assertiveness.	Pierce, Hurlbert	1999	Studio psicometrico	HISA	Assertività sessuale
Psychosocial and Behavioral Aspects of Women's Sexual Pleasure: A Scoping Review.	Reis, De Oliveira, Oliveira, Nobre	2021	Scoping review	FSSI, SAQ	Piacere sessuale femminile; autonomia e autoefficacia sessuale.
Is Lack of Sexual Assertiveness Among Adolescent And Young Adult Women a Cause for Concern?.	Rickert, Sanghvi Wiemann	2002	Studio osservazionale	Questionario sul diritto sessuale e frequenza percepita di assertività elaborato da chi ha condotto lo studio	Diritto sessuale; assertività.
Hurlbert Index Of Sexual Assertiveness: A STUDY of psychometric properties in a Spanish sample ¹ .	Santos-Iglesias, Sierra	2010	Studio psicometrico	HISA, QASM, SS S;	Assertività sessuale; assertività nelle relazioni di coppia; adattamento di coppia; abilità sociali e assertività.
Predictors of sexual assertiveness: the role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse.	Santos-Iglesias, Sierra, Vallejo-Medina	2012	Studio correlazionale e trasversale	HISA, SDIM, ISA	Assertività sessuale (Inizio, Nessuna timidezza/rifiuto); desiderio sessuale (Diadico, Solitario); eccitazione sessuale; erezione (solo uomini); erotofilia (atteggiamenti verso la sessualità); atteggiamenti verso fantasie sessuali; abuso dal partner (non fisico e fisico).
Determination of the Effect of Sexual Assertiveness Training on Sexual Health in Married Women:	Sayyadi, Golmakani, Ebrahimi, Saki, Karimabadi, Ghorbani	2019	Studio clinico randomizzato parallelo con	HISA	Salute sessuale; assertività sessuale.

Tabella 1. *Continua*

A Randomized Clinical Trial.			gruppo di controllo		
Assertive Communication in Condom Negotiation: Insights From Late Adolescent Couples' Subjective Ratings of Self and Partner.	Schmid, Leonard, Ritchie	2015	Studio trasversale	(SAS); CES-D; (Self-A) e (Couple- A)	Assertività di coppia; uso del preservativo; depressione; assertività autoriferita.
Predicting Sexual Victimization Among College Students in Chile and Turkey: A Cross-Cultural Analysis.	Schuster, Krahé	2018	Longitudinal e	SAV-S, SAS	Vittimizzazione sessuale; religiosità del campione; autostima sessuale; comportamenti sessuali a rischio.
An Indirect Measure of Implicit Sexual Assertiveness: Reliability and Validity of the Sexual Assertiveness IAT in Young Adults in The Netherlands.	Van Lankveld, van den Eijnden, Emmerink, Ter Bogt, Pat-El, Vanwesenbeeck.	2022	Studio osservazionale trasversale	SA-IAT, EPQ-R	Assertività sessuale implicita; assertività sessuale esplicita; tratti di personalità; genere (uomini e donne).
Number of sexual partners and sexual assertiveness predict sexual victimization: do more partners equal more risk?.	Walker, Messman- Moore, Ward	2011	Studio trasversale	SES, SAS, RSA	Numero dei partner sessuali; assertività sessuale; vittimizzazione sessuale.
Sexual Assertiveness Skills and Sexual Decision-Making in Adolescent Girls: Randomized Controlled Trial of an Online Program.	Widman, Golin, Kamke, Burnette, Prinstein	2018	RCT	Questionari auto segnalati per la misurazione dell'assertività sessuale, conoscenza di HIV/MST,	Assertività sessuale; conoscenza di HIV e altre malattie sessualmente trasmissibili (MST); autoefficacia nell'uso del preservativo; norme e atteggiamenti verso l'uso del preservativo.

Tabella 1. Continua

Positive Feelings After Casual Sex: The Role of Gender and Traditional Gender-Role Beliefs.	Woerner, Abbey	2016	Trasversale, osservazionale	SDS, BAS, HISA	Assertività sessuale; credenze tradizionali sul ruolo di genere; approvazione percepita dai pari del sesso occasionale; piacere sessuale.
Female Sexual Assertiveness and Sexual Satisfaction Among Chinese Couples in Hong Kong: A Dyadic Approach.	Zhang, Xie, Lo, Fan, Yip.	2022	Studio osservazionale trasversale	Questionari autocompilati su scala likert	Soddisfazione sessuale; assertività sessuale femminile.
Perceived and Actual Behavior in Female Sexual Assertiveness: A Within-Couple Analysis in Hong Kong.	Zhang, Yip.	2018	Studio trasversale	Questionari autocompilati su scala likert	Soddisfazione coniugale; soddisfazione sessuale; assertività sessuale femminile; differenze di genere.

Sintesi dei risultati

I dati estratti sono stati sintetizzati in modo narrativo e tabellare, evidenziando:

- Distribuzione geografica e temporale degli studi*
- Tipologie di disegni di studio impiegati (quantitativi, qualitativi, sperimentali, osservazionali)
- Strumenti utilizzati per la misurazione dell'assertività sessuale e loro validità
- Principali correlazioni tra assertività sessuale e altre variabili
- Gap di ricerca identificati e direzioni future Valutazione critica delle fonti e limitazioni della revisione

Poiché si tratta di una *scoping review*, non è stata condotta una valutazione formale della qualità metodologica degli studi. Tuttavia, è stata effettuata un'analisi descrittiva della robustezza metodologica degli studi inclusi, con particolare attenzione alla validità degli strumenti di misurazione.

Limitazioni

Una dei principali limiti riguarda le restrizioni linguistiche, dal momento che sono stati inclusi solo studi in lingua inglese, con il rischio di escludere ricerche rilevanti pubblicate in altre lingue. Inoltre, la prevalenza di studi trasversali ha reso difficile trarre conclusioni causali, poiché

questi disegni di ricerca non consentono di stabilire nessi temporali tra le variabili analizzate. L'eterogeneità metodologica degli studi rappresenta un'altra sfida, in quanto la varietà di approcci utilizzati impedisce una sintesi quantitativa attraverso meta-analisi. Infine, è importante notare che la letteratura grigia è stata considerata solo in misura limitata, il che potrebbe aver influito sulla completezza dell'analisi. Nonostante queste limitazioni, questa revisione offre un quadro dettagliato e strutturato dello stato dell'arte sulla tematica dell'assertività sessuale, identificando tendenze di ricerca e possibili direzioni future di approfondimento.

Discussione

Questa revisione fornisce una panoramica completa del tema in oggetto, identificando le principali tendenze di ricerca e le lacune ancora esistenti in letteratura.

Nel processo di selezione delle fonti di prova, è stata condotta una ricerca sistematica attraverso database accademici, con particolare riferimento a *PubMed/MEDLINE*, seguendo i criteri delineati dal diagramma di flusso *PRISMA* (Page et al., 2021). La ricerca ha inizialmente identificato un totale di 915 studi, dai quali è stato rimosso un solo duplicato, portando il numero di articoli valutati per l'ammissibilità a 914. Dopo un'attenta analisi, sono stati selezionati 43 studi che rispondevano ai criteri di inclusione. Questi lavori si concentrano sulla misurazione dell'assertività sessuale mediante strumenti validati e approfondiscono la relazione tra questa abilità e diversi aspetti psicosociali, tra cui la messa in atto di comportamenti sessuali sicuri e il benessere individuale. Le fonti di prova analizzate provengono da contesti geografici e socio-culturali eterogenei, offrendo una panoramica ampia e diversificata sull'argomento. Gli studi inclusi si basano su diversi disegni di ricerca, tra cui studi trasversali, osservazionali, correlazionali e interventistici, permettendo di esplorare la relazione tra assertività sessuale e variabili psicosociali da prospettive differenti. Le popolazioni studiate comprendono campioni con un'ampia variabilità anagrafica, anche se la maggior parte degli studi si concentra sui giovani adulti. Per la misurazione dell'assertività sessuale, gli strumenti più utilizzati risultano essere la *Hurlbert Index of Sexual Assertiveness* (HISA; Hulbert, 1991) e la *Sexual Assertiveness Scale* (SAS; Morokoff et al., 1997), entrambi ampiamente validati e impiegati nella letteratura scientifica. Le principali tematiche esplorate riguardano il legame tra assertività sessuale e alcuni fattori di rischio, come il mancato utilizzo del preservativo e la propensione alla trasgressione sessuale (Schmid et al., 2015). Il presente lavoro consente di comprendere meglio il ruolo dell'assertività sessuale nella promozione di comportamenti sessuali sicuri e nel miglioramento del benessere individuale.

La valutazione critica delle fonti di prova ha preso in considerazione diversi aspetti metodologici, tra cui la qualità degli studi, la dimensione del campione, il tipo di analisi statistica adottata e la generalizzazione dei risultati. Uno degli aspetti più rilevanti emersi riguarda la prevalenza di studi trasversali, che, pur offrendo dati significativi sulla relazione tra assertività sessuale e comportamenti di salute sessuale, presentano il limite di non permettere l'identificazione di relazioni causali a causa della mancanza di follow-up.

Dal punto di vista metodologico, alcune ricerche hanno mostrato limiti legati alla rappresentatività dei campioni, rendendo più difficile l'estensione dei risultati all'intera popolazione. Tuttavia, nonostante queste criticità, molti studi hanno fornito evidenze robuste che confermano il legame tra assertività sessuale e comportamenti di salute sessuale, contribuendo in modo significativo alla comprensione del fenomeno.

I risultati delle fonti di prova analizzate confermano il ruolo centrale dell'assertività sessuale

nel benessere psicologico e nei comportamenti di salute sessuale. Diversi studi hanno evidenziato che una maggiore assertività sessuale è strettamente associata a una maggiore sicurezza nei comportamenti sessuali, come dimostrato dalla ricerca di Santos-Iglesias et al. (2013). Questa connessione suggerisce che le persone con una maggiore capacità di esprimere i propri desideri e limiti nelle relazioni intime tendono ad adottare atteggiamenti più responsabili e consapevoli.

L'assertività sessuale ha un impatto significativo anche sulle relazioni intime, influenzando aspetti cruciali come l'uso del preservativo e la riduzione del rischio di esperienze sessuali non desiderate. Studi come quelli di Noar et al. (2002) e Schmid et al. (2015) hanno evidenziato come individui con un alto livello di assertività sessuale siano più propensi a negoziare pratiche sessuali sicure, contribuendo così alla prevenzione di infezioni sessualmente trasmissibili e a una maggiore autodeterminazione nella vita sessuale.

L'efficacia di interventi finalizzati al potenziamento dell'assertività sessuale è stata confermata da un trial clinico randomizzato condotto da Sayyadi et al. (2019), che ha mostrato miglioramenti significativi nel benessere sessuale e relazionale delle donne sottoposte a training specifico. Questo risultato evidenzia l'importanza di programmi educativi volti a sviluppare competenze assertive nel contesto della sessualità.

Infine, la ricerca ha dedicato attenzione anche allo sviluppo di strumenti psicometrici sempre più accurati per valutare l'assertività sessuale. Studi come quello di Althof et al. (2011) hanno contribuito alla creazione e validazione di strumenti specifici, consentendo un'analisi più dettagliata di questo costrutto e delle sue implicazioni nelle diverse sfere della vita individuale e relazionale. L'analisi complessiva della letteratura conferma il ruolo centrale dell'assertività sessuale come fattore protettivo nei comportamenti sessuali, evidenziandone l'impatto positivo sul benessere psicologico e relazionale. Gli studi esaminati mostrano un'associazione tra livelli più elevati di assertività sessuale e una maggiore adozione di pratiche sessuali sicure, con una conseguente riduzione del rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili (Schmid et al., 2015). Inoltre, numerosi contributi hanno proposto interventi educativi e terapeutici mirati a potenziare l'assertività sessuale. I dati raccolti indicano che tali programmi possono migliorare significativamente la comunicazione tra partner, la soddisfazione sessuale e la capacità di negoziare comportamenti sicuri all'interno delle relazioni intime (Jangi, 2023; Javier et al., 2018). Tuttavia, sebbene i risultati siano promettenti, emerge una carenza di dati sistematici sull'efficacia di questi interventi nei diversi contesti socioculturali, sottolineando la necessità di ulteriori ricerche in tale direzione.

Permangono alcune limitazioni che richiedono ulteriori approfondimenti. La prevalenza di studi trasversali rappresenta un ostacolo all'interpretazione causale dei risultati, rendendo difficile determinare se l'assertività sessuale sia un fattore determinante o una conseguenza di altre variabili psicologiche e comportamentali. Inoltre, l'eterogeneità dei campioni analizzati influisce sulla generalizzazione delle evidenze disponibili, poiché molte ricerche si basano su popolazioni universitarie e presentano una scarsa inclusione di contesti non occidentali. Un altro aspetto critico riguarda il ruolo delle differenze culturali e di genere, ancora poco esplorato nella letteratura attuale. La mancanza di studi che indagano sistematicamente l'influenza di fattori socio-culturali sull'assertività sessuale evidenzia la necessità di una prospettiva più ampia, che tenga conto della diversità di contesti e identità di genere per comprendere appieno le dinamiche che regolano questo costrutto.

Conclusioni

L'assertività sessuale rappresenta un elemento fondamentale per promuovere la salute sessuale e il benessere psicologico, influenzando positivamente la sicurezza dei comportamenti sessuali e la qualità delle relazioni intime. Per consolidare queste evidenze è necessario ampliare la ricerca con studi longitudinali, in modo da chiarire meglio la relazione causale tra assertività sessuale e comportamenti legati alla salute. È inoltre essenziale realizzare studi multiculturali per analizzare le differenze culturali e di genere nell'espressione dell'assertività sessuale. Questo approccio consentirebbe lo sviluppo di interventi efficaci in contesti socio-culturali diversi, superando le attuali limitazioni relative alla rappresentatività dei campioni studiati. In questo modo sarebbe possibile fornire indicazioni più precise per promuovere l'assertività sessuale in gruppi eterogenei. Un'altra priorità è l'implementazione di programmi specifici, sia in ambito clinico che educativo, volti a potenziare l'assertività sessuale nelle diverse fasce della popolazione. Questi interventi avrebbero un ruolo cruciale nella prevenzione di comportamenti a rischio e nel miglioramento generale della salute sessuale, favorendo relazioni più consapevoli, sicure e soddisfacenti. Considerando che questo lavoro è una *scoping review*, il passo successivo potrebbe essere la realizzazione di una revisione sistematica, per effettuare una valutazione critica più approfondita della qualità degli studi e, potenzialmente, una meta-analisi per ottenere dati quantitativi generalizzabili sulla relazione tra assertività sessuale e altre variabili psicologiche e relazionali.

Bibliografia

- Althof, S. E., Perelman, M. A., & Rosen, R. C. (2011). The Subjective Sexual Arousal Scale for Men (SSASM): Preliminary development and psychometric validation of a multidimensional measure of subjective male sexual arousal. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2255–2268. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02319.x>
- Apt, C., & Hurlbert, D. F. (1993). The sexuality of women in physically abusive marriages: A comparative study. *Journal of Family Violence*, 8(1), 57–70. <https://doi.org/10.1007/BF00987348>
- Asante, K. O., Osafo, J., & Doku, P. N. (2015). The role of condom use self-efficacy on intended and actual condom use among university students in Ghana. *Journal of Community Health*, 40(4), 730–735. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-0073-6>
- Auslander, B. A., Baker, J., & Short, M. B. (2012). The connection between young women's body esteem and sexual assertiveness. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(10), 1236–1246. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9718-5>
- Auslander, B. A., Perfect, M. M., Succop, P. A., & Rosenthal, S. L. (2007). Perceptions of sexual assertiveness among adolescent girls: Initiation, refusal, and use of protective behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(3), 157–162. <https://doi.org/10.1016/j.jpjag.2007.02.004>
- Azmoude, E., Firoozi, M., Sadeghi Sahebzad, E., & Asgharipour, N. (2016). Relationship between gender roles and sexual assertiveness in married women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 4(4), 363–373.
- Chandler, R., Ross, H., Paul, S., Shittu, A., Lescano, C., Hernandez, N., & Morrison-Beedy, D. (2019). The HIP LADIES: A pilot health improvement project for HIV prevention in Black college women. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 30(4), 474–487. <https://doi.org/10.1097/JNC.000000000000058>
- Couture, S., Hébert, M., Fernet, M., Paradis, A., & Lévesque, S. (2023). A dyadic analysis of sexual assertiveness and sexual outcomes in adolescent romantic relationships. *The Journal of Sex Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2282620>
- Grauvogel, A., & Peters, M. L. (2015). A new instrument to measure sexual competence and interaction competence in youth: Psychometric properties in female adolescents. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(5), 544–556. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.933461>

- Hurlbert, D. F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 17(3), 183–190. <https://doi.org/10.1080/00926239108404342>
- Hurlbert, D. F., Apt, C., & Rabehl, S. M. (1993). Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in nondistressed marriages. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(2), 154–165. <https://doi.org/10.1080/00926239308404899>
- Hurlbert, D. F., Apt, C., & White, L. C. (1992). An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 18(3), 231–242. <https://doi.org/10.1080/00926239208403409>
- Jangi, S., Nourizadeh, R., Sattarzadeh-Jahdi, N., Farvareshi, M., & Mehrabi, E. (2023). The effect of cognitive-behavioral therapy and sexual health education on sexual assertiveness of newly married women. *BMC Psychiatry*, 23, Article 201. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04708-w>
- Javier, S. J., Abrams, J. A., Moore, M. P., & Belgrave, F. Z. (2016). Condom use efficacy and sexual communication skills among African American college women. *Health Promotion Practice*, 18(1), 34–43. <https://doi.org/10.1177/15248399166762>
- Kelley, E. L., & Gidycz, C. A. (2017). Mediators of the relationship between sexual assault and sexual behaviors in college women. *Journal of Interpersonal Violence*. *Advance online publication*. <https://doi.org/10.1177/0886260517718188>
- Klein, V., Imhoff, R., Reiningger, K. M., & Briken, P. (2018). Perceptions of sexual script deviation in women and men. *Archives of Sexual Behavior*, 47(6), 1649–1663. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1280-x>
- Livingston, J. A., Testa, M., & VanZile-Tamsen, C. (2017). The reciprocal relationship between sexual victimization and sexual assertiveness. *Violence Against Women*, 23(7), 796–812. <https://doi.org/10.1177/1077801206297339>
- Lopez-Alvarado, S., Prekatsounaki, S., Van Parys, H., & Enzlin, P. (2022). Sexual assertiveness and its correlates in emerging adults: An exploratory study in Cuenca (Ecuador). *International Journal of Sexual Health*, 34(4), 679–690. <https://doi.org/10.1080/19317611.2022.2106527>
- Loshek, E., & Terrell, H. K. (2014). The development of the Sexual Assertiveness Questionnaire (SAQ): A comprehensive measure of sexual assertiveness for women. *The Journal of Sex Research*, 51(2), 173–187. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.944970>
- López-Alvarado, S., Van Parys, H., Cevallos-Neira, A., & Enzlin, P. (2020). Latin American women's beliefs, views, and ideas about sexual assertiveness: A focus group study in Cuenca (Ecuador). *The Journal of Sex Research*, 57(2), 257–267. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1615031>
- Morokoff, P. J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. R., & Burkholder, G. J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 790–804.
- Morris, J. M., & Quevillon, R. P. (2018). Social reactions to sexual assault disclosure: The role of post-traumatic cognitions. *Journal of Interpersonal Violence*. *Advance online publication*. <https://doi.org/10.1177/0886260518801940>
- Newins, A. R., Wilson, L. C., & White, S. W. (2018). Rape myth acceptance and rape acknowledgment: The mediating role of sexual refusal assertiveness. *Psychiatry Research*, 263, 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.029>
- Noar, S. M., Morokoff, P. J., & Redding, C. A. (2002). Sexual assertiveness in heterosexually active men: A test of three samples. *AIDS Education and Prevention*, 14(4), 330–342.
- Orchowski, L. M., Yusuf, M., Oesterle, D., Bogen, K. W., & Zlotnick, C. (2019). Intimate partner violence and coerced unprotected sex among young women attending community college. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1583–1594. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01537-5>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Implementation*, 19(1), 3–10. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000277>

- Pierce, A. P., & Hurlbert, M. K. (1999). Test-retest reliability of the Hurlbert Index of Sexual Assertiveness. *Perceptual and Motor Skills*, 88(1), 31–34
- Pollock, D., Peters, M. D. J., Khalil, H., McInerney, P., Alexander, L., Tricco, A. C., Evans, C., de Moraes, É. B., Godfrey, C. M., Pieper, D., Saran, A., Stern, C., & Munn, Z. (2023). Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 21(3), 520–532. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00123>.
- Reis, J., Oliveira, L., Oliveira, C., & Nobre, P. (2021). Psychosocial and behavioral aspects of women's sexual pleasure: A scoping review. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 494–515. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1910890>
- Ricco, M. R., Schettino, E. M., Pistone, L., Pinto, A., & Pedone, R. (2024). Assertività sessuale nelle coppie LG-BTQ: Una revisione sistematica. [Manoscritto in preparazione].
- Rickert, V. I., Sanghvi, R., & Wiemann, C. M. (2002). Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(4), 178–183. <http://www.jstor.org/stable/3097727>
- Salyers, K. M., & Bull, S. S. (2018). Sexual assertiveness skills and decision-making in adolescent girls: Moving to replication, scale, and digital health impact. *American Journal of Public Health*, 108(1), 96–102. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304170>
- Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2010). Hurlbert Index of Sexual Assertiveness: A study of psychometric properties in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 107(1), 39–57. <https://doi.org/10.2466/02.03.07.17.21.PR0.107.4.39-57>
- Sayyadi, F., Golmakani, N., Ebrahimi, M., Saki, A., Karimabadi, A., & Ghorbani, F. (2019). Determination of the effect of sexual assertiveness training on sexual health in married women: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24, 274–280. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_51_17
- Schmid, A., Leonard, N. R., Ritchie, A. S., & Gwadz, M. V. (2015). Assertive communication in condom negotiation: Insights from late adolescent couples' subjective ratings of self and partner. *Journal of Adolescent Health*, 57(1), 94–99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.005>
- Schuster, I., & Krahe, B. (2019). Predicting sexual victimization among college students in Chile and Turkey: A cross-cultural analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1585–1598. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1335-z>
- Shalamzari, K. H., Asgharipour, N., Jamali, J., Kermani, A. T., & Babazadeh, R. (2024). Comparing the effect of sexual counseling based on BETTER and PLISSIT models on sexual assertiveness in women with breast cancer after mastectomy. *Journal of Education and Health Promotion*, 13, Article 55. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1384_22
- Van Lankveld, J., Van den Eijnden, R., Emmerink, P., ter Bogt, T., Pat-El, R., & Vanwesenbeeck, I. (2022). An indirect measure of implicit sexual assertiveness: Reliability and validity of the Sexual Assertiveness IAT in young adults in The Netherlands. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(6), 628–640. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2035868>
- Walker, D. P., Messman-Moore, T. L., & Ward, R. M. (2011). Number of sexual partners and sexual assertiveness predict sexual victimization: Do more partners equal more risk? *Violence and Victims*, 26(6), 774–784. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.26.6.774>
- Widman, L., Golin, C. E., Kamke, K., Burnette, J. L., & Prinstein, M. J. (2018). Sexual assertiveness skills and sexual decision-making in adolescent girls: Randomized controlled trial of an online program. *American Journal of Public Health*, 108(1), 96–102. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304106>
- Woerner, J., & Abbey, A. (2016). Positive feelings after casual sex: The role of gender and traditional gender-role beliefs. *The Journal of Sex Research*, 53(8), 1048–1061. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1208801>
- Zerubavel, N., & Messman-Moore, T. L. (2013). Sexual victimization, fear of sexual powerlessness, and cognitive emotion dysregulation as barriers to sexual assertiveness in college women. *Violence Against Women*, <https://doi.org/10.1177/1077801213517566>
- Zhang, H., & Yip, P. S. F. (2017). Perceived and actual behavior in female sexual assertiveness: A within-couple analysis in Hong Kong. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(6), 566–575. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1321597>

ASSERTIVITÀ SESSUALE NELLE COPPIE LGBTQ: UNA REVISIONE SISTEMATICA

Maria Rosaria Ricco¹, Eduardo M. Schettino¹, Luca Pistone¹, Assunta Pinto, Anna Opera¹

¹Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Napoli

Corrispondenza

Ricco Maria Rosaria

E-mail: riccomariarosaria1990@gmail.com

Riassunto

L'assertività sessuale, definita come la capacità di esprimere desideri, bisogni e limiti sessuali in modo chiaro e rispettoso, è associata a una maggiore soddisfazione relazionale e sessuale. Sebbene ampiamente studiata nelle coppie eterosessuali, le evidenze sulle coppie LGBTQ sono limitate. Questa revisione sistematica si propone di esaminare i fattori che influenzano l'assertività sessuale nelle coppie LGBTQ e valutare gli interventi mirati a promuoverla. La ricerca è stata condotta sui database PubMed, PsycInfo e Scopus, considerando studi empirici pubblicati tra il 1993 e il 2022. Sono stati inclusi articoli che analizzano l'assertività sessuale in individui LGBTQ utilizzando strumenti validati o definizioni operative chiare. I risultati indicano che l'assertività sessuale è influenzata da ruoli di genere tradizionali, stigma interiorizzato, dinamiche di potere relazionale e pratiche maladattive come il "chemsex". Interventi come l'educazione sessuale inclusiva e l'assertiveness training si sono dimostrati efficaci nel migliorare la capacità di comunicare desideri e confini sessuali. Tuttavia, le evidenze esistenti si basano principalmente su campioni occidentali, giovani e prevalentemente bisessuali, con limitate analisi su persone transgender e non binarie. Si sottolinea la necessità di ulteriori ricerche con campioni più diversificati e metodologie robuste, al fine di sviluppare interventi culturalmente e socialmente inclusivi per promuovere il benessere sessuale nelle comunità LGBTQ.

Parole chiave: sexual assertiveness, LGBT, lesbian, gay, bisexual, transgender, queer

SEXUAL ASSERTIVENESS IN LGBTQ COUPLES: A SYSTEMATIC REVIEW

Abstract

Sexual assertiveness, defined as the ability to express sexual desires, needs, and boundaries clearly and respectfully, is associated with greater relational and sexual satisfaction. While extensively studied in heterosexual couples, evidence on LGBTQ couples remains limited. This systematic review aims to examine the factors that influence sexual assertiveness in LGBTQ couples and assess interventions aimed at promoting it.

The research was conducted using the PubMed, PsycInfo, and Scopus databases, considering empirical studies published between 1993 and 2022. Included articles analyzed sexual assertiveness in LGBTQ individuals using validated tools or clear operational definitions.

Findings indicate that sexual assertiveness is influenced by traditional gender roles, internalized stigma, relational power dynamics, and maladaptive practices such as "chemsex." Interventions such as inclusive sex

DOI: 10.36131/COGNCL20250107

RICEVUTO IL 31 MARZO 2025, ACCETTATO IL 26 MAGGIO 2025

education and assertiveness training have been shown to improve the ability to communicate sexual desires and boundaries. However, existing evidence is primarily based on young, Western, and predominantly bisexual samples, with limited analysis of transgender and non-binary individuals.

The need for further research with more diverse samples and robust methodologies is emphasized, in order to develop culturally and socially inclusive interventions that promote sexual well-being within LGBTQ communities.

Keywords: sexual assertiveness, LGBT, lesbian, gay, bisexual, transgender, queer

Introduzione

L'assertività sessuale è un aspetto cruciale della salute sessuale e del benessere relazionale, in quanto implica la capacità di esprimere chiaramente e rispettosamente i propri desideri, bisogni e limiti sessuali (Alberti & Emmons, 1970). Morokoff et al. (1997) hanno sviluppato la Sexual Assertiveness Scale (SAS) per valutare tre dimensioni fondamentali dell'assertività sessuale, nello specifico la capacità di iniziare attività sessuali, la capacità di rifiutare attività sessuali indesiderate e l'uso di metodi di protezione e contraccezione. Questi aspetti sono cruciali per garantire il benessere e la soddisfazione sessuale di entrambi i partner, prevenendo situazioni di possibile coercizione e promuovendo una sessualità consapevole e appagante (Santos-Iglesias et al., 2015) oltre ad un miglioramento nella soddisfazione sessuale e nella qualità delle relazioni intime (Ménard et al., 2009).

Una comunicazione sessuale efficace prevede competenze assertive in termini di materia sessuale. (Loshek & Terrell, 2015). Tale competenza permette agli individui di comunicare apertamente in ambito sessuale, evitando atteggiamenti passivi, che possono portare a insoddisfazione e frustrazione, o aggressivi, che possono sfociare in coercizione o abuso. Una comunicazione aperta sulle preferenze sessuali migliora la connessione emotiva tra i partner e riduce i conflitti derivanti da aspettative non esplicitate (Loshek & Terrell, 2015).

L'assertività sessuale consente ai partner di condividere desideri e limiti senza paura di giudizi o ripercussioni (Kim & Ward, 2007), rendendo l'esperienza sessuale più piacevole e gratificante per entrambi i partner e aumentando la soddisfazione sessuale (Sanchez-Fuentes et al., 2015), riducendo i livelli di ansia e disagio che possono causare conflitti e incomprensioni compromettendo la qualità della relazione (Santos-Iglesias et al., 2010) e promuovendo un clima di rispetto reciproco e propensione a negoziare esperienze sessuali soddisfacenti con il partner (Morokoff et al., 1997).

Le coppie LGBTQ ("lesbian, gay, bisexual, transgender, queer") affrontano sfide uniche nella negoziazione sessuale a causa della presenza di fattori come la discriminazione, gli stereotipi di genere, le norme sociali e la mancanza di modelli positivi di relazioni LGBTQ nei media e nella cultura dominante. Questi elementi possono influire negativamente sulla capacità di comunicare i propri desideri e confini, portando a una ridotta assertività sessuale e, in alcuni casi, a esperienze sessuali non desiderate o problematiche.

Sebbene la ricerca sull'assertività sessuale sia stata ampiamente sviluppata per le coppie eterosessuali, vi è una significativa carenza di studi dedicati alle coppie LGBTQ. Tale lacuna nella letteratura rende difficile comprendere appieno le dinamiche specifiche dell'assertività sessuale in questi contesti e limita l'efficacia degli interventi volti a promuoverla.

La presente revisione sistematica mira a colmare questa lacuna, esaminando la letteratura disponibile per identificare i fattori che influenzano l'assertività sessuale nelle coppie LGBTQ e valutando gli interventi mirati a promuoverla. In particolare, verranno analizzati gli aspetti legati ai ruoli di genere, alle esperienze di discriminazione e omofobia interiorizzata, nonché il ruolo

di fattori di rischio come l'abuso di sostanze. La revisione si propone un duplice obiettivo: da un lato analizzare i fattori associati all'assertività sessuale nelle coppie LGBTQ, dall'altro valutare l'efficacia di eventuali interventi volti a promuoverla. Questa distinzione — tra la parte descrittivo-correlazionale e quella applicativa-interventistica — verrà mantenuta esplicita lungo tutto l'elaborato, al fine di offrire una visione strutturata e coerente degli obiettivi perseguiti.

Metodi

Strategie di ricerca

La revisione sistematica è stata condotta seguendo le linee guida PRISMA (*Preferred Reporting Item for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page et al., 2021). Questo metodo standardizzato è stato scelto per garantire la trasparenza e la riproducibilità del processo di revisione. La ricerca è stata effettuata su tre principali database accademici: *PubMed*, *PsycInfo* e *Scopus*. Le strategie di ricerca sono state accuratamente pianificate per includere un ampio spettro di studi pertinenti. Sono state utilizzate combinazioni di parole chiave come "sexual assertiveness", "LGBTQ", "lesbian", "gay", "bisexual", "transgender", "queer", e sinonimi correlati. Le ricerche sono state condotte utilizzando operatori booleani (*AND*, *OR*) per garantire che gli studi rilevanti non venissero esclusi.

Ogni articolo recuperato è stato esaminato per verificare la presenza di criteri di inclusione specifici, quali: Studi empirici pubblicati in lingua inglese;

Studi che esaminano l'assertività sessuale in coppie LGBTQ o in individui coinvolti in relazioni LGBTQ;

Studi che utilizzano strumenti validati per misurare l'assertività sessuale o che forniscono una chiara definizione operativa del costrutto.

I criteri di esclusione comprendevano:

- Revisioni della letteratura e meta-analisi;
- Letteratura grigia, esclusa per garantire l'affidabilità delle fonti analizzate.
- Articoli non empirici (e.g., editoriali, commentari, case report);
- Studi che non coinvolgono coppie LGBTQ o che non specificano l'orientamento sessuale e l'identità di genere dei partecipanti;
- Studi che non trattano direttamente il tema dell'assertività sessuale.

Selezione degli studi

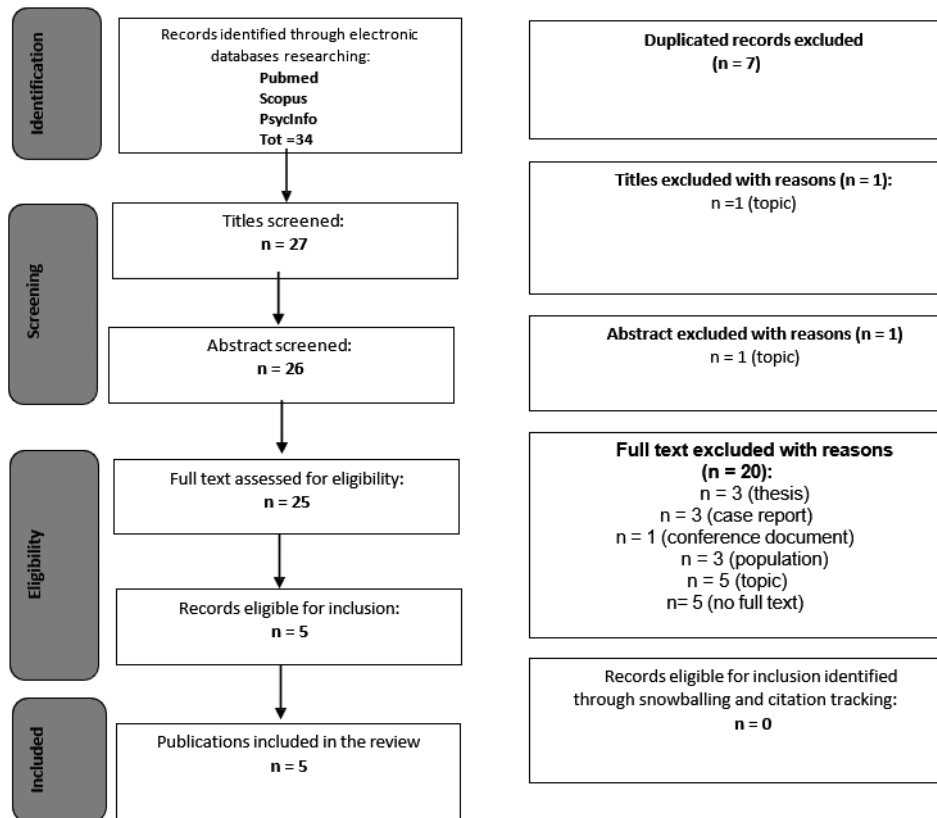
Il processo di selezione degli studi è stato condotto in più fasi, come raccomandato dalle linee guida PRISMA (Page et al., 2021). La selezione è stata effettuata da due revisori indipendenti (RMR e SEM) in modalità blinded, con risoluzione delle discrepanze mediante discussione con un terzo revisore (PL). Di seguito è riportato il processo di selezione:

1. Identificazione: La ricerca iniziale ha prodotto 34 articoli. Dopo la rimozione dei duplicati, sono rimasti 27 articoli.
2. Screening dei titoli e degli abstract: Una prima revisione dei titoli e degli abstract ha portato all'esclusione di articoli non pertinenti. In questa fase, 25 articoli sono stati ritenuti rilevanti.
3. Valutazione del testo completo: I testi completi di 25 articoli sono stati esaminati in dettaglio. Di questi, 20 sono stati esclusi per motivi specifici, come la mancanza di dati empirici o l'utilizzo di strumenti di misura non validati.

4. Inclusione finale: Solo 5 articoli hanno soddisfatto pienamente i criteri di inclusione e sono stati inclusi nella revisione sistematica.

Sebbene solo cinque articoli abbiano soddisfatto pienamente i criteri di inclusione, durante la fase di valutazione full-text sono stati identificati numerosi studi che, pur trattando tematiche rilevanti, sono stati esclusi in quanto non soddisfacevano almeno uno dei criteri metodologici previsti. In particolare, sono stati esclusi: tre tesi non pubblicate, tre case report privi di dati sistematici, un contributo congressuale, tre studi che non specificavano chiaramente l'orientamento o l'identità di genere dei partecipanti, cinque studi che affrontavano temi limitrofi ma non centrati sull'assertività sessuale, e cinque articoli di cui non è stato possibile ottenere il full-text. Questa selezione ha permesso di mantenere un elevato rigore metodologico, ma evidenzia anche la scarsità di ricerche empiriche rigorose sul tema nelle popolazioni LGBTQ.

Il processo completo è riassunto nel Diagramma PRISMA, che evidenzia le fasi di selezione e i criteri di esclusione applicati.



Valutazione della qualità degli studi

La qualità metodologica degli studi inclusi è stata valutata utilizzando due strumenti standardizzati: la Newcastle-Ottawa Scale (NOS, Wells et al., 2000) (Tabella 2) per gli studi osservazionali (n = 4) e la Critical Appraisal Skills Programme checklist (CASP, Critical Appraisal Skills Programme, 2018) (Tabella 3) per lo studio qualitativo (n = 1). Anche questa valutazione è stata eseguita in modo indipendente da due revisori (RMR e PL).

La NOS valuta tre domini principali: selezione dei partecipanti (max 4 punti), comparabilità tra gruppi (max 2 punti) e valutazione dell'outcome (max 3 punti), con un punteggio massimo di 9. La CASP, invece, considera 10 criteri qualitativi, tra cui adeguatezza del metodo, strategia di campionamento e riflessione sui bias.

Analisi dei dati Gli studi selezionati sono stati sottoposti a un'analisi qualitativa, che ha permesso di identificare temi principali e sottotemi correlati. L'analisi si è focalizzata su:

- **Fattori di rischio e protezione:** Sono stati analizzati elementi che influenzano positivamente o negativamente l'assertività sessuale, come il supporto sociale, la presenza di stigma e la resilienza individuale.
- **Dinamiche relazionali:** Sono stati esplorati i modi in cui le dinamiche di potere e comunicazione all'interno delle relazioni influenzano l'assertività sessuale.
- **Interventi educativi:** Gli studi sono stati valutati per identificare approcci che promuovono l'empowerment sessuale e migliorano le competenze assertive.

La sintesi dei dati è stata effettuata utilizzando un approccio tematico-induttivo, ispirato all'analisi tematica descritta da Braun e Clarke (2006). Due autori (RMR e SEM) hanno letto indipendentemente i testi completi degli studi inclusi, eseguendo una prima codifica aperta delle evidenze rilevanti per l'assertività sessuale. Le codifiche sono state confrontate e discusse fino a raggiungere un consenso, e successivamente raggruppate in categorie tematiche condivise. L'intero processo è stato supportato dall'uso di matrici tematiche su foglio elettronico, in cui sono stati tracciati codici, citazioni, frequenze e riferimenti. Da questo lavoro collaborativo sono emerse quattro macro-categorie tematiche ricorrenti, descritte nella sezione 'Sintesi tematica'.

Sintesi tematica

La sintesi tematica ha organizzato i risultati in quattro categorie principali:

1. **Influenza delle norme di genere:** Le norme sociali e culturali hanno un impatto significativo sull'assertività sessuale, specialmente nelle popolazioni transgender e bisessuali. Le pressioni sociali verso la conformità ai ruoli di genere tradizionali limitano l'autonomia sessuale e contribuiscono a esperienze di insoddisfazione relazionale.
2. **Ruolo dello stigma:** L'omofobia interiorizzata e lo stigma sociale sono stati identificati come barriere principali all'assertività sessuale. Questi fattori influenzano non solo la capacità di negoziare i confini sessuali, ma anche il benessere emotivo complessivo.
3. **Effetti delle pratiche sessuali a rischio:** Fenomeni come il chemsex, diffuso in alcune sottoculture LGBTQ, possono compromettere la capacità di esprimere desideri e stabilire limiti chiari nelle interazioni sessuali. L'abuso di sostanze, infatti, riduce l'efficacia della comunicazione in ambito sessuale, compromettendo la capacità di scegliere consapevolmente ciò

che si desidera o non si desidera fare. Questo aumenta il rischio di comportamenti pericolosi, esponendo maggiormente a situazioni di violenza e alla trasmissione di infezioni sessualmente trasmissibili.

- 4. Efficacia degli interventi educativi:** Gli interventi educativi, in particolare quelli condotti online, si sono dimostrati efficaci nel migliorare l'assertività sessuale. Questo è dovuto anche alla scarsità di risorse offline, come scuola e famiglia, che potrebbero svolgere un ruolo educativo, ma che spesso prestano poca attenzione alle specifiche esigenze della comunità LGBTQ. Di conseguenza, l'online si è rivelato un canale fondamentale per fornire supporto e informazioni adeguate. Tuttavia, servono studi più solidi per valutare l'impatto di questi interventi su larga scala e in contesti culturali differenti.

Risultati e discussione

Tabella 1. Risultati dello studio

Autori, Anno	Titoli	Strumenti	Campione	Trattamento	Principali risultati
Budge Stephanie L., et al., 2014	Sexual Minority Women's Experiences of Sexual Pressure: A Qualitative Investigation of Recipients' and Initiators	Questionario online	50 donne tra 18 e 52 anni, di cui il 62% si identificava come lesbiche, il 28% come bisessuali, e il 10% come queer. Assenti specifiche su percentuali cisgender o transgender.	No trattamento	La pressione sessuale è un fenomeno comune nelle relazioni tra donne LGBTQ, con conseguenze emotive e fisiche negative. La pressione sessuale è legata a fattori come l'adesione a ruoli di genere, norme e stigma sociali, che si riflettono nel fenomeno dell'«omofobia interiorizzata».
Ho Lavina Y. et al., 2021	Gender Roles, Sexual Assertiveness, and Sexual Victimization in LGBTQ Individuals	Sexual Experiences Survey (SES), Sexual Assertiveness Scale (SAS), Traditional Masculinity and Femininity (TMF)	455 partecipanti con età compresa tra 18 e 64 anni. Il 65,6% dei partecipanti si identificava come bisessuale, il 23,5% come gay e l'11,4% come lesbica. Il 7,3% si identificava come transgender o gender non-conforming. Le categorie di orientamento sessuale e identità di genere non sono mutualmente esclusive e lo studio non specifica se i soggetti identificati come gay, lesbica o bisessuali siano cisgender o transgender.	No trattamento	La vittimizzazione e la perpetrazione della violenza sessuale sono comuni tra gli individui LGBTQ, con ruoli di genere e assertività sessuale che giocano un ruolo significativo. Gli individui che aderiscono a ruoli di genere più tradizionali, soprattutto quelli che si identificano con la femminilità, sono più vulnerabili alla vittimizzazione.

Tabella 1. Continua

Hurlbert D. et al., 1993	Female sexuality: A comparative study between women in homosexual and heterosexual relationships	Hurlbert Index of Sexual Desire (HISD), Hurlbert Index Sexual Assertiveness (HISA), Affectionate Partner Test (APT), Questionari su attività sessuali e fantasie sessuali.	68 donne, suddivise in due gruppi di 34 partecipanti ciascuno (un gruppo di donne in relazioni omosessuali e uno di donne in relazioni eterosessuali) comprese tra i 23 e i 65 anni. Lo studio non riporta informazioni sull'identità cisgender o transgender delle partecipanti.	No trattamento	Donne in relazioni omosessuali: hanno mostrato maggiori livelli di dipendenza interpersonale, compatibilità e intimità nelle loro relazioni rispetto alle donne in relazioni eterosessuali. Donne in relazioni eterosessuali: hanno evidenziato una maggiore assertività sessuale e una disposizione più positiva verso le fantasie sessuali,
López de Juan A. et al., 2022	Substance use in Sexual Relationships: Association with Sexual Assertiveness and Sexual Satisfaction	Sexual Assertiveness Scale (SAS), Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX), Questionari per indagare l'uso di sostanze	274 adulti di età compresa tra 18 e 55 anni. Il 65,7% dei partecipanti erano donne, il 32,5% uomini, e l'1,9% binari o gender fluid. Assenti specifiche su percentuali cisgender o transgender	No trattamento	Le donne hanno riportato una maggiore assertività sessuale rispetto agli uomini, soprattutto nella capacità di rifiutare attività sessuali indesiderate e nella prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili (STI). Gli uomini hanno riportato un maggiore consumo di sostanze diverse durante i rapporti sessuali (chemsex) come strategia di coping verso l'«omofobia interiorizzata». Il chemsex è associato ad una ridotta AS
Mustanski B. et al., 2015	Feasibility, Acceptability, and Initial Efficacy of an Online Sexual Health Promotion Program for LGBT Youth: The Queer Sex Ed Intervention	Queer Sex Ed (QSE)	202 partecipanti di età compresa tra 16 e 20 anni. Il campione comprende partecipanti male-born (n = 107) e female-born (n = 95), con una distribuzione di identità di genere che include 14 individui transgender.	Trattamento	L'educazione sessuale online specifica per giovani LGBT è fattibile, accettabile ed efficace nel migliorare la salute sessuale. I risultati sono promettenti per la diffusione su larga scala di interventi simili, specialmente in contesti in cui le risorse offline sono scarse o inefficaci.

Tabella 2. Valutazione della qualità degli studi: Newcastle-Ottawa Scale (NOS). I punteggi della NOS variano tra 6 e 7 su 9, indicando una qualità metodologica moderata. I principali punti deboli riscontrati riguardano l'assenza di gruppi di confronto e potenziali bias di selezione

Studio (Autori, Anno)	Selezione (4)	Comparabilità (2)	Outcome (3)	Punteggio totale (9)
Mustanski B. et al., 2015	★★★★	★☆	★★☆	7/9
Hurlbert D. et al., 1993	★★★★☆	★★	★★☆	6/9
Ho Lavina Y. et al., 2021	★★★★☆	★☆	★★★	7/9
López de Juan A. et al., 2022	★★★★☆	★☆	★★☆	6/9

Tabella 3. Valutazione della qualità degli studi: Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Punteggio finale dello studio: 8 su 10. Limitazioni nel campionamento e nella riflessione sui bias, con possibili implicazioni sull'applicabilità dei risultati

Criteri CASP	Budge S. L. et al., 2014
1. Obiettivo chiaro	Si
2. Metodo qualitativo adeguato	Si
3. Disegno dello studio appropriato	Si
4. Campionamento adeguato	Parziale
5. Raccolta dati adeguata	Si
6. Riflessione sui bias	Parziale
7. Rigorosità dell'analisi	Si
8. Evidenze supportate dai dati	Si
9. Rilevanza delle conclusioni	Si
10. Applicabilità dei risultati	Parziale

Il presente corpus di analisi include cinque studi pubblicati tra il 1993 e il 2022, per un totale complessivo di 1.049 partecipanti, con un'età variabile tra i 16 e i 65 anni. La composizione dei campioni risulta eterogenea rispetto al genere, all'identità di genere e all'orientamento sessuale, riflettendo una buona rappresentatività della popolazione LGBTQ. La maggior parte degli studi include partecipanti cisgender, ma alcuni riportano anche la presenza di persone transgender o non conformi al genere, come evidenziato negli studi di Ho et al. (2021) e López de Juan Abad et al. (2022). I campioni comprendono persone lesbiche, bisessuali, queer, questioning e gay, con un focus specifico su donne LGBTQ nello studio di Budge et al. (2014). I disegni di ricerca sono prevalentemente osservazionali e trasversali, ad eccezione dello studio sperimentale di Mustanski et al. (2015), che valuta l'efficacia di un programma online di promozione della salute sessuale per giovani LGBT. I dati sono stati raccolti tramite strumenti psicometrici validati come il Sexual Experiences Survey (SES), la Sexual Assertiveness Scale (SAS), il Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX), il Hurlbert Index of Sexual Desire (HISD), tra gli altri. I risultati delle ricerche analizzate forniscono un quadro dettagliato sulle dinamiche di assertività sessuale, ruoli di genere, pressione sessuale e consumo di sostanze nelle relazioni sessuali, indicando come ciascuno di questi aspetti interagiscano nel modulare significativamente la soddisfazione sessuale, la sessualità e l'esperienza di vittimizzazione, in particolare nella comunità LGBTQ.

Influenza delle norme di genere

Lo studio di Ho, Ehman e Gross (2021) evidenzia una correlazione significativa tra ruoli di genere e esperienze di vittimizzazione e perpetrazione sessuale all'interno della comunità LGBTQ. In particolare, l'adesione ai ruoli di genere tradizionali è risultata essere un predittore di vittimizzazione e perpetrazione sessuale e potrebbero riflettere script sessuali più ampi della società dove gli uomini si sentono autorizzati al sesso e assumono ruoli dominanti mentre le donne adottano spesso ruoli di sottomissione e cedono alle pressioni sessuali. Tale fenomeno, sul versante della vittimizzazione e sottomissione, risulta evidente nella maggior parte delle persone bisessuali e transgender con identità di genere femminile. L'assertività sessuale è stata identificata come un fattore protettivo, associata a una minore probabilità di subire o perpetrare aggressioni sessuali.

Ruolo dello stigma interiorizzato e pressione sessuale

Lo studio di Budge, Keller e Sherry (2014) si focalizza sulle esperienze di pressione sessuale tra le donne lesbiche, bisessuali, *queer* e *questioning*. I dati raccolti indicano che la pressione sessuale in questo gruppo può derivare da fattori interni, come la volontà di aderire a norme eterosessuali o la paura di rifiutare il partner, e da fattori esterni, come aspettative relazionali e pressioni sociali. Nello specifico viene identificato l'omofobia interiorizzata come fattore significativo che contribuisce alla pressione sessuale. Questo stigma interiorizzato, in aggiunta ai ruoli di genere, spinge le coppie LGBTQ a impegnarsi in atti sessuali non desiderati per aderire a standard normativi e compiacenti influenzando l'assertività sessuale.

Effetti delle pratiche sessuali a rischio

L'analisi di López de Juan Abad e Arcos-Romero (2022) esplora la relazione tra consumo di sostanze, assertività sessuale e soddisfazione sessuale. I risultati indicano che l'uso di sostanze durante le interazioni sessuali, noto come *chemsex*, è stato identificato come una strategia di coping maladattiva nei confronti dell'omofobia interiorizzata. Questa pratica ha un impatto negativo su diverse dimensioni dell'assertività sessuale, riducendo la capacità di comunicare in modo chiaro i propri desideri e limiti, di rifiutare rapporti indesiderati, di prendere iniziativa e di adottare misure di prevenzione contro comportamenti sessuali a rischio.

Lo studio evidenzia differenze di genere nella capacità di gestione delle situazioni sessuali: le donne hanno riportato livelli più elevati di assertività sessuale rispetto agli uomini, in particolare nella capacità di rifiutare attività sessuali non desiderate e nella prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili. Inoltre, emergono differenze significative legate al genere e all'orientamento sessuale nella frequenza e nel tipo di sostanze consumate. Nello specifico, gli uomini omosessuali riportano un consumo maggiore di sostanze come popper e mefedrone rispetto ad altri gruppi. Gli effetti del chemsex sono stati analizzati non solo in termini di salute fisica, ma anche per il loro impatto psicologico e relazionale, sottolineando la necessità di interventi specifici. In particolare, il consumo di sostanze sembra influenzare significativamente l'assertività sessuale, compromettendo la capacità di prendere decisioni consapevoli e di proteggersi da situazioni di rischio. Alcune droghe, come alcol e cannabis, possono inizialmente favorire la disinibizione sessuale, ma l'uso prolungato è stato associato a problematiche sessuali come disfunzioni erettili, ridotta soddisfazione sessuale e un aumento del rischio di vittimizzazione o di comportamenti sessuali coercitivi (perpetrazione sessuale). Inoltre, l'abuso di sostanze è correlato a un incremento dei comportamenti sessuali a rischio, aumentando la vulnerabilità a infezioni sessualmente trasmissibili e a esperienze di coercizione o violenza.

Efficacia degli interventi educativi

Diversi studi hanno dimostrato che gli interventi mirati a promuovere l'assertività sessuale, come l'educazione sessuale inclusiva e *l'assertiveness training*, risultano efficaci nel migliorare la capacità delle persone LGBTQ ad esprimere i propri desideri e limiti sessuali, contribuendo a relazioni più sane e sicure sia dal punto di vista sessuale che dal punto di vista relazionale. In particolare nello studio "*Feasibility, Acceptability, and Initial Efficacy of an Online Sexual Health Promotion Program for LGBT Youth: The Queer Sex Ed Intervention*" (Mustanski et al, 2015) è stato valutato la fattibilità, l'accettabilità e l'efficacia iniziale di un innovativo programma di promozione della salute sessuale online su misura per i giovani LGBT. La ricerca in questo studio si è basata su procedure specifiche in quanto ai partecipanti è stato richiesto di completare un sondaggio pre-test, un programma di studi sulla salute sessuale online e un sondaggio post-test. Una volta completato il sondaggio pre-test, i partecipanti hanno avuto accesso immediato all'intervento. I sondaggi post-test sono stati completati almeno due settimane dopo il completamento dell'intervento. L'intervento consisteva in una parte teorica riguardo la salute sessuale e una parte pratica al fine di incrementare skills come la comunicazione nel rispetto proprio e altrui circa la sessualità e la motivazione ad adottare comportamenti per salvaguardare la salute sessuale. Lo scopo dell'intervento era quello di fornire consapevolezza, conoscenza ed educazione sessuale al fine di promuovere un comportamento più funzionale che salvaguardasse sia l'individuo che la sua salute. Gli studi riportati vanno nella direzione di riconoscere i training

sull'educazione sessuale inclusiva efficaci in quanto possono fornire benefici sia dal punto di vista sessuale che relazionale. Il training assertivo nelle coppie LGBTQ può essere un ottimo strumento per migliorare la comunicazione, ridurre i conflitti e rafforzare il legame, garantendo la possibilità di esprimere i propri pensieri, sentimenti e bisogni in modo chiaro e rispettoso, senza essere né aggressivi né passivi. Alcuni aspetti chiave del training assertivo per coppie LGBTQ potrebbero essere: riconoscere i propri diritti e bisogni; gestione delle emozioni e dei conflitti; tecniche di comunicazione assertiva; affrontare sfide specifiche nelle coppie LGBTQ; come la differenze nel livello di coming out, esperienze di discriminazione o pressione sociale. Questi aspetti potrebbero garantire la possibilità e la libertà di comunicare i propri desideri, pensieri e limiti sessuali ma soprattutto la possibilità di "scelta consapevole" producendo autonomia e indipendenza per un maggior benessere psicologico e sessuale. Future ricerche dovrebbero approfondire e strutturare un programma inclusivo ad hoc, includendo in maniera cospicua un campione eterogeneo della popolazione LGBTQ.

Questi risultati suggeriscono che l'assertività sessuale sia un elemento chiave per la salute sessuale e il benessere relazionale, ma il suo impatto è modulato da molteplici fattori, tra cui ruoli di genere, pressione sessuale e uso di sostanze. Per ridurre i tassi di vittimizzazione sessuale e promuovere relazioni sessuali più soddisfacenti, è fondamentale implementare programmi educativi che promuovano l'assertività sessuale, specialmente nelle comunità vulnerabili. Inoltre, data la forte influenza del consumo di sostanze sulle esperienze sessuali, interventi di prevenzione sull'uso di droghe nelle relazioni sessuali potrebbero migliorare significativamente il benessere psicofisico delle persone coinvolte.

Future ricerche dovrebbero approfondire il ruolo di altri fattori psicologici e sociali, come il supporto sociale e l'educazione sessuale, nell'influenzare la relazione tra assertività sessuale, ruoli di genere e uso di sostanze.

Limiti della letteratura

I risultati della valutazione metodologica evidenziano che gli studi osservazionali inclusi presentano una qualità moderata, con alcune limitazioni dovute alla mancanza di gruppi di confronto e al possibile bias di selezione. Anche lo studio qualitativo analizzato ha soddisfatto i principali criteri di qualità, sebbene la strategia di campionamento e la riflessione sui bias possano aver influenzato i risultati.

Uno dei principali limiti della letteratura riguarda l'omogeneità dei campioni. Gran parte delle ricerche si concentra infatti su giovani occidentali, trascurando le esperienze di altre sottopopolazioni LGBTQ, il che limita la generalizzazione dei risultati. Inoltre, un'altra criticità è rappresentata dagli strumenti di misura utilizzati: molti degli strumenti impiegati sono stati inizialmente sviluppati per campioni eterosessuali e il loro adattamento a contesti LGBTQ potrebbe comprometterne l'affidabilità e la validità. Nel corso della rassegna non è stato possibile effettuare un'analisi distinta degli effetti per le specifiche sottopopolazioni all'interno della comunità LGBTQ, come ad esempio tra persone cisgender e transgender, o tra individui lesbiche, gay e bisessuali. Sebbene la letteratura indichi differenze significative nei bisogni, nelle esperienze e nella qualità della vita tra questi gruppi, i dati disponibili nei singoli studi analizzati non permettevano una distinzione sufficientemente dettagliata. Tale mancanza rappresenta un limite della letteratura attuale e sottolinea la necessità, in studi futuri, di esplorare in modo più mirato le specificità delle diverse identità che compongono la popolazione LGBTQ. Dal punto di vista metodologico, le ricerche esistenti presentano anche limiti nei disegni di studio.

Poche indagini adottano approcci longitudinali, fondamentali per comprendere l'evoluzione nel tempo delle dinamiche legate all'assertività sessuale e alla salute sessuale. La mancanza di studi longitudinali, infatti, limita la nostra capacità di comprendere come l'assertività sessuale si sviluppi nel tempo. Inoltre, sono rari gli studi che utilizzano interventi randomizzati controllati, strumenti essenziali per testare in modo rigoroso l'efficacia degli interventi proposti. Tra questi, solo uno studio fa riferimento a un training assertivo (Mustanski et al., 2015), evidenziando la necessità di sviluppare ulteriori ricerche in questo ambito. Queste limitazioni sottolineano l'importanza di disegni metodologici più solidi, che possano offrire evidenze più robuste e generalizzabili riguardo ai temi trattati.

Conclusioni

L'assertività sessuale è un elemento cruciale per il benessere delle coppie LGBTQ, ma diversi fattori ne limitano lo sviluppo. Tra questi, spiccano le norme di genere tradizionali, l'omofobia interiorizzata, e pratiche come il *chemsex*. Interventi mirati, come l'educazione sessuale inclusiva, l'assertiveness training e le terapie cognitivo-comportamentali, possono contribuire significativamente a migliorare la capacità di esprimere desideri e limiti sessuali. Guardando al futuro, è essenziale adottare un approccio più inclusivo e diversificato nella ricerca e negli interventi. Le comunità LGBTQ non sono un gruppo omogeneo; al contrario, le esperienze individuali sono influenzate da fattori come cultura, etnia, classe sociale e accesso alle risorse. Pertanto, è necessario considerare queste variabili per sviluppare strategie di supporto che siano culturalmente sensibili e realmente efficaci. Inoltre, è fondamentale integrare una nuova prospettiva che veda le persone LGBTQ non solo come soggetti vulnerabili, ma come individui con risorse, resilienza e potenziale. Un approccio che promuova l'empowerment, enfatizzando il valore delle loro esperienze e contribuendo a un cambiamento culturale, può avere un impatto positivo non solo sul benessere individuale, ma anche sul miglioramento delle relazioni e della società nel suo complesso. Infine, è importante investire in studi longitudinali e metodologicamente robusti che possano fornire dati più solidi per guidare le politiche e gli interventi futuri.

Bibliografia

- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1970). *Your perfect right: A guide to assertive behavior*. Impact Publishers.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Budge, S. L., Keller, B. L., & Sherry, A. R. (2015). Sexual minority women's experiences of sexual pressure: A qualitative investigation of recipients' and initiators' reports. *Archives of Sexual Behavior*, 44(4), 813–824. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0301-7>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2018). CASP qualitative checklist. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Ho, L. Y., Ehman, A. C., & Gross, A. M. (2021). Gender roles, sexual assertiveness, and sexual victimization in LGBTQ individuals. *Sexuality & Culture*, 25(3), 1469–1489. <https://doi.org/10.1007/s12119-021-09819-8>
- Hurlbert, D. F., & Apt, C. (1993). Female sexuality: A comparative study between women in homosexual and heterosexual relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(4), 315–327. <https://doi.org/10.1080/00926239308404375>
- Kim, J. L., & Ward, L. M. (2007). Silence speaks volumes: Parental sexual communication among Asian American emerging adults. *Journal of Adolescent Research*, 22(1), 3–31. <https://doi.org/10.1080/00926239308404375>

- org/10.1177/0743558406294916 ResearchGate+11PMC+11neurotree.org+11
- Loshek, E., & Terrell, H. K. (2015). The development of the Sexual Assertiveness Questionnaire (SAQ): A comprehensive measure of sexual assertiveness for women. *The Journal of Sex Research, 52*(9), 1017–1027. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.944970>
- López de Juan Abad, P., & Arcos-Romero, A. I. (2022). Substance use in sexual relationships: Association with sexual assertiveness and sexual satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(20), 13645. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013645>
- Ménard, A. D., & Offman, A. (2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness, and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 18*(1–2), 35–45.
- Morokoff, P. J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. R., & Burkholder, G. J. (1997). *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. Journal of Personality and Social Psychology, 73*(4), 790–804. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.4.790>
- Mustanski, B., Newcomb, M. E., & Garofalo, R. (2015). Feasibility, acceptability, and initial efficacy of an online sexual health promotion program for LGBT youth: The Queer Sex Ed Intervention. *Journal of Adolescent Health, 56*(6), 654–661. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.02.007>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLOS Medicine, 18*(3), e1003583. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>
- Sánchez-Fuentes, M. M., & Santos-Iglesias, P. (2015). Sexual satisfaction in Spanish heterosexual couples: Testing the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 42*(3), 223–242. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1010675>
- Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2010). *Hurlbert Index of Sexual Assertiveness: A study of psychometric properties in a Spanish sample. Psychological Reports, 107*(1), 39–57. <https://doi.org/10.2466/02.03.07.17.21.PR0.107.4.39-57>
- Wells, G., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2000). *The Newcastle–Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses*. Ottawa Hospital Research Institute. http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp

ESPLORARE LA RELAZIONE TRA ASSERTIVITÀ E USO DI SOSTANZE: UNA REVISIONE PRISMA-SCR

Fabrizio Lamberti*, Giovanni Florio*, Ilaria Giordano*, Anna Opera*, Teresa Cosentino#

* Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC - Napoli

Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC – Roma

Corrispondenza

Fabrizio Lamberti

E-mail: fabriziolamberti91@gmail.com

Riassunto

L'assertività è una competenza sociale fondamentale che consente agli individui di esprimere i propri bisogni, stabilire confini personali e resistere alle pressioni sociali in modo efficace. Studi recenti hanno suggerito che un alto livello di assertività possa rappresentare un fattore protettivo contro l'uso di sostanze, mentre una scarsa assertività potrebbe aumentare il rischio di sviluppare comportamenti di consumo (Epstein, Botvin, & Diaz, 2007). Tuttavia, ad oggi, non esiste una sintesi sistematica della letteratura che esplori questa relazione in modo strutturato. Questa scoping review si propone di analizzare e categorizzare le evidenze disponibili sulla relazione tra assertività e uso di sostanze, valutando i principali strumenti di misurazione, il ruolo dell'assertività come fattore di rischio o di protezione e l'efficacia degli interventi finalizzati a sviluppare questa competenza. Seguendo il framework PRISMA-ScR, è stata condotta una ricerca sistematica all'interno del database PubMed, includendo studi pubblicati tra il 1977 e il 2024 che misurassero l'assertività attraverso strumenti standardizzati e ne esplorassero la relazione con il consumo di sostanze. Sono stati esclusi gli studi che non fornivano una misurazione diretta dell'assertività o che implementavano interventi privi di una baseline iniziale. Dall'analisi dei 105 studi identificati, 9 hanno soddisfatto i criteri di inclusione e sono stati analizzati in dettaglio. I risultati suggeriscono che l'assertività può influenzare il consumo di sostanze attraverso tre principali meccanismi: (1) un'elevata assertività sembra essere un fattore protettivo in quanto aumenta la capacità degli individui di resistere alla pressione sociale e di adottare strategie di coping più adattive (Scheier, Newcomb, & Skager, 1999), Tingen, M. S., et al. 2006., Epstein, Botvin, & Diaz, 2007, Amini Pozveh, S. & Saleh, A. 2020); (2) una bassa assertività è stata associata a un maggiore rischio di consumo, favorendo una ridotta capacità di rifiuto e una maggiore vulnerabilità all'influenza dei pari (Scheier, Newcomb, & Skager, 1999, Gruenewald, Remer, & LaScala, 2009, Ferrer-Wreder et al. 2010); (3) gli interventi basati sul training assertivo hanno mostrato risultati promettenti nella prevenzione dell'uso di sostanze, sebbene esistano differenze nei protocolli adottati e negli strumenti di valutazione utilizzati (Corbin, Jones, & Schulman Jr, 1993, Tingen et al. 2006, Gruenewald, Remer, & LaScala, 2009, Ferrer-Wreder et al. 2010, Ismayilova & Terlikbayeva, 2018, Moieni et al. 2020). Questi risultati evidenziano il ruolo cruciale dell'assertività nei programmi di prevenzione, suggerendo che il suo potenziamento potrebbe essere una strategia efficace per ridurre il rischio di consumo di sostanze (Amini Pozveh, S. & Saleh, A. 2020). Tuttavia, la varietà degli strumenti di misurazione e l'eterogeneità metodologica degli studi inclusi limitano la possibilità di trarre conclusioni definitive. Future ricerche dovrebbero adottare disegni longitudinali e strumenti di valutazione standardizzati per chiarire il ruolo causale dell'assertività nel consumo di sostanze e per ottimizzare le strategie di prevenzione.

Parole chiave: assertività, uso di sostanze, prevenzione, PRISMA-ScR, training assertivo

DOI: 10.36131/COGNCL20250108

RICEVUTO IL 31 MARZO 2025, ACCETTATO IL 16 MAGGIO 2025

EXPLORING THE RELATIONSHIP BETWEEN ASSERTIVENESS AND SUBSTANCE USE: A PRISMA-SCR REVIEW

Abstract

Assertiveness is a fundamental social skill that enables individuals to express their needs, establish personal boundaries, and resist social pressures effectively. Recent studies have suggested that high levels of assertiveness may serve as a protective factor against substance use, whereas low assertiveness could increase the risk of engaging in substance use behaviors (Epstein, Botvin, & Diaz, 2007). However, to date, there is no systematic synthesis of the literature that explores this relationship in a structured manner. This scoping review aims to analyze and categorize the available evidence on the relationship between assertiveness and substance use, assessing the main measurement tools, the role of assertiveness as a risk or protective factor, and the effectiveness of interventions aimed at developing this skill. Following the PRISMA-ScR framework, a systematic search was conducted in the PubMed database, including studies published between 1977 and 2024 that measured assertiveness using standardized instruments and explored its association with substance use. Studies that did not provide a direct measurement of assertiveness or implemented interventions lacking a pre-intervention baseline were excluded. Out of 105 identified studies, 9 met the inclusion criteria and were analyzed in detail. The findings suggest that assertiveness may influence substance use through three main mechanisms: High assertiveness appears to act as a protective factor, enhancing individuals' ability to resist peer pressure and adopt more adaptive coping strategies (Scheier, Newcomb, & Skager, 1999; Tingen, M. S., et al., 2006; Epstein, Botvin, & Diaz, 2007; Amini Pozveh & Saleh, 2020); Low assertiveness has been associated with increased substance use risk, leading to a reduced ability to refuse and greater vulnerability to peer influence (Scheier, Newcomb, & Skager, 1999; Gruenewald, Remer, & LaScala, 2009; Ferrer-Wreder et al., 2010); Assertiveness-based training interventions have shown promising results in preventing substance use, although differences in intervention protocols and assessment tools were observed (Corbin, Jones, & Schulman Jr, 1993; Tingen et al., 2006; Gruenewald, Remer, & LaScala, 2009; Ferrer-Wreder et al., 2010; Ismayilova & Terlikbayeva, 2018; Moeini et al., 2020). These results highlight the crucial role of assertiveness in prevention programs, suggesting that enhancing this skill may be an effective strategy to reduce the risk of substance use (Amini Pozveh & Saleh, 2020). However, the variety of measurement instruments and the methodological heterogeneity among included studies limit the ability to draw definitive conclusions. Future research should employ longitudinal designs and standardized evaluation tools to clarify the causal role of assertiveness in protecting against substance use and to optimize prevention strategies.

Key words: assertiveness, substance use, prevention, PRISMA-ScR, assertiveness Training

Introduzione

L'assertività rappresenta una componente essenziale della comunicazione interpersonale e del funzionamento psicologico adattivo, definendosi come la capacità di esprimere in modo chiaro e diretto i propri pensieri, bisogni ed emozioni, nel rispetto dei diritti altrui (Epstein, Botvin, & Diaz, 2007; Pipas & Jaradat, 2010). Questa competenza si colloca all'interno di un continuum di modalità comunicative che spaziano dalla passività all'aggressività, distinguendosi per la sua capacità di promuovere interazioni equilibrate e socialmente efficaci. Negli ultimi decenni, la letteratura ha evidenziato come l'assertività non solo favorisca il benessere psicologico e relazionale, ma costituisca anche un elemento chiave nella prevenzione di comportamenti a rischio, tra cui l'uso di sostanze (Scheier, Newcomb, & Skager, 1999).

L'uso di sostanze rappresenta una problematica di rilievo in ambito sanitario e sociale, con effetti deleteri sia a livello individuale che collettivo. La vulnerabilità al consumo di sostanze

psicoattive è influenzata da una molteplicità di fattori ambientali, psicologici e sociali, tra cui la pressione dei pari e la capacità individuale di resistere a tali influenze (Ferrer-Wreder et al., 2010). In questo scenario, l'assertività assume un ruolo determinante nel modulare la predisposizione al consumo, fornendo agli individui strumenti efficaci per affrontare situazioni sociali a rischio e per esercitare un controllo consapevole sulle proprie decisioni (Gruenewald, Remer, & LaScala, 2009). Il concetto di autoefficacia, proposto da Bandura (1977), costituisce un'importante cornice teorica per comprendere il legame tra assertività e comportamento di consumo. Secondo questo modello, gli individui con un'elevata autoefficacia percepiscono un maggiore senso di controllo sulle proprie azioni e risultano meno inclini a cedere alle pressioni sociali. In questo contesto, l'assertività rappresenta un meccanismo di protezione, poiché favorisce una maggiore consapevolezza delle proprie scelte e una migliore capacità di opporsi all'assunzione di sostanze (Corbin, Jones, & Schulman Jr, 1993).

Parallelamente, la letteratura ha evidenziato che una bassa assertività può costituire un fattore di vulnerabilità, aumentando il rischio di esposizione e consumo di sostanze. Adolescenza e giovane età adulta rappresentano fasi dello sviluppo particolarmente sensibili all'influenza del gruppo dei pari, e la difficoltà nell'affermare le proprie opinioni o nel rifiutare offerte di sostanze può condurre a un incremento dei comportamenti di consumo (Ismayilova & Terlikbayeva, 2018). Inoltre, la carenza di assertività è spesso associata a una maggiore insicurezza e disagio emotivo, fattori che possono incentivare l'uso di sostanze come strategia di coping per gestire situazioni di stress e ansia (Moeini et al., 2020).

Alla luce di queste evidenze, numerosi studi hanno analizzato l'efficacia degli interventi volti a rafforzare le competenze assertive come strumento preventivo nell'uso di sostanze (Ganji et al., 2022). I programmi di training assertivo si basano su approcci multimodali che includono tecniche di role-playing, simulazioni interattive e strategie cognitive-comportamentali, con l'obiettivo di migliorare la capacità di resistenza alla pressione sociale e di favorire un maggiore controllo sulle decisioni individuali. Le ricerche condotte fino ad oggi hanno dimostrato che tali interventi possono risultare efficaci nel ridurre il rischio di consumo e nel promuovere una maggiore autonomia decisionale (Tingen et al., 2006). Tuttavia permane una significativa eterogeneità nei protocolli adottati e negli strumenti di valutazione utilizzati, rendendo necessaria una revisione sistematica della letteratura esistente.

Nonostante l'interesse crescente per il ruolo dell'assertività nella prevenzione dell'uso di sostanze, la mancanza di una sintesi strutturata delle evidenze disponibili rappresenta una lacuna importante nella letteratura. La presente revisione scoping si propone di colmare questa lacuna attraverso un'analisi sistematica della letteratura esistente, con i seguenti obiettivi principali:

1. Identificare e categorizzare le ricerche che esplorano la relazione tra assertività e uso di sostanze;
2. Analizzare gli strumenti di valutazione impiegati per misurare l'assertività in relazione all'uso di sostanze;
3. Valutare l'efficacia degli interventi di formazione assertiva nei programmi di prevenzione del consumo di sostanze;
4. Evidenziare le principali lacune nella letteratura e formulare indicazioni per futuri ambiti di ricerca.

Questa revisione è stata condotta seguendo il framework PRISMA-ScR, adottando un approccio rigoroso e sistematico nella selezione e analisi delle fonti, al fine di fornire un

contributo significativo alla comprensione del ruolo dell'assertività nei processi di prevenzione dell'uso di sostanze. L'analisi dei dati disponibili consentirà di delineare prospettive future per interventi basati sull'assertività, fornendo un utile riferimento per professionisti, educatori e ricercatori impegnati nella prevenzione delle dipendenze.

Metodi

Criteri di inclusione ed esclusione

Tale revisione ha seguito criteri precisi per la selezione degli studi, garantendo l'inclusione di ricerche pertinenti e metodologicamente solide.

Per quanto riguarda la popolazione, sono stati presi in considerazione studi condotti su individui di diverse fasce d'età, includendo bambini, adolescenti e adulti. Non sono stati posti limiti relativi alla presenza di una diagnosi clinica specifica, purché i partecipanti fossero coinvolti in ricerche che indagassero la relazione tra assertività e consumo di sostanze.

Dal punto di vista del concetto analizzato, gli studi selezionati dovevano esaminare il ruolo dell'assertività come fattore protettivo o predittivo nell'ambito dell'uso di sostanze. Inoltre, sono stati inclusi lavori che valutavano l'efficacia di programmi di training assertivo nella prevenzione o riduzione del consumo di droghe e alcol. Affinché potessero essere considerati idonei, gli studi dovevano impiegare strumenti validati per misurare l'assertività, come questionari self-report, scale standardizzate o strumenti diagnostici riconosciuti in ambito scientifico.

Il contesto degli studi inclusi è stato ampio, comprendendo ricerche condotte in ambienti educativi, come scuole e università, in contesti clinici, come programmi di trattamento e riabilitazione, e in iniziative comunitarie di prevenzione e supporto psicologico.

La revisione ha preso in esame studi di tipo osservazionale, correlazionale, longitudinale e sperimentale. Sono stati inclusi anche studi quasi-sperimentali e trial randomizzati controllati, a condizione che fornissero dati rilevanti per analizzare la relazione tra assertività e consumo di sostanze. Per garantire la qualità metodologica delle evidenze analizzate, la selezione si è limitata a pubblicazioni peer-reviewed.

Infine, sono stati inclusi esclusivamente articoli in lingua inglese, per garantire un accesso omogeneo alle principali evidenze scientifiche internazionali.

Sono stati esclusi dalla revisione tutti gli studi che non soddisfacevano i criteri sopra menzionati. In particolare, non sono stati considerati studi che non prevedevano una misurazione esplicita dell'assertività attraverso strumenti diagnostici standardizzati o scale validate.

Nel caso di ricerche che implementassero programmi di formazione sull'assertività, sono stati esclusi gli studi che non prevedevano una valutazione pre-intervento, poiché l'assenza di una baseline avrebbe impedito un confronto affidabile per verificare l'efficacia del programma. Infine, non sono stati presi in considerazione abstract privi di testo completo, articoli pubblicati in lingue diverse dall'inglese e studi inaccessibili o non reperibili in full text.

La ricerca delle fonti di evidenza è stata condotta in modo sistematico attraverso PubMed, uno dei principali database scientifici nel campo delle scienze cognitive, psicologiche e mediche. Il periodo di copertura della ricerca ha incluso gli studi pubblicati tra il 1977 e il 2024, con particolare attenzione a quelli più recenti, per garantire un aggiornamento sulle più attuali prospettive teoriche e metodologiche riguardanti l'assertività e il consumo di sostanze.

Per ottimizzare l'identificazione degli studi pertinenti, la strategia di ricerca è stata strutturata utilizzando operatori booleani, così da selezionare esclusivamente le pubblicazioni di maggiore rilevanza. La stringa di ricerca utilizzata è stata:

"(((assertive communication[Title/Abstract]) OR (assertiveness[Title/Abstract])) AND (drug[Title/Abstract]))"

Per garantire la coerenza metodologica e la qualità delle evidenze selezionate, sono stati applicati criteri specifici di inclusione:

- **Lingua:** Sono stati considerati esclusivamente articoli pubblicati in inglese, per favorire un accesso omogeneo ai principali contributi scientifici internazionali.
- **Disponibilità del full-text:** Sono stati esclusi gli studi per i quali non era disponibile il testo completo, evitando così il rischio di analisi parziali o incomplete.
- **Tipologia di studi:** Sono stati selezionati solo articoli sottoposti a revisione tra pari (peer-reviewed), escludendo la cosiddetta letteratura grigia, come atti di conferenze e report tecnici non pubblicati.

L'applicazione di questi criteri ha portato all'identificazione iniziale di 105 articoli, che sono stati successivamente sottoposti a un processo di selezione e screening per garantire la loro pertinenza rispetto agli obiettivi della revisione. La selezione delle fonti di evidenza è stata articolata in più fasi per garantire la massima accuratezza metodologica e ridurre il rischio di bias. Il processo è stato condotto da tre revisori indipendenti, che hanno esaminato gli articoli secondo criteri predefiniti. Questa procedura ha permesso di verificare la coerenza dei risultati e di assicurare un'analisi oggettiva delle pubblicazioni selezionate. In una prima fase, gli articoli identificati sono stati analizzati sulla base di titolo e abstract. In questa fase preliminare, sono stati esclusi gli studi che, in maniera evidente, non affrontavano il tema dell'assertività in relazione all'uso di sostanze. Dopo questo primo screening, sono stati selezionati 87 articoli che sono stati sottoposti a un'analisi completa del testo per valutarne l'idoneità rispetto ai criteri metodologici e concettuali stabiliti.

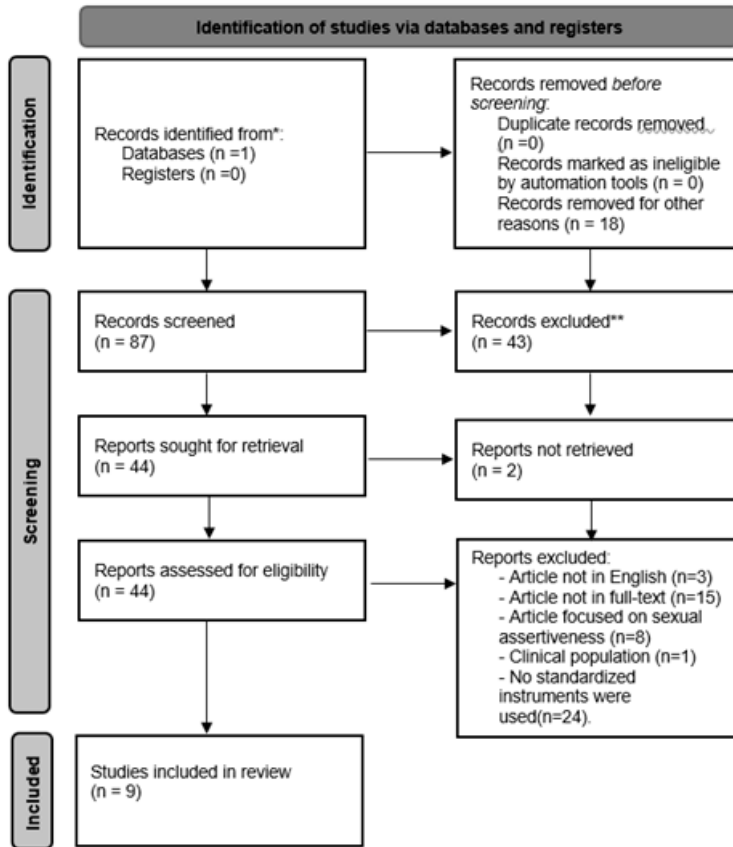
L'analisi approfondita ha portato all'esclusione di 76 studi per le seguenti ragioni:

- 43 studi non indagavano in modo specifico la relazione tra assertività e uso di sostanze, ma trattavano tematiche più generali sulla prevenzione senza una misurazione diretta dell'assertività.
- 8 studi analizzavano l'assertività sessuale, menzionando il consumo di sostanze solo marginalmente e senza approfondire il legame con il costrutto assertivo generale.
- 1 studio si basava esclusivamente su una popolazione clinica, non conforme ai criteri di inclusione stabiliti.
- 24 studi non utilizzavano strumenti diagnostici standardizzati per misurare l'assertività o il consumo di sostanze, compromettendo la comparabilità e l'affidabilità dei dati raccolti.
- 2 studi non erano reperibili in full-text, impedendo un'analisi completa dei loro contenuti.

Dopo questa rigorosa selezione, il numero finale di studi inclusi nella revisione è stato ridotto a 9 articoli, ritenuti pienamente coerenti con i criteri metodologici e scientifici definiti per questa scoping review. Questi studi costituiscono il corpus di riferimento per l'analisi della relazione tra assertività e uso di sostanze, contribuendo a delineare un quadro chiaro e basato su evidenze empiriche.

Il seguente diagramma rappresenta graficamente i processi di selezione intrapresi:

Esplorare la relazione tra assertività e uso di sostanze: una revisione PRISMA-ScR



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

Processo di estrazione e analisi dei dati

Per garantire un'analisi sistematica e accurata delle informazioni, è stato sviluppato un modulo di estrazione dati in collaborazione tra i tre revisori. Tale documento Excel condiviso ha permesso di raccogliere in modo strutturato e uniforme i dettagli rilevanti per la revisione, includendo informazioni fondamentali su ogni studio selezionato, come l'autore e l'anno di pubblicazione, gli obiettivi principali della ricerca, il disegno dello studio, gli strumenti impiegati per la misurazione dell'assertività, le caratteristiche della popolazione studiata e i risultati chiave emersi dall'analisi. La raccolta dei dati è stata condotta in modo indipendente da due revisori, mentre un terzo ha supervisionato il processo e risolto eventuali discrepanze attraverso il confronto e la discussione. Questo approccio ha garantito un'elevata affidabilità nella raccolta delle informazioni e nella sintesi dei risultati, assicurando coerenza metodologica tra gli studi analizzati. Gli studi selezionati hanno fornito una varietà di dati utili per comprendere il rapporto tra assertività e consumo di sostanze. Alcuni hanno esaminato adolescenti in contesti scolastici, mentre altri si sono concentrati su adulti coinvolti in programmi di prevenzione o trattamento delle dipendenze. Per valutare l'assertività, sono stati impiegati strumenti validati come il Gambrell & Richey Assertion Inventory (Gambrell, & Richey, 1975) che permettono di misurare il comportamento assertivo con elevata affidabilità. Gli esiti analizzati hanno riguardato l'effetto dell'assertività sulla capacità di resistere alla pressione sociale legata all'uso di sostanze, nonché i miglioramenti ottenuti dopo la partecipazione a programmi di formazione specifici. Alcuni studi hanno valutato l'efficacia di interventi strutturati, come il Life Skills Training (Moeini et al., 2020), nel potenziare le competenze assertive e ridurre la probabilità di abuso di sostanze.

Per garantire la solidità metodologica delle evidenze raccolte, è stata condotta una valutazione critica della qualità degli studi inclusi. L'analisi ha considerato l'utilizzo di strumenti diagnostici validati per misurare sia l'assertività che il consumo di sostanze, assicurando così l'affidabilità dei dati raccolti. Inoltre, è stata esaminata la presenza di gruppi di controllo nei disegni sperimentali, elemento essenziale per valutare l'efficacia degli interventi. La chiarezza nella definizione degli esiti e la robustezza metodologica delle analisi riportate nei diversi studi sono stati altri aspetti chiave nella valutazione finale.

Nel complesso, gli studi inclusi nella revisione si distinguono per un buon livello di qualità metodologica e offrono un quadro dettagliato della relazione tra assertività e uso di sostanze. Sebbene vi siano alcune differenze nelle metodologie adottate, i risultati convergono nel confermare il ruolo dell'assertività come fattore protettivo e nell'indicare che interventi mirati possono contribuire significativamente alla prevenzione del consumo di sostanze.

Autore e Anno	Titolo dell'Articolo	Obiettivo dello Studio	Metodologia	Strumenti di Valutazione	Principali Risultati	Limitazioni dello Studio
Corfalo et al., 1993	Drug Refusal Behavior: The Relative Efficacy of Skills-Based and Information-Based Treatment	Valutare l'efficacia relativa di strategie basate su abilità rispetto a strategie basate su informazioni per il rifiuto delle droghe	Studio sperimentale su 57 bambini di terza elementare	Test sulle abilità di rifiuto delle droghe	L'approccio basato sulle abilità è più efficace nel migliorare le capacità di rifiuto delle droghe	Campione piccolo e limitato ai bambini di terza elementare
Scheier et al., 1999	Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use	Esaminare il legame tra abilità sociali, competenza e autoefficacia nel rifiuto delle droghe con l'uso di alcol negli adolescenti	Studio longitudinale su studenti di 8° e 10° grado	Social Competence Questionnaire, Drug Refusal Self-Efficacy Scale	La bassa autoefficacia nel rifiuto e la scarsa competenza sociale sono predittori di maggiore consumo di alcol	Difficoltà nel determinare l'efficacia specifica della formazione sulle abilità sociali
Epstein et al., 2007	Which psychosocial factors moderate or directly affect substance use among inner-city adolescents?	Identificare i fattori psicosociali che influenzano l'uso di sostanze negli adolescenti urbani	Studio longitudinale su 1459 adolescenti	Assertiveness Questionnaire, Psychosocial Risk and Protective Factors Measures	L'assertività nel rifiuto riduce l'influenza negativa dei pari sull'uso di sostanze	Manca la valutazione di effetti a lungo termine
Tingen et al., 2006	Tobacco prevention in children and cessation in family members	Valutare un programma di prevenzione del tabacco per bambini con un componente di cessazione familiare	Studio quasi-sperimentale su 1024 studenti e genitori	Tobacco Refusal Skills Scale, Pre-Post Knowledge and Attitude Survey	Miglioramento nelle abilità di rifiuto e riduzione dell'intenzione di usare tabacco	Possibili bias di autoselezione nei partecipanti
Grunewald et al., 2009	Reducing Adolescent Use of Harmful Legal Products: Intermediate Effects of a Community Prevention Intervention	Valutare un intervento comunitario per ridurre l'uso di prodotti legali dannosi tra gli adolescenti in Alaska	Studio di fattibilità con pre-post test su studenti di 5°-7° grado	Harmful Legal Products Awareness Scale, Refusal Skills Questionnaire	Riduzione della percezione di accesso alle sostanze legali dannose tra i giovani	Manca di un gruppo di controllo randomizzato
Ferrer-Wreder et al., 2010	Is More Better? Outcome and Dose of a Universal Drug Prevention Effectiveness Trial	Esaminare l'efficacia di un programma combinato di prevenzione dell'uso di droghe basato sulle abilità di vita e sulla gestione del tempo libero	Trial di efficacia su 715 adolescenti afroamericani	Leisure Motivation Scale, Assertiveness Scale, Drug Use Intentions Survey	L'esposizione all'intervento è correlata a miglioramenti nelle abilità di gestione del tempo libero e riduzione delle intenzioni di uso di droghe	Difficoltà nel misurare gli effetti separati dei due programmi combinati

<p>Ismayilova & Terlikbayeva, 2018</p> <p>Building Competencies to Prevent Youth Substance Use in Kazakhstan: Mixed Methods Findings From a Pilot Family-Focused Multimedia Trial</p>	<p>Testare un intervento multimediale basato sulla famiglia per la prevenzione dell'uso di sostanze tra adolescenti in Kazakhstan</p>	<p>Studio pilota con metodologia mista su 181 adolescenti</p>	<p>Audio Computer-Assisted Self-Interview (ACASI), Risk Reduction Self-Efficacy Scale</p> <p>Aumento dell'assertività e riduzione del binge drinking nel gruppo di intervento</p>	<p>Studio pilota con campione ridotto, mancanza di controllo randomizzato</p>
<p>Amini Pozveh & Saleh, 2020</p> <p>The Role of Social Skills in the Prevention of Drug Addiction in Adolescents</p>	<p>Esaminare il ruolo delle abilità sociali nella prevenzione della dipendenza da droghe negli adolescenti</p>	<p>Studio trasversale su 600 studenti delle scuole superiori</p>	<p>Matson's Social Skills Questionnaire, Addiction Tendency Questionnaire</p> <p>Comportamenti sociali positivi, alta autostima e comunicazione tra pari riducono la tendenza alla dipendenza</p>	<p>Studio trasversale, nessun follow-up a lungo termine</p>
<p>Moeini et al., 2020</p> <p>The relationship between readiness for treatment of substance use and self-efficacy based on life skills</p>	<p>Determinare la relazione tra la prontezza al trattamento dell'uso di sostanze e l'autoefficacia basata sulle abilità di vita</p>	<p>Studio descrittivo-analitico su 118 utenti di sostanze</p>	<p>SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale), DASES (Drug Avoidance Self-Efficacy Scale)</p> <p>L'autoefficacia basata sulle abilità di vita è correlata positivamente alla prontezza al trattamento</p>	<p>Campione limitato a una sola città</p>

Risultati

L'analisi degli studi inclusi nella presente scoping review ha evidenziato il ruolo dell'assertività nella prevenzione dell'uso di sostanze, mettendo in luce tre principali assi interpretativi: (1) il ruolo protettivo dell'assertività nel modulare il rischio di consumo, (2) la scarsa assertività come fattore di vulnerabilità all'uso di sostanze e (3) l'efficacia degli interventi preventivi e comunitari finalizzati allo sviluppo di questa competenza. I risultati sono stati organizzati in base alle evidenze empiriche disponibili, fornendo un quadro integrato della relazione tra assertività e utilizzo di sostanze.

1. L'assertività come fattore protettivo contro l'uso di sostanze

L'assertività emerge come una competenza chiave nella prevenzione dell'uso di sostanze, facilitando la capacità di resistere alle pressioni sociali e promuovendo decisioni autonome. Scheier, Newcomb, & Skager (1999) hanno dimostrato che una maggiore autoefficacia nel rifiuto delle droghe, associata a competenze sociali avanzate, riduce significativamente il rischio di consumo di alcol negli adolescenti. In particolare, la capacità di esprimere opinioni e di rifiutare richieste indesiderate risulta correlata a una minore propensione alla sperimentazione di sostanze. Epstein, Botvin, & Diaz (2007) hanno confermato che l'assertività modula l'influenza della pressione dei pari, limitando l'impatto delle norme sociali devianti. Gli adolescenti con una maggiore assertività risultano meno influenzabili dalle dinamiche di gruppo e mostrano una ridotta esposizione a contesti di rischio. Amini Pozveh & Saleh (2020) hanno supportato questi risultati, evidenziando che elevati livelli di assertività si associano a una maggiore regolazione emotiva e a una minore tendenza alla dipendenza. Tinggen et al. (2006) hanno inoltre mostrato che l'assertività si collega a migliori competenze comunicative, che a loro volta favoriscono l'integrazione sociale e riducono la vulnerabilità all'uso di sostanze.

2. La scarsa assertività come fattore di vulnerabilità all'uso di sostanze

Accanto alle evidenze sul ruolo protettivo dell'assertività, diversi studi hanno sottolineato come un basso livello di questa competenza rappresenti un significativo fattore di rischio per il consumo di sostanze. Scheier, Newcomb, & Skager (1999) hanno evidenziato che adolescenti con una bassa autoefficacia nel rifiuto delle droghe sono maggiormente esposti a contesti di consumo e tendono a sviluppare un senso di inadeguatezza che favorisce comportamenti disfunzionali. Ferrer-Wreder et al. (2010) hanno rilevato che gli adolescenti con scarsa assertività mostrano una maggiore suscettibilità alla pressione dei pari, con un conseguente aumento delle intenzioni di uso di sostanze. In particolare, la difficoltà nel gestire in modo autonomo il proprio tempo libero e nel prendere decisioni indipendenti risulta associata a un incremento della probabilità di consumo. Analogamente, Gruenewald, Remer, & LaScala (2009) hanno evidenziato che adolescenti con ridotte competenze assertive percepiscono un minore controllo sulle proprie scelte e risultano più influenzabili dall'ambiente sociale, rendendoli maggiormente vulnerabili all'uso di sostanze.

3. L'efficacia degli interventi preventivi e comunitari sull'assertività

Alla luce del ruolo dell'assertività nella prevenzione dell'uso di sostanze, diversi studi hanno analizzato l'efficacia di interventi mirati al suo sviluppo. Corbin, Jones, & Schulman Jr (1993) hanno condotto uno studio sperimentale su bambini in età scolare, dimostrando che

programmi educativi focalizzati sulle abilità di rifiuto assertivo determinano un significativo miglioramento nella capacità di opporsi alle pressioni sociali legate al consumo di droghe. Tingen et al. (2006) hanno sviluppato un programma di prevenzione del tabacco per bambini, mostrando che il rafforzamento delle competenze assertive riduce significativamente le intenzioni di consumo di tabacco. Ismayilova & Terlikbayeva (2018) hanno testato un intervento basato sulla famiglia in Kazakistan, osservando un aumento dell'assertività e una significativa riduzione del binge drinking tra i partecipanti. Moeini et al. (2020) hanno inoltre evidenziato che individui con maggiore assertività e autoefficacia risultano più propensi a intraprendere trattamenti per la dipendenza, suggerendo che queste competenze possano facilitare il processo di recupero. Gruenewald, Remer, & LaScala (2009) e Ferrer-Wreder et al. (2010) hanno sottolineato l'importanza di interventi comunitari su larga scala, dimostrando che strategie di prevenzione integrate, che combinano formazione individuale e ambienti di supporto, risultano particolarmente efficaci nel ridurre il rischio di consumo.

Questi risultati suggeriscono che la promozione dell'assertività dovrebbe essere un elemento chiave nei programmi di prevenzione rivolti agli adolescenti, con un'integrazione tra approcci educativi, familiari e comunitari per massimizzare l'impatto degli interventi.

Discussione

Questa scoping review ha analizzato il ruolo dell'assertività nella prevenzione dell'uso di sostanze, evidenziando come individui con livelli elevati di assertività mostrino una maggiore capacità di rifiutare offerte di sostanze e una ridotta vulnerabilità all'influenza dei pari (Amini Pozveh & Saleh, 2020; Tingen et al., 2006). Le competenze assertive forniscono strumenti per gestire la pressione sociale e per adottare decisioni autonome e consapevoli, confermando così il ruolo protettivo di questa abilità nel comportamento sociale (Epstein, Botvin, & Diaz, 2007; Scheier, Newcomb, & Skager, 1999). Tuttavia, i risultati evidenziano che l'assertività, sebbene sia un fattore protettivo, potrebbe non essere sufficiente da sola a prevenire completamente il consumo di sostanze, specialmente in contesti ad alto rischio o in assenza di un'adeguata rete di supporto sociale. La letteratura mostra che la sola competenza individuale non può contrastare completamente le influenze ambientali, quali il contesto familiare, le dinamiche sociali e i fattori socioeconomici. In questi scenari, la mancanza di abilità assertive si associa a una maggiore vulnerabilità al consumo di sostanze, sottolineando l'importanza di interventi educativi mirati che non si limitino allo sviluppo delle competenze personali, ma che coinvolgano anche la comunità e i contesti sociali di riferimento (Ferrer-Wreder et al., 2010; Gruenewald, Remer, & LaScala, 2009). I risultati di questa revisione suggeriscono implicazioni significative per la progettazione di interventi di prevenzione dell'uso di sostanze. Gli interventi più efficaci sembrano essere quelli che promuovono lo sviluppo delle abilità assertive attraverso metodi attivi e partecipativi, come il role-playing, l'educazione familiare e l'implementazione di strategie di resistenza sociale. Questi approcci non solo aumentano la consapevolezza individuale, ma forniscono anche strumenti pratici per affrontare situazioni di rischio (Corbin, Jones, & Schulman Jr, 1993); Ismayilova & Terlikbayeva, 2018). Inoltre, l'integrazione di questi interventi in programmi scolastici e comunitari potrebbe amplificare ulteriormente il loro impatto, favorendo ambienti di supporto che rinforzino le competenze assertive acquisite e offrano modelli di riferimento positivi. Dal punto di vista metodologico, questa scoping review presenta alcune limitazioni che riguardano sia il processo metodologico adottato che la natura delle informazioni raccolte. Una debolezza riguarda la mancanza di una valutazione sistematica della qualità degli studi inclusi. Sebbene

la scoping review non preveda una valutazione formale della robustezza metodologica delle ricerche analizzate, l'assenza di un'analisi critica approfondita potrebbe aver condizionato la solidità complessiva delle conclusioni tratte. Inoltre, la maggior parte degli studi inclusi si basa su campioni specifici, spesso limitati a determinati contesti socio-culturali. Ad esempio, alcune ricerche hanno analizzato adolescenti in ambienti educativi occidentali (Ferrer-Wreder et al., 2010), mentre altre hanno esaminato popolazioni caratterizzate da differenze significative in termini di fattori socioeconomici e culturali (Ismayilova & Terlikbayeva, 2018). Questa variabilità nei contesti di studio rende difficile generalizzare i risultati a popolazioni più ampie o a gruppi con caratteristiche diverse. Inoltre, la maggior parte delle ricerche analizzate utilizza disegni di studio trasversali, che non consentono di stabilire con certezza relazioni causali tra l'assertività e l'uso di sostanze. Nonostante alcuni studi longitudinali abbiano fornito indicazioni preliminari su possibili direzionalità della relazione tra questi due costrutti (Epstein, Botvin, & Diaz, 2007), l'assenza di una struttura metodologica rigorosa in molti studi impedisce di trarre conclusioni definitive sulla natura del legame tra assertività e consumo di sostanze.

Un'ulteriore criticità riguarda l'eterogeneità degli strumenti adottati per valutare l'assertività e il consumo di sostanze. Gli studi inclusi utilizzano strumenti differenti, caratterizzati da scale di misurazione eterogenee, il che potrebbe aver compromesso la comparabilità diretta dei risultati. Alcune ricerche hanno impiegato strumenti validati come il Drug Avoidance Self-Efficacy Scale (DASES) (Moeini et al., 2020), mentre altre hanno adottato misurazioni meno strutturate, aumentando il rischio di variabilità nei risultati. Nonostante queste limitazioni, la revisione fornisce un quadro chiaro e sistematico della relazione tra assertività e uso di sostanze.

Sulla base delle evidenze emerse, si suggerisce di ampliare la ricerca includendo campioni appartenenti a contesti socio-culturali diversi, così da migliorare la generalizzabilità dei risultati e identificare eventuali variabili moderatrici che potrebbero influenzare la relazione tra assertività e uso di sostanze. Sarebbe auspicabile la realizzazione di studi longitudinali che consentano di determinare con maggiore precisione la direzionalità della relazione tra assertività e consumo di sostanze. Inoltre, è necessario implementare una valutazione sistematica della qualità metodologica degli studi, per garantire risultati più solidi e comparabili e ridurre il rischio di bias nelle conclusioni tratte. Un'altra raccomandazione riguarda la necessità di standardizzare gli strumenti di misurazione dell'assertività e del consumo di sostanze, così da garantire una maggiore comparabilità tra studi e ridurre il rischio di distorsioni nei risultati. Infine, si suggerisce di esplorare strategie di intervento multimodali che combinino formazione individuale, supporto familiare e strategie comunitarie, poiché la combinazione di più approcci sembra essere quella più efficace nel contrastare il rischio di consumo di sostanze.

Conclusioni

La scoping review ha contribuito a fornire una mappatura preliminare delle evidenze sul ruolo dell'assertività nella prevenzione dell'uso di sostanze, identificando le principali lacune nella letteratura e suggerendo possibili direzioni per future ricerche. Sebbene i dati raccolti confermino che l'assertività rappresenta un importante fattore protettivo, rimane da approfondire il modo in cui questa competenza possa essere potenziata e mantenuta nel tempo attraverso interventi mirati. La ricerca futura dovrebbe concentrarsi sull'ottimizzazione delle strategie educative basate su evidenze scientifiche, che possano integrare lo sviluppo dell'assertività in programmi di prevenzione strutturati e su larga scala. Solo attraverso un approccio multidimensionale sarà possibile comprendere a fondo il ruolo dell'assertività nella riduzione del rischio di consumo di sostanze e tradurre queste conoscenze in pratiche efficaci per la prevenzione nelle popolazioni

a rischio.

Finanziamenti

Questa scoping review non ha ricevuto alcun finanziamento esterno specifico da enti pubblici, organizzazioni private o istituzioni accademiche. Tutti i costi associati alla ricerca, inclusa la raccolta e l'analisi dei dati, sono stati sostenuti autonomamente dagli autori. Nessun finanziatore ha avuto un ruolo nella progettazione dello studio, nella selezione delle fonti di evidenza, nella sintesi dei risultati o nella redazione del manoscritto. Pertanto, non esiste alcun conflitto di interesse legato a finanziamenti che possa aver influenzato le conclusioni della presente revisione. Se in futuro questa ricerca riceverà supporto finanziario per ulteriori sviluppi, tali dettagli verranno adeguatamente riportati in conformità con le linee guida PRISMA-ScR.

Bibliografia

- Amini Pozveh, S., & Saleh, A. (2020). The role of social skills in the prevention of drug addiction in adolescents. *Journal of Substance Use*, 25(4), 321-334. DOI: 10.4103/abr.abr_99_20
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. DOI: 10.1037//0033-295x.84.2.191
- Corbin, S. K., Jones, R. T., & Schulman Jr, R. S. (1993). Drug refusal behavior: The relative efficacy of skills-based and information-based treatment. *Journal of pediatric psychology*, 18(6), 769-784. DOI: 10.1093/jpepsy/18.6.769
- Epstein, J. A., Botvin, G. J., & Diaz, T. (2007). Which psychosocial factors moderate or directly affect substance use among inner-city adolescents? *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 16(4), 65-80. DOI:10.1016/j.addbeh.2006.06.011
- Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Lorente, C., Tubman, J. G., & Adamson, L. (2010). Is more better? Outcome and dose of a universal drug prevention effectiveness trial. *Journal of Drug Education*, 40(1), 21-39. DOI 10.1007/s10935-010-0226-4
- Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior therapy*, 6(4), 550-561. DOI: https://doi.org/10.1016/S0005-7894(75)80013-X
- Ganji, F., Khani, F., Karimi, Z. & Rabiei, L. (2022). Effect of assertiveness program on the drug use tendency, mental health, and quality of life in clinical students of Shahrekord University of Medical Sciences. *Journal of education and health promotion*, 11(1), 48. DOI: 10.4103/jehp.jehp_107_21
- Gruenewald, P. J., Remer, L. G., & LaScala, E. A. (2009). Reducing adolescent use of harmful legal products: Intermediate effects of a community prevention intervention. *Prevention Science*, 10(1), 89-101. DOI: 10.3109/10826080902855223
- Ismayilova, L., & Terlikbayeva, A. (2018). Building competencies to prevent youth substance use in Kazakhstan: Mixed methods findings from a pilot family-focused multimedia trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 87, 27-35. DOI:10.1016/j.jadohealth.2018.04.005.
- Moeini, B., Hazavehei, S. M. M., Soltanian, A. R., Moghimbeigi, A., & Mohammadfam, I. (2020). The relationship between readiness for treatment of substance use and self-efficacy based on life skills. *Addiction & Health*, 12(3), 181-190. DOI: 10.1080/15332640.2020.1772930.
- Pipas, M. D., Jaradat, M. (2010). Assertive communication skills. *Annales Universitatis Apulensis Series Oeconomica* 2(12),17-17. DOI:10.29302/oeconomica.2010.12.2.17
- Scheier, L. M., Newcomb, M. D., & Skager, R. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 29(3), 251-278. DOI:10.2190/M3CT-WWJM-5JJAQ-WP15
- Tingen, M. S., Andrews, J. O., Stevenson, A. W., & Heath, J. (2006). Tobacco prevention in children and cessation in family members. *Journal of Community Health Nursing*, 23(2), 75-88. DOI:10.1111/j.1745-7599.2006.00116.x

UNO STUDIO ESPLORATIVO SUL DISAGIO ESPERITO NELLA MESSA IN ATTO DI COMPORTAMENTI SOCIALI ASSERTIVI E LA RELAZIONE CON ALTRE VARIABILI EMOTIVE E COMPORTAMENTALI

Valeria Sant'Elia^{1,2}, Dalila De Vita^{1,3}, Brunella De vivo¹, Teresa Cosentino¹

¹ Associazione di psicologia cognitiva, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

² Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Avanzate dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

³ Dipartimento di Psicologia, Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta, Italia

Corrispondenza

Valeria Sant'Elia

E-mail: valeriasantelia91@gmail.com

Riassunto

Il disagio nei modelli di comunicazione interpersonale può essere correlato a problematiche di natura internalizzante, favorendo lo sviluppo di sintomi depressivi, ansiosi o di altra natura, e a problematiche di natura esternalizzante, con comportamenti a rischio quali abuso d'alcol. Tale disagio si manifesta maggiormente nel periodo adolescenziale, il cui range di età si è dilatato fino alla popolazione di giovani adulti.

Lo studio è volto a valutare la presenza di disagio nella messa in atto di comportamenti assertivi e quanto questo correli con ansia, depressione, discontrollo degli impulsi, come l'abuso di alcol, malessere psicologico e difficoltà nella regolazione delle emozioni in un campione di giovani adulti, popolazione sensibile alla comparsa di problematiche di natura sia esternalizzante che internalizzante che tendono poi a mantenersi nel tempo (Glaser et al., 2010; Keenan et al., 2010).

Sono stati arruolati 106 giovani adulti (22.34±3.27 anni; 23.58% maschi, 76.41% femmine), con cittadinanza italiana. La piattaforma virtuale di Google Moduli è stata impiegata per divulgare la batteria che comprende i seguenti questionari: la Psychological Well-Being Inventory (PWB; forma ridotta), la Beck Anxiety Inventory (BAI), la Barrett Impulsiveness Scale – 11 (BIS-11), la Beck Depression Inventory II (BDI-II), la Scala per la difficoltà nella regolazione delle emozioni (DERS), l'Alcol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e la Scale for Interpersonal Behavior (forma ridotta).

Le analisi eseguite evidenziano una correlazione tra i livelli di disagio provato nell'agire comportamenti assertivi e la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva, comportamenti di discontrollo, come l'abuso di alcol, e uno stato di malessere psicologico. I risultati delle analisi di regressione indicano che la sintomatologia ansioso-depressiva e l'incapacità nella regolazione delle emozioni rappresentano dei fattori di predizione per il malessere psicologico, e che il disagio nell'attuazione di comportamenti assertivi predice il ricorso all'uso di alcol.

Sulla scorta di quanto emerso, il training assertivo potrebbe essere un utile strumento di prevenzione di comportamenti a rischio e di promozione del benessere in questa fascia d'età.

Parole chiave: assertività, disagio, giovani adulti, internalizzante, esternalizzante, training assertivo

DOI: 10.36131/COGNCL20250109

RICEVUTO IL 4 APRILE 2025, ACCETTATO IL 27 MAGGIO 2025

AN EXPLORATORY STUDY ON THE DISTRESS EXPERIENCED IN ENACTING SOCIALLY ASSERTIVE BEHAVIORS AND ITS RELATIONSHIP WITH OTHER EMOTIONAL AND BEHAVIORAL VARIABLES

Abstract

Discomfort in interpersonal communication patterns can be related to internalizing issues, fostering the development of depressive, anxious or other symptoms, and to externalizing issues, with risk behaviors such as alcohol abuse. Such distress manifests itself more in the adolescent period, the age range of which has expanded to the young adult population.

The study aimed to assess the presence of discomfort in the enactment of assertive behaviors and how much this correlates with anxiety, depression, impulse dyscontrol such as alcohol abuse, psychological distress and difficulties in emotion regulation in a sample of young adults, a population susceptible to the occurrence of both externalizing and internalizing problems that then tend to be maintained over time (Glaser et al., 2010; Keenan et al., 2010).

A total of 106 young adults (22.34±3.27 years; 23.58% male, 76.41% female), with Italian citizenship, were enrolled. The virtual platform of Google Forms was used to disseminate the battery that includes the following questionnaires: the Psychological Well-Being Inventory (PWB; reduced form), the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Barrett Impulsiveness Scale - 11 (BIS-11), the Beck Depression Inventory II (BDI-II), the Scale for Difficulty in Emotion Regulation (DERS), the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the Scale for Interpersonal Behavior (reduced form).

The analyses performed show a correlation between the levels of discomfort experienced in acting out assertive behaviors and the presence of anxious-depressive symptomatology, dyscontrol behaviors, such as alcohol abuse, and a state of psychological distress. The results of the regression analyses indicate that anxious-depressive symptomatology and inability to regulate emotions are predictors for psychological malaise, and that discomfort in implementing assertive behaviors predicts alcohol use.

Based on the findings, assertive training could be a useful tool for preventing risky behaviors and promoting well-being in this age group.

Key words: assertiveness, discomfort, young adults, internalizing, externalizing, assertive training

Introduzione

Assertività

L'assertività è un costrutto multidimensionale definita da Galeazzi e Porzionato (1998) come quella competenza relazionale che permette il riconoscimento delle proprie emozioni e dei propri bisogni, favorendo la loro comunicabilità all'altro: questo garantisce una relazione positiva e duratura con chi si interagisce, tenuto conto dell'influenza derivante dalla cultura, dal bagaglio emotivo e dal contesto in cui i soggetti vivono; la legittima espressione dei propri diritti, interessi, sentimenti e convinzioni, evitando attivamente la violazione o negazione dei diritti altrui.

Riguardo alla multidimensionalità, le sotto-componenti del comportamento assertivo sono: l'ascolto attivo, senza giudizio o colpevolizzazioni; la capacità di comunicare le proprie emozioni, opinioni e bisogni; il riconoscimento dei propri limiti e di quelli dell'altro; saper formulare e rifiutare le richieste; offrire e ricevere feedback positivi e costruttivi; saper gestire i conflitti interpersonali. Inoltre, il processo comunicativo comprende anche la componente "non verbale", che accompagna quella verbale, e il tutto varia in funzione del tipo di relazione in cui si è coinvolti e delle situazioni (Baggio, 2013).

L'assertività può essere descritta lungo un continuum comportamentale i cui due estremi, passività e aggressività, se prevalenti e generalizzati risultano disfunzionali per la persona.

Diversi studi hanno dimostrato infatti un legame tra mancanza di assertività (anassertività) e problemi clinici, quali la depressione (Segal, 2005) e l'ansia (Faghihi & Goodarzi, 2017). D'altra parte, una corposa letteratura conferma che il comportamento assertivo sia una fondamentale abilità sociale, che migliora il benessere personale ed è inversamente correlato con ansia e depressione (Antùnez et al., 2020; Ben Cherifa et al., 2022; Parray, 2024; Sarkova et al., 2013).

Essere anassertivi può contribuire al manifestarsi di problematiche tanto internalizzanti, come la depressione, quanto esternalizzanti come l'abuso di sostanze e comportamenti di dipendenza. Dallo studio condotto da Keenan e colleghi (2010) con un campione di ragazze dai nove agli undici anni si evince che la mancanza di assertività contribuisce alla comparsa e al mantenimento di sintomi depressivi negli adolescenti. Da questo studio è emerso che una bassa assertività, relazionata a problematiche sociali che possono verificarsi specialmente in questa fase della vita nella cerchia dei coetanei, può aumentare nel corso del tempo la probabilità che emergano sintomi depressivi. Dallo studio condotto da Glaser e colleghi (2010) con un campione di ragazzi di età compresa tra i 5 ai 18 anni si evince che il ricorso a comportamenti assertivi funge da fattore protettivo rispetto a rischi connessi a questa fascia di età, quali l'assunzione di sostanze, come alcol, sigarette e marijuana, all'interno del gruppo di coetanei.

Le problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti rappresentano un fenomeno molto diffuso nel periodo che va dall'inizio dell'adolescenza alla prima età adulta. Durante questo periodo di vita cresce il bisogno di definire relazioni significative con soggetti del proprio spazio di vita, in particolare con i coetanei. Oltre all'adesione a gruppi organizzati, gli adolescenti sperimentano modalità di aggregazione spontanea, intrattenendo rapporti interpersonali, generalmente in piccoli nuclei, che si alimentano attraverso attività gestite al di fuori dell'ingerenza adulta (Crocetti et al., 2008). Il gruppo dei pari è stato descritto originariamente da Sherif e Sherif (1969) come laboratorio sociale nel quale il ragazzo/a può sperimentare scelte e comportamenti in modo autonomo. Successivamente, Crocetti e colleghi (2008) sottolineano come i pari rappresentino un riferimento normativo e comparativo, cioè un confronto sociale per la costruzione e definizione della propria identità, e offrono all'adolescente l'opportunità di conoscere strategie per la risoluzione di problemi, per esplorare nuovi spazi di vita e per valutare il proprio comportamento e le proprie scelte. Per cui, si parla proprio di architettura del gruppo, in cui i membri sono legati tra loro da rapporti di status o di ruoli in cui assumono e si delineano norme e valori comuni.

Il gruppo di riferimento può esercitare una grande influenza ed essere determinante nell'eziologia di molte problematiche adolescenziali di natura sia esternalizzante che internalizzante. Con problemi esternalizzanti si possono intendere manifestazioni di vario genere, che implicano l'assumere comportamenti dannosi verso sé stesso o verso l'altro, e tra questi, alcuni sono maggiormente frequenti soprattutto nel contesto dei coetanei: per esempio quello delle dipendenze. Il primo approccio a queste sostanze avviene soprattutto durante l'adolescenza, età durante la quale c'è una maggiore probabilità di sviluppare dipendenza rispetto all'età adulta. Il gruppo dei pari rappresenta uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di dipendenza in questa fase della vita, in quanto indica un modello da seguire che esercita la propria influenza e incoraggia tale condotta. L'adozione di un comportamento avviene attraverso l'osservazione, il modellamento o l'imitazione soprattutto di altre persone considerate significative, e, in questa fase della vita, i coetanei hanno indubbiamente un ruolo centrale (Epstein et al., 2007). Con problemi internalizzanti si fa riferimento a manifestazioni psicopatologiche di varia natura, tra le più diffuse i disturbi d'ansia e i disturbi depressivi sempre più frequenti in età evolutiva, con

preoccupazioni rivolte maggiormente a impegni scolastici, sportivi o sociali. Nell'adolescenza il quadro depressivo è molto simile a quello dell'adulto, con una prevalenza più marcata rispetto a quest'ultimo del sentimento di tristezza, crisi di pianto, anedonia, ritiro sociale e perdita di speranza. Come per il disturbo d'ansia, anche il quadro depressivo riguarda in particolare il contesto scolastico, l'aspetto fisico e il confronto con i coetanei. In questa fase sono più intensi i pensieri di morte e i tentativi di suicidio, talvolta mascherati da condotte pericolose, l'uso di alcol o di sostanze e talvolta reazioni aggressive, fughe e comportamenti antisociali (Cerolini et al., 2021; Mohebi et al., 2012; Omura et al., 2017; Shafiq et al., 2015).

Sebbene il gruppo dei pari assuma un ruolo preponderante nella genesi e nel mantenimento di tali quadri clinici, altrettanto determinanti sono le variabili personologiche, psicologiche e comportamentali dell'adolescente e tra queste ultime l'anassertività (Cerolini et al., 2021). La valutazione dell'assertività si focalizza sulla frequenza e il disagio con cui si esercita un comportamento assertivo: in letteratura emergono dati interessanti circa il disagio provato dato che proprio tale fattore sembra essere predittivo del modo di comportarsi e relazionarsi della popolazione di giovani adulti. Infatti, Arrindell e colleghi (2004) hanno dimostrato che il grado di disagio è inversamente proporzionale alle competenze sociali, sia in soggetti sani che clinici. Inoltre, Cuccu e colleghi (2016) in uno studio che ha indagato la correlazione tra assertività e burnout in un gruppo di medici, hanno riscontrato che il disagio provato nell'agire comportamenti assertivi è predittivo delle dimensioni del burnout, diversamente dalla frequenza con la quale questi comportamenti si verificano, che non risulta avere nessuna associazione.

Il presente studio, in linea con gli studi citati, si pone due obiettivi: 1) valutare se il disagio nella messa in atto di comportamenti assertivi correla positivamente con problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti; 2) dimostrare che questo disagio correla positivamente con il malessere psicologico, in un campione di soggetti con un range di età specifica (18-30 anni), in quanto tale popolazione risulta essere molto sensibile alla comparsa di problematiche di natura sia esternalizzante che internalizzante, che tendono poi a mantenersi nel tempo e a progredire.

Materiali e Metodi

Partecipanti

Il campione intervistato per la ricerca si compone di 106 partecipanti (22.34±3.27 anni; 23.58% maschi, 76.41% femmine). Tutti i soggetti hanno scelto di partecipare allo studio liberamente, fornendo il loro consenso. I criteri di inclusione sono i seguenti: età compresa tra i 18 e i 30 anni; nazionalità italiana. Nessun partecipante è stato escluso dallo studio.

Procedura

Ai partecipanti allo studio è stato chiesto di compilare una serie di questionari utilizzando un link per accedere alla piattaforma di Google Moduli per la compilazione dei questionari, la raccolta dei dati e il consenso al trattamento dei dati personali.

Misure

I partecipanti hanno completato i seguenti test auto-somministrati:

- Per la valutazione del benessere psicologico è stata impiegata la Psychological Well-Being

Inventory (PWB - forma ridotta; Ryff & Keyes, 1995). Tale scala è stata validata su una popolazione italiana (l'età del campione variava da un minimo di 16 anni ad un massimo di 85 anni; Ruini et al., 2003) ed è già stata impiegata in un precedente studio su soggetti di età adolescenziale (Ruini et al., 2009). La PWB – forma ridotta, si compone di 18 item che misurano sei aspetti del benessere: autonomia (PWB_A), padronanza dell'ambiente (PWB_EM), crescita personale (PWB_PG), relazioni positive con gli altri (PWB_PR), scopo della vita (PWB_PL) e accettazione di sé (PWB_SA). I soggetti devono riportare il loro grado di accordo con le affermazioni contenute negli item su una scala Likert da 1 a 6 (1 = non sono d'accordo; 6 = sono perfettamente d'accordo). Gli item formulati negativamente vengono conteggiati in modo inverso. Il punteggio totale della scala (PWB_Totale) e di ogni sottoscala viene calcolato sommando i gradi di accordo di ogni item.

- Per la valutazione dell'assertività è stata impiegata la Scale for Interpersonal Behavior (SIB - forma ridotta; Arrindell et al., 2004), solo la sottoscala che misura il Disagio sperimentato dalla persona durante tali comportamenti. La scala è costituita da 25 item, la cui risposta si definisce su una scala Likert a 5 punti: si passa da 1 = la situazione non provoca nessun disagio/tensione a 5 = la situazione provoca disagi e tensioni particolarmente intensi, con i numeri 2, 3 e 4 considerati come livelli intermedi. Sommando le risposte ai diversi item si ottengono il punteggio totale per l'Assertività Generale – Disagio (SIB_Disagio_Totale) e i punteggi delle diverse sottoscale: 1. Manifestazione di sentimenti negativi, che include alcuni comportamenti come rifiutare le richieste facendo valere i propri diritti e chiedere a una persona di modificare un comportamento irritante (SIB_SN); 2. Espressione e gestione dei limiti personali che include alcuni comportamenti come ammettere l'ignoranza su un argomento, riconoscere il proprio fallimento o le proprie carenze, affrontare le critiche e le pressioni, saper richiedere aiuto e attenzione (SIB_LP); 3. Assertività di iniziativa che include alcuni comportamenti come esprimere la propria opinione in contesti sociali (SIB_AI); 4. Assertività positiva che include alcuni comportamenti come ricevere o fare complimenti, esprimere sentimenti positivi (SIB_AP).
- Per la valutazione dei sintomi ansiosi è stata impiegata la Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1988), questionario costituito da 21 item, valutati su una scala Likert a 4 punti.
- Per la valutazione dei sintomi depressivi è stata impiegata la Beck Depression Inventory II (BDI-II; Beck et al., 1996), questionario costituito da 21 item, valutati su una scala Likert a 4 punti.
- La Barrett Impulsiveness Scale – 11 (BIS-11; Fossati et al., 2001) è uno strumento utilizzato per valutare la presenza di discontrollo degli impulsi. Si compone di 30 item misurati su una scala Likert a 4 punti. Gli item vengono sommati e più alto è il punteggio totale (BIS-11_Totale) più alto è il livello di impulsività. Inoltre, è possibile calcolare le seguenti sottoscale: Attenzione (BIS-11_A), Impulsività motoria (BIS-11_IM), Autocontrollo (BIS-11_AC), Complessità cognitiva (BIS-11_CC), Perseveranza (BIS-11_P), Instabilità cognitiva (BIS-11_IC), Impulsività attentiva (BIS-11_IMP.A), Impulsività da non pianificazione (BIS-11_IMP.NP).
- Per valutare la presenza di difficoltà nella regolazione delle emozioni è stata usata la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004), che si compone di 36 item, valutati su una scala Likert a 5 punti. La somma dei punteggi ottenuti permette di individuare il totale della scala (DERS_Totale) e il punteggio in 6 sottoscale che valutano: la Non accettazione delle risposte emotive (DERS_NA), la Difficoltà ad eseguire comportamenti orientati agli obiettivi (DERS_G), la Difficoltà di controllo degli impulsi (DERS_I),

la Mancanza di consapevolezza emotiva (DERS_A), l'Accesso limitato alle strategie di regolazione delle emozioni (DERS_S) e la Mancanza di chiarezza emotiva (DERS_C).

- Inoltre, è stato approfondita la presenza o meno di abuso di alcolici attraverso l'utilizzo della Alcol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Piccinelli, 1998). Il questionario permette di individuare la presenza di un problema con il bere, valutando la quantità e la frequenza dei consumi. Si compone di 10 domande e la somma dei punteggi ottenuti permette di individuare la presenza o meno del problema: un punteggio inferiore a 8 indica l'assenza di problemi alcol correlati; un punteggio da 8 a 14 identifica un consumo a rischio; un punteggio superiore a 15 indica che la persona ha quasi certamente già in atto problemi alcol correlati e segni di dipendenza, per cui è necessaria la consulenza medica.

Analisi

Sono state condotte delle analisi descrittive come riportato in **tabella 1**.

Tabella 1. Statistiche descrittive del campione complessivo ($n = 106$)

Variabili	Media (DS) o frequenza (%)
<i>Demografiche</i>	
Età	22.34 (3.27)
Genere, maschi	25 (23.58)
<i>Scale impiegate</i>	
Psychological Well-Being Inventory A	13.64 (3.48)
Psychological Well-Being Inventory EM	12.03 (3.29)
Psychological Well-Being Inventory PG	14.69 (3.15)
Psychological Well-Being Inventory PR	15.10 (3.28)
Psychological Well-Being Inventory PL	11.58 (2.25)
Psychological Well-Being Inventory SA	11.80 (3.19)
Psychological Well-Being Inventory Totale	79.26 (12.50)
Scale for Interpersonal Behavior SN	20.83 (6.60)
Scale for Interpersonal Behavior LP	15.25 (5.32)
Scale for Interpersonal Behavior AI	17.26 (5.52)
Scale for Interpersonal Behavior AP	15.38 (6.03)
Scale for Interpersonal Behavior Totale	68.71 (20.03)
Beck Depression Inventory II	16.52 (11.95)
Beck Anxiety Inventory	18.65 (10.57)
Barrett Impulsiveness Scale-11 Totale	62.17 (8.89)
Barrett Impulsiveness Scale-11 A	10.31 (2.19)
Barrett Impulsiveness Scale-11 IM	12.39 (3.77)
Barrett Impulsiveness Scale-11 AC	14.84 (2.18)
Barrett Impulsiveness Scale-11 CC	11.64 (2.29)

Tabella 1. *Continua*

Barrett Impulsiveness Scale-11 P	6.92 (1.61)
Barrett Impulsiveness Scale-11 IC	6.08 (1.98)
Barrett Impulsiveness Scale-11 IMP.A	16.39 (3.62)
Barrett Impulsiveness Scale-11 IMP.M	19.30 (4.25)
Barrett Impulsiveness Scale-11 IMP.NP	26.48 (4.02)
Difficulties in Emotion Regulation Scale NA	11.93 (5.18)
Difficulties in Emotion Regulation Scale G	15.41 (5.11)
Difficulties in Emotion Regulation Scale I	13.47 (5.65)
Difficulties in Emotion Regulation Scale A	16.37 (6.03)
Difficulties in Emotion Regulation Scale S	0.00 (0.00)
Difficulties in Emotion Regulation Scale C	13.23 (4.80)
Difficulties in Emotion Regulation Scale	70.41 (17.95)
Totale	
Alcol Use disorders Identification Test	3.08 (3.97)

Nota. DS, Deviazione Standard; Barrett Impulsiveness Scale-11 A, Attenzione; IM, Impulsività Motoria; AC, Autocontrollo; CC, Complessità Cognitiva; P, Perseveranza; IC, Instabilità Cognitiva; IMP.A, Impulsività attenta; IMP.M, Impulsività motoria; IMP.NP; Impulsività da non pianificazione; Difficulties in Emotion Regulation Strategies NA, Nonacceptance; G, Goals; I, Impulse; A, Awareness; S, Strategies; C, Clarity; Psychological Well-Being Inventory A, Autonomy; EM, Environmental Mastery; PG, Personal Growth; PR, Positive Relations; PL, Purpose in Life; SA, Self-Acceptance; Scale for Interpersonal Behavior SN, Sentimenti Negativi; LP, Limiti Personali; AI, Assertività di Iniziativa; AP, Assertività Positiva.

Sono state eseguite le seguenti analisi statistiche su tutto il campione di 106 partecipanti.

In primo luogo, è stata effettuata un'analisi di correlazione tra il disagio provato nell'attuazione di comportamenti assertivi, le variabili demografiche e le scale per la valutazione delle problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti (**tabella 2**).

Tabella 2. *Correlazioni tra le variabili demografiche e le scale per la valutazione di problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti ed il disagio provato nel mettere in atto comportamenti assertivi, eseguite su tutto il campione*

Variabili	Scale for Interpersonal Behavior SN	Scale for Interpersonal Behavior LP	Scale for Interpersonal Behavior AI	Scale for Interpersonal Behavior AP	Scale for Interpersonal Behavior Totale
Età	<i>r</i> -0,096	-0,056	0,023	0,010	-0,037
	<i>p</i> 0,332	0,572	0,817	0,920	0,708
Genere	<i>r</i> 0,052	,202	0,026	0,091	0,105
	<i>p</i> 0,603	0,039	0,794	0,357	0,287
BAI	<i>r</i> ,215	,329	0,167	,386	,321
	<i>p</i> 0,028	0,001	0,091	0,000	0,001
AUDIT	<i>r</i> ,204	0,087	0,157	0,136	0,175

Tabella 2. *Continua*

	<i>p</i>	0,038	0,378	0,112	0,167	0,076
BDI-II	<i>r</i>	,352	,391	,247	,406	,411
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,011	0,000	0,000
BIS-11_A	<i>r</i>	,264	0,156	0,109	0,160	,207
	<i>p</i>	0,007	0,114	0,270	0,106	0,035
BIS-11_IM	<i>r</i>	-0,062	0,128	-0,032	0,007	0,007
	<i>p</i>	0,532	0,194	0,746	0,940	0,943
BIS-11_AC	<i>r</i>	-0,081	-0,086	-0,144	-0,109	-0,122
	<i>p</i>	0,414	0,385	0,144	0,269	0,216
BIS-11_CC	<i>r</i>	0,056	0,064	0,049	0,027	0,057
	<i>p</i>	0,575	0,516	0,618	0,785	0,564
BIS-11_P	<i>r</i>	0,092	0,009	-0,014	-0,102	-0,002
	<i>p</i>	0,355	0,927	0,889	0,304	0,985
BIS-11_IC	<i>r</i>	,217	,237	0,156	,254	,254
	<i>p</i>	0,027	0,016	0,115	0,009	0,009
BIS-11_IMP. A	<i>r</i>	,279	,224	0,151	,236	,265
	<i>p</i>	0,004	0,022	0,125	0,016	0,007
BIS-11_IMP. M	<i>r</i>	-0,021	0,120	-0,035	-0,032	0,006
	<i>p</i>	0,829	0,224	0,728	0,748	0,954
BIS-11_IMP. NP	<i>r</i>	-0,025	-0,023	-0,072	-0,061	-0,053
	<i>p</i>	0,803	0,814	0,465	0,538	0,595
BIS-11_TOT	<i>r</i>	0,094	0,140	0,012	0,054	0,088
	<i>p</i>	0,341	0,158	0,900	0,585	0,375
DERS_NA	<i>r</i>	,358	,364	0,146	,221	,321
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,139	0,024	0,001
DERS_G	<i>r</i>	,363	,305	,259	,309	,366
	<i>p</i>	0,000	0,002	0,008	0,001	0,000
DERS_I	<i>r</i>	,278	,302	0,102	,255	,277
	<i>p</i>	0,004	0,002	0,302	0,009	0,004
DERS_A	<i>r</i>	,241	,249	,196	,219	,266
	<i>p</i>	0,014	0,011	0,046	0,025	0,006
DERS_S	<i>r</i>	-	-	-	-	-
	<i>p</i>	-	-	-	-	-
DERS_C	<i>r</i>	,425	,456	,263	,304	,425
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,007	0,002	0,000
DERS_Tot	<i>r</i>	,471	,475	,273	,373	,469
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,005	0,000	0,000

Nota. Le correlazioni statisticamente significative sono evidenziate in **grassetto**. BAI, Beck Anxiety Inventory; BDI, Beck Depression Inventory-II; AUDIT, Alcol Use disorders Identification Test BIS-11_A, Barrett Impulsiveness Scale-11 A, Attenzione; IM, Impulsività Motoria; AC, Autocontrollo; CC, Complessità Cognitiva; P, Perseveranza; IC, Instabilità Cognitiva; IMP.A, Impulsività attentiva; IMP.M, Impulsività motoria; IMP.NP; Impulsività da non pianificazione; DERS_NA, Difficulties in Emotion Regulation Strategies NA, Nonacceptance; G, Goals; I, Impulse; A, Awareness; S, Strategies; C, Clarity; Psychological Well-Being Inventory A, Autonomy; EM, Environmental Mastery; PG, Personal Growth; PR, Positive Relations; PL, Purpose in Life; SA, Self-Acceptance.

In secondo luogo, è stata eseguita un'analisi di correlazione tra il benessere psicologico, le variabili demografiche e le scale per la valutazione di problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti (tabella 3).

Tabella 3. Correlazioni tra le variabili demografiche e le scale per la valutazione di problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti ed il benessere/malessere psicologico, eseguite su tutto il campione (n = 106)

Variabili	Psycho- logical Well-Being Inventory A	Psycho- logical Well-Being Inventory EM	Psycho- logical Well-Being Inventory PG	Psycho- logical Well-Being Inventory PR	Psycho- logical Well-Being Inventory PL	Psycho- logical Well-Being Inventory SA	Psycho- logical Well-Being Inventory Totale	
Età	r	0,028	0,054	-0,054	0,120	0,054	0,124	0,080
	p	0,780	0,587	0,591	0,228	0,589	0,211	0,420
Genere	r	-0,005	0,039	-0,084	-0,008	-0,152	0,007	-0,001
	p	0,964	0,697	0,401	0,937	0,126	0,947	0,990
BAI	r	-0,046	-,449	-,305	-0,188	-,304	-,491	-,427
	p	0,644	0,000	0,002	0,057	0,002	0,000	0,000
AUDIT	r	-0,031	-,194	-0,193	-0,127	0,017	-0,077	-0,189
	p	0,753	0,050	0,051	0,203	0,863	0,441	0,056
BDI	r	-,229	-,552	-,484	-,465	-,355	-,607	-,661
	p	0,020	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
BIS-11_A	r	-0,041	-,388	-0,173	-,241	-0,051	-0,189	-,296
	p	0,683	0,000	0,081	0,014	0,611	0,055	0,002
BIS-11_IM	r	-0,129	-,246	-,338	-0,123	-0,015	-0,036	-,290
	p	0,195	0,012	0,000	0,214	0,877	0,717	0,003
BIS-11_AC	r	-0,176	0,090	0,048	-0,114	-0,022	0,006	-0,020
	p	0,075	0,367	0,631	0,251	0,827	0,954	0,839
BIS-11_CC	r	-0,024	-0,160	-0,120	-,267	0,141	-0,053	-0,184
	p	0,806	0,106	0,229	0,006	0,156	0,595	0,063
BIS-11_P	r	-,236	-0,063	-0,168	-0,061	0,044	-0,044	-0,109
	p	0,017	0,527	0,091	0,542	0,658	0,662	0,273
BIS-11_IC	r	-0,061	-,431	-,260	-0,175	-0,063	-,263	-,348
	p	0,538	0,000	0,008	0,076	0,528	0,007	0,000
BIS-11_ IMP.A	r	-0,058	-,468	-,245	-,241	-0,065	-,257	-,367
	p	0,563	0,000	0,013	0,014	0,516	0,009	0,000
BIS-11_ IMP.M	r	-,206	-,248	-,371	-0,135	0,003	-0,049	-,305
	p	0,037	0,011	0,000	0,173	0,980	0,621	0,002

BIS-11_IMP. NP	<i>r</i>	-0,136	-0,028	-0,034	-,231	0,065	-0,026	-0,118
	<i>p</i>	0,170	0,776	0,730	0,019	0,517	0,794	0,235
BIS-11_To- tale	<i>r</i>	-0,186	-,326	-,295	-,274	0,005	-0,142	-,354
	<i>p</i>	0,060	0,001	0,003	0,005	0,962	0,151	0,000
DERS_NA	<i>r</i>	-0,117	-,333	-0,098	-0,145	-0,163	-,403	-,292
	<i>p</i>	0,240	0,001	0,324	0,144	0,100	0,000	0,003
DERS_G	<i>r</i>	-0,133	-,561	-,398	-,296	-,343	-,491	-,497
	<i>p</i>	0,179	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000
DERS_I	<i>r</i>	-,255	-,528	-,398	-,299	-,349	-,419	-,525
	<i>p</i>	0,009	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000
DERS_A	<i>r</i>	-,458	-,361	-,358	-,315	-,265	-,378	-,511
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,001	0,007	0,000	0,000
DERS_S	<i>r</i>	-	-	-	-	-	-	-
	<i>p</i>	-	-	-	-	-	-	-
DERS_C	<i>r</i>	-,236	-,531	-,277	-,324	-,390	-,579	-,544
	<i>p</i>	0,016	0,000	0,005	0,001	0,000	0,000	0,000
DERS_Totale	<i>r</i>	-,349	-,660	-,442	-,395	-,431	-,643	-,678
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
SIB_SN	<i>r</i>	-,356	-,439	-,266	-0,115	-,356	-,288	-,349
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,007	0,247	0,000	0,003	0,000
SIB_LP	<i>r</i>	-,261	-,304	-,304	-0,191	-,277	-,286	-,324
	<i>p</i>	0,008	0,002	0,002	0,054	0,005	0,003	0,001
SIB_AI	<i>r</i>	-,291	-,343	-,262	-0,121	-,258	-,213	-,295
	<i>p</i>	0,003	0,000	0,007	0,224	0,008	0,031	0,002
SIB_AP	<i>r</i>	-0,123	-,323	-,267	-,205	-,326	-,201	-,273
	<i>p</i>	0,215	0,001	0,006	0,038	0,001	0,042	0,005
SIB_Disagio_ Totale	<i>r</i>	-,304	-,417	-,321	-0,183	-,360	-,290	-,365
	<i>p</i>	0,002	0,000	0,001	0,064	0,000	0,003	0,000

Nota. Le correlazioni statisticamente significative sono evidenziate in **grassetto**. BAI, Beck Anxiety Inventory; BDI, Beck Depression Inventory-II; AUDIT, Alcol Use disorders Identification Test BIS-11_A, Barrett Impulsiveness Scale-11 A, Attenzione; IM, Impulsività Motoria; AC, Autocontrollo; CC, Complessità Cognitiva; P, Perseveranza; IC, Instabilità Cognitiva; IMP.A, Impulsività attentiva; IMP.M, Impulsività motoria; IMP.NP; Impulsività da non pianificazione; DERS_NA, Difficulties in Emotion Regulation Strategies NA, Nonacceptance; G, Goals; I, Impulse; A, Awareness; S, Strategies; C, Clarity; Psychological Well-Being Inventory A, Autonomy; EM, Environmental Mastery; PG, Personal Growth; PR, Positive Relations; PL, Purpose in Life; SA, Self-Acceptance; SIB_SN, Scale for Interpersonal Behavior Sentimenti Negativi; LP, Limiti Personali; AI, Assertività di Iniziativa; AP, Assertività Positiva.

Uno studio esplorativo sul disagio esperito nella messa in atto di comportamenti sociali assertivi

Successivamente, sono state effettuate delle analisi di regressione per: i) valutare se il malessere psicologico fosse predetto dal disagio associato ai comportamenti assertivi e/o dalle problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti (**tabella 4**); ii) valutare se il disagio provato nel mettere in atto comportamenti assertivi fosse in grado di predire l'abuso di alcol (Tabella 5).

Tabella 4. *Regressione lineare semplice e multipla per valutare l'associazione tra le variabili demografiche e le scale per la valutazione di problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti ed il benessere psicologico, eseguite su tutto il campione (n=106)*

Variabili	Psychological Well-Being Inventory Totale	
	B (SE)	p
Regressione Semplice		
Demografiche		
Età	0.08 (0.37)	0.420
Genere	-0.00 (2.92)	0.990
Comportamentali		
Scale for Interpersonal Behavior	-0.36 (0.28)	0.000
Beck Depression Inventory II	-0.66 (0.07)	0.000
Beck Anxiety Inventory	-0.42 (0.16)	0.000
Barrett Impulsiveness Scale-11	-0.35 (0.13)	0.000
Difficulties in Emotion Regulation Scale	-0.67 (0.05)	0.000
Alcol Use disorders Identification Test	-0.18 (0.30)	0.056
Regressione Multipla		
Scale for Interpersonal Behavior	-0.02 (0.04)	0.789
Beck Depression Inventory II	-0.59 (0.13)	0.000
Beck Anxiety Inventory	0.33 (0.13)	0.004
Barrett Impulsiveness Scale-11	-0.05 (0.10)	0.466
Difficulties in Emotion Regulation Scale	-0.43 (0.06)	0.000

Nota. Le associazioni statisticamente significative sono evidenziate in **grassetto**. B, Beta Standardizzato; SE, Errore Standard

Tabella 5. Regressione lineare semplice per valutare l'associazione tra il disagio provato nel mettere in atto comportamenti assertivi e l'abuso di alcol

Variabili	Alcol Use disorders Identification Test	
	B (SE)	p
Regressione Semplice		
Disagio		
Scale for Interpersonal Behavior_SN	0.20 (0.05)	0.038
Scale for Interpersonal Behavior_LP	0.08 (0.07)	0.378
Scale for Interpersonal Behavior_AI	0.15 (0.07)	0.112
Scale for Interpersonal Behavior_AP	0.13 (0.06)	0.167
Scale for Interpersonal Behavior_Disagio Totale	0.17 (0.01)	0.076

Nota. Le associazioni statisticamente significative sono evidenziate in **grassetto**. B, Beta Standardizzato; SE, Errore Standard; SN, Sentimenti Negativi; LP, Limiti Personali; AI, Assertività di Iniziativa; AP, Assertività Positiva.

Risultati

Dalle analisi di correlazione emergono i seguenti risultati:

- i) correlazione positiva tra BAI e SIB_SN ($r = 0.215$; $p = 0.028$), SIB_LP ($r = 0.329$; $p = 0.001$), SIB_AP ($r = 0.386$; $p = 0.000$), SIB_Disagio_Totale ($r = 0.321$; $p = 0.001$). Questo significa che maggiori sono i livelli di disagio provato se si hanno comportamenti assertivi (come manifestare i sentimenti positivi e/o negativi e ammettere i propri limiti personali) e maggiore è la presenza di sintomatologia ansiosa.
- ii) correlazione positiva tra BDI e SIB_SN ($r = 0.352$; $p = 0.000$), SIB_LP ($r = 0.391$; $p = 0.000$), SIB_AI ($r = 0.247$; $p = 0.011$), SIB_AP ($r = 0.406$; $p = 0.000$), SIB_Disagio_Totale ($r = 0.411$; $p = 0.000$). Questo significa che maggiori sono i livelli di disagio provato nell'attuazione di comportamenti assertivi (come manifestare i sentimenti positivi e/o negativi, avere iniziativa e ammettere i propri limiti personali) maggiore è la presenza di sintomatologia depressiva.
- iii) correlazione positiva tra AUDIT e SIB_SN ($r = 0.204$; $p = 0.038$). In tal caso maggiori sono i livelli di disagio provato nel mettere in atto comportamenti assertivi (come manifestare i sentimenti negativi) maggiore è la presenza di abuso di alcol.
- iv) correlazione negativa tra PWB_Totale e SIB_SN ($r = -0.349$; $p = 0.000$), SIB_LP ($r = -0.324$; $p = 0.001$), SIB_AI ($r = -0.295$; $p = 0.002$), SIB_AP ($r = -0.273$; $p = 0.005$), SIB_Disagio_Totale ($r = -0.365$; $p = 0.000$). Da questi risultati emerge che maggiori sono i livelli di disagio provato nell'esecuzione di comportamenti assertivi (come manifestare i sentimenti positivi e/o negativi, avere iniziativa e ammettere i propri limiti personali) minore è il benessere psicologico.

L'analisi di regressione semplice mostra che la PWB_Totale è associato con SIB_Disagio_Totale ($B=-0.365$; $p=0.000$), BDI ($B=-0.661$; $p=0.000$), BAI ($B=-0.427$; $p=0.000$), BIS_Totale ($B=-0.354$; $p=0.000$), DERS_Tot ($B=-0.678$; $p=0.000$). L'analisi di regressione multivariata mostra che vi è una associazione tra PWB_Totale e BDI ($B=-0.597$; $p=0.000$), BAI ($B=-0.330$; $p=0.004$), DERS_Tot ($B=-0.435$; $p=0.000$). Dai risultati di queste analisi è possibile dedurre che vi è una relazione funzionale tra le diverse variabili prese in esame. Infatti, la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva e l'incapacità nella regolazione delle emozioni rappresentano dei fattori di predizione del malessere psicologico. Quindi, chi sperimenta una sintomatologia ansioso-depressiva o mostra una incapacità nel regolare le emozioni esperite, sarà più incline a vivere un disagio emotivo, comportamentale e cognitivo che andrà a compromettere l'autonomia funzionale nella quotidianità. Inoltre, data la correlazione positiva tra SIB_SN e AUDIT, è stata eseguita la regressione semplice tra la SIB e l'AUDIT dalla quale emerge che il disagio nel mettere in atto alcuni comportamenti assertivi (come manifestare i sentimenti negativi) predice il ricorso all'uso di alcol (0.204 ; $p=0.038$).

Discussione

L'obiettivo principale dello studio è stato quello di valutare la presenza di disagio nella messa in atto di comportamenti assertivi in un gruppo di giovani adulti e se questo disagio correlasse con ansia, depressione, discontrollo degli impulsi, come l'abuso di alcol, malessere psicologico e difficoltà nella regolazione delle emozioni.

I risultati di questo studio esplorativo, in linea con le ipotesi iniziali, hanno permesso di concludere che maggiori livelli di disagio esperito quando si mettono in atto comportamenti assertivi, come il manifestare i sentimenti positivi e/o negativi, mettere limiti e avere iniziativa, correlano con la sintomatologia ansioso-depressiva, una maggiore propensione all'abuso di alcol e di conseguenza, un minore livello di benessere psicologico. Inoltre, la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva e l'incapacità nella regolazione delle emozioni rappresentano dei fattori predittivi del malessere psicologico, e il disagio quando si realizzano comportamenti assertivi (come rifiutare le richieste e manifestare i sentimenti negativi) predice il ricorso all'uso di alcol.

Questi risultati tendono a confermare quanto già emerso in letteratura, secondo cui i sintomi ansioso-depressivi nei giovani sono associati a deficit delle abilità sociali e problemi con i coetanei (Deater-Deckard, 2001; Faghihi & Goodarzi, 2017). Infatti, i risultati di tale studio sottolineano come il manifestare di tale sintomatologia sia espressione di una reale difficoltà nel far valere i propri diritti e sentimenti nel contesto sociale. Studi di intervento, d'altra parte, hanno dimostrato che l'addestramento alle abilità sociali è uno strumento per la riduzione della sintomatologia ansioso-depressiva (Segrin, 2000). Ciò avvalorava quanto emerso da tale studio, secondo cui, chi non presenta un bagaglio di competenze sociali adatto, è maggiormente esposto a sperimentare la sintomatologia ansioso-depressiva.

Alcuni studi mostrano che soggetti sottoposti a training assertivi ottengono una riduzione e/o prevenzione dei comportamenti internalizzanti e imparano a esprimere le emozioni in maniera più funzionale nelle relazioni interpersonali, favorendo il benessere psicologico (Cerolini et al., 2021; Mohebi et al., 2012; Omura et al., 2017; Shafiq et al., 2015). Dallo studio di Speed e colleghi (2018) con studenti universitari emerge che gli studenti che si sottoponevano a training sull'assertività ottenevano una diminuzione del disagio esperito nel mettere in atto comportamenti assertivi e della sintomatologia ansioso-depressiva. Inoltre, nello studio condotto da Mohebi e

colleghi (2012), gli autori espongono i benefici del training assertivo in particolare sull'ansia da prestazione accademica in 89 studenti universitari, proponendolo come valido sostituto di una cura farmacologica. Infine, uno studio di Pourjali e colleghi (2010) su un campione di 1023 adolescenti ha mostrato una correlazione positiva tra uno stile comunicativo assertivo e il benessere psicologico.

Per quanto concerne la propensione all'abuso di alcol e quanto questo dato sia associato all'incapacità nel manifestare i sentimenti negativi, i giovani adulti che tendono ad approdare al suo uso eccessivo manifestano disagio nel *"rifiutare una richiesta che proviene da una persona che ha autorità"* e nel far rispettare il proprio diritto di declinare la proposta di assumere dell'alcol; inoltre, non riescono a *"chiedere a una persona di interrompere un comportamento che lo/la infastidisce"*, come l'insistenza da parte dell'interlocutore nell'eccedere con l'assunzione di alcol (SIB - forma ridotta; Arrindell et al., 2004). Si potrebbe ipotizzare che questo comportamento rappresenti una strategia di coping del disagio nell'esecuzione di comportamenti assertivi, così come affermato anche in letteratura (Ballester et al., 2020). Il disturbo da uso di sostanze poggia su una interazione di fattori psicologici, sociali ed ambientali, tra cui il deficit nella messa in atto di comportamenti di tipo assertivo che gioca un ruolo fondamentale nella gestione delle situazioni sociali. Chi fa abuso da sostanze, come l'alcol, ha difficoltà nell'esprimere pensieri, emozioni e nel prendere decisioni, soprattutto nella fascia di età che va dall'adolescenza alla giovane età adulta (Khalil & Shattla, 2024). Rabie e colleghi (2020) hanno rilevato che un gruppo di studenti sottoposti a interventi di formazione per le abilità di coping ha manifestato un cambiamento significativo degli atteggiamenti rispetto alle pressioni sociali del gruppo. Anche un recente studio di Khalil e Shattla (2024) dimostra l'impatto positivo di un training sulle abilità sociali in individui con una storia di abuso di sostanze, determinando un significativo calo nell'assunzione.

Conclusioni

In conclusione questo studio preliminare, seppure con evidenti limiti, legati all'esiguo campione di giovani intervistati e alla preponderanza del genere femminile che rendono i risultati scarsamente generalizzabili alla popolazione giovanile generale, ha il merito di aver dimostrato, in linea con la letteratura internazionale, il contributo delle abilità assertive nel benessere psicologico e nella sintomatologia ansioso-depressiva nei giovani adulti e il ruolo protettivo rispetto a comportamenti a rischio quali l'abuso di alcol.

Da questi risultati preliminari derivano due indicazioni cliniche interessanti: 1) nel colloquio clinico non accontentarsi di comprendere quanto frequentemente il giovane paziente si comporti assertivamente, ma indagare anche se tali comportamenti, seppur presenti, siano accompagnati da disagio, poiché da questa informazione potrebbe comunque derivare l'indicazione a intervenire in terapia per potenziare le abilità assertive; 2) proporre il training assertivo in questa fascia di età sia per aumentare il livello di benessere del giovane che diminuire i rischi di condotte disfunzionali. Soprattutto, nella fascia di età presa in considerazione nello studio, il training assertivo è un valido alleato nella terapia dei disagi psichici al punto che si propone, in alcuni casi, come una tecnica da utilizzare in sostituzione del trattamento farmacologico, evitando di iniziare terapie a base di farmaci in una fase precoce. Per molto tempo, gli interventi di promozione dell'assertività non hanno avuto grande visibilità rispetto ad altri interventi CBT, ma i risultati di questo studio riportano l'attenzione sulla necessità di favorire approcci terapeutici di prevenzione e promozione della salute per una popolazione generale e clinica.

In una prospettiva futura, uno studio longitudinale con la raccolta di dati ripetuti consentirebbe

di osservare i cambiamenti nel tempo delle variabili osservate e di comprendere meglio il modo in cui interagiscono tra loro.

Bibliografia

- Antúñez, J. M. (2020). Circadian typology is related to emotion regulation, metacognitive beliefs and assertiveness in healthy adults. *PLoS One*, *15*(3), e0230169. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230169>
- Arrindell, W. A., Nota, L., Sanavio, E., Sica, C., & Soresi, S. (2004). *Test SLB. Valutazione del comportamento interpersonale e assertivo*. Edizioni Erickson.
- Ballester, L., Valero, M., Orte, C., & Amer, J. (2020). An analysis of family dynamics: a selective substance abuse prevention programme for adolescents. *European Journal of Social Work*, *23*(1), 93-105. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1473842>
- Baggio, F. (2013). *Assertività e training assertivo*. Franco Angeli.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56* (6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II (BDI-II). <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Ben Cherifa, D., Saguem, B. N., Chelbi, S., Braham, A., Ben Nasr, S., & Ben Saad, H. (2022). Predictors of assertive behaviors among a sample of first-year Tunisian medical students. *The Libyan journal of medicine*, *17*(1), 2095727. <https://doi.org/10.1080/19932820.2022.2095727>
- Cerolini, S., Terrasi, M., Conte, S. C., Devoto, A., Cosentino, T., & Lombardo, C., (2021). *Training sull'assertività: un intervento da riscoprire? Prove di efficacia in un campione di studenti universitari e in un campione clinico*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Crocetti, E., Rubini, M., & Palmonari, A. (2008). Attaccamento ai genitori e al gruppo dei pari e sviluppo dell'identità in adolescenti e giovani. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, *12*(2), 331-356. <https://doi.org/10.1449/27512>
- Cuccu, S., Nonnis, M., Cortese, C. G., Massidda, D., & Altoè, G. (2016). Assertività e burnout: una ricerca su un gruppo di medici ospedalieri. *Giornale Italiano di Psicologia*, *43*(4), 875-893. <https://doi.org/10.1421/85582>
- Deater-Deckard, K. (2001). Annotation: Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *42*(5):565-579. <https://doi.org/10.1017/S0021963001007272>
- Epstein, J. A., Bang, H., & Botvin, G. J. (2007). Which psychosocial factors moderate or directly affect substance use among inner-city adolescents?. *Addictive behaviors*, *32*(4), 700-713. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.06.011>
- Faghihi, F., & Goodarzi, K. (2017). Effectiveness of group assertiveness training in social anxiety and metacognitive beliefs of students living in the dormitory. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, *8*(2), 43-48. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2017.00080.8>
- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E. S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of clinical psychology*, *57*(6), 815-828. <https://doi.org/10.1002/jclp.1051>
- Galeazzi, A., & Porzionato, G. (1998). *Oltre la maschera. Introduzione allo studio della personalità*. Carocci.
- Glaser, B., Shelton, K. H., & van den Bree, M. B. (2010). The moderating role of close friends in the relationship between conduct problems and adolescent substance use. *Journal of Adolescent Health*, *47*(1), 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.022>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *26*(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

- Keenan, K., Hipwell, A., Feng, X., Rischall, M., Henneberger, A., & Klosterman, S. (2010). Lack of assertion, peer victimization, and risk for depression in girls: Testing a Diathesis–Stress Model. *Journal of Adolescent Health, 47*(5), 526–528. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.03.016>
- Khalil, A. I., & Shattla, S. I. (2024). How Social Skill Training Can Foster Assertiveness and Reduce Substance Use Relapse among Drug Users: A Quasi Experimental Study. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders, 8*(1), 01–14. <https://doi.org/10.26502/JPPD.2572-519X0206>
- Mohebi, S., Sharifrad, G. H., Shahsiah, M., Botlani, S., Matlabi, M., & Rezaeian, M. (2012). The effect of assertiveness training on student's academic anxiety. *Journal of the Pakistan Medical Association, 62*(3 Suppl 2), S37–41. <https://doi.org/10.5812/ircmj.21096>
- Omura, M., Maguire, J., Levett-Jones, T., & Stone, T. E. (2017). The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 76*, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.001>
- Parray, F. A. (2024). Impact of Assertiveness Training on Psychological Well-Being of Adolescents. *Educational Administration: Theory and Practice, 30*(6), 13666–13672. <https://doi.org/10.53555/kuey.v30i5.5976>
- Piccinelli, M. (1998). Alcohol use disorders identification test (AUDIT). *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 7*(1), 70–73. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00007144>
- Pourjali, F., & Zarnaghash, M. (2010). Relationships between assertiveness and the power of saying no with mental health among undergraduate student. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 9*, 137–141. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.12.126>
- Rabie, M., Shaker, N. M., Gaber, E., El-Habiby, M., Ismail, D., El-Gaafary, M., Lotfy, A., Khafagy, W., & Muscat, R. (2020). Prevalence updates of substance use among Egyptian adolescents. *Middle East current psychiatry, 27*(4), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s43045-019-0013-8>
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C. D., & Fava, G. A. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Rivista di psichiatria, 38*(3):117–30. <https://doi.org/10.1708/173.1864>
- Ruini, C., Ottolini, F., Tomba, E., Belaise, C., Albieri, E., Visani, D., Offidani, E., Caffo, E., & Fava, G. A. (2009). School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*(4):522–532. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.07.002>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Sarkova, M., Bacikova-Sleskova, M., Orosova, O., Madarasova Geckova, A., Katreniakova, Z., Klein, D., van den Heuvel, W., & van Dijk, J. P. (2013). Associations between assertiveness, psychological well-being, and self-esteem in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology, 43*(1), 147–154. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2012.00988.x>
- Segal, D. L. (2005). Relationships of assertiveness, depression, and social support among older nursing home residents. *Behavior modification, 29*(4), 689–695. <https://doi.org/10.1177/0145445503259391>
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical psychology review, 20*(3), 379–403. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00104-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00104-4)
- Shafiq, S., Naz, R. A., & Yousaf, B. (2015). Gender differences between assertiveness and psychological well being among university students. *Educational Research International, 4*(2), 87–95.
- Sherif, M., & Sherif, C. W. (1969). *Social psychology*. Harper & Row.
- Sherif, M. (1966). *In common predicament: Social psychology of intergroup conflict and cooperation*. Houghton Mifflin.
- Speed, B. C., Goldstein, B. L., & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness training: A forgotten evidence-based treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice, 25*(1), 20. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>

Comprendere la mente motivata. A cura di Maurizio Brasini e Mauro Giacomantonio, Giovanni Fioriti Editore (2024)

Chi di noi, almeno una volta nella vita, non si è fermato a chiedersi “*Ma chi me l’ha fatto fare?*”. È possibile che saremo riusciti a darci una risposta più o meno giudicante, oppure che pur impegnandoci a fondo, non avremo capito il motivo alla base delle nostre azioni. Allora è probabile che ci saremo rivolti a un amico, un parente o addirittura uno psicoterapeuta, i quali, ognuno con le proprie risorse, saranno riusciti a comprendere e a rimandarci la motivazione o spinta sottostante al nostro agito. Non è detto che questa risposta ci avrà liberati da emozioni contrastanti, ma per lo meno potrebbe averci restituito un senso al nostro agire nel mondo, sempre che i parenti, gli amici o lo psicoterapeuta che abbiamo a disposizione siano abbastanza saggi da non fermarsi alle apparenze.

Ecco, il volume *Comprendere la mente motivata* curato da Maurizio Brasini e Mauro Giacomantonio sembra venirci incontro per rispondere proprio a questa domanda. Gli autori raccolgono una serie di contributi teorici e applicativi dedicati allo studio della motivazione partendo dall’analisi dei bisogni psicologici fondamentali.

Il primo capitolo, firmato da Carol S. Dweck, costituisce il fondamento teorico sul quale si basa l’impianto del volume. L’autrice propone un modello integrato che mette in relazione bisogni, scopi, rappresentazioni mentali e tratti di personalità, con l’intento di offrire una cornice unificata per comprendere il comportamento umano, lo sviluppo psicologico e la psicopatologia. Dweck individua tre bisogni psicologici fondamentali (accettazione, prevedibilità e competenza), da cui derivano quattro bisogni composti o emergenti (fiducia, controllo, autostima/status), ciascuno formato dalla congiunzione di due bisogni di base. Vi è poi un ultimo bisogno, la coerenza del Sé, emergente dall’intersezione di

tutti gli altri bisogni. L’autrice dimostra come questi bisogni siano sostenuti da evidenze empiriche provenienti dalla psicologia dello sviluppo, dalla psicologia sociale e dalle neuroscienze, e discute le implicazioni della loro frustrazione o, al contrario, soddisfazione. Particolarmente interessante la sezione dedicata alla comprensione della mente motivata nei disturbi di personalità, con un focus sulla rigidità che caratterizza i contenuti mentali presenti sotto forma di bisogni, rappresentazioni e tendenze all’azione che sono il più delle volte organizzati per motivare l’individuo a soddisfare bisogni immediati e urgenti, spesso a scapito di scopi a lungo termine, o meglio ancora a costo di raggiungere le competenze necessarie che consentirebbero di perseguire efficacemente obiettivi a lungo termine. Visto così, il modello può fornire una lettura basata sulla motivazione delle disfunzioni dell’area del Sé, così come descritte nel modello alternativo dei disturbi di personalità (i.e., identità e autodirezionalità).

Se l’opera di Dweck si incentra sui bisogni psicologici individuali, il capitolo firmato da Maurizio Brasini completa il quadro focalizzandosi sull’analisi dei bisogni interpersonali fondamentali, proponendo un modello unitario che mira a integrare la dimensione relazionale all’interno della teoria motivazionale. Con riferimenti psicologici, filosofici, storici, religiosi e persino cinematografici, Brasini accompagna il lettore passo per passo in una riflessione integrata e sistemica che spieghi la spinta dell’uomo a ricercare, fin dalla notte dei tempi, l’appagamento di bisogni interpersonali di base: apprezzamento, divertimento, approvazione, conforto e contenimento. Lo sforzo di Brasini prosegue nella formulazione di uno strumento di valutazione per la rilevazione di tali bisogni messo a punto insieme a Valerio Pellegrini e Mauro Giacomantonio: la *Basic Interpersonal Needs Scale* (BINS). La scala è descritta in un capitolo interamente dedicato, che ne illustra le caratteristiche psicometriche e le

potenzialità applicative, sia in ambito clinico che in contesti di ricerca.

Per un clinico probabilmente ci si potrebbe fermare qui: bisogni individuali e interpersonali, a servizio del Sé e della relazione con gli altri. Gli autori però decidono giustamente di ampliare il respiro del volume, mettendo in campo anche i bisogni collettivi, e per farlo attingono alla letteratura psicologico-sociale. Il capitolo di Valeria De Cristofaro e Mauro Giacomantonio analizza così le motivazioni alla base dell'ideologia, domandandosi a quali bisogni psicologici essa risponda e concentrandosi su quelli di ordine, coerenza e appartenenza. L'ideologia, intesa come l'insieme di credenze, opinioni, rappresentazioni e valori attraverso cui le persone interpretano l'ambiente sociale (Kluegel e Smith, 1986), è la lente che utilizziamo per descrivere gli eventi e il mondo, specialmente quando non riusciamo a spiegarceli. Capire ciò che ci accade intorno e dare una spiegazione causale agli eventi ci aiuta a percepire l'ambiente in modo più chiaro e coerente. È un bisogno evidentemente fondamentale, visto che pur di ottenerlo si può essere disposti a credere, per esempio, che il Coronavirus sia stato generato in un laboratorio della Cina appositamente per scatenare una pandemia, come accade nella mente complottista. Interessante sapere che, come descritto nel capitolo, secondo una ricerca condotta da Pellegrini e collaboratori (2021), tanto più si è spaventati dalla morte per Coronavirus, tanto più si ha la tendenza a credere alle teorie complottiste su di esso. *Mente motivata 1, esame di realtà 0.*

Gli altri capitoli del volume completano il viaggio nella mente motivata fornendo un quadro in cui la motivazione è vista come prodotto dell'interazione tra vincoli evolutivi, differenze individuali e contesti ambientali (Marco del Giudice), e presentando la dinamica degli scopi, la loro gerarchia e le interferenze tra motivazioni contrastanti tramite un modello

di funzionamento mentale fortemente ancorato alla tradizione cognitivista (Manuel Petrucci e Cristiano Castelfranchi).

Comprendere la mente motivata è un libro articolato, rivolto a psicologi clinici, ricercatori e professionisti dell'ambito psicosociale, che ambisce a proporre una visione unificata e operativa del ruolo della motivazione nel funzionamento umano. Il volume offre rigore teorico e attenzione agli sviluppi applicativi, risultando un testo utile non solo per l'approfondimento scientifico, ma anche per l'orientamento dell'intervento terapeutico. Probabilmente, se siamo clinici, non spiegheremmo al paziente i motivi alla base del suo funzionamento con la stessa sistematicità proposta nel libro e forse neanche con la stessa terminologia, ma è sicuro che se siamo terapeuti con una mente pensante, avremo bisogno di avere chiare in testa le coordinate per decifrare come si organizza e come funziona la mente motivata dei nostri pazienti.

Insomma, se vi siete chiesti almeno una volta nella vita “*Ma chi me l'ha fatto fare?*” senza che né voi né nessun altro sia riuscito a spiegarvelo, allora questo libro fa al caso vostro.

Elena Bilotta

Phd, Psicologa, Psicoterapeuta, Insegnante di Mindfulness, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Bibliografia

- Kluegel J.R., Smith E.R. (1986). *Beliefs about inequality: Americans' views of what is and what ought to be*. Aldine de Gruyter, New York, NY.
- Pellegrini V., Giacomantonio M., De Cristofaro V., Salvati M., Brasini M., Carlo E., Mancini F., Leone L. (2021). Is Covid-19 a natural event? Covid-19 pandemic and conspiracy beliefs. *Personality and Individual Differences, 181*, 111011.

Identità, personalità e dissociazione.
Un approccio costruttivista al paziente grave
di Davide Armanino e Fabio A.P. Furlani.
Franco Angeli (2023)

Il libro si presta a poter essere commentato secondo diverse chiavi di lettura. In questa recensione cercherò di incuriosire il futuro lettore con queste proposte di prospettive, invitandolo contemporaneamente a non chiudersi in esse, ma ad interrogare lo scritto rispetto ai propri dubbi in un terreno così vasto e ricco: la psicoterapia con il paziente grave.

Percorrendo una prospettiva di natura scientifica, è una straordinaria finestra sulla complessità di questo argomento da un punto di vista della cura e della concettualizzazione teorica, senza mai perdere di vista l'unicità del soggetto, sia esso terapeuta o paziente. Gli autori promuovono un modello in continuità con i principi dell'epistemologia costruttivista relazionale, dalla natura processuale del Sé per sviluppare i concetti cardine di identità, personalità e coscienza. Ciò consente la presentazione di una mappa clinica centrata sui livelli di funzionamento della coscienza e orientata nel Hic et nunc dell'incontro della diade terapeutica, mappa che viene messa in relazione dialogica con le principali lenti cliniche a livello nazionale ed internazionale.

Seguendo questa traiettoria il libro rappresenta un dono straordinario per i terapeuti di matrice costruttivista di ogni età, che da tempo aspettavano un lavoro come questo. Per i più giovani, una guida ai processi della terapia nel vasto mondo dei Disturbi di Personalità e della dissociazione; per i più esperti uno spunto di riflessione e studio preziosissimo attraverso cui poter confrontare le proprie riflessioni in un panorama clinico che è in mutamento, e dove l'identità gioca un ruolo sempre più centrale nella comprensione del malessere dei pazienti. Contemporaneamente, il libro rappresenta una mano tesa al dialogo e al confronto costruttivo per tutti i colleghi che pur non ritrovandosi nell'epistemologia costruttivista condividono la

passione per la cura del paziente grave attraverso un approccio di matrice relazionale.

Un'ulteriore prospettiva è quella esperienziale: il libro non solo esprime, ma incarna il costruttivismo relazionale. I due autori basano la trattazione di questi temi sulla medesima matrice epistemologica, declinandola e sviluppandola attraverso la propria identità di soggetti e terapeuti diversi tra loro. Questa è la pietra angolare su cui poggia le proprie fondamenta la formazione dei terapeuti costruttivisti relazionali: sviluppare il proprio modo di essere terapeuti nel perimetro di una cornice epistemologica e scientifica condivisa. Con il passare dei capitoli il lettore incontra due modi di intendere il lavoro terapeutico con il paziente. Nella prima parte del testo i due autori esprimono la propria prospettiva teorico-clinica; nell'ultima parte del libro, invece, si mettono in gioco, esponendo con generosità l'intimità della propria stanza di terapia. In questo stile risiede, a mio parere, un omaggio alla complessità che si sviluppa attraverso il tentativo di comprendere il "modo dell'altro" senza perdere di vista il proprio. Un et et che ispira un diverso modo di intendere la scienza, nella comprensione dell'opposto anziché nel contrasto con il diverso.

Significativo, in conclusione, che queste righe siano stampate proprio nel numero monografico dedicato a Bruno Bara. Nel suo ultimo corso "Il piacere della Psicoterapia: costruzione e gestione della relazione terapeutica", in una lezione inedita sulla formazione, raccontava ai discenti quanto per lui fosse impossibile provare invidia per un successo di un suo allievo, ormai maestro. Il motivo era semplice e profondo allo stesso tempo: sentirsi parte di quel processo di conoscenza che aveva portato a quel risultato, che così diventava un po' anche suo. Ho in mente il sorriso inconfondibile di Bruno, che per esporre questo suo pensiero si servì proprio di questo splendido libro.

Riccardo Maria Martoni
Centro Terapia Cognitiva Como e Milano



Giovanni Fioriti Editore

Cognitivismo clinico: collana diretta da Francesco Mancini



Roba che fa rumore. Una guida per adolescenti quando il disturbo ossessivo-compulsivo diventa rumoroso di Ben Sedley e Lisa Coyne

Questo libro è una risorsa ingegnosa, autentica ed empatica, ricca di testimonianze, illustrazioni ed esercizi concreti, che riesce a parlare al cuore degli adolescenti che sono alle prese con il DOC. Permette loro di comprendere in maniera chiara e coinvolgente ciò che accade nella loro mente e offre numerosi strumenti pratici e creativi per gestire in modo attivo ed efficace tali esperienze, uscire dalla spirale del DOC e aiutarli a vivere in maniera piena e profonda la vita che davvero desiderano.

Edizione italiana a cura di Emanuele Rossi
Traduzione di Emanuele Rossi e Claudia Vanni
ISBN: 9788836251285 Pagine: 112 €16,50

Craving e dipendenze. Liberarsi dalla lotta contro le dipendenze con l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) di Maria Karekla e Megan M. Kelly

Strategie basate sull'evidenza scientifica per gestire il desiderio di cibo, nicotina, alcol e droghe. Questo libro sarà la tua guida verso un cambiamento duraturo. Infatti non si occupa di come eliminare il desiderio per la sostanza, ma piuttosto di liberarti dalla lotta che si ingaggia nel tentativo di sconfiggerlo. Sottraendoti a questa battaglia senza uscita, indipendentemente dal fatto che il craving sia presente o meno, potrai muoverti nella direzione che ritieni più giusta per te.



Edizione italiana a cura di Michele Lovato e Claudia Passudetti
ISBN: 9788836251261 Pagine: 176 €22,00



Giovanni Fioriti Editore



Questo libro si pone l'obiettivo di fornire:

- degli strumenti operativi immediatamente applicabili nella pratica clinica allo psicoterapeuta che incontra la richiesta di aiuto di pazienti con problematiche sessuali;
- un modello per la formulazione del caso clinico e l'intervento terapeutico;
- schede per l'assessment individuale e di coppia;
- materiali di psicoeducazione utilizzabili in seduta;
- un questionario per l'esplorazione delle credenze legate agli stereotipi di genere;
- le basi per il trattamento integrato EMDR.

Il presente volume ha lo scopo di fornire strumenti validi e aggiornati per l'inquadramento e il trattamento delle problematiche sessuali. I destinatari sono psicologi, medici, psicoterapeuti, specializzandi in psicoterapia, ma anche persone non esperte del settore interessate ad approfondire le tematiche trattate.

pp. 208 € 32,00
www.fioritieditore.com



Giovanni Fioriti Editore



Per i pazienti che non rispondono ai trattamenti standard per i disturbi dell'alimentazione le opzioni possono essere limitate. La Schema Therapy è una nuova entusiasmante frontiera nel trattamento di questa tipologia di pazienti perché offre un modello che colma le attuali lacune integrando sia fattori evolutivi sia fattori di personalità. Schema Therapy per i disturbi dell'alimentazione è il primo libro che guida i clinici a utilizzare il modello della Schema Therapy con coloro che presentano disturbi dell'alimentazione radicati o duraturi, e a sua volta incoraggia ulteriori ricerche cliniche in questo ambito.

pp. 344 € 36,00
www.fioritieditore.com