

## L'assessment come fase della psicoterapia: un esempio in ambito cognitivo-comportamentale tra approccio idiografico (clinico) e approccio nomotetico (psicometrico).

di Riccardo Sartori\*

### Premessa

Per *assessment* (letteralmente: *accertamento*<sup>1</sup>) si intende un insieme di operazioni condotte al fine di emettere un giudizio o fare una valutazione. Si parla di situazione di *assessment* quando ad esempio si valutano dei candidati ad una selezione del personale, si esaminano degli studenti a scuola o all'università per saggiarne la preparazione, o si vedono dei pazienti al fine di stabilirne una diagnosi.

Una tipica situazione di *assessment* contempla metodi e strumenti diversi, come ad esempio colloqui (individuali o di gruppo), interviste, simulazioni (role-play, in-basket, ecc.), questionari, test, inventari, ecc. L'obiettivo è di raccogliere una serie di informazioni sulla persona da valutare (cliente, paziente, candidato, ecc.) in modo che poi, attraverso la loro integrazione, emerga un quadro della persona tale per cui sia possibile dare risposta ai quesiti per cui si sono intraprese le corrispondenti azioni di valutazione e prendere delle decisioni conseguenti (assunzione, promozione, diagnosi, terapia, ecc.).

L'espressione *Assessment Center*, ad esempio, indica una metodologia utilizzata in ambito professionale, aziendale e organizzativo per valutare il potenziale dei lavoratori in un'ottica di sviluppo di carriera. Può durare anche alcuni giorni e sottopone le persone coinvolte ad una serie di prove (colloqui, interviste, simulazioni, questionari di autovalutazione, test e altro ancora).

Anche l'*assessment* di tipo clinico si avvale di metodi e tecniche diverse (tipicamente colloqui e test psicologici). Ma, come riporta Nassim Nicholas Taleb (2008, p. 160), "Nel 1965 Stuart Oskamp diede a un gruppo di psicologi clinici alcune schede in successione che contenevano una quantità sempre maggiore di informazioni sui pazienti. Le capacità diagnostiche degli psicologi non accrebbero con l'aumento delle informazioni; i soggetti divennero solo più sicuri delle loro diagnosi iniziali".

Di fronte a un quadro che potremmo definire sconsolante, dal momento che anche i cosiddetti esperti (in questo caso psicologi clinici) risultano essere soggetti a *bias di valutazione* ormai noti (si veda in proposito l'ormai classico testo di Rumiati e Bonini *Le decisioni degli esperti*), quale ad esempio l'*ancoraggio* (rimanere ancorati a un primo giudizio o a una prima valutazione, nonostante l'aggiunta di informazioni che dovrebbero complicare il quadro o addirittura modificarlo), Taleb così conclude (op. cit., p. 160): "D'accordo, non ci si può aspettare molto dagli psicologi del 1965" salvo poi ribadire (ivi, p. 160): "queste scoperte [però] sembrano valere per tutte le discipline".

In pratica, ad essere messa in dubbio qui è l'utilità di avvalersi di metodi e strumenti diversi per raccogliere informazioni variegata sulle persone da valutare. Taleb ce l'ha proprio con l'informazione e sostiene la tesi, sicuramente controintuitiva e forse anche un po' provocatoria, che maggiori sono le informazioni in nostro possesso, minore è l'accuratezza con cui possiamo fare previsioni a partire da esse e minore risulta anche l'efficacia delle decisioni prese basandosi su di esse. Come scrive Di Blas (2008, p. 18): "La scelta di un metodo piuttosto che un altro per la rilevazione della variabile psicologica non è affatto indifferente [...] poiché non vi è

---

\* Ricamatore Universitario, Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Verona.

<sup>1</sup> Il termine *assessment* sembra derivare dal verbo latino *assidere* (*sedere come giudice*) e dal medievale *assise* (*sessione di giudici*). Il verbo inglese *to assess* può essere tradotto semplicemente come *valutare*, *stimare* e *giudicare*, oppure, più specificatamente, come *accertare il valore di qualcosa*, *fare il bilancio di qualcosa*.

necessariamente concordanza tra le conclusioni cui si può giungere usando metodi diversi quali self-report e osservazione diretta in un setting controllato”.

A Taleb è sfuggito che, nel 2003, quindi in un'epoca più vicina a noi rispetto al 1965, Hunsley e Meyer, in un lavoro sulla validità incrementale del testing psicologico e dell'assessment clinico, hanno ancora una volta evidenziato come l'aggiunta di informazioni provenienti da test e strumenti di valutazione diversi può non comportare alcun vantaggio dal punto di vista dei giudizi espressi, delle diagnosi emesse e delle conseguenti decisioni prese dai clinici. Tuttavia, come lo stesso Taleb fa presente lungo tutto il suo volume, se si tiene la *mente aperta*, ovvero non si emettono giudizi, valutazioni e diagnosi prima di aver finito il processo di assessment e soprattutto non ci si affeziona troppo alle proprie posizioni (quindi non ci si irrigidisce e non ci si arrocca, ma si mantiene appunto la mente aperta), la raccolta di informazioni diverse diventa un'operazione non solo legittima ma anche sensata.

Alla Di Blas, invece, potremmo ricordare che il vero problema non è tanto la raccolta di informazioni diverse tramite metodi diversi, soprattutto se si tratta di condurre operazioni di valutazione, quanto la tendenza che tutti abbiamo di confermare i nostri primi giudizi (*bias di conferma*) e di far convergere le informazioni in nostro possesso verso una coerenza a volte davvero forzata.

La strada per contrastare tutto questo, come autori anche di diverso orientamento (cognitivist, psicoanalisti, economisti, ecc.) hanno a più riprese messo in evidenza, è quella di *sospendere il giudizio* fintanto che la raccolta di informazioni non possa essere ritenuta conclusa, certamente NON quella di non raccogliere tutte le informazioni necessarie per mezzo anche di metodi diversi. E anche in questo caso, bisogna guardarsi da quella che lo stesso Taleb definisce *fallacia narrativa*, ovvero la tendenza a far quadrare tutte le informazioni tra di loro in modo da averne un quadro coerente, anche se alcune di esse risultano di fatto discordanti. E ancora: guardarsi dalla tendenza a stabilire rapporti di causa-effetto tra informazioni indipendenti, secondo un'altra fallacia di tipo logico nota come *post hoc ergo propter hoc* (siccome una cosa B succede dopo un'altra A, allora B deve essere per forza causata da A). In pratica: tenere la mente aperta.

Le operazioni di valutazione condotte ad esempio al fine di stabilire una diagnosi possono essere costellate di insidie, bias (distorsioni) e difficoltà, ma non per questo diviene giocoforza legittimo rinunciare a condurre qualsiasi operazione di valutazione o imputare al metodo, e solo al metodo, la responsabilità di valutazioni condotte male, di giudizi espressi in modo affrettato e prematuro o di decisioni prese senza tener conto dei dati di realtà. Un approccio di tipo *bottom-up* (dal basso, ovvero: dai dati alla teoria) risulta in questo senso più appropriato dell'approccio corrispondente, quello di tipo *top-down* (dall'alto, ovvero: dalla teoria ai dati). E anche questo viene consigliato da Taleb lungo tutto il suo volume.

Date queste premesse, qui di seguito parliamo dell'assessment come fase della psicoterapia, in particolare della psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale, riportando un esempio di utilizzo idiografico (clinico) di un test nomotetico (psicometrico).

#### *L'assessment come fase della psicoterapia: definizioni e scopi*

Come si legge in Sica e Cilia (2004, p. 117), “Con il termine assessment si intende generalmente l'ampia valutazione che lo psicologo clinico conduce sul soggetto e sui suoi problemi personali (Turkat, 1985). Si tratta cioè di comprendere ed interpretare i fenomeni comportamentali nella prospettiva della ricostruzione storica delle fasi che hanno condotto alla loro stabilizzazione e alla loro espressione attuale (cfr. Cilia & Sica, 1998)”.

Il termine assessment va distinto da quello di *diagnosi*. Come scrive Lauriola (2007, pp. 71-72), “Il termine diagnosi indica l'insieme dei metodi e delle tecniche attraverso i quali si riconduce un fenomeno complesso (come, per esempio, l'insieme dei sintomi riferiti da un paziente) all'interno di un sistema di classificazione noto che consenta di prendere decisioni in merito al fenomeno in oggetto (per esempio, quale terapia utilizzare per trattare o guarire il paziente). Il sistema di classificazione più diffuso per catalogare diverse forme di psicopatologia è attualmente il *Manuale*

*diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 4<sup>a</sup> ed., *DSM-IV-TR (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision)*".

Assessment e diagnosi non sono quindi la stessa cosa, ma in campo clinico l'assessment viene condotto, di solito, per stabilire i meccanismi di funzionamento del paziente ed emettere una diagnosi.

L'assessment può essere concettualizzato come un processo che implica l'integrazione di informazioni provenienti da fonti diverse. Esempi di fonti e informazioni sono: i punteggi ottenuti a test psicometrici o le risposte fornite a tecniche proiettive, la storia di vita e quella clinica (medica, psichiatrica, ecc.) del paziente, la descrizione dei suoi sintomi (psichici e somatici) e dei suoi problemi (familiari, relazionali, lavorativi, ecc.). Le informazioni possono essere raccolte intervistando tanto il paziente quanto i cosiddetti *informants* (familiari, conviventi, amici, colleghi, ecc.) (Kamphuis, Emmelkamp, & de Vries, 2003; Kolanowski, Hoffman, & Hofer, 2007).

Da quanto fin qui dichiarato, emerge che il cosiddetto *testing psicologico* (che possiamo definire, con Anastasi, come il processo attraverso il quale ottenere una misura obiettiva e standardizzata di un campione di comportamento) costituisce una parte dell'assessment (che possiamo concepire come un processo più articolato di *problem-solving*), quella cui solitamente ci si riferisce con il termine *psicodiagnostica*. Di regola, infatti, un assessment psicologico professionale si avvale di:

- *Colloqui e interviste al paziente* (grazie ai quali raccogliere, anche, informazioni relative all'eloquio, allo stile comunicativo e relazionale, alla postura e, in generale, condurre osservazioni sulla comunicazione verbale e non verbale);
- *Colloqui e interviste ad altri* (anche per cogliere punti di vista differenti relativamente a fatti di cui il paziente abbia già fornito una sua rappresentazione);
- *Strumenti self-report*, come griglie di repertorio (Kelly, 1955; 1963) e questionari di autovalutazione;
- *Test psicologici*, quali tecniche proiettive e strumenti psicometrici.

Dal punto di vista della teoria della psicoterapia (Galeazzi & Meazzini, 2004; Bara, 2005/2006), l'assessment viene concepita come la fase che precede l'intervento terapeutico. Autori anche di diverso orientamento (Lanman & Grier, 2003; Petit, 2008) sono sostanzialmente concordi nel sostenere che, senza aver prima condotto un assessment di un *certo* tipo (definito da aggettivi quali accurato, preciso, approfondito, ecc.), diventa quanto meno improbabile pensare di condurre una terapia di un *certo* tipo (definita da aggettivi quali adeguata, efficace, mirata, ecc.). In quest'ottica, la fase di assessment dovrebbe concludersi con l'emissione di una diagnosi e l'accertamento dei meccanismi di funzionamento del paziente. Dopo può cominciare la terapia.

Tuttavia, come scrive Cionini (2006, p. 17), "quando parliamo di assessment ci riferiamo [...] a un'operazione di valutazione che ha inizio al momento del primo contatto con il paziente e prosegue durante tutta la terapia". Continua Cionini (2006, p. 17): "È opportuno tuttavia distinguere due momenti nel processo di assessment: la fase iniziale delle prime sedute, che può essere dedicata alla raccolta dei dati necessari per costruire una prima ipotesi sulle caratteristiche del sistema conoscitivo del paziente, e una seconda fase – che dura per tutto il processo terapeutico – in cui il terapeuta effettua una continua verifica della propria comprensione e delle proprie costruzioni professionali per orientare e ri-orientare le proprie scelte strategiche e tattiche di conduzione della relazione".

Nella pratica, quindi, anche se l'assessment precede necessariamente la terapia vera e propria, e non può non precederla, dato il suo carattere di valutazione e accertamento, la linea di demarcazione tra assessment e intervento terapeutico non è mai così netta, e questo per due motivi principali:

- nel momento in cui il terapeuta fa domande di assessment al paziente, gli o le chiede di produrre documenti quali l'autocaratterizzazione (Kelly, 1955; 1963), vari tipi di diario (emotivo, cognitivo o comportamentale), gli ABC (cognitivi, alla Ellis, o comportamentali, alla Skinner), ecc.<sup>2</sup>, e cerca di

---

<sup>2</sup> L'autocaratterizzazione è una tecnica messa a punto da Kelly in cui sostanzialmente si chiede al paziente o cliente di descriversi in terza persona. La tecnica del diario consiste nel chiedere al paziente o cliente di tenere una relazione giornaliera scritta su comportamenti, pensieri e/o emozioni che costituiscono punto di attenzione. Per ABC si intende una tecnica in cui una situazione vissuta dal paziente o cliente viene analizzata nelle sue componenti. Per Skinner si analizzano gli antecedenti (A, da *Antecedents*), il

ricostruire con lui o lei la sua storia di vita (Cionini, 2006, pp. 55-78), si ottengono sul paziente effetti legati alla consapevolezza di sé, dei propri pensieri, delle proprie emozioni e dei propri meccanismi di funzionamento che hanno innegabilmente una valenza anche terapeutica;

- l'assessment può rivelarsi, specialmente nel caso di pazienti con storie di vita particolari e diagnosi complessa, un'operazione lunga e certosina, che può richiedere anche mesi di incontri e alternarsi a "pezzi" di terapia vera e propria. A questo proposito i già citati Sica e Cilia (2004, p. 117) scrivono: "L'assessment va considerato un processo continuo, durante il quale si raccolgono osservazioni, si avanzano ipotesi che le giustifichino, si testano le ipotesi, se ne riformulano altre sulla base delle nuove osservazioni, e così via (Meyer, 1975)".

Ai due motivi appena visti è possibile aggiungere il fatto che, nel mentre terapeuta e paziente sono impegnati nella fase di assessment, essi stabiliscono anche, probabilmente e auspicabilmente, quella che tecnicamente viene definita *alleanza terapeutica*<sup>3</sup> (Carli, Paniccia, Bonavita, Terenzi, & Giovagnoli, 2009; Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Lingiardi, 2002; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004), la quale ha ricadute sulla probabilità tanto di condurre un buon assessment, quanto che l'intervento terapeutico vada a buon fine.

L'assessment, quindi, è un processo a più fasi, che dura il tempo della terapia e che, in contesti clinici, può essere condotto per diagnosticare un disturbo o problema, concettualizzare un caso, programmare un trattamento, monitorarlo e valutarlo (Hunsley & Meyer, 2003). Esso "si configura come un vero e proprio processo ipotetico-deduttivo che consente di formulare per ogni singolo paziente programmi terapeutici sufficientemente flessibili da soddisfare la miriade di problemi e ostacoli che si incontrano comunemente durante un trattamento psicologico (Kanfer, 1985)" (Sica & Cilia, 2004, p. 117).

"La funzione principale del processo di assessment è rappresentata dal tentativo di comprendere il paziente e il suo mondo di significati e di spiegarsi in che cosa consiste, come può essere nato e come si mantiene il problema che ci viene presentato. Si tratta in altre parole di:

- Cercare di capire il problema del paziente: la valenza e i significati che esso assume ai suoi occhi nella vita quotidiana e rispetto all'immagine che egli ha di se stesso, delle relazioni con gli altri, del proprio futuro.

- Cercare di costruire un modello (nel linguaggio professionale) delle modalità di funzionamento del sistema-paziente e delle sue caratteristiche strutturali e di identificare quali siano i sistemi di conoscenza (procedurale, dichiarativa, episodica, affettivo-immaginativa) da lui più utilizzati e di cogliere la *logica interna* al sistema nel suo complesso.

- Tentare di ricostruire i processi, le tappe e i momenti critici dello sviluppo che hanno condotto all'attuale struttura individuale.

- Comprendere e spiegarsi la funzione che la sintomatologia svolge ai fini del mantenimento della massima coerenza interna." (Cionini, 2006, pp. 18-19).

Per perseguire i suoi scopi e raggiungere i suoi obiettivi di assessment, il terapeuta ha a disposizione una serie di strumenti di cui avvalersi e può fare riferimento a due modelli che in letteratura vengono indicati con le sigle IG (*Information Gathering*) e TMA (*Therapeutic Model of Assessment*).

*Strumenti e modelli per l'assessment clinico: information gathering (ig) versus therapeutic model of assessment (tma)*

---

comportamento della persona (B, da *Behaviour*) e le conseguenze di questo (C, da *Consequences*). Per Ellis, invece, si analizzano gli antecedenti (A), i pensieri fatti dalla persona in quella situazione (B, da *Beliefs*) e le conseguenze emotive o comportamentali che discendono dai pensieri (C).

<sup>3</sup> Potremmo definire l'alleanza terapeutica, con Bordin (1975, 1979), una formula per indicare una dimensione interattiva riferita alla capacità di paziente e terapeuta di sviluppare una relazione basata sulla fiducia, il rispetto e la collaborazione e finalizzata ad affrontare i problemi e le difficoltà del paziente. Si tratta di una definizione naturalmente contestabile, così generica da poter essere rifiutata. Il concetto, del resto, si presenta di non facile definizione (si veda in proposito, oltre ai lavori citati: <http://www.psychomedia.it/asp/strumenti/ivat-II.htm>).

Nonostante l'assessment possa essere definito come la “valutazione della dimensione di alcune caratteristiche psicologiche di una persona attraverso diversi metodi e strumenti quali l'osservazione, l'intervista, le scale di misura, le *check-list*, i test, gli inventari di personalità, ecc.” (Pedrabissi & Santinello, 1997, Glossario), e nonostante l'espressione *multimethod assessment* faccia effettivamente pensare che ci si possa o addirittura ci si debba avvalere di diversi metodi per condurre l'assessment (Lang, 2008), lo strumento maggiormente consigliato in psicoterapia è ancora il colloquio (Lis, Venuti, & De Zordo, 1995; Morrison, 1995; Quadrio, 1997; Fine & Glasser, 1999; Sartori, 2007) o l'intervista clinica (Othmer & Othmer, 2004). Tuttavia, come accennato nella definizione di Pedrabissi e Santinello, è possibile servirsi anche dell'osservazione (in contesti naturali e/o artificiali o simulati) e di vari strumenti carta-matita, solitamente definiti *self-report* o *self-monitoring*, che possono assumere anche la forma di *homework* (Baldini, 2004). Il tutto con il duplice scopo di:

- ottenere informazioni *dal* paziente e *sul* paziente;
- far *lavorare* (= riflettere su di sé) il paziente anche a casa e non solo in seduta.

Come accennato, alcuni degli strumenti self-report, utilizzati in ambito cognitivo-comportamentale, sono l'autocaratterizzazione, i diari e gli ABC. In questa sede, però, vogliamo concentrare la nostra attenzione sull'utilizzo di strumenti psicometrici, come i questionari e i test di personalità.

In un articolo del 2000, Camara, Nathan e Puente riportano che l'utilizzo di questionari e test nell'assessment condotto da psicologi clinici e psicoterapeuti statunitensi è ancora molto ridotto (mentre non lo è nel caso di assessment condotto da neuropsicologi), pur dimostrando che, storicamente, tale utilizzo è via via aumentato lungo tutto il Novecento (Louttit & Brown, 1947; Sundberg, 1961; Lubin, Wallis, & Paine, 1971; Brown & McGuire, 1976; Lubin, Larsen, & Matarazzo, 1984; O'Roark & Exner, 1989; Ball, Archer, & Imhof, 1994) e suggerendone l'utilità anche nell'indagine della personalità (Camara, Nathan, & Puente, 2000).

Venendo nello specifico della psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale, pur non privilegiando essa l'utilizzo di questionari e test psicometrici di personalità, questi “non sono incompatibili con l'assessment cognitivo-comportamentale se: a) vengono considerati come una delle tante forme di informazioni utili a delineare il quadro complessivo del soggetto; b) l'utilizzatore ne conosce bene i limiti; c) le informazioni fornite vengono considerate in modo critico e confrontate con fonti più attendibili. L'esperienza clinica insegna che con questi presupposti anche l'uso dei tradizionali questionari può rivelarsi estremamente utile, soprattutto per rilevare alcune caratteristiche personologiche del soggetto che possono orientare in maniera diversa la scelta degli obiettivi e l'impostazione generale della psicoterapia” (Sica & Cilia, 2004, p. 133).

Per quanto riguarda i modelli di assessment attualmente presenti in letteratura, è possibile distinguere almeno due (Hilsenroth & Cromer, 2007):

- *Information Gathering* (IG): più tradizionale, diffuso e spontaneo, si basa semplicemente sulla raccolta di informazioni (*information gathering*), la quale non è necessariamente guidata da ipotesi, almeno all'inizio, né da strumenti, ma si affida a un numero imprecisato di colloqui e non prevede momenti specifici di restituzione al paziente delle informazioni raccolte, integrate ed elaborate dal terapeuta. Esso inoltre non si preoccupa specificatamente di aspetti dell'interazione che hanno a che fare con la comunicazione verbale e non verbale, concentrandosi invece sul compito di raccolta delle informazioni.

- *Therapeutic Model of Assessment* (TMA): più strutturato, ma meno tradizionale e diffuso, prevede l'utilizzo integrato di colloqui, interviste cliniche e strumenti psicodiagnostici in un tempo stabilito a priori e la restituzione al paziente di quanto emerso lungo il percorso di valutazione. Inoltre, include un costante monitoraggio sul comportamento del terapeuta per quanto riguarda il proprio atteggiamento nei confronti del paziente in termini di comunicazione verbale (frasi di incoraggiamento, interessamento, validazione, ecc.) e non verbale (contatto oculare, postura, prossemica, ecc.).

Sebbene i due modelli possano essere visti come complementari l'uno all'altro (Finn & Tonsager, 1997), le ricerche mostrano che il TMA è più efficace dell'IG nello stabilire l'alleanza terapeutica

(Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Ackerman, Clemence, Strassle, & Handler, 2002; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004).

In particolare, gli studi suggeriscono che coinvolgere il paziente durante il processo di assessment, adottare, nella postura e nella verbalizzazione, un atteggiamento collaborativo (Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004; Rumpold, Doering, Smrekar, Schubert, Koza, & Schatz, 2005) ed esplorare la visione che il paziente ha del suo disturbo (Rumpold, Doering, Smrekar, Schubert, Koza, & Schatz, 2005), al fine di favorire, durante i colloqui, coinvolgimento e profondità (Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004), prima accelera lo stabilirsi e poi mantiene la stabilità dell'alleanza terapeutica.

Inoltre, interventi riguardanti l'esplorazione di emozioni negative, che permettono al paziente di aprirsi su questioni salienti, evidenziare ricorrenti temi relazionali (Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004), chiarire le fonti di sofferenza e mantenere attiva l'attenzione su questioni relative al trattamento (Bachelor, 1995; Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004), hanno dimostrato la loro utilità nel favorire lo stabilirsi prima e il mantenimento poi di positive relazioni di lavoro.

Infine, esplorare attivamente le emozioni che insorgono in seduta (Bachelor, 1995; Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004; Rumpold, Doering, Smrekar, Schubert, Koza, & Schatz, 2005), sviluppare in modo cooperativo compiti e obiettivi terapeutici, dotando il paziente di una nuova capacità di comprensione e di nuovi insight (Bachelor, 1995; Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004), nonché fare interventi di psico-educazione sui sintomi del paziente e sull'intero processo terapeutico (Rumpold, Doering, Smrekar, Schubert, Koza, & Schatz, 2005) può migliorare significativamente l'alleanza e la relazione terapeutica.

Anche l'utilizzo di questionari e test psicologici viene messo in relazione con la maggiore efficacia dimostrata dal TMA nello stabilire l'alleanza terapeutica (Hilsenroth & Cromer, 2007; Berant & Zim, 2008). Tale utilizzo, però, dev'essere giustificato alla luce degli obiettivi da raggiungere, richiede un atteggiamento adeguato in sede sia di applicazione degli strumenti, sia di restituzione dei risultati al paziente, e presuppone un approccio al paziente più *idiografico* che *nomotetico* (cfr. Sartori & Bortolani, 2006; Sartori, *in press*). Inoltre, e venendo più nello specifico dell'assessment cognitivo-comportamentale, l'utilizzo di questionari e strumenti psicometrici, costituiti da item semantici, può essere una strada percorribile per accedere ai temi di pensiero del paziente e lavorare assieme su un piano collaborativo, secondo la tecnica terapeutica di problem-solving definita *collaborative assessment* (Finn, 2007; <http://www.somewareinvnt.com/vcca/coassessment.htm>).

*Esempio di utilizzo idiografico di test nomotetici con due strumenti per l'assessment cognitivo-comportamentale dell'assertività*

Riportiamo ora, come esempio di utilizzo idiografico di test nomotetici, un caso di applicazione di due strumenti ideati specificatamente per l'assessment cognitivo-comportamentale ad un paziente nell'ambito di un lavoro sull'assertività. Trattasi del *Questionario di Assertività di Rathus* (il cui ultimo lavoro di standardizzazione e adattamento alla popolazione italiana è di Galeazzi, 1990) e l'*Assertion Inventory* (il cui ultimo lavoro di standardizzazione e adattamento alla popolazione italiana è di Nisi, Ceccarani, & Pagliaro, 1986).

Il Questionario di Assertività di Rathus (RAS), elaborato nel 1973 (Rathus, 1973), consiste di 30 item che riflettono alcuni aspetti relativi ai rapporti interpersonali. Esso fornisce una misura della stima soggettiva della probabilità di comportarsi o di reagire nel modo descritto da ogni singolo item. Alcuni item si basano su situazioni proposte da Wolpe (1969) e da Wolpe e Lazarus (1966); altri derivano da scale di valutazione costruite da Allport (1928) e da Guilford e Zimmerman (1956); altri ancora sono stati tratti da resoconti in forma di diari redatti dagli studenti di un college americano: Rathus aveva chiesto agli studenti di descrivere i comportamenti che avrebbero voluto esibire, ma che percepivano come inibiti dalla paura che potessero provocare conseguenze sociali negative. La scala di risposta procede in questo modo: Per nulla, Un poco, Abbastanza, Molto, Moltissimo (con punteggi attribuiti che vanno da 0 a 4).

La Scala di Gambrill e Richey (1975; Rolandi & Bauer, 1981) si compone di 40 item. Ognuno di essi descrive una situazione sociale potenzialmente difficile da gestire e un comportamento ritenuto adeguato ad affrontarla. A chi compila il test viene chiesto di valutare, separatamente:

- il grado di disagio o di ansia provato nella situazione (su una scala da 1 a 5, dove: 1 = Nessuno; 2 = Un poco; 3 = Abbastanza; 4 = Molto; 5 = Moltissimo);
- la probabilità di emettere il comportamento assertivo descritto (su una scala da 1 a 5, dove: 1 = Lo faccio sempre, quando ciò è opportuno; 2 = Lo faccio quasi tutte le volte in cui ciò è opportuno; 3 = Lo faccio circa il 50% delle volte in cui ciò è opportuno; 4 = Lo faccio raramente; 5 = Non lo faccio mai).

Qui di seguito mostriamo i risultati della loro applicazione al paziente, sia secondo un approccio di tipo nomotetico (psicometrico), sia secondo un approccio di tipo idiografico (clinico).

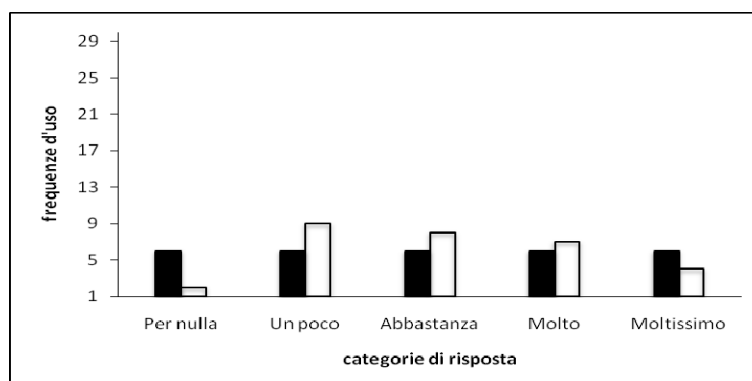
#### *Questionario di Assertività di Rathus*

##### *Analisi del punteggio al test e considerazioni di tipo nomotetico*

Il Questionario fornisce un punteggio totale di anassertività (il costrutto opposto a quello di assertività) che è la somma dei punteggi da 0 a 4 attribuiti a ciascuno dei 30 item. Di questi, 17 sono formulati positivamente rispetto al costrutto anassertività, mentre i rimanenti 13 sono formulati negativamente rispetto allo stesso costrutto (il loro punteggio va perciò invertito). Il punteggio totale del paziente è di 82, il quale risulta parimenti alto se confrontato sia con la popolazione generale (1200 soggetti, media = 53.25; deviazione standard = 14.59, range: 38.66 – 67.84), sia con la popolazione relativa al suo genere di appartenenza (600 soggetti, media = 50.50; deviazione standard = 14.36, range: 36.14 – 64.86) sia con la popolazione generale corrispondente alla sua fascia di età (200 soggetti, media = 58.89; deviazione standard = 13.22, range: 45.87 – 72.11), sia, infine, con la popolazione relativa al suo genere di appartenenza e alla sua fascia di età (100 soggetti, media = 52.23; deviazione standard = 13.53, range: 38.7 – 65.76). In particolare, il punteggio del paziente si colloca due deviazioni standard sopra la media in tutte le popolazioni considerate, denotando anassertività.

##### *Analisi del comportamento di risposta e considerazioni di tipo idiografico*

Il comportamento di risposta del paziente è quello mostrato dal grafico seguente (base-line: 30 item diviso 5 categorie di risposte, 30:5=6, barre scure), da cui si evince che il paziente ha utilizzato tutte le categorie di risposta a sua disposizione (barre chiare), preferendo le tre di mezzo, senza estremizzare:



Gli item che hanno ricevuto una risposta estrema sono i seguenti:

PER NULLA	MOLTISSIMO
6. Quando mi viene richiesto di fare qualcosa, io insisto nel sapere il perché	5. Se un commesso si è dato un gran da fare nel mostrarmi certi articoli da vendere, senza che io abbia trovato qualcosa di molto adatto alle mie esigenze, ho difficoltà nel dire “No, grazie, non lo acquisto”
22. Se qualcuno sta diffondendo delle falsità o delle malignità su di me, faccio in modo di incontrarlo subito per affrontare il fatto	14. Trovo imbarazzante restituire della merce insoddisfacente
	16. Ho evitato di fare delle domande per paura di sembrare stupido
	23. Spesso ho difficoltà nel dire “NO” a qualcuno

In fase di inchiesta, essi sono stati risomministrati verbalmente al paziente, per vedere se li valutava ancora nello stesso modo, dargli l'opportunità di portare esempi al riguardo e perché ritenuti quelli su cui è probabilmente più urgente lavorare, dato il livello massimo di anassertività espressa (a questo proposito, il paziente ha indicato la situazione riportata dall'item 16 *come particolarmente problematica per sé*). Essi quindi hanno costituito anche l'occasione per condurre degli ABC in cui l'A è costituito proprio dalla situazione riportata in ciascun item. In questo modo è stato possibile accedere ai pensieri che il paziente fa nelle situazioni indicate (ad esempio: *fare la figura dello stupido è una cosa tremenda, terribile e inaccettabile, meglio sarebbe morire*), alle relative emozioni (ad esempio: ansia, paura, vergogna, senso di umiliazione e paura di essere aggredito), alle strategie di coping, spesso maladattative, messe in atto dal paziente (accondiscendenza indiscriminata, sottomissione e rinuncia) al fine di fronteggiare la situazione temuta, e, infine, all'esplorazione di strategie di coping alternative (ad esempio: verbalizzare il proprio stato di ansia e confusione all'interlocutore e chiedere aiuto nel processo di decisione).

#### *Scala di Gambrill e Richey*

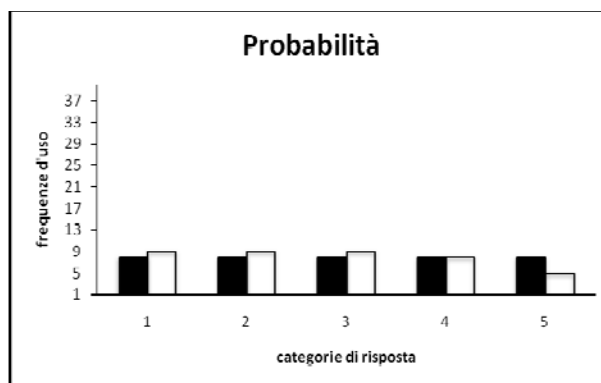
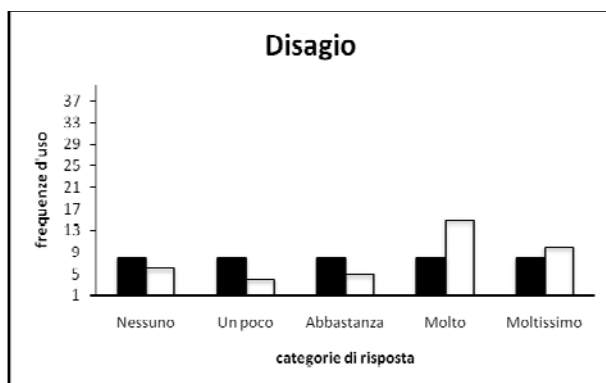
##### *Analisi del punteggio al test e considerazioni di tipo nomotetico*

La Scala fornisce due punteggi separati, uno relativo al *grado di ansia o di disagio provato dal paziente*, l'altro relativo alla *probabilità che il paziente metta in atto il comportamento* descritto da ciascun item. Tutti e 40 gli item del test riportano comportamenti assertivi, perciò la prima volta il paziente valuta il grado di ansia o disagio provato, qualora dovesse mettere in atto il comportamento assertivo indicato, fornendo un punteggio da 1 a 5 (il punteggio totale è dato dalla somma delle risposte), la seconda volta valuta la probabilità con cui mette in atto ciascun comportamento indicato su un'altra scala da 1 a 5 (anche in questo caso il punteggio totale è dato dalla somma delle risposte). Il punteggio di ansia o disagio del paziente è pari a 139, che, confrontato con i valori del campione normativo (380 soggetti, media = 91.99, deviazione standard = 20.44, range: 71.55 – 112.43) risulta alto. Anche in questo caso, il punteggio del paziente si colloca due deviazioni standard sopra la media, denotando un elevato livello di ansia o disagio. Il punteggio di probabilità è pari a 111, che, confrontato con i valori del campione normativo (380 soggetti, media = 95.21, deviazione standard = 18.78, range: 76.43 – 113.99), risulta nella norma. Dal momento che il punteggio 111 si colloca nella parte alta del range, nel quale vi rientra davvero per “un soffio”, potremmo collocare il paziente in una zona intermedia compresa tra quella dei soggetti *anassertivi* (dato che verrebbe confermato, tra l'altro, anche dal punteggio al Questionario di Assertività di Rathus) e quella degli *esecutori ansiosi* (dal momento che il paziente, anche per il tipo di lavoro svolto, è costretto a volte a mettere in atto proprio quei comportamenti che più lo mettono in ansia e a disagio).



### Analisi del comportamento di risposta e considerazioni di tipo idiografico

La Scala si presta ad analizzare due comportamenti di risposta, uno relativo a quando il soggetto risponde al test valutando il proprio grado di disagio o ansia, l'altro relativo a quando il soggetto risponde al test valutando la probabilità di emissione del comportamento indicato (base-line per entrambi:  $40 : 5 = 8$ , barre scure). Il primo grafico evidenzia che il paziente dà, come risposta modale, "Molto", confermando l'elevata reattività psico-fisiologica del soggetto all'idea di mettere in atto comportamenti assertivi. Segue la risposta "Moltissimo", a conferma di quanto appena detto. Il secondo grafico, invece, fa vedere come le risposte modali siano le prime 3, indicando che il paziente mette in atto i comportamenti per lui ansiogeni e disagiati da "Tutte le volte che ciò è opportuno" a "Circa il 50% delle volte", dato che corroborerebbe l'ipotesi che il paziente rientri negli esecutori ansiosi.



Gli item che hanno ricevuto una risposta estrema sono i seguenti:

MOLTISSIMO DISAGIO	PROBABILITÀ (LO FACCIO RARAMENTE O MAI)
	1. Dire di no se qualcuno mi chiede in prestito la macchina o una cosa alla quale tengo molto
3. Chiedere un piacere a qualcuno	
	4. Non cedere di fronte all'insistenza di un venditore
	6. Dire di no se qualcuno mi chiede di uscire insieme e io non ne ho voglia
8. Se una persona alla quale tengo molto fa qualcosa che mi offende o mi preoccupa, dirglielo apertamente	8. Se una persona alla quale tengo molto fa qualcosa che mi offende o mi preoccupa, dirglielo apertamente
19. Ammettere di non avere chiara una cosa di cui si sta discutendo, e chiedere un chiarimento	19. Ammettere di non avere chiara una cosa di cui si sta discutendo, e chiedere un chiarimento
20. Chiedere lavoro	
	23. Pretendere di essere serviti in maniera adeguata (per esempio al bar, in pizzeria, al ristorante) se il servizio è scadente
24. Discutere apertamente con qualcuno riguardo al	24. Discutere apertamente con qualcuno riguardo al

suo atteggiamento critico nei miei confronti	suo atteggiamento critico nei miei confronti
25. Restituire una merce difettosa	
26. Esprimere un'opinione contraria a quella della persona con cui sto parlando	26. Esprimere un'opinione contraria a quella della persona con cui sto parlando
28. Se mi sembra che una persona si sia comportata scorrettamente nei miei confronti, dirglielo apertamente	28. Se mi sembra che una persona si sia comportata scorrettamente nei miei confronti, dirglielo apertamente
	34. Non lasciarmi mettere in agitazione dalle richieste pressanti di qualcuno
	37. Accettare un complimento che mi viene rivolto, senza sminuirlo
39. Se un amico o un collega dice o fa qualcosa che mi disturba, dirglielo apertamente	39. Se un amico o un collega dice o fa qualcosa che mi disturba, dirglielo apertamente
40. Se una persona mi sta infastidendo in pubblico, chiederle di smettere	40. Se una persona mi sta infastidendo in pubblico, chiederle di smettere

Nell'inchiesta di approfondimento, per quanto riguarda il discorso disagio, visto lo stile di risposta del soggetto, vengono scelti solo quegli item per il quale il paziente esprime disagio al massimo livello (5 = Moltissimo). Nel caso in cui la categoria "Moltissimo" non fosse stata scelta, si sarebbe scesi di una categoria.

Per quanto riguarda invece il discorso probabilità, dato sempre lo stile di risposta del soggetto, vengono scelti quegli item i cui comportamenti non vengono mai messi in atto dal paziente o solo raramente (risposte 5 e 4).

In entrambi i casi, gli item vengono riproposti verbalmente in sede di inchiesta. Di particolare interesse, a questo proposito, sono quegli item che mettono il paziente a disagio a tal punto che evita di mettere in atto il comportamento corrispondente (com'è ad esempio, nel caso del paziente, la situazione prospettata dall'item 19, al quale il paziente ha reagito con risposta 5 sia nel caso di disagio – "Moltissimo" – sia nel caso di probabilità – "Non lo faccio mai").

### Conclusioni

*Psychological assessment and clinical judgement* è il titolo di un capitolo scritto da Garb, Lilienfeld e Fowler all'interno del volume curato da Barbara Winstead nel 2008 *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding*. Gli autori sostengono l'utilizzo di strumenti diversi per condurre un assessment di tipo clinico ed evidenziano l'importanza che tali strumenti siano dotati di una taratura in grado di renderli validi e attendibili.

È del 1992 invece l'articolo in cui Levine, Sandeen e Murphy, sulla rivista *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* pongono il problema della possibilità di utilizzare informazioni nomotetiche per rispondere a quesiti idiografici nell'ambito di contesti clinici e psicoterapici. Nel 2000, quindi 8 anni dopo, esce il primo articolo in cui si fa esplicito riferimento, già nel titolo, alla possibilità di avvalersi di un test nomotetico in modo idiografico (si tratta del lavoro di Joshua M. Weiss: *Idiographic Use of the MMPI-2 in the Assessment of Dangerousness Among Incarcerated Felons*, pubblicato sull'*International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*).

Nel 2005 esce un articolo scritto da un autore Rumeno il cui titolo, tradotto in inglese, suona come *Personality research between nomothetic and idiographic strategies: Conceptual methodological differences*, e, nel 2006, un articolo sul *Giornale Italiano di Psicologia* dal titolo *Approccio*

*idiografico e approccio nomotetico alla persona: il caso dei test psicologici* (Sartori & Bortolani, 2006). L'esigenza di avvalersi in modo idiografico di strumenti nomotetici nati per l'indagine psicometrica di caratteristiche psicologiche esce dal contesto internazionale per entrare nel vivo delle singole realtà europee e cercare di trovare risposte ai quesiti: È possibile avvalersi in modo idiografico di un test nomotetico? Ha senso? Come si può fare? (cfr. Sartori, in press).

Il presente contributo ha voluto esemplificare come sia possibile avvalersi in modo idiografico di strumenti nomotetici per personalizzare l'utilizzo di tali strumenti nel contesto dell'assessment vista come fase della psicoterapia.

Riassumendo l'esperienza presentata, si può concludere che la lettura nomotetica dei risultati dei questionari indica che ci troviamo di fronte ad un soggetto che prova forte ansia o disagio (o che comunque si attiva molto sul piano delle reazioni psico-fisiologiche) all'idea di mettere in atto comportamenti assertivi tesi all'affermazione di sé, a porre domande, avanzare dubbi ed esprimere opinioni. I punteggi di entrambi i questionari vanno nella stessa direzione.

La lettura idiografica degli stessi risultati, inoltre, permette di evidenziare, in modo più saliente per il paziente, la sua anassertività (facendogliela vedere attraverso il suo stile di risposta), e di graduare gli item da quello che crea nel paziente più ansia o disagio a quello che ne crea meno. Questo ha permesso, nel caso specifico, di focalizzare l'attenzione sul fatto che porre domande di chiarimento e mostrare di non aver capito qualcosa sono situazioni particolarmente problematiche per il paziente, il quale ha in testa l'idea che fare la figura dello stupido sia una cosa tragica al massimo livello.

A questo punto, l'assessment su un aspetto specifico e problematico del paziente può dirsi concluso. Può quindi avere inizio un lavoro psicoterapico al riguardo.

## *Bibliografia*

Allport, G. (1928). A test for ascendance-submission. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 23, 118-136.

Ackerman, S.J., Hilsenroth, M.J., Baity M.R., & Blagys, M.D. (2000). Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 75, 82-109.

Anastasi, A. (2002). *I test psicologici*. Milano: Franco Angeli. XVIII Edizione.

Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic process and alliance during psychological assessment: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 323-337.

Baldini, F. (2004). *Homework. Un'antologia di prescrizioni terapeutiche*. Milano: McGraw-Hill.

Ball, J.D., Archer, R.P., & Imhof, E.A. (1994). Time requirements of psychological testing: A survey of practitioners. *Journal of Personality Assessment*, 63, 239-249.

Bara, G.B. (ed) (2005). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Vol. I. : Teoria. Torino: Bollati Boringhieri.

Bara, G.B. (ed) (2005). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Vol. II: Clinica. Torino: Bollati Boringhieri.

Bara, G.B. (ed) (2006). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Vol. III: Patologie. Torino: Bollati Boringhieri.

Berant, E. & Zim, S. (2008). Between two worlds: A case study of the integrative process of personality assessment. *Rorschachiana*, 29, 201-232.

Bordin, E.S. (1975). The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy. *Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research*, Washington (DC).

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-60.

- Brown, W.R. & McGuire, J.M. (1976). Current psychological assessment practices. *Professional Psychology*, 7, 475-484.
- Camara, W.J., Nathan, J.S., & Puente, A.E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 141-154.
- Carli, R., Paniccia, R.M., Bonavita, V., Terenzi, V., & Giovagnoli, F. (2009). Decostruire e riorganizzare il costruito di Alleanza Terapeutica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 36-49,.
- Cilia, S. & Sica, C. (1998). *Assessment cognitivo-comportamentale: le strategie CBA-2.0*. Salerno: TecnoScuola.
- Cionini, L. (2006). L'assessment. In G.B. Bara (Ed.). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Volume terzo: Patologie, 15-81. Torino: Bollati Boringhieri.
- Di Blas, L. (2008). *I test di personalità*. Roma: Carocci.
- Fine, S.F. & Glasser, P.H. (1999). *Il primo colloquio – Coinvolgimento e relazione nella professione d'aiuto*. Milano: McGraw-Hill.
- Finn, S.E. & Tonsager, M.E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms: Assessment in psychological treatment: A necessary step for effective intervention. *Psychological Assessment*, 9, 374-385.
- Finn, S.E. (2007). *In our clients' shoes. Theory and techniques of therapeutic assessment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Garb, H.N., Lilienfeld, S.O., & Fowler, K.A. (2008). Psychological assessment and clinical judgement. In B.A. Winstead (Ed). *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (2nd ed.). (pp. 103-124). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Galeazzi, A. (1990). Uno strumento per l'assessment comportamentale: il Questionario di Assertività di Rathus (R.A.S.). *Bollettino di Psicologia Applicata*, 190, 3-12.
- Galeazzi, A. & Meazzini, P. (2004). *Mente e comportamento*. Firenze: Giunti.
- Gambrill, E.D. & Richey, C.A. (1975). An Assertion Inventory for use in assessment and research. *Behaviour Therapy*, 6, 550-561.
- Guilford J.P. & Zimmerman W.S. (1956). *The Guilford-Zimmerman Aptitude Survey*. Beverly Hills: Sheridan Supply Co.
- Hilsenroth, M.J., Ackerman, S., Clemence, A., Strassle, C., & Handler, L. (2002). Effects of structured clinical training on patient and therapist perspectives of alliance early in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 309-323.
- Hilsenroth, M.J. & Cromer, T.D. (2007). Clinician interventions related to alliance during the initial interview and psychological assessment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 205-218.
- Hilsenroth, M.J., Peters, E.J., & Ackerman, S.J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83, 332-344.
- Hunsley, J. & Meyer, G.J. (2003). The incremental validity of psychological testing and assessment: Conceptual, methodological, and statistical issues. *Psychological Assessment*, 15, 446-455.
- Kamphuis, J.H., Emmelkamp, P.M.G., & de Vries, V. (2003). Moderated validity of clinical informant assessment: use in depression and personality. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 102-107.
- Kanfer, F.H. (1985). Target selection for clinical change programs. *Behavioral Assessment*, 10, 107-121.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.

- Kelly, G.A. (1963). *A theory of personality. The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kolanowski, A., Hoffman, L., & Hofer, S.M. (2007). Concordance of self-report and informant assessment of emotional well-being in nursing home residents with dementia, *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, 20-27.
- Lang, M. (ed) (2008). *I dieci test che lo psicologo deve conoscere*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lanman, M. & Grier, F. (2003). Objectivity in psychoanalytic assessment of couple relationships. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 255-260.
- Lauriola, M. (2007). Validità e uso diagnostico dei test. In A.P. Ercolani (Ed.). *Strumenti statistici per la ricerca, la valutazione e la diagnosi in psicologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Levine, F.M., Sandeen, E., & Murphy, C.M. (1992). The therapist's dilemma: Using nomothetic information to answer idiographic questions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29, 410-415.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lis, A., Venuti, P., & De Zordo, M.R. (1995). *Il colloquio come strumento psicologico*. Firenze: Giunti.
- Louttit, C.M. & Brown, C.G. (1947). Psychometric instruments in psychological clinics. *Journal of Consulting Psychology*, 11, 49-54.
- Lubin, B., Larsen, R.M., & Matarazzo, J.D. (1984). Patterns of psychological test usage in the United States: 1935-1982. *American Psychologist*, 39, 451-454.
- Lubin, B., Wallis, R.R., & Paine, C. (1971). Patterns of psychological test usage in the United States: 1935-1969. *Professional Psychology*, 2, 70-74.
- Meyer, V. (1975). The impact of research on the clinical application of behavior therapy. In R.I. Thompson & W.S. Dockens (Eds.). *Applications of behaviour modification*. New York: Academic Press.
- Morrison, J. (1995). *The first interview: Revised for DSM-IV*. New York: Guilford.
- Nisi, A., Ceccarini, P., & Pagliaro, D. (1986). Standardizzazione italiana dell'Assertion Inventory di Gambrill e Richey: uno studio pilota. *Teoria del Comportamento*, 7, 121-132.
- O'Roark, A.M. & Exner, J.E. (eds) (1989). *History and directory: Society for personality assessment fiftieth anniversary*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Oskamp, S. (1965). Overconfidence in case-study judgements. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 261-265.
- Othmer, E. & Othmer, S.C. (2004). *L'intervista clinica con il DSM-IV-TR*, Milano: Raffaello Cortina.
- Pedrabissi, L. & Santinello, M. (1997). *I test psicologici*. Bologna: Il Mulino.
- Petit, C. (2008). Psychoanalytic psychotherapy assessment in a child and adolescent mental health setting: An exploratory study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 139-155.
- Quadrio, A. (ed) (1997). *Il colloquio in psicologia*. Bologna: Il Mulino.
- Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behaviour. *Behaviour Therapy*, 4, 398-406.
- Rolandi, A. & Bauer, B. (1981). La scala di Gambrill e Richey per l'assessment del comportamento assertivo. *Giornale Italiano di Analisi e Modificazione del Comportamento*, 2, 133-138.
- Rumiati, R. & Bonini, N. (1996). *Le decisioni degli esperti*. Bologna: Il Mulino.

- Rumpold, G., Doering, S., Smrekar, U., Schubert, C., Koza, R., & Schatz, D.S. (2005). Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation enhancing phase among psychotherapy outpatients. *Psychotherapy Research*, 15, 103-116.
- Sartori, R. (2007). Il colloquio psicologico tra ricerca, diagnosi e terapia. *Quaderni DIPAV*, 18, 127-140.
- Sartori, R. (*in press*). Tecniche proiettive e strumenti psicometrici per l'indagine di personalità. Milano: LED.
- Sartori, R. & Bortolani, E. (2006). Approccio ideografico e approccio nomotetico alla persona: il caso dei test psicologici. *Giornale Italiano di Psicologia*, 1, 107-118.
- Sica, C. – Cilia, S. (2004). I fondamenti dell'assessment. In A. Galeazzi & P. Meazzini (Eds.). *Mente e comportamento*. pp. 117-146. Firenze: Giunti.
- Sundberg, N.D. (1961). The practice of psychological testing in clinical services in the United States. *American Psychologist*, 16, 79-83.
- Taleb, N.N. (2008). *Il cigno nero*. Milano: Il Saggiatore.
- Turkat, I. (1985). *Behavioural case formulation*. New York: Plenum.
- Weiss, J.M. (2002). Idiographic Use of the MMPI-2 in the Assessment of Dangerousness Among Incarcerated Felons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44, 70-83.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behaviour therapy*. New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J. & Lazarus, A.A. (1966). *Behaviour Therapy Techniques*. London, Pergamon Press.