

L'ASSESSMENT TERAPEUTICO

UTILIZZARE I TEST PSICOLOGICI PER FAVORIRE IL CAMBIAMENTO NEI PROPRI CLIENTI

Francesca Fantini, Filippo Aschieri, Raja M. David,
Hale Martin e Stephen E. Finn

L'ASSESSMENT TERAPEUTICO

**UTILIZZARE I TEST PSICOLOGICI PER FAVORIRE
IL CAMBIAMENTO NEI PROPRI CLIENTI**

Edizione italiana a cura di Cristina Corvi, Erica Dell'Acqua,
Elisa Delvecchio, Attà Negri e Silvia Salcuni

L'assessment terapeutico

Utilizzare i test psicologici per favorire il cambiamento nei propri clienti

Francesca Fantini, Filippo Aschieri, Raja M. David, Hale Martin e Stephen E. Finn

ISBN: 979-12-81075-09-2

Titolo originale: *Therapeutic Assessment with Adults. Using psychological testing to help clients change*

Traduzione autorizzata dall'edizione in lingua inglese pubblicata da
Routledge, parte di Taylor & Francis Group LLC.

© 2022, Francesca Fantini, Filippo Aschieri, Raja M. David, Hale Martin e Stephen E. Finn

© 2025, Hogrefe Editore

Viale Antonio Gramsci 42, 50132 Firenze

www.hogrefe.it

Traduzione dall'inglese: Cristina Corvi, Erica Dell'Acqua, Elisa Delvecchio, Attà Negri e Silvia Salcuni

Coordinamento editoriale: Jacopo Tarantino

Redazione: Alessandra Galeotti

Impaginazione e copertina: Stefania Laudisa

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione dell'opera o di parti di essa con qualsiasi mezzo, compresa stampa, copia fotostatica, microfilm e memorizzazione elettronica, se non espressamente autorizzata dall'Editore.

Gli autori

Francesca Fantini

PhD, psicologa, è Professore a contratto presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano dove insegna Assessment di personalità. Attualmente fa parte del comitato scientifico del Centro Europeo per l'Assessment Terapeutico (CEAT) della stessa Università ed è membro del CdA del Therapeutic Assessment Institute (TAI). È docente in corsi di laurea e post-laurea sui test di personalità, sull'uso collaborativo dei test e sull'Assessment Terapeutico in Italia e all'estero. Ha pubblicato articoli sull'Assessment Terapeutico con diversi tipi di clienti (ad es., famiglie con bambini e clienti adulti) e sull'uso dei test proiettivi nell'assessment multiculturale, e ha curato con F. Aschieri e P. Bevilacqua l'adattamento italiano del test proiettivo multiculturale *Tell-Me-A-Story* (TEMAS; G. Costantino, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, 2010).

Filippo Aschieri

PhD, è Professore associato presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano ed è coordinatore internazionale del Master in Psicologia Sistemica dell'Università di Monterrey, Messico. Ha ricevuto il "Department Acknowledgement" per risultati di ricerca di elevata qualità (2015, 2019), il "Martin Mayman Award for Distinguished Contribution to the Personality Assessment Literature" dalla Society for Personality Assessment (2013) e il "Premio per l'integrazione di scienza e pratica in psicologia" del *Journal of Contemporary Psychotherapy*, nella categoria "Diagnosis and Assessment", per il miglior articolo sulla valutazione della personalità (2018). È membro del CdA del Therapeutic Assessment Institute (TAI), *fellow* della Society for Personality Assessment e Direttore del Centro Europeo per l'Assessment Terapeutico (CEAT), dove lavora come clinico e supervisore. Dal 2019 al 2023 è stato Direttore scientifico della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Integrata promossa da Sanicare Coop. Soc., di Marina di Massa, in cui gli allievi intraprendono un programma di formazione di quattro anni in AT con clienti adulti, famiglie e coppie e nel modello sistemico-relazionale per l'intervento familiare. Dal 2020 è *Editor in Chief* di *Rorschachiana*, rivista della International Society for the Rorschach and Projective Methods. Con F. Fantini e P. Bevilacqua ha curato l'adattamento italiano di *Tell-Me-A-Story* (TEMAS; G. Costantino, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, 2010) e con I. Durosini e M. Ciancaleoni quello del NEO Five-Factor Inventory-3 (NEO-FFI-3; P.T. Costa e R.R. McCrae, Hogrefe, 2018).

Raja M. David

PsyD, psicologo, è titolare del Minnesota Center for Collaborative/Therapeutic Assessment, Saint Paul, MN. È stato *Assistant Professor* e Direttore didattico del Dottorato in Psicologia clinica della Minnesota School of Professional Psychology, dove ha tenuto corsi sull'Assessment Terapeutico (AT). Autore del capitolo sulla conduzione della seduta iniziale nell'AT dell'*Oxford*

handbook of personality and psychopathology assessment (2nd ed.) (a cura di J.L. Mihura, Oxford University Press, Oxford, 2021), tiene abitualmente workshop sull'AT, fa parte del CdA del Therapeutic Assessment Institute (TAI) ed è uno degli *editor* della newsletter *TA Connection*.

Hale Martin

PhD, Professore presso la Graduate School of Professional Psychology dell'Università di Denver, dove tiene un corso sull'Assessment Terapeutico, ha pubblicato numerosi capitoli di libro e articoli sul modello. Psicologo, ha fondato il Colorado Center for Therapeutic Assessment e la Colorado Assessment Society, di cui è stato il primo Presidente per otto anni e di cui è tuttora membro del comitato esecutivo. È *Fellow* della Society for Personality Assessment e membro del CdA del Therapeutic Assessment Institute (TAI). È certificato in Assessment Terapeutico con adulti e ricopre il ruolo di *Associate Editor* della newsletter *TA Connection*.

Stephen E. Finn

PhD, fondatore del Centro per l'Assessment Terapeutico, è Professore associato di Psicologia presso la University of Texas at Austin (città dove esercita come psicologo clinico) e Direttore didattico del CEAT e dell'Asian-Pacific Center for Therapeutic Assessment di Tokyo. Ha pubblicato più di novanta tra articoli e capitoli sull'assessment psicologico, la psicoterapia e altri argomenti di psicologia clinica ed è autore di *In our clients' shoes. Theory and techniques of Therapeutic Assessment* (LEA, 2007; tr. it.: *Nei panni dei nostri clienti. Teoria e tecniche dell'Assessment Terapeutico*, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, 2009), di *Manual for using the MMPI-2 as a therapeutic intervention* (University of Minnesota Press, 1996) e, insieme a Constance Fischer e Leonard Handler, di *Collaborative/Therapeutic Assessment: A casebook and guide* (Wiley, 2012). Nel 2011 è stato insignito dalla Society of Personality Assessment del "Bruno Klopfer Award", per i suoi eccellenti contributi nel campo dell'assessment di personalità. Nel 2017 ha ricevuto il premio "Distinguished Contributions to Assessment Psychology", dalla Sezione IX (Assessment) della Society for Clinical Psychology (Divisione 12 dell'American Psychological Association), e nel 2018 il "Carl Rogers Award" per l'eccezionale contributo alla teoria e alla pratica della psicologia umanistica dalla Society for Humanistic Psychology (Divisione 32 dell'American Psychological Association).

Curatori dell'edizione italiana

Cristina Corvi, psicologa e psicoterapeuta, certificata in Assessment Terapeutico con clienti adulti, svolge attività clinica presso il Centro Europeo per l'Assessment Terapeutico dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Docente in corsi post-lauream sull'utilizzo collaborativo dei test dell'Alta Scuola di Psicologia Agostino Gemelli, insegna Assessment Terapeutico nella Scuola di Specializzazione in Psicologia Integrata-Sanicare, di cui è membro del Comitato didattico.

Erica Dell'Acqua, psicologa e psicoterapeuta, certificata in Assessment Terapeutico con clienti adulti, svolge attività clinica presso il Centro Europeo per l'Assessment Terapeutico dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e il Servizio di consulenza psicologica per gli studenti della stessa università. Docente in corsi post-lauream sull'utilizzo collaborativo dei test dell'Alta Scuola di Psicologia Agostino Gemelli, insegna Assessment Terapeutico nella Scuola di specializzazione in Psicologia Integrata-Sanicare.

Elisa Delvecchio, PhD, psicologa e psicoterapeuta, Professore associato presso il Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione dell'Università degli Studi di Perugia, insegna Assessment psicodinamico in età evolutiva e Strumenti per la valutazione e progettazione dell'intervento in ambito familiare. Coordina il Psychology and Cultures Lab afferente all'International Human-Being Research Center.

Attà Negri, PhD, Professore associato in Psicologia dinamica e Direttore del Corso di perfezionamento in disturbi specifici dell'apprendimento e benessere nei contesti scolastici presso l'Università degli Studi di Bergamo, tiene corsi sulla diagnosi relazionale nella prospettiva dell'Assessment Terapeutico. È membro del Referential Process Research Group guidato da Wilma Bucci e ha condotto diversi studi sullo stile linguistico associato ai processi di elaborazione emotiva e cambiamento nella psicoterapia e nell'assessment.

Silvia Salcuni, PhD, psicologa e psicoterapeuta, Professore associato di Psicologia dinamica presso l'Università degli Studi di Padova, insegna Psicologia dinamica, Assessment in età adulta e Bilancio clinico e valutazione degli interventi e dirige la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia del Ciclo di Vita. Le sue aree di ricerca sono relative all'assessment di personalità, alla validazione di strumenti testistici e allo studio dell'efficacia degli interventi terapeutici.

A tutti i nostri clienti

Indice

Prefazione	
<i>Christopher J. Hopwood</i>	XV
Presentazione	XXI
Parte prima. Basi teoriche, sviluppo e ricerca sull'Assessment Terapeutico	
1. Come può un assessment psicologico essere terapeutico?	3
1.1. Che cos'è l'AT	4
1.2. L'AT: caratteristiche comuni dei clienti	6
1.3. Perché i test psicologici sono utili?	19
1.4. Perché i test psicologici vengono utilizzati in modo collaborativo nell'AT?	24
1.5. In che modo l'AT è conforme agli approcci di assessment sensibili alle diversità?	33
1.6. Limitazioni e controindicazioni all'AT	35
1.7. Conclusioni	36
2. Lo sviluppo dell'Assessment Terapeutico	38
2.1. Le critiche alla valutazione psicologica	38
2.2. I precursori dell'AT	39
2.3. Constance Fischer: un approccio dalle scienze umane per la valutazione psicologica	41
2.4. Leonard Handler: un pioniere dell'AT	43
2.5. Stephen E. Finn: lo sviluppo dell'AT	43
3. La ricerca sull'Assessment Terapeutico	46
3.1. Il confronto tra l'AT e altre condizioni di controllo	47
3.2. Studi quasi-sperimentali a misure ripetute su casi singoli	52
3.3. Studi qualitativi sull'AT	57
3.4. Metanalisi relative all'AT	58

Parte seconda. Fasi dell'Assessment Terapeutico con clienti adulti

4. Il contatto iniziale	65
4.1. Costruire la relazione e fornire informazioni sull'AT per un consenso informato	65
4.2. Il processo decisionale durante il primo contatto telefonico	73
4.3. Affrontare le diverse questioni dei clienti durante la prima telefonata	76
4.4. Lavorare con un inviante	77
Caso clinico: primo contatto con Emma	80
5. La seduta iniziale	82
5.1. Creare una relazione terapeutica: aiutare il cliente a regolare il sistema di attaccamento e costruire la fiducia epistemica	82
5.2. Raccolta delle Domande di Assessment	96
5.3. La struttura della seduta iniziale	99
5.4. Lavorare con l'inviante	108
5.5. Errori e sfide comuni nella prima seduta	109
Caso clinico: seduta iniziale con Emma	115
6. La somministrazione dei test psicologici e la conduzione dell'Inchiesta Estesa	126
6.1. La somministrazione dei test psicologici	126
6.2. L'Inchiesta Estesa	133
6.3. Discutere insieme ai clienti dei risultati dei test prima della Seduta di Discussione e Riepilogo	151
6.4. Lavorare con gli invianti: mantenere i contatti durante la fase di somministrazione dei test	153
Caso clinico: sedute di somministrazione dei test e Inchieste Estese con Emma	154
7. La concettualizzazione del caso	162
7.1. La concettualizzazione del caso come parte di un AT	162
7.2. Caratteristiche principali della concettualizzazione di un caso di AT	163
7.3. Teorie e ricerche che nell'AT si sono rivelate utili per costruire la concettualizzazione del caso	167
7.4. Potenziali errori nel costruire la concettualizzazione del caso	172
7.5. Lavorare con l'inviante	172
Caso clinico: i risultati dei test di Emma	173
8. La Seduta Intervento	187
8.1. Seduta Intervento: definizione e fondamenti	187
8.2. Pianificare la Seduta Intervento	189
8.3. Strategie generali di conduzione delle Sedute Intervento per evocare il comportamento problematico	197
8.4. Condurre la Seduta Intervento	205
8.5. Lavorare con le reazioni emotive del cliente	212
8.6. Chiudere la Seduta Intervento	217

8.7. Post-seduta	217
8.8. Errori comuni durante la Seduta Intervento	218
8.9. Quando la Seduta Intervento è inutile o controindicata	220
8.10. Conclusioni	220
Caso clinico: Seduta Intervento con Emma	221
9. La Seduta di Discussione e Riepilogo	232
9.1. Obiettivi e principi della Seduta di Discussione e Riepilogo	233
9.2. Preparazione della Seduta di Discussione e Riepilogo	234
9.3. Fasi per la conduzione della Seduta di Discussione e Riepilogo	242
9.4. Errori comuni nella Seduta di Discussione e Riepilogo	249
9.5. Conclusione	253
Caso clinico: Seduta di Discussione e Riepilogo con Emma e Jeanne	254
10. Il feedback scritto	267
10.1. La relazione testistica tradizionale nell'assessment psicologico e la differenza con la lettera dell'AT	267
10.2. La lettera dell'AT	269
10.3. La relazione psicologica con fini terapeutici	280
10.4. Errori comuni di contenuto e di processo del feedback scritto	282
10.5. Sintesi	284
Caso clinico: lettera dell'AT a Emma	284
11. La Seduta di Follow-up	295
11.1. Caratteristiche comuni delle Seduta di Follow-up	295
11.2. Peculiarità della Seduta di Follow-up a seconda del setting e delle caratteristiche specifiche del cliente	298
Caso clinico: Seduta di Follow-up con Emma	299
12. Apprendimento, pratica e marketing dell'Assessment Terapeutico	305
12.1. Sviluppare le proprie competenze nell'AT	305
12.2. Introdurre l'AT in nuovi contesti professionali	311
12.3. Avviare uno studio professionale specializzato in Assessment Collaborativo o in Assessment Terapeutico	313
12.4. Ottenere supporto durante l'apprendimento e la pratica dell'AT	315
13. Il futuro	317
Bibliografia	321
Appendice. Esempi di Sedute Intervento con clienti adulti tratti dalla letteratura	337
Indice analitico	341

Prefazione

Caro Chris,

ti scrivo pensandoti nel 2006, oggi, forte dei risultati degli ultimi quindici anni della tua carriera come psicologo, in modo che tu possa avere qualcosa su cui riflettere mentre ti appresti ad attraversare il prossimo decennio e mezzo. Spero che questo mio scritto ti aiuterà a rispondere ad alcune delle domande che ti preoccupano mentre affronti la scuola di specializzazione e le prime esperienze con i pazienti. Con il senno di poi, credo che siamo stati in grado di fornire alcune risposte preliminari – ma utili – alle tue domande, nonché alcune idee su come potrai continuare a crescere e realizzarti.

Come faccio a decidere cosa voglio fare?

Hai elencato con entusiasmo le diverse possibilità offerte dalla psicologia clinica e hai descritto come tutte queste opzioni siano al contempo un vantaggio e una sfida: volevi diventare esperto nella ricerca e nella pratica, ad avere competenze sia nel campo della personalità che nella psicologia clinica, a condurre assessment diagnostici e psicoterapie. Hai anche parlato dell'ammirazione e della gratitudine che provi per i tuoi mentori e supervisori e del tuo desiderio di avere un effetto simile sui tuoi futuri studenti e tirocinanti. Hai detto di voler "fare tutto", ma al contempo hai sentito la pressione esterna a selezionare, restringere il campo e specializzarti. Ti è stato detto da maestri fidati che il successo nella ricerca significa ridurre il tempo dedicato al lavoro clinico e che la ricerca deve essere programmatica. Ti è stato detto che per avere successo la gente deve conoscerti come la persona che fa X. E allora ti sei chiesto: "Qual è la mia X"?

Nella scuola di specializzazione hai imparato che il successo nella ricerca crea maggiori opportunità rispetto all'esperienza clinica, quindi la tua priorità è stata quella di stabilire un solido curriculum di ricerca. Hai anche detto, però, che per te era altrettanto importante fare più esperienze cliniche possibili e che questo comportava una serie di sfide completamente diverse. Ti sei quindi sentito poco onesto nell'accettare casi extra, anche se ti sembravano interessanti, come se stessi tradendo le aspettative altrui: stavi sviluppando la sensazione di non voler stare in un luogo in cui l'occuparsi di pratica clinica significava doversi sentire così e, in quel momento, è emerso in te un impopolare ma genuino disgusto per la versione ortodossa della "scienza clinica", che inquadra scienza e pratica come in qualche modo incompatibili all'interno della stessa persona e attribuisce un primato alla prima sulla seconda.

Come nel caso del corso di dottorato, alla fine hai scelto un tirocinio e un primo lavoro presso istituzioni con una storia di valorizzazione sia della ricerca che, contemporaneamente, della pratica clinica. Tuttavia, quando sei finalmente arrivato ad essere un ricercatore universitario ti è stato detto – ancora una volta – che non potevi fare tutto, che così rischiavi di disperderti ed esaurirti, che avresti dovuto scegliere un obiettivo specifico e che la ricerca programmatica e finanziabile doveva essere la priorità. Quando hai espresso interesse per l'abilitazione e la supervisione clinica sei stato guardato con un certo scetticismo e ti hanno chiesto se volessi fare assessment diagnostico o psicoterapia e tu hai ostinatamente risposto: "Entrambi... ehm, nessuno dei due... sono davvero così diversi?"

So che ora non ti sembra così, ma è evidente da qui che ti stavi fidando di te stesso. Deve essere stato molto confuso ricevere continuamente messaggi in cui ti si diceva di dover restringere i tuoi interessi perché questo non era in linea con la persona che volevi essere – la versione autentica di te stesso che stavi così diventando. Avevi la sensazione interiore che esistesse una dialettica – e spesso una relazione sinergica – tra ricerca e pratica, valutazione diagnostica e psicoterapia, stabilità e cambiamento, sicurezza e crescita. Tendenzialmente, Chris, sappi che quando ti fidi di questo sesto senso interiore fai bene.

In effetti, lo stai già facendo! In questo momento, come studente laureato, stai conducendo una sperimentazione con il tuo tutor e supervisore Les Morey per verificare se un intervento di Assessment Terapeutico (AT) sia in grado di aiutare i pazienti suicidari a impegnarsi al meglio in un trattamento cognitivo-comportamentale breve manualizzato. Proprio in questo contesto hai conosciuto Steve Finn (che emozione!). Ricordi come sei rimasto colpito dal fatto che Steve non avesse preso la strada che gli altri avevano scelto per lui e di come invece stesse lasciando il suo segno nel mondo, mescolando interessi e talenti in modo da restare fedele a se stesso? Quella sensazione ti stava dicendo qualcosa di importante. Di recente hai iniziato a svolgere l'AT con i tuoi pazienti, imparando per la prima volta che la valutazione psicodiagnostica e la terapia non sono strategie diverse con obiettivi diversi, ma hanno piuttosto obiettivi complementari che si rafforzano e si potenziano vicendevolmente. Vedrai che con il tempo ti convincerai ancor di più che la terapia senza assessment è come una nave senza timone e che, invece, l'assessment psicologico senza terapia è come una nave senza porto. Alla fine, userai l'AT come struttura organizzativa per l'insegnamento e la supervisione clinica e aiuterai i tuoi studenti ad abbattere alcune delle divisioni inutili nel campo della psicologia e del lavoro clinico. Imparerai a portare questo tipo di pensiero integrato anche nell'insegnamento in università, dove non ci sono responsabilità cliniche dirette, dapprima in California e poi in Svizzera (a dire il vero, quest'ultima parte è ancora in divenire).

Ma il punto è questo: non risponderai mai a questa domanda nel modo in cui ti aspettavi perché non era una domanda utile per te. Invece avrai imparato a riformularla e guarderai indietro con rimpianto a tutte le volte in cui hai ristretto i tuoi obiettivi per compiacere qualcun altro che pensava che "dovevi scegliere", mentre penserai con gratitudine alle volte in cui hai creduto in te stesso, ti sei affidato alla guida di buoni esempi e hai creato il tuo percorso.

Come posso formare una mia identità?

Hai parlato con passione di quanto apprezzi le molteplici teorie sulla personalità umana, i diversi approcci psicoterapici e anche di quanto sia stato affascinante per te imparare numerosi test di personalità; al contempo però hai anche espresso grande sorpresa e frustrazione per come tutta questa ricchezza abbia ceduto il passo ad atteggiamenti elitari e superficiali nel campo della salute mentale. In contrasto con la tua attrazione verso il mettere insieme le cose, nella tua esperienza sul campo hai avuto la sensazione che le cornici psicoanalitica e cognitivo-comportamentale fossero in lotta, che si dovesse decidere se fossero più validi i test self-report o quelli performance-based, se preferire il PAI o l'MMPI. Ti sei lamentato di quanto tutto questo ti confondesse, data la tua profonda convinzione che gli esseri umani sono molto complicati e che la psicologia è davvero giovane e nessuno, di certo, ha già capito tutto.

In queste circostanze ti sei ricordato di un'esperienza di particolare impatto, vissuta durante un workshop sull'AT presso la Society for Personality Assessment. A un certo punto il relatore Steve Finn ha invitato il pubblico a organizzarsi in piccoli gruppi per discutere insieme un caso, a partire dai dati del Rorschach e dell'MMPI. In un gruppo c'erano solamente tre persone, che sono state invitate a unirsi agli altri: le tre persone in questione erano – accidenti! – Joni Mihura, Dave Nichols e Greg Meyer. Partecipare ed essere trattati alla pari da questi tre luminari – discutendo i risultati di test che loro padroneggiano alla perfezione, osservando la potenza di questi strumenti nelle loro abili mani e unendone i risultati alla struttura dell'AT per aumentare l'empatia nei confronti di quel cliente – è stato estremamente formativo per te. Lasciamelo dire Chris, l'effetto non si è ancora esaurito: ricordare questo workshop ti fa ancora venire gli occhi lucidi.

Ma perché è stato così importante per te a quel tempo e perché ha ancora una tale risonanza emotiva ben quindici anni dopo? Ripensandoci, questa esperienza ha abbattuto i confini tra approcci teorici diversi, test diversi, cerchie ristrette diverse e, al contrario, ti ha mostrato il potere di mettere insieme le cose. Alla base di questo scambio c'erano le influenze dei principali teorici che amavi: l'intuizione di Sullivan, l'empatia di Rogers, l'iconoclastia di Loevinger, il rigore di Meehl. Non importava quale gergo usassimo, o quali test rispondessero a quali domande, o chi proponesse l'interpretazione più intelligente: ciò che contava era che, con la giusta attenzione, la valutazione della personalità era diventata uno strumento potente per capire profondamente qualcuno e aiutarlo a capire se stesso.

Da quell'esperienza hai appreso che l'AT è l'approccio che ti offre una cornice abbastanza grande da permettere a modelli, test e orientamenti diversi di inserirsi comodamente nel tuo lavoro. Un altro tuo modello di riferimento, Jerry Wiggins, ha usato divertenti parole come "propedeutico" ed "ecumenico" per descrivere la teoria interpersonale: questi termini significano essenzialmente che questo approccio si sposa bene con un'ampia varietà di teorie, test e tecniche. Nello stesso modo possiamo pensare all'AT, la cui stretta connessione con la teoria interpersonale è descritta magnificamente nel capitolo di Finn su Sullivan, nel suo primo libro sull'AT: nella struttura flessibile dell'AT, il ricercatore/clinico/insegnante/supervisore/paziente non si sente costretto in un'identità rigida che deve essere dichiarata e impressa per sempre, ma si sente invece libero di cambiare, provare cose diverse, testare nuove ipotesi e imparare in modo diretto dall'esperienza. Come l'identità stessa, l'AT non è una scatola chiusa con risposte stantie, ma un giardino florido in dinamico divenire.

Cosa dovrei fare concretamente con i pazienti?

La tua ultima domanda è tosta e, come le precedenti, sospetto che molte altre persone nei tuoi panni si siano sentite nel tuo stesso modo. Hai riscontrato delle complicazioni in quasi tutti i libri che hai letto e nei seminari e nei corsi a cui hai partecipato: sebbene ti abbiano fornito teorie eloquenti e complete sul comportamento e sull'intervento, premesse e linee guida utili per l'approccio ai pazienti e persino tecniche specifiche che potevano essere generalmente applicate a persone con determinati tipi di problemi, le stesse teorie, modelli e linee guida erano tuttavia avulse dal modo in cui dovevano essere applicate nelle interazioni specifiche con altri esseri umani. Ti sentivi come se mancasse qualcosa di concreto e, per questo, hai provato persino un po' di vergogna. Ti sei domandato: "Se questo fosse quello di cui la gente ha davvero bisogno, non dovrebbero esserci molte indicazioni a riguardo? Sono il solo ottuso, che non capisce?"

Dopo quindici anni di pratica, insegnamento e supervisione sono più che mai convinto che non sei mai stato ottuso ma – piuttosto – che quello che cercavi era difficile (come faceva Rogers a sapere di rispondere a Gloria: "Mi sembri una figlia piuttosto carina"?). L'ansia di essere un clinico non esiste in astratto ma in momenti concreti – quando il paziente dice, fa, sente o vuole qualcosa e tu devi rispondere. Sbagliare può significare diventare parte del problema anziché della soluzione, e ritardare o lasciar passare il momento è in sé una risposta, con conseguenze potenzialmente negative. È dunque ragionevole desiderare una cornice di riferimento specifica e affidabile che aiuti a sentirsi sicuri su cosa fare in quei momenti così critici: tuttavia anche per gli esperti può essere molto difficile fornire un quadro di questo tipo, perché è impossibile avere una risposta per tutto. Ecco perché hai avuto difficoltà a trovare quello che stavi cercando.

Questo è anche il motivo per cui è stato così utile imparare l'AT: ti sei infatti reso conto che lo stesso tipo di struttura flessibile che ti ha aiutato ad accogliere diversi ruoli e aspetti della tua identità, può anche fornirti le risposte che cercavi rispetto a cosa fare in determinati momenti, in due modalità diverse. In primo luogo, l'integrazione del principio sottostante l'AT – relativo alla fondamentale importanza di ridurre la vergogna – ti aiuterà a capire che ogni momento particolare, per quanto intenso, non è necessariamente critico e ti servirà quindi a sentirti più a tuo agio con il fatto che commetterai errori come tutti e che poter riflettere e parlare di questi errori con i tuoi pazienti può persino essere utile. In secondo luogo, imparerai che l'uso dell'AT come cornice teorica di riferimento per ricerca, pratica, supervisione e intervizione può aiutarti a diventare più competente in quei momenti in cui l'incontro interpersonale è intenso e ti sembra di dover fare qualcosa di significativo: tieni presente che continuerà a essere difficile e che più supporto avrai, più continuerai a lavorarci e meglio sarà.

Questo mi porta alla buona notizia: dopo oltre due decenni del lavoro più importante sull'intreccio tra assessment di personalità e psicoterapia, l'équipe che ha trasformato l'AT in un fenomeno clinico internazionale ha ora scritto un manuale su come mettere passo-passo la teoria in pratica. I capitoli forniscono una guida chiara su come interagire con i pazienti quando si conduce un AT. Questo manuale non servirà solo come strumento per studi futuri che verifichino la validità dell'AT come intervento, ma anche come quadro di riferimento che ti aiuterà nei momenti in cui vorrai fare la cosa giusta – sia che tu stia conducendo un AT, sia che tu stia usando qualche altra tecnica clinica, sia che tu stia

semplicemente cercando di affrontare la tua vita come “animale sociale”. I capitoli sono organizzati in base alle fasi attraverso le quali si svolge un AT e all’interno di ogni capitolo troverai una cornice di interventi sistematici e flessibili, con preziosi consigli e utili esempi di casi specifici. Questo libro sarà indispensabile per chiunque voglia saperne di più su come condurre l’assessment con i pazienti in modo terapeutico. Forse ancor più sorprendentemente, le persone che leggeranno questo libro e ne assorbiranno la saggezza nella loro pratica clinica scopriranno – proprio come te – che praticare l’AT è anche un modo potente per comprendere e accettare se stessi.

Un abbraccio,

Christopher (Chris) J. Hopwood¹

25 ottobre 2021

¹ Christopher J. Hopwood è oggi Professore di Psicologia della personalità presso l’Università di Zurigo, membro della Society for Personality Assessment e Associate Editor del *Journal of Personality Assessment* e del *Journal of Personality and Social Psychology* (NdT).

Presentazione

Sono passati ben venticinque anni da quando Finn e Tonsager (1997) hanno delineato le differenze tra assessment tradizionale e terapeutico e quindici da quando Finn (2007) ha formalizzato il modello semistrutturato dell'Assessment Terapeutico (AT). Da allora sono stati pubblicati numerosi lavori di ricerca, casi studio, libri sull'AT e una recente ricerca – su database multidisciplinare – ha permesso di trovare oltre 4.000 articoli di riviste specializzate riguardanti l'AT, l'Assessment Collaborativo o l'assessment psicologico come intervento terapeutico. Il Therapeutic Assessment Institute (TAI) è stato fondato nel 2015 per coordinare la ricerca e la formazione sull'AT, e diverse migliaia di clinici in tutto il mondo hanno partecipato a seminari pratici sull'AT con adulti, bambini, adolescenti e coppie. Nel momento in cui scriviamo, la comunità dell'AT ha appena tenuto la sua terza Conferenza internazionale e trentadue psicologi in sei Paesi sono stati certificati in almeno un modello di AT: l'esplosione di interesse per l'Assessment Collaborativo e Terapeutico (AC/T) è sorprendente e anche rincuorante per chi, come noi, crede profondamente nel suo modello.

Sebbene tutti questi sviluppi siano incoraggianti, finora è mancato un testo completo ed esaustivo sulla conduzione dell'AT con gli adulti, un “manuale”, se vogliamo, in grado di illustrare chiaramente ogni fase del modello semistrutturato con il suo razionale e le istruzioni dettagliate su come gestire un'ampia gamma di situazioni cliniche. Questo libro colma questa lacuna e, dopo averlo studiato, anche i clinici alle prime armi dovrebbero avere una conoscenza pratica tale da poter applicare l'AC/T con i clienti adulti e potrebbero iniziare a utilizzare il modello con i test di comprovata validità che conoscono bene. Inoltre, viene passata in rassegna la crescente ricerca sull'AT con gli adulti e le evidenze che mostrano come esso funzioni da diversi punti di vista teorici: tutte queste informazioni aiuteranno i lettori a spiegare l'AT agli invarianti, ai clienti, ai datori di lavoro, agli enti committenti e ad altri soggetti coinvolti nel processo di assessment psicologico.

Tutti gli autori di questo libro (incluso Stephen Finn, l'ideatore dell'AT) sono certificati in AT con gli adulti, hanno lavorato clinicamente con l'AT per anni con un'ampia gamma di clienti e sono tutti attivamente coinvolti nell'insegnamento del modello a studenti, laureati e professionisti in tutto il mondo. Abbiamo quindi attinto a queste esperienze per anticipare domande, dilemmi e ostacoli incontrati dai professionisti dell'AT per affrontarli passo-passo nel corso del libro. Anche se non abbiamo

la presunzione di aver previsto tutte le questioni che potrebbero insorgere, abbiamo cercato di spiegare come applicare i valori fondamentali, la teoria e la “struttura profonda” dell’AT al fine di affrontare una gamma il più ampia possibile di differenti situazioni e criticità. Inoltre, come leggerete in molti punti di questo libro, vi incoraggiamo *caldamente* a seguire i passaggi e le tecniche illustrate e ad adattarli ai vostri clienti e al vostro contesto clinico. Questo tipo di flessibilità non solo è “permessa” nell’AT, ma è proprio un aspetto essenziale della collaborazione con i clienti. Nessun AT con un adulto è esattamente uguale a un altro e l’AT è un modello aperto che sta costantemente crescendo e cambiando: siamo impazienti di conoscere e imparare dalle vostre esperienze e innovazioni nella pratica dell’AT.

Come leggerete, crediamo che l’AT sia meglio praticato all’interno di una comunità di colleghi e questo libro non esisterebbe senza il sostegno che abbiamo ricevuto dalle molte persone che ci hanno supportato nel tempo. Non possiamo ringraziarli uno a uno, ma in particolare va un riconoscimento ai nostri colleghi della comunità dell’AT per la loro costante collaborazione e il sostegno nel corso degli anni, fin da quando l’AT si è sviluppato: molti clinici hanno formulato innovazioni nell’AT che abbiamo incorporato in questo libro. Infine, i nostri più sinceri ringraziamenti vanno a Emma per averci permesso di condividere la sua storia con voi e per il coraggio dimostrato durante il suo AT.

Se questo libro rappresenta il vostro primo approccio approfondito all’AT, ci auguriamo che ne siate toccati, affascinati e ispirati da come un assessment empatico, rispettoso e collaborativo possa avere un grande impatto sia sui clienti che sugli assessor. L’Assessment Terapeutico è ancora un “segreto ben custodito” in molti contesti clinici del mondo e il nostro più grande desiderio è che questo libro raggiunga persone che non ne hanno mai sentito parlare o che non lo hanno ancora studiato in dettaglio: se il libro vi ispirerà, vi invitiamo ad aiutarci a “spargere la voce” e diffondere il potere dell’AT.

Riferimenti bibliografici

- Finn, S.E. e Tonsager, M.E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 9(4), 374-385.
- Finn, S.E. (2007). *In our clients' shoes: Theory and techniques of Therapeutic Assessment*. Mahwah, NJ: LEA. Trad. it.: *Nei panni dei nostri clienti. Teoria e tecniche dell'Assessment Terapeutico*, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze, 2009.

Parte prima

Basi teoriche, sviluppo e ricerca sull'Assessment Terapeutico

1

Come può un assessment psicologico essere terapeutico?

Cara Emma,

come promesso, in questa lettera ho riportato i risultati dei test che abbiamo visto insieme durante il nostro ultimo incontro con la sua terapeuta Jeanne, in modo che lei, Emma, possa avere qualcosa di concreto cui poter tornare. Credo che siamo giunti a una comprensione approfondita delle sue domande e che queste consapevolezze le saranno utili per affrontare la quotidianità e le sfide della vita: spero che questa lettera sia un buon punto di riferimento per le cose di cui abbiamo parlato. Come concordato, invio una copia di questa lettera anche a Jeanne, la sua terapeuta.

Innanzitutto, voglio ribadirle quanto mi sia piaciuto lavorare con lei e conoscerla. La ringrazio per avermi dato la fiducia necessaria per collaborare a questo importante lavoro che abbiamo svolto insieme e voglio inoltre esprimerle quanto abbia apprezzato tutto l'impegno che ha dedicato allo svolgimento dei test. Sono consapevole di averle chiesto di fare molto, ma lei ha sempre lavorato sodo, anche in quelle occasioni in cui ha avuto una brutta giornata oppure quando il nostro lavoro ha toccato questioni per lei delicate. Credo che questa sua disponibilità a spingersi in aree difficili sia un buon indicatore per i suoi obiettivi futuri. Qui di seguito, dopo un breve riepilogo di quanto fatto, cercherò di fare del mio meglio per riassumere le risposte alle domande che ha posto all'inizio dell'assessment.

[...]

Perché non sono mai stata in grado di mantenere una posizione a lungo termine in una carriera che mi appassiona, come l'insegnamento?

[...] i suoi dubbi su di sé e le sue paure le hanno reso difficile impegnarsi con passione in una carriera, anche quando credeva di poter avere successo. Alcune delle sue paure potrebbero derivare dall'essere maldisposta verso la rabbia e verso possibili esplosioni di collera, soprattutto quando le vengono rivolte da un capo contrariato, da un collega scontento o da un genitore insoddisfatto [...]

Il mantenimento di una solida carriera richiede anche una certa capacità di essere adeguatamente in contrapposizione con gli altri. Per quanto possa sembrarle strano, a volte il solo fatto di avere la sicurezza necessaria per farsi valere, all'occorrenza, induce gli altri a trattarci meglio. È come avere un cartello sulla schiena che dice: "Sono amichevole

e gentile ma posso proteggermi, quindi non prenderti gioco di me". Diversamente, come ha detto in una delle nostre sedute, la sua rabbia (così come i suoi cugini stretti: irritazione, risentimento, insoddisfazione, ecc.) può "uscire in malo modo" senza che lei se ne renda conto: se accade, questo potrebbe interferire anche nelle sue relazioni professionali.

[...]

Ancora una volta, Emma, è stato un grande piacere lavorare con lei e grazie per aver collaborato con me. Mi hanno profondamente toccato la sua onestà di fronte alle sue paure e i suoi autentici sforzi per comprendersi e migliorarsi. È chiaro che ha lavorato molto su se stessa e questo è il miglior predittore del fatto che continuerà a crescere e a diventare la versione migliore di sé, così come spero che questo assessment le sarà utile per il prosieguo in terapia con Jeanne.

Mi faccia sapere se ha delle domande e non esiti a contattarmi direttamente per telefono o via email.

I miei migliori auguri per un brillante futuro,

Hale

Se non avete mai avuto a che fare con l'Assessment Terapeutico (AT) e la vostra formazione prevede un approccio tradizionale all'assessment psicologico, questa lettera potrebbe avervi colto di sorpresa o perfino creato una qualche forma di disagio. Alcuni professionisti in quest'ambito sono preoccupati dall'idea di scrivere al cliente una lettera circa i risultati dei suoi test, dato che tale procedura non è affrontata nei più noti libri di testo sull'assessment (ad es., Anastasi, 1988; Maloney e Ward, 1976; Sattler, 1988; Tallent, 1992). Talvolta, lo stesso contenuto della lettera a Emma genera domande in clinici che non hanno familiarità con l'AT: "Perché il clinico rivela le proprie reazioni emotive al cliente?", "Il tono colloquiale rende la relazione meno professionale?" e "Una lettera come questa non potrebbe interferire nella relazione tra Jeanne – la professionista di riferimento – e la sua cliente Emma?" Affronteremo queste preoccupazioni più avanti nel libro. Per il momento, però, vi chiediamo di provare a guardare oltre la vostra reazione iniziale a questo stralcio di lettera per avvicinarvi a una visione d'insieme, un senso più profondo dell'AT, che abbraccia una serie complessa di obiettivi e processi.

1.1. Che cos'è l'AT

L'AT è un intervento semistrutturato ideato da Stephen E. Finn, il quale ha per oltre vent'anni sviluppato questo modello lavorando, attraverso l'assessment e la terapia, con molte tipologie di clienti e in svariati contesti di intervento. L'AT incorpora l'impiego di test psicologici e persegue gli obiettivi di un assessment tradizionale (ovvero valutare il funzionamento psicologico dei clienti per comprendere i problemi attuali, formulare una diagnosi, pianificare l'intervento successivo), ma va anche oltre a questo.

I clinici che praticano l'AT costruiscono una relazione collaborativa e terapeutica con i clienti e utilizzano tecniche e metodi specifici per aiutarli a raggiungere una comprensione più accurata e compassionevole di se stessi. Alla conclusione dell'AT i clienti, spesso, si sentono più fiduciosi, hanno una migliore autostima e il loro funzionamento quotidiano può essere migliorato al punto da non aver bisogno di un trattamento successivo. In altri casi, l'AT aiuta i clienti a comprendere meglio come e perché continuare il loro percorso terapeutico. La ricerca dimostra infatti che questi clienti sono più propensi a seguire le raccomandazioni dei clinici rispetto a quelli che si sottopongono a una valutazione psicologica tradizionale, inoltre mostrano una maggiore alleanza con i professionisti e un più elevato grado di cambiamento nella psicoterapia, rispetto ai clienti che non hanno beneficiato di un AT (si veda il capitolo 3 per una sintesi delle ricerche sull'efficacia dell'AT con diverse tipologie di clienti).

L'AT può essere utile come intervento terapeutico o come primo passo introduttivo alla terapia. Data la sua natura flessibile, quale intervento breve basato su procedure di valutazione, i clinici possono utilizzarlo come metodo di consultazione nei casi in cui altri interventi si siano mostrati poco efficaci. I clinici che si trovano in una situazione di stallo con i loro clienti possono indirizzare questi ultimi a un AT in cui l'assessor aiuta a rispondere alle domande poste, sia dal clinico che dal cliente, su come perseguire i progressi auspicati: in queste situazioni l'assessor conduce un AT con il cliente, mantenendo vivo il coinvolgimento del professionista di riferimento, secondo le modalità che verranno descritte dettagliatamente nei capitoli da 4 a 11. Di conseguenza, l'AT può fornire nuovi modi di comprendere le difficoltà dei clienti e le ragioni delle eventuali impasse terapeutiche, comprensioni che spesso portano a un cambiamento positivo per i clienti, i clinici e il loro processo terapeutico.

Infine, quando i clienti – o questi e gli invianti – sono curiosi di sapere come stanno i pazienti alla fine di un intervento o dopo un periodo di sospensione dell'intervento stesso, l'assessor può utilizzare l'AT per osservare i cambiamenti di alcune variabili di interesse (ad es., i livelli di ansia e depressione) e per delineare le aree in cui si potrebbe lavorare ulteriormente.

L'AT è strutturato in otto fasi (cfr. fig. 1.1) che saranno descritte dettagliatamente nei capitoli da 4 a 11. L'AT inizia con un primo contatto con il cliente (capitolo 4), che spesso avviene per telefono: questo è un momento importante poiché il clinico inizia a relazionarsi con il cliente e a condividere le informazioni sull'AT. Successivamente, durante la prima seduta (capitolo 5), il clinico continua a costruire una relazione terapeutica con il cliente mentre lo guida nel mettere a fuoco i suoi obiettivi, che vengono formulati come *Domande di Assessment* cui rispondere insieme attraverso il percorso di AT. La risposta alle Domande di Assessment diventa l'obiettivo concordato dell'intero percorso e il cliente e l'assessor collaborano per raggiungere tale finalità durante tutto il processo di valutazione. Per conseguire questo obiettivo, il clinico e il cliente trascorrono diverse sedute completando e discutendo uno o più test psicologici selezionati ad hoc e impegnandosi in attività che aiutano a rispondere alle Domande di Assessment (capitoli 6, 7 e 8). Infine, il clinico e il cliente discutono i risultati dei test e costruiscono insieme le risposte alle Domande di Assessment durante la Seduta di Discussione e Riepilogo (capitolo 9). L'ultima fase consiste in una Seduta di Follow-up (capitolo 11), preceduta dall'invio al cliente di un feedback scritto, in genere sotto forma di lettera

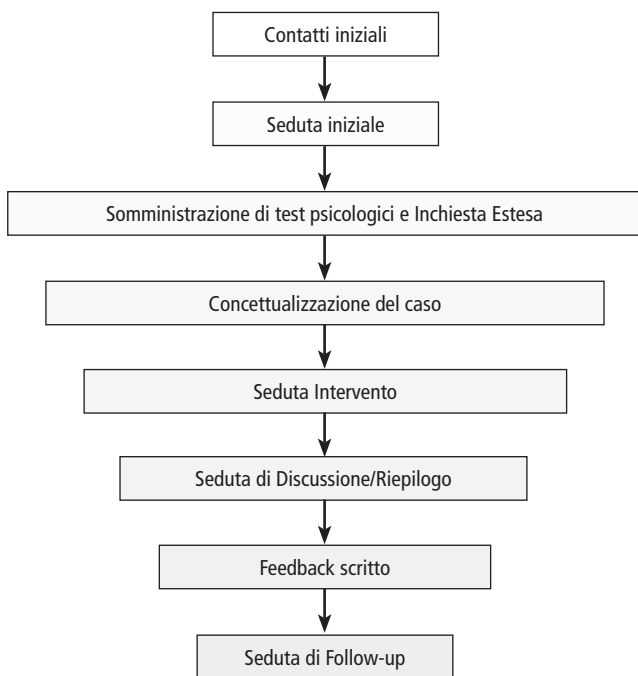


Figura 1.1. Fasi dell'Assessment Terapeutico con un cliente adulto

personalizzata (capitolo 10), simile allo stralcio di quella riportata all'inizio di questo capitolo. La struttura dell'AT è stata sviluppata sulla base dei suggerimenti dei clienti, della ricerca e di svariati anni di esperienza clinica, ed è stata progettata per soddisfare i bisogni dei clienti utilizzando specifiche lenti teoriche. Le lenti che i clinici utilizzano più comunemente in un AT inquadrano il modo in cui concepiamo le ragioni per cui la maggioranza dei clienti cerca aiuto psicologico e il miglior modo per rispondervi.

1.2. L'AT: caratteristiche comuni dei clienti

L'estratto della lettera di feedback di Emma (si veda il capitolo 10 per il testo completo) fornisce un esempio delle possibili domande che potrebbero motivare un cliente a richiedere un AT. Nei trent'anni trascorsi dalla prima descrizione del modello, avvenuta in una pubblicazione di Finn e Tonsager (1992), molti clienti si sono sottoposti al percorso di AT con domande che rispecchiano quelle che abitualmente portano i clienti in un assessment tradizionale o in psicoterapia. Si chiedono, ad esempio, come fare scelte importanti per la propria vita ("Come posso capire se la laurea in medicina fa per me?"), come raggiungere una maggiore soddisfazione ("Perché sono così

insoddisfatto anche se ho un buon lavoro e una bella famiglia?”), come cambiare comportamenti e sintomi che li preoccupano (“Come posso smettere di tagliarmi?”), “Perché bevo così tanto?”) e come risolvere eventuali difficoltà relazionali (“Come posso superare la morte di mia madre?”), “Perché non sono riuscito ad avere una relazione soddisfacente a lungo termine?”).

Le narrazioni dei clienti

Nell'AT vediamo che tutti i clienti “volontari” (ovvero quelli che giungono autonomamente o che accettano di essere inviati da un professionista della salute mentale) sono accomunati da una caratteristica: in genere, le loro narrazioni (o storie) su se stessi – la loro identità, i loro obiettivi o le loro relazioni – non sono accurate, né utili o soddisfacenti. Definiamo una narrazione come “la storia interiorizzata e in evoluzione del sé che ogni persona crea per dare uno scopo e un senso di unità alla propria vita” (Adler, 2012, p. 367). Le narrazioni personali sono il prodotto dell'incessante lavoro degli esseri umani, ovvero elaborare e dare un significato alle proprie esperienze di vita per creare una “mappa” personale circa il mondo e gli altri. Queste narrazioni aiutano gli individui a capire e a farsi strada nel mondo e sono essenziali per adattarsi ai vari contesti. In genere, creiamo le nostre narrazioni personali durante l'infanzia ed esse riflettono i nostri primi contesti di vita; tuttavia, tutti noi continuiamo a elaborare (e potenzialmente revisionare) le nostre narrazioni nel corso della nostra intera esistenza.

Le narrazioni possono variare nei diversi momenti di vita circa il grado di accuratezza, coerenza, utilità e autocompassione che le caratterizza. Esperienze infantili negative possono portare le persone a sviluppare narrazioni colpevolizzanti o prive di autocompassione: ad esempio, i bambini trascurati dai genitori sviluppano spesso un profondo senso di non essere amabili e proprio questo spiegherebbe il perché i genitori non abbiano potuto fornir loro cure migliori. Con il passare del tempo, e soprattutto se non ci sono stati altri adulti che si sono occupati di loro in modo significativo, essi possono elaborare una narrazione in cui sono loro stessi a essere difettosi (“Sono una persona cattiva e i miei sentimenti e bisogni sono eccessivi”) e la loro identità può essere permeata dalla vergogna (“Sono così danneggiato da non poter essere amato né accettato”). Spesso queste narrazioni non sono consapevoli, ma si esprimono comunque nel modo in cui la persona affronta le relazioni interpersonali e vive la propria quotidianità.

Molte persone che crescono in circostanze di vita difficili e sviluppano narrazioni identitarie inaccurate e negative (cioè prive di autocompassione) non riescono – proprio per questo – a riconoscere l'impatto che le esperienze hanno avuto su di loro. Tutti noi conosciamo solo le vite che abbiamo vissuto e non sappiamo come sarebbero potute andare le cose (o come potrebbero ancora andare) se i contesti in cui siamo inseriti fossero stati diversi. Di conseguenza “prendiamo le cose sul personale” e attribuiamo i nostri problemi a cause “individuali” o “general”. Le persone possono dunque sviluppare una narrazione identitaria che recita: “Non sono intelligente”, piuttosto che “Imparare è difficile per me poiché i lunghi anni di depressione hanno reso arduo concentrarmi e ricordare le cose”. Quest'ultimo pensiero tiene conto del

contesto e quindi è probabilmente più realistico e compassionevole. C'è un detto che i clinici formati nell'AT spesso usano per cogliere questo aspetto: "Un pesce non sa di essere bagnato"; in breve, le nostre narrazioni identitarie sono limitate dalle nostre prospettive ristrette. È infatti pressoché impossibile, per la persona di cui sopra, sapere come sarebbe stato l'apprendimento se non avesse avuto la depressione. Inoltre, queste narrazioni identitarie negative spesso trovano fondamento nel passato perché (1) corrispondono al punto di vista di persone importanti nella nostra vita (ad es., caregiver trascuranti o abusanti) e (2) ci hanno protetto da sentimenti travolgenti (come rabbia, dolore, desiderio) per i quali non avremmo avuto alcun sostegno. È importante notare che, in età adulta, si può essere tentati di conservare queste vecchie narrazioni perché una visione diversa e più accurata di noi stessi potrebbe minacciare le attuali relazioni significative o suscitare dolorosi sentimenti di perdita. Consideriamo pertanto la richiesta d'intraprendere un AT, o altri tipi di supporto psicologico, come il risultato di un doloroso disallineamento tra i modi abituali di percepire se stessi e di reagire al mondo (che un tempo erano adattivi) e gli attuali obiettivi, desideri di crescita e spinte a raggiungere una maggiore soddisfazione nella propria vita. Molti clienti che cercano un AT riferiscono infatti di sentirsi "bloccati" e questo può dipendere dal fatto che le loro vecchie narrazioni non li aiutano più ad affrontare le sfide e le richieste poste dai loro contesti.

Ad esempio, Sandra, eterosessuale, 30 anni, fatica a capire perché le sia così difficile intraprendere e mantenere relazioni strette con partner maschili. Desidera tali legami ma non è consapevole di come la sua profonda e inconscia paura dell'abbandono mini le sue relazioni interpersonali. Il desiderio esplicito di Sandra ("Voglio trovare un partner e sentirmi amata") si scontra con la sua esperienza di essere stata delusa senza preavviso da più partner. Ha inoltre raccontato che a volte i suoi partner dicevano di sentirsi "tenuti a distanza" da lei, ma non è mai riuscita a comprendere a pieno cosa volessero dire. Ciò che non era chiaro a Sandra, ma che è emerso con chiarezza dai test performance-based somministrati e dall'*Early Memories Procedure* (EMP; Bruhn, 1992a, 1992b), era che i suoi comportamenti di distanziamento verso i partner significativi derivavano da una marcata narrazione colpevolizzante, sviluppata durante i primi anni di vita. Pertanto, la sua narrazione identitaria potrebbe essere formulata come segue: "Nel profondo sono cattiva e non voglio che un potenziale partner mi conosca davvero e lo scopra". Sandra ha sviluppato questa narrazione all'interno di una famiglia con genitori severi ed emotivamente freddi: crescendo in un tale contesto, da piccola ha inconsapevolmente sposato l'idea che la ragione per cui non riceveva affetto o conforto fosse legata al fatto che non se lo meritava a causa dei suoi "difetti". Questa spiegazione, nonostante sia dolorosa a un certo livello, le è stata utile per dare un senso alle sue esperienze e allo stesso tempo le ha permesso di conservare una visione dei suoi genitori come benevoli, proteggendo il suo primario senso di sicurezza.

Durante l'AT, Sandra e l'assessor hanno rivisto il suo protocollo Rorschach (R-PAS; Meyer et al., 2011) che conteneva quattro risposte MOR (contenuto morboso) e Sandra si è resa conto che la "farfalla schiacciata" e gli "animali feriti" visti nelle tavole rappresentavano il suo sentirsi profondamente "ferita" e "danneggiata". Ragionando su questa nuova consapevolezza, il clinico l'ha aiutata a collegare questa

visione di sé alle sue prime esperienze relazionali, in linea con quanto emerso dalle risposte all'EMP. Sandra e l'assessor sono giunti a capire insieme come avesse imparato a incolpare se stessa per le esperienze negative in cui era stata "schiacciata" o "ferita", anche se non aveva alcuna responsabilità per ciò che era accaduto e non aveva, tantomeno, la possibilità di cambiare il comportamento dei suoi genitori. Questo esempio di intervento inizia a delineare ciò che verrà approfondito successivamente, poiché durante l'AT di Sandra il clinico ha utilizzato attivamente e in modo collaborativo le informazioni provenienti dai test per aiutarla a diventare maggiormente consapevole e a rileggere la narrazione identitaria preesistente; tale processo di revisione condivisa aiuta i clienti a costruire una comprensione più integrata, accurata e compassionevole del passato e del presente. Attraverso l'AT la narrazione di sé di Sandra si è trasformata in: "Da bambina, sono stata trascurata dai miei genitori e ho imparato a pensare a me stessa come a una persona cattiva e non amabile. Ora sto iniziando a capire che i miei bisogni sono legittimi e che sono degna d'amore. Spero di trovare un partner che sia più sintonizzato emotivamente e generoso di quanto lo fossero i miei genitori e che possa amarmi se riuscirò ad aprirmi con lui".

Il bisogno di autoverifica

Le nostre narrazioni identitarie non cambiano facilmente. Questo diventa particolarmente chiaro quando incontriamo clienti che, pur soffrendo per le loro narrazioni inaccurate o colpevolizzanti, non riescono tuttavia a modificare la visione che hanno di sé (e del mondo) nemmeno quando noi, con delicatezza o con maggior fermezza, suggeriamo che esistono diversi modi per dare significato a quello che vediamo. Interpretiamo questo fenomeno come un bisogno individuale di autoverifica, così come descritto da William Swann nella sua teoria dell'autoverifica (Swann, 1997). Secondo Swann, chiunque desidera avere conferme da parte degli altri sul modo in cui si percepisce: questo desiderio influenza tutti gli esseri umani, a prescindere dalla percezione prevalentemente positiva o negativa che abbiamo di noi stessi. Una volta che le persone acquistano familiarità circa il modo in cui si percepiscono, conservano le informazioni coerenti con la loro visione di sé e scartano le informazioni che – viceversa – sono contraddittorie; così come cercheranno contesti di vita in cui la visione di sé è confermata e tenderanno ad evitare quelli in cui viene messa in discussione. Ad esempio, se una cliente si percepisce come socievole e gradevole, cercherà attivamente situazioni in cui incontrare nuove persone e si comporterà in modo cordiale, aspettandosi di essere ben accolta dagli altri. Inoltre, cercherà amici e partner che la stimino per il suo modo di socializzare ed eviterà quelli che non la apprezzano o che la vedono in modo diverso (ad es., come troppo frivola e teatrale) da come lei percepisce se stessa. Un altro esempio potrebbe essere quello di un giovane che si considera stupido (anche se in realtà non è così) perché i suoi genitori e fratelli hanno raggiunto traguardi migliori di quanto sia riuscito a fare lui: secondo la teoria dell'autoverifica, egli potrebbe comportarsi in modo superficiale e sciocco quando è con gli amici, in modo che questi continuino a considerarlo meno intelligente degli altri componenti del gruppo amicale. In altre parole, si comporterà in modo da aumentare le probabilità che la percezione inaccurata che ha di sé possa rimanere confermata. Potrebbe dunque

sorgere spontaneo chiedersi perché questo giovane debba continuare a rafforzare una convinzione che genera sofferenza.

La teoria dell'autoverifica afferma che quando le persone ricevono un feedback su di loro, che è congruente con ciò che già pensano e credono, sentono di essere competenti, di avere la situazione sotto controllo e hanno la sensazione che il mondo sia un luogo sufficientemente prevedibile: questa percezione è gratificante e può ridurre notevolmente l'ansia (Swann, 1997). Al contrario, quando gli individui non possono screditare o ignorare feedback che mettono in discussione la percezione che hanno di sé, possono sentirsi molto ansiosi. Addirittura, in individui con un senso di sé fragile, se la nuova visione esterna è in aperto conflitto con una convinzione fondamentale circa se stessi c'è il reale rischio che vivano un'"esperienza di disintegrazione". Tale esperienza è stata descritta dal padre fondatore della psicologia del sé, Heinz Kohut (1984), che ha parlato del grande disagio emotivo, del disorientamento e della paura che possono sopraggiungere quando un individuo non è in grado di confutare l'evidenza che alcuni concetti centrali e strettamente legati a sé siano sbagliati. Poiché si tratta di un aspetto centrale da considerare durante la Seduta Intervento (si veda il capitolo 8) e la Seduta di Discussione e Riepilogo (capitolo 9), il concetto di ansia di disintegrazione verrà in quella sede trattato e approfondito.

Comprensibilmente, gli individui si impegnano per evitare di incorrere in una tale esperienza disorganizzante e quindi non accolgono e non integrano le informazioni che divergono dalla percezione preesistente che hanno di sé. Gli studi basati sulla teoria dell'autoverifica hanno dimostrato che le persone accettano o rifiutano i riscontri positivi a seconda della coerenza con la preesistente visione di sé (Schroeder et al., 1993). Molti di noi hanno assistito a questo tipo di esperienza nel momento in cui hanno fatto un complimento a una persona con bassa autostima: spesso queste persone, inizialmente, reagiscono con un'espressione al contempo felice e angosciata, per poi rifiutare quel complimento e riformulare una spiegazione sul feedback positivo e sul perché questo non sia vero. In questa direzione vanno gli studi che hanno dimostrato che un riscontro congruente con la propria visione di sé viene ricordato meglio di un rimando incongruente, sia esso positivo o negativo (Swann et al., 1992). Il bisogno di autoverifica sembra avere conseguenze anche sulla scelta del partner: Giesler et al. (1996) hanno scoperto che le persone hanno maggiori probabilità di sviluppare relazioni stabili e durature con partner che confermano il modo in cui esse stesse si vedono, anche quando negativo.

Il concetto di autoverifica ci aiuta a comprendere ciò che tradizionalmente viene chiamato "resistenza" in psicoterapia. I terapeuti hanno usato termini come "resistenza" e "coazione a ripetere" per spiegare perché i clienti rifiutano consigli sensati e feedback positivi e continuano ad agire in modi che sembrano aumentare la loro sofferenza. Definire un cliente "resistente" spesso indica la frustrazione sperimentata dal terapeuta, che può arrivare a pensare: "Se solo accettasse quello che dico, le cose andrebbero meglio". Al contrario, la teoria dell'autoverifica suggerisce che quanto più insistiamo nel fornire al cliente un riscontro incongruente con la percezione che ha di sé, più è probabile che egli lo rifiuti (Giesler et al., 1996). Questo è particolarmente vero se utilizziamo test psicologici quale base del nostro feedback: in effetti, la natura di questi strumenti – caratterizzati da un'essenza "scientifica" e dall'affidarsi a punteggi e norme

– può creare un’“aura” di validità che finisce con l’attivare reazioni autoprotettive nei nostri clienti, che poi interpretiamo come “resistenza” a cambiare il loro punto di vista (Finn e Martin, 2013). Per evitare questo rischio, i clinici dell’AT si concentrano sul comprendere e rispecchiare le narrazioni identitarie preesistenti del cliente al fine di valorizzarne qualsiasi aspetto che sia accurato e utile a facilitare i progressi e il cambiamento. Questa è una parte fondamentale del nostro impegno per creare un’alleanza fruttuosa con i clienti, dando loro l’esperienza di avere un altro (il clinico) attento a riconoscere l’importanza della loro prospettiva prima di introdurre nuove informazioni. Una volta soddisfatti i bisogni di autoverifica dei clienti, essi sono più aperti a nuove informazioni meno congruenti.

L’ipervigilanza epistemica

L’ipervigilanza epistemica è un altro concetto che può essere utilizzato per caratterizzare i clienti che accedono ai servizi di salute mentale. Questo è particolarmente evidente nei clienti con disturbi di personalità o psicotici ma è anche comunemente riscontrabile in clienti con una storia di trauma relazionale. L’ipervigilanza epistemica è caratterizzata da una sfiducia pervasiva verso gli altri e da una scarsa capacità di apprendere dalle esperienze sociali; in genere deriva da relazioni precoci che sono state traumatiche o relativamente alle quali i caregiver non sono riusciti a fornire una risposta attenta ai bisogni del bambino (Fonagy, et al., 2017a, b; Kamphuis e Finn, 2019). In breve, se i nostri caregiver primari non sono stati degni di fiducia, diventiamo confusi rispetto a chi poterci fidare e questo può portare a una visione rigida del mondo e di noi stessi. Segnali relativi al fatto che i clienti presentano problemi legati all’ipervigilanza epistemica possono emergere durante la prima seduta di un AT quando pongo domande come: “Perché continuo a fare e rifare gli stessi errori con le persone?” o “Perché continuo a scegliere partner che non sono adatti a me?”

Come sottolineato da diversi autori (ad es., Fonagy et al., 2017a, b; Sperber et al., 2010), è di vitale importanza che gli esseri umani imparino da coloro che li circondano e utilizzino queste informazioni per modificare le proprie idee e convinzioni in un modo che sia flessibile. La capacità di imparare dagli altri ci permette di assimilare rapidamente molte informazioni (tramite la trasmissione orale della conoscenza) senza dover sperimentare di persona tutto ciò che è importante per la sopravvivenza, l’adattamento e lo sviluppo. Tuttavia, tale apprendimento è possibile solo quando riteniamo che la comunicazione che arriva dagli altri sia autentica e rilevante per noi: quando ciò accade, ci troviamo in una posizione di fiducia epistemica (Fonagy e Allison, 2014). La fiducia epistemica è una risorsa evolutiva fondamentale, che consente ai bambini piccoli di assorbire un’enorme quantità di informazioni e strategie trasmesse da una cultura, principalmente attraverso le figure di accudimento. La fiducia epistemica continua a funzionare per tutta la vita, aiutandoci a integrare le informazioni di cui abbiamo bisogno per adattarci a nuovi contesti e nuove relazioni.

Per essere adattiva, la fiducia epistemica deve essere bilanciata con una sana sfiducia epistemica (Fonagy e Alison, 2014) o una vigilanza epistemica (Fonagy et al., 2017a, 2017b). Questi termini si riferiscono a un insieme di abilità che gli individui utilizzano per giudicare se una persona che comunica un determinato contenuto lo faccia

nel loro interesse o stia cercando di fuorviarli per ottenere qualche vantaggio personale (Sperber et al., 2010). Le persone con buone intenzioni che ci forniscono informazioni pertinenti e generalizzabili finiscono per diventare *fonti autorevoli* (Wilson e Sperber, 2012) alle quali tendiamo a credere. Viceversa, se una persona è sconosciuta o ha un evidente conflitto di interessi (ad es., un venditore di auto), la sfiducia epistemica ci aiuta a essere scettici. Due fattori ci portano a considerare le nuove informazioni come significative: in primo luogo, considerare il comunicatore come una fonte affidabile di informazioni; in secondo luogo, percepire che le informazioni siano coerenti, logiche e in linea con le nostre convinzioni preesistenti. Se infatti una nuova informazione è troppo divergente rispetto a tali credenze fondamentali è probabile che la rifiuteremo, anche se proviene da una fonte autorevole (Sperber et al., 2010). Riteniamo che quanto discusso fin qui sia in linea con ciò che è stato presentato poc'anzi sulla teoria dell'autoverifica.

Fonagy e colleghi (Fonagy et al., 2017b) affermano che le esperienze avverse di vita possono danneggiare la capacità di fiducia epistemica di un individuo, fino a indurlo allo stato contrario di ipervigilanza epistemica: quando ciò si verifica, egli non utilizzerà più le informazioni comunicate dagli altri all'interno del proprio ambiente sociale per aggiornare le sue conoscenze preesistenti e, pertanto, le persone con ipervigilanza epistemica hanno difficoltà a "utilizzare" gli altri come fonti di informazioni nuove e rilevanti. Di conseguenza, questi individui tendono a essere cognitivamente rigidi e a sviluppare problemi nelle relazioni interpersonali. Similmente, vivere precoci esperienze interpersonali negative può anche portare a un'ipovigilanza epistemica, in cui gli individui si fidano troppo facilmente degli altri o scelgono di chi fidarsi in base a variabili che non sono necessariamente indicative di affidabilità (ad es., affidandosi all'aspetto fisico, all'etnia o all'appartenenza politica). In effetti, molte persone con disturbi di personalità mostrano un modello ciclico di ipovigilanza epistemica, seguita da ipervigilanza epistemica e tornando, infine, a fidarsi troppo facilmente (cfr. Kamphuis e Finn, 2019): nell'AT chiamiamo questo funzionamento "fiduciometro rotto".

Com'è facile intuire, l'ipervigilanza epistemica è un ostacolo all'intervento psicologico – in quanto impedisce ai clienti di vedere il terapeuta come una figura benevola e li porta a non fidarsi dell'autenticità delle informazioni condivise – e i terapeuti definiscono questi clienti come "difficili da raggiungere" (Fonagy et al., 2017a, 2017b). Fonagy e colleghi, tuttavia, sottolineano che inflessibilità e scetticismo sono strategie utili per gli individui con un senso di sé vulnerabile, perché li proteggono dall'essere emotivamente sopraffatti: è infatti probabile che questi individui si sentano minacciati da informazioni che mettono in discussione le loro convinzioni preesistenti e rischiano quindi di sperimentare un negativo sovraccarico emotivo se tali informazioni dovesse "raggiungerli" (Fonagy et al., 2015).

Per aiutare i clienti con ipervigilanza epistemica a ripristinare la propria capacità di fiducia epistemica, il clinico deve superare la loro ipervigilanza e guadagnarsi il ruolo di fonte autorevole di informazioni: il clinico raggiunge questo obiettivo vedendo il mondo dal punto di vista del cliente e quindi convalidandone l'esperienza soggettiva come degna di considerazione (cioè, il terapeuta *mentalizza* il cliente; cfr. box 1.1). Con questa tecnica, i clienti si sentono visti e compresi e, di conseguenza, possono aprire

la loro mente alla comunicazione del clinico. Questo è il primo passo per riacquistare la fiducia negli altri e nel mondo sociale (Fonagy e Allison, 2014). Il clinico ottiene questa comunicazione di successo utilizzando segnali non verbali (ovvero *segnali ostensivi*) per riconoscere esplicitamente il cliente quale individuo con intenzioni degne di importanza (Fonagy et al., 2015). Un clinico può anche cercare di dimostrare che non mette sempre al primo posto le proprie esigenze personali, ad esempio rinunciando all'onorario per una seduta che il cliente ha perso a causa di un'emergenza indipendente dal suo controllo.

Box 1.1. Cos'è la mentalizzazione?

Peter Fonagy ha introdotto il termine *mentalizzazione* nel 1989 per cercare di spiegare le difficoltà psicologiche che sperimentano alcuni clienti, in particolare quelli che lottano contro i disturbi di personalità. La mentalizzazione è la capacità di comprendere che i comportamenti, nostri e altrui, derivano da stati psicologici e processi mentali interni. La capacità di mentalizzazione ci aiuta a regolare le nostre emozioni e a guidare i nostri comportamenti; ad esempio, è meno probabile che ci arrabbiamo e reagiamo in modo aggressivo al tono di voce duro di un amico se supponiamo che sia dovuto a un'agitazione interna per una crisi personale e che abbia poco o nulla a che fare con noi.

La capacità di mentalizzare in età adulta sembra affondare le sue radici in esperienze precoci positive in cui i principali caregiver sono stati in grado di interpretare correttamente i segnali comportamentali ed emotivi (ad es., capire che il bambino piange perché ha fame), di rispondere in modo tempestivo (dandogli da mangiare entro un breve tempo) e di promuovere la reciprocità nella relazione. Per fare un esempio, immaginiamo che un bambino sia angosciato dal fatto di essere solo e che il caregiver se ne accorga e reagisca iniziando il gioco del "bubù-settete", al quale il bambino risponderà a sua volta girandosi verso il caregiver, sorridendo e ridendo. Con il tempo, un bambino che ha una relazione con un caregiver così sintonizzato e attento – dunque in grado d'interpretare accuratamente i suoi stati mentali (cioè di mentalizzare il bambino) – impara a vederlo come una persona di cui ci si può fidare per la trasmissione di informazioni rilevanti e conoscenze accurate. Il caregiver diventa quindi una fonte autorevole di informazioni per quel bambino, sia per quanto riguarda il mondo esterno che in riferimento a sé. Questo processo è facilitato dalla sensibilità specie-specifica del bambino verso alcuni segnali comportamentali non verbali, chiamati *segnali ostensivi*, che ne catturano l'attenzione e lo aiutano a concentrarsi, ad ascoltare e ad iscrivere dentro di sé la comunicazione che segue tali segnali. Esempi di questi segnali sono il contatto visivo, l'alternanza dei turni di parola e l'essere chiamati per nome (Fonagy et al., 2015).

Fonagy e colleghi ipotizzano che la maggior parte dei clienti con disturbi mentali abbia sperimentato relazioni primarie prive delle qualità appena descritte. Di conseguenza, questi clienti non hanno mai sviluppato la capacità di leggere e comprendere accuratamente le intenzioni altrui, con conseguenti difficoltà a regolare le proprie emozioni e a relazionarsi agli altri. Gli autori suggeriscono che i clienti che hanno difficoltà a mentalizzare sono più vulnerabili ai fattori di stress, in particolare ai traumi: queste persone hanno spesso difficoltà a mettere in prospettiva gli eventi potenzialmente traumatici e tendono, viceversa, a essere sopraffatti dagli eventi negativi e a "prenderli sul personale", oppure a leggerli usando una spiegazione irrazionale (come le superstizioni). L'incapacità di mentalizzare li predispone a patire i persistenti effetti negativi derivanti dall'evento e a definire la propria immagine a partire dall'evento negativo stesso (ad es.:

“Questa perdita inaspettata è un ulteriore segno del mio essere un fallimento”). Infine, poiché non possiedono la capacità di dare un senso all’evento attraverso la comprensione degli stati interni degli altri, tendono a concentrarsi sulle apparenze esterne che potrebbero essere fuorvianti. Ad esempio, se un gruppo di persone assistesse a un incidente stradale e una di queste – che non è in grado di mentalizzare – osservasse la mancanza di forti reazioni in chi la circonda, invece di interpretare questo fatto come un segno che gli altri sono sotto shock, potrebbe concludere di essere l’unica ad essere sopraffatta dall’evento e, per questo, ritenersi “più vulnerabile”. Tutte queste tendenze, legate a un’alterata capacità di mentalizzazione, limitano la resilienza di fronte a un evento potenzialmente traumatico e incrementano l’impatto negativo che il trauma avrà su di sé.

Kamphuis e Finn (2019) hanno descritto dettagliatamente il lavoro clinico di mentalizzazione del cliente e le implicazioni di ipervigilanza e fiducia epistemica nell’AT. Nell’AT i clinici promuovono la fiducia epistemica nei loro clienti utilizzando strumenti di valutazione validi per ottenere una comprensione significativa del loro mondo interno in un breve lasso di tempo; questa comprensione aiuta il clinico a leggere accuratamente i bisogni del cliente e a rispondervi in modo adeguato. Inoltre, la raccolta delle Domande di Assessment all’inizio di un AT (si veda il capitolo 5) promuove l’espressione soggettiva dei bisogni del cliente e segnala che i suoi obiettivi rappresentano il focus di tutto il lavoro successivo. La fase della somministrazione dei test e dell’Inchiesta Estesa (capitolo 6) ancorano i risultati dell’AT alle domande dei clienti, segnalando ulteriormente che le informazioni ottenute dai test sono ritagliate sui loro obiettivi individuali. In questo modo, le Domande di Assessment diventano veri e propri segnali ostensivi che aumentano l’apertura del cliente a nuovi apprendimenti. Inoltre, l’Inchiesta Estesa e la Seduta Intervento (capitolo 8) danno risalto all’apprendimento che deriva dalle intuizioni e dalle esperienze dei clienti in seduta, e questo permette ai clienti di sentirsi autori “in prima persona” di nuove consapevolezze su ciò che li disorienta nel presente. A seguire, la stessa discussione collaborativa dei risultati dell’AT durante la Seduta di Discussione e Riepilogo (capitolo 9) sviluppa ulteriormente la fiducia epistemica, perché il clinico introduce, dapprima, informazioni che confermano e rafforzano le narrazioni preesistenti del cliente e, solo in seguito, fornisce nuove informazioni. Infine, il feedback finale, scritto in un linguaggio comprensibile al cliente (capitolo 10), dimostra che il clinico ha preso in considerazione la sua prospettiva e ha sintetizzato le informazioni condivise in modo da renderle fruibili per possibili future occasioni.

Il sistema di attaccamento

Le difficoltà dei clienti a rivedere le proprie narrazioni e a fidarsi degli altri sono spesso dovute alla loro vulnerabilità verso emozioni quali paura o percezione di minaccia. La minaccia e la paura, normalmente, attivano il sistema di attaccamento, un sistema psicobiologico innato il cui obiettivo è quello di proteggere gli esseri umani dal pericolo (cfr. box 1.2); pertanto, molti clienti che richiedono supporto psicologico hanno difficoltà connesse al sistema d’attaccamento.

Box 1.2. L'attaccamento

La teoria dell'attaccamento, proposta inizialmente da Bowlby (1958), sostiene che gli esseri umani – in modo simile agli altri primati – hanno sviluppato attraverso l'evoluzione un insieme di comportamenti biologici innati per proteggersi dal pericolo. Questo insieme di risposte innate è chiamato *sistema di attaccamento*, mentre altri sistemi comportamentali intrinseci sono il *sistema di accudimento*, il *sistema esplorativo*, il *sistema affiliativo* e il *sistema sessuale*. Bowlby ha proposto che il sistema di attaccamento venga attivato da: (a) reali minacce ambientali che mettono in pericolo la sopravvivenza di una persona; (b) "segnali di pericolo" indiretti (come il buio, i rumori forti, l'isolamento), che aumentano la probabilità di rischio; e (c) minacce legate all'attaccamento, come la separazione reale o temuta, oppure la perdita di un figura di attaccamento (Bowlby, 1973, 1969/1982).

Durante l'infanzia, il sistema di attaccamento innesca nel bambino comportamenti relativamente semplici (il pianto) per segnalare alla figura di attaccamento (il genitore) un disagio, stimolando quest'ultima a rispondere in modo tempestivo e appropriato per ripristinare la sicurezza. Nel corso del tempo, l'esperienza ripetuta del bambino di essere confortato (o meno) dalla figura di attaccamento viene interiorizzata e porta alla creazione di *modelli operativi interni*: questi modelli sono vere e proprie "mappe" mentali di come un individuo si aspetta che funzionino le relazioni intime e protettive ed emergono principalmente dai ricordi delle prime figure di attaccamento e di ciò che è accaduto quando si è stati aiutati, ma possono anche essere influenzati da relazioni strette avvenute più avanti nella vita. I modelli operativi interni danno forma alle strategie utilizzate da un individuo per raggiungere un senso di sicurezza.

Un *pattern di attaccamento sicuro* deriva da esperienze relazionali in cui la comunicazione tra il caregiver e il bambino è stata collaborativa e sintonizzata: ripetute esperienze positive di sincronizzazione efficace portano un individuo a sviluppare l'aspettativa che, quando ha bisogno di cure e protezione, un "altro significativo" risponderà in modo tempestivo per soddisfare tali bisogni. L'interiorizzazione e la generalizzazione di questi modelli operativi interni permettono alle persone con attaccamento sicuro di vedere se stesse come competenti e degne di attenzioni e di vedere gli altri come generalmente affidabili. Pertanto, la strategia principale di attaccamento di queste persone, quando affrontano situazioni difficili, è di cercare la vicinanza e il sostegno delle figure di attaccamento (come il coniuge) e di riflettere sui propri stati interiori (cioè di mentalizzare). L'attaccamento sicuro permette agli individui di elaborare le emozioni negative, dare loro un significato coerente, regolare la loro intensità, affrontare efficacemente i problemi e cercare attivamente supporto.

Bowlby (1980) ha inoltre individuato tre processi difensivi primari legati all'attaccamento, che si manifestano prevalentemente nei modelli di attaccamento insicuro: (1) la disattivazione, (2) la disconnessione cognitiva e (3) i sistemi segregati. Queste strategie mirano primariamente a ripristinare il senso di sicurezza di un individuo quando percepisce una minaccia reale o temuta. La *disattivazione* sposta l'attenzione dell'individuo dalla minaccia alla risoluzione dei problemi e "spegne" il sistema d'attaccamento escludendo il tipo di informazioni, eventi o emozioni angoscianti che lo attiverebbero, prima che questi fattori di stress raggiungano il livello di consapevolezza (George e West, 2011). Durante un assessment, i clienti che utilizzano prevalentemente la disattivazione per gestire l'attivazione del loro sistema di attaccamento, spesso chiederanno perché non hanno avuto relazioni intime di successo pur essendo molto affermati nelle loro carriere. La *disconnessione cognitiva* scinde le emozioni angoscianti – legate all'attivazione del sistema di attaccamento – dai pensieri e dalle cognizioni tipicamente collegati ad esse. Con il sistema di attaccamento attivato, l'individuo si sente angosciato ma non riesce a individuare la vera origine

delle sue emozioni dolorose. Questa strategia lascia l'individuo "a rimuginare così insistentemente sui dettagli delle proprie reazioni e sofferenze, che non ha il tempo di considerare quale possa essere la situazione interpersonale alla base delle sue reazioni" (Bowlby, 1980, p. 65). Poiché l'individuo non è consapevole della loro origine, il disagio tende a non essere affrontato in modo efficace e, di conseguenza, la persona è spesso intrappolata nel compito impossibile di cercare di trovare una soluzione a una situazione di iperattivazione del sistema di attaccamento (con l'aumento di ansia, rabbia, vergogna, tristezza, paura), senza disporre delle informazioni necessarie per risolvere il problema in modo adattivo. I clienti che utilizzano la disconnessione cognitiva per gestire le minacce dell'attaccamento a volte si presentano con ansia, depressione o sintomi fisici che non trovano spiegazione e non hanno precedentemente risposto a varie forme di trattamento.

I *sistemi segregati* sono una difesa dell'attaccamento che si sviluppa quando un individuo non riesce a risolvere il duplice desiderio di avvicinarsi e di allontanarsi da un caregiver, oppure quando l'individuo si trova ad affrontare persistenti segnali contrastanti sulla sicurezza e sull'attaccamento senza alcun sollievo (Reisz et al., 2018). Un esempio classico è la persona con una figura di attaccamento imprevedibile, che può essere confortante o abusante in momenti diversi. Questo tipo di trauma precoce dell'attaccamento può portare allo sviluppo di modelli e aspettative incompatibili di relazioni di attaccamento che sono *segregati* l'uno dall'altro nella mente, cioè non sono consapevoli nello stesso momento. Quando gli spunti situazionali sollecitano esperienze, ricordi ed emozioni segregate, questi possono attivarsi e causare un comportamento anomalo (Bowlby, 1980). Un cliente con sistemi segregati potrebbe cercare un assessment chiedendo: "Perché mi sento improvvisamente terrorizzato quando inizio a sentirmi vicino a qualcuno?" o "Perché i miei partner mi dicono che si sentono come se stessero frequentando due persone diverse?"

Entrando nel dettaglio, mentre spesso i clienti desiderano e accolgono con favore il loro primo incontro con un clinico, possono al contempo percepire quel momento come un evento potenzialmente pericoloso, durante il quale riveleranno le loro vulnerabilità a un estraneo che temono potrebbe giudicarli, condannarli, farli vergognare o, addirittura, rifiutarli. I clienti saranno quindi particolarmente diffidenti se hanno già sviluppato aspettative negative nei confronti degli altri e delle relazioni (pensando, ad es., "se le persone conosceranno davvero come sono, scapperanno a gambe levate"). Queste preoccupazioni si basano sulle precedenti esperienze negative che hanno avuto con i loro caregiver e gli altri adulti significativi per il loro sviluppo. La paura dei clienti di essere rifiutati, giudicati o di provare vergogna, probabilmente attiverà il loro sistema di attaccamento (segnale di pericolo) che poi inibirà la loro capacità di essere curiosi verso se stessi e di esplorare nuovi modi di considerare i problemi, creando così un ostacolo al processo terapeutico. Gli studi sull'attaccamento hanno dimostrato che il sistema di attaccamento e il *sistema esplorativo* (cioè il desiderio innato di incuriosirsi per le novità e scoprire cose nuove) si attivano inversamente: quando uno dei due sistemi biologici è "acceso", l'altro è "spento". Questo è facilmente comprensibile se ricordiamo che la paura e i comportamenti che ne derivano per ricercare la sicurezza (ad es., rivolgersi a ciò che è familiare, avvicinarsi a una figura di attaccamento o a un luogo conosciuto, evitare cose e persone strane e nuove) hanno una priorità evolutiva: servono a proteggere gli esseri umani dal pericolo e a promuoverne la sopravvivenza.

Pertanto, l'attivazione del sistema di attaccamento generalmente disattiva o inibisce l'esplorazione e la ricerca di novità e "solo quando si ritrova sollievo e si ripristina un senso di sicurezza connesso all'attaccamento, l'individuo può impiegare attenzione ed energia per [...] l'esplorazione" (Mikulincer e Shaver, 2007, p. 16). Tali meccanismi si applicano non solo ai pericoli fisici ma anche a quelli emotivi, come quelli che i clienti affrontano all'inizio dell'incontro con un clinico: per questi motivi, nell'AT prestiamo molta attenzione a favorire e stabilire sicurezza nella relazione con il cliente, riconoscendo che la sicurezza è un prerequisito per l'autosvelamento, l'autoesplorazione e quindi per lo stesso cambiamento terapeutico (Aschieri et al., 2016).

Visto attraverso la lente della teoria dell'attaccamento, il successo degli incontri (soprattutto il primo) tra clinico e cliente può dipendere dalla capacità del primo di gestire tre processi semi-indipendenti che regolano il sistema di attaccamento e creano un senso di sicurezza: (1) la sintonizzazione emotiva, (2) la comunicazione collaborativa e (3) la riparazione delle rotture (Stern, 2004).

La *sintonizzazione emotiva* è un processo relazionale che permette ai partecipanti di uno scambio interpersonale di condividere i propri stati mentali e di sentire una comprensione reciproca dei propri affetti e delle proprie emozioni. Quando la sintonizzazione emotiva viene raggiunta all'interno della relazione terapeutica ha il potenziale di calmare le emozioni negative e, viceversa, di accrescere quelle positive, consentendo ai clienti di regolare l'attivazione emotiva e di riflettere più efficacemente sui propri stati interni (Trewarthen e Hubley, 1978).

La *comunicazione collaborativa* si riferisce ai segnali di comunicazione verbale e non verbale che sono unici nella relazione tra cliente e assessor. Attraverso la comunicazione collaborativa, i partner si segnalano a vicenda l'unicità della loro relazione, inventando e utilizzando segnali che hanno significato solo per loro; nasce un "linguaggio privato" che mostra il legame speciale che queste due persone possiedono. Esempi verbali di comunicazione collaborativa includono parole specifiche che catturano l'esperienza del cliente: ad esempio, un cliente e un clinico potrebbero adottare l'espressione "il grigio sotto la superficie" per riferirsi a sentimenti depressivi al di fuori della consapevolezza del cliente. Altre metafore potrebbero includere le esperienze condivise durante un test o alcune risposte del cliente: ad esempio, un cliente potrebbe vedere "due anatre" in un'area di una tavola Rorschach dove la maggior parte delle persone vede due esseri umani e, in seguito, l'assessor potrebbe fare riferimento a questa risposta come esempio delle percezioni idiosincratiche del cliente e potrebbero – da lì in avanti – usare l'espressione "vedere le anatre" per indicare l'errata percezione di una situazione da parte del cliente. Tra gli esempi non verbali di comunicazione collaborativa vi sono i rituali comportamentali che clinico e cliente sviluppano durante il processo terapeutico: dal modo in cui si stringono la mano quando si incontrano nella sala d'attesa, alle espressioni facciali o ai toni di voce che hanno un significato distinto nella loro relazione.

La *riparazione delle rotture* nella relazione terapeutica è un aspetto essenziale per il successo degli interventi psicologici (Safran e Muran, 2000). Le rotture empatiche sono inevitabili in ogni relazione intima, anche tra clinico e cliente. Come con le diadi madre-bambino, le dinamiche di congiunzione e disgiunzione in un processo terapeutico sono complesse e piene di insidie a causa di potenziali "passi falsi, scuse, tentativi di riappacificazione, ritentativi, incontri e ancora passi falsi" (Tronick e Beeghly, 2011,

p. 112). Ciò che differenzia le relazioni sane da quelle problematiche è uno sforzo tempestivo per riparare le rotture non appena emergono. Ma come fa un clinico a riparare le rotture della relazione con un cliente? Il clinico deve essere sintonizzato con i segnali che indicano che si è verificata una rottura: ad esempio, un assessor può notare che, in risposta a una certa domanda, un cliente rimane in silenzio e guarda il pavimento, segno rivelatore di vergogna (Gilbert e Andrews, 1998). Il clinico può quindi cambiare argomento, annotando mentalmente la reazione del cliente, oppure scusarsi e rassicurare il cliente che va bene non rispondere alla domanda. Se il cliente si riprende e recupera il contatto visivo, il clinico può ritenere che la riparazione sia riuscita.

Il dilemma di cambiamento

Per approfondire le teorie presentate, si può dire che, affinché un assessment psicologico sia terapeutico, i clienti – con l'aiuto del clinico – devono sviluppare la curiosità verso se stessi. I clienti idealmente si muovono da una posizione di ipervigilanza epistemica a uno stato di fiducia epistemica – equilibrato da una sana vigilanza epistemica – e ricevono nuove informazioni per sviluppare narrazioni più compassionevoli, accurate e utili su se stessi e sulle proprie relazioni. Hanno anche bisogno di accedere a modi più sani, sicuri, diadici e integrati di regolare le proprie emozioni, e non si tratta affatto di un compito semplice. Non sorprende quindi che, nonostante siano motivati dal desiderio di cambiare in meglio, di realizzare i propri obiettivi e aspirazioni e di ridurre gli stati emotivi problematici e i comportamenti sintomatici, molti clienti sembrano rifiutare le relazioni, le informazioni e le opportunità che potrebbero aiutarli a raggiungere questi traguardi. La possibilità di cambiare ha infatti dei costi che non si pagano facilmente.

Dilemma di cambiamento è un termine introdotto da Peggy Papp nel 1983 per descrivere il conflitto interno di un cliente tra il desiderio di cambiare e la corrispondente paura del cambiamento stesso. Questo concetto inquadra i pro e i contro della messa in discussione di particolari aree della propria vita o del proprio complessivo funzionamento psicologico che, sebbene limitino le possibilità di raggiungere obiettivi importanti, allo stesso tempo proteggono da esiti temuti che il più delle volte hanno a che fare con il rischio di essere sopraffatti da emozioni intollerabili o di interrompere relazioni importanti. Comprendere i dilemmi di cambiamento dei clienti può aiutare i clinici a provare compassione per i comportamenti che appaiono disfunzionali o autodistruttivi e che non rispondono facilmente agli interventi psicologici. Mentre altre teorie parlano di “coazione a ripetere” o di clienti “resistenti”, la comprensione del dilemma di cambiamento aiuta i clinici ad avere maggiore empatia per i propri clienti e a individuare i “punti di svolta” su cui concentrare gli interventi; infine, quando i clinici riconoscono e danno un nome ai dilemmi di cambiamento dei clienti, spesso la vergogna è alleviata e vengono poste le basi per un successivo progresso.

Tornando a Sandra, il suo dilemma di cambiamento può essere inquadrato come segue. Da un lato potrebbe continuare a relazionarsi con i partner così come ha sempre fatto in passato – tenendoli a distanza – a costo di rinunciare a una relazione intima di successo (che alla fine la lascerebbe sola e insoddisfatta), ma con il grande vantaggio di essere protetta dalla convinzione profonda di essere indegna e di non poter essere amata. In questo modo, può evitare di provare rabbia o addirittura odio per i suoi genitori,

che sono in gran parte responsabili del modo in cui si sente riguardo a sé. Dall'altro lato, Sandra potrebbe smettere di allontanare i potenziali partner e rischiare una maggiore intimità emotiva nella speranza di creare un legame più profondo e gratificante ma, se lo facesse, susciterebbe inevitabilmente sentimenti dolorosi legati a vergogna e al sentirsi indegna. Questi sentimenti rimangono al di fuori della sua consapevolezza: non può affrontarli da sola per il rischio di essere sopraffatta e di cadere in un'esperienza di disintegrazione. È importante notare che se Sandra sentisse e arrivasse a comprendere la sua profonda vergogna, sarebbe anche costretta a rivedere la propria storia familiare e la visione (almeno in parte) idealizzata dei suoi genitori, esponendosi al doppio rischio di essere sopraffatta da sentimenti di rabbia e disperazione.

Un dilemma di cambiamento come questo è accompagnato da emozioni intense e difficili da gestire in entrambe le opzioni. Come si sentirebbe Sandra se dovesse affrontare un altro fallimento relazionale dovuto alla sua difficoltà con l'intimità? In alternativa, cosa significherebbe per Sandra rendersi conto che i suoi genitori non si sono presi cura di lei come aveva bisogno e che questo – in età adulta – l'ha fatta sentire indegna di amore e incapace di segnalare i propri bisogni ai suoi partner? La tristezza, la sensazione di fallimento, la rabbia, il rimpianto e il dolore sono tutte emozioni potenzialmente travolgenti che Sandra dovrebbe attraversare per trovare un modo per superare questo dilemma. A causa di questi intrecci, i clienti tenderanno ad evitare attivamente queste emozioni se, come Sandra, si aspettano che nessuno li sostenga o li aiuti a “contenere” questi sentimenti. Spesso, l'unico modo in cui i clienti possono tollerare le emozioni angoscianti che devono affrontare per la risoluzione dei propri dilemmi di cambiamento è il supporto emotivo di un clinico, che li aiuti a sviluppare “terze vie” attuabili per risolvere i loro conflitti interiori, in modo produttivo e terapeutico. Con Sandra, ad esempio, il clinico l'ha aiutata a trovare una “terza via” attraverso l'AT: dal momento che faticava ad affrontare da sola i suoi sentimenti negativi di fondo, il clinico ha offerto un sostegno in qualità di ascoltatore benevolo, sintonizzato e responsivo. Grazie a questo, la cliente ha potuto contattare ed esprimere il dolore legato all'esperienza di essere rifiutata e abbandonata, senza però venire traumatizzata da questi sentimenti, e questa esperienza le ha insegnato che c'era davvero una via d'uscita al suo dilemma di cambiamento.

1.3. Perché i test psicologici sono utili?

I test psicologici sono fondamentali per aiutarci a raggiungere i numerosi obiettivi che abbiamo descritto: ci aiutano infatti a comprendere le difficoltà e le risorse dei clienti, consentendoci di valutarli in base a specifiche dimensioni psicologiche (ad es., il livello di depressione, l'intelligenza generale, il disturbo del pensiero) o categorie diagnostiche (come la depressione maggiore, il disturbo da stress post-traumatico, il disturbo d'ansia sociale). Inoltre, i test sono vere e proprie occasioni per coinvolgere i clienti in discussioni significative sui comportamenti tenuti durante le prove, sulle risposte date e sui risultati ottenuti – e su come questi siano connessi ai problemi della quotidianità – e possono facilitare il cambiamento terapeutico attraverso i processi che verranno descritti più avanti.

Comprendere le difficoltà e le risorse dei clienti: l'utilità dei test nella mappatura accurata del funzionamento psicologico

Negli ultimi vent'anni, diversi autori hanno descritto un declino e una marginalizzazione dell'assessment psicologico nei programmi di formazione post-lauream (Handler e Smith, 2013; Stedman et al., 2001) e nella pratica professionale degli psicologi (Wright e Hopwood, 2016). Questo fenomeno sembra essere correlato a diversi fattori: l'aumento della domanda per un percorso di psicoterapia, la diminuzione della richiesta per un assessment e la diffusione di modelli di trattamento manualizzati e mirati ad hoc per specifici sintomi e diagnosi piuttosto che di quelli orientati ai processi psicologici sottostanti (Evans e Finn, 2017; Smith, 2016). Nonostante questa tendenza, Meyer e colleghi (2001) – nella loro revisione sulla validità e affidabilità dei test psicologici – hanno concluso che (a) la validità dei test psicologici è forte e convincente, (b) la validità dei test psicologici è paragonabile a quella dei test medici, (c) i diversi metodi di valutazione forniscono fonti di informazione uniche e (d) i clinici che si affidano solo ai colloqui rischiano di sviluppare una visione incompleta dei loro clienti. Evans e Finn (2017) hanno anche sottolineato che “l'utilizzo congiunto di ragionamento clinico e contributo psicometrico di diversi tipi di test psicologici – ciascuno con i suoi punti di forza, le sue debolezze e la sua varianza di metodo – si è dimostrato essere la modalità più affidabile e valida per rilevare la psicopatologia” (p. 176). Queste affermazioni riflettono l'opinione condivisa da altri studiosi e professionisti secondo cui l'assessment psicologico è tuttora un elemento centrale della professione di psicologo (Bornstein, 2017; Smith, 2016). Nell'AT crediamo fermamente che i test psicologici, oltre ai colloqui, siano strumenti preziosi per comprendere il funzionamento psichico e i dilemmi di cambiamento dei nostri clienti.

Sebbene in alcune situazioni un singolo test possa rispondere adeguatamente alle esigenze di un cliente (ad es., il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-3* [MMPI-3; Ben-Porath e Tellegen, 2020] per ottenere una rapida valutazione del livello di depressione e ansia della persona), negli ultimi anni si è sempre più ricorso alla valutazione psicologica multimetodo nel tentativo di aumentare la capacità di comprensione dei clienti (Meyer et al., 2001; Hopwood e Bornstein, 2014). L'assessment multimetodo prevede la combinazione di diversi sistemi di valutazione: vengono utilizzati congiuntamente un inventario di personalità self-report ad ampio spettro e un test di personalità performance-based (come il Rorschach), si ricorre a strumenti di valutazione formale e al colloquio clinico, oppure vengono abbinati il colloquio clinico e l'osservazione diretta del cliente. La valutazione multimetodo si fonda sul fatto che diversi sistemi di misurazione permettono di comprendere una singola dimensione o un costrutto (come la depressione di un cliente) in modo più accurato, posto che nessun metodo può catturare al contempo tutti i diversi aspetti di quella dimensione: infatti, ogni misurazione (pensiamo al colloquio, agli strumenti self-report, ai test basati sulla performance, alle osservazioni del clinico) può descrivere il costrutto in questione solo nei limiti del suo particolare modo di guardare a quella specifica dimensione (Meyer, 2018). In particolare, le informazioni offerte dai test self-report saranno limitate dalla consapevolezza e dalla capacità del cliente di riferire i comportamenti, i pensieri o i sentimenti connessi alla depressione, mentre i test performance-based

forniranno informazioni sui processi psicologici impliciti connessi alla depressione, piuttosto che su comportamenti direttamente osservabili. In aggiunta, consideriamo che il costrutto complesso della “depressione” del nostro cliente si colloca in uno spazio di realtà che, come professionisti, possiamo solamente stimare attraverso gli strumenti di valutazione limitati che abbiamo a nostra disposizione e che “la mappa *non* è il territorio che rappresenta” (Korzybski, 1933, p. 58). Nell’AT è pertanto fondamentale l’idea che la conoscenza sia sempre prospettica.

Il compito dei clinici è quindi di integrare i risultati dei diversi metodi, passaggio impegnativo perché le diverse modalità di valutazione spesso producono risultati discordanti. Meyer (2018) ha suggerito che il modo in cui i clienti ottengono punteggi diversi o coerenti nei vari test possa rappresentare la loro “firma di personalità” (cfr. anche Mischel, 2004). A seconda delle loro caratteristiche specifiche, i diversi test creano situazioni più o meno strutturate, familiari, interpersonali ed emotivamente stimolanti. Pertanto, il modo in cui i clienti rispondono e interagiscono con queste diverse situazioni testistiche spesso richiama il modo in cui reagiscono in diversi contesti di vita con caratteristiche simili. Finn (1996a, 2007 [tr. it. 2009]) ha sviluppato un modello per interpretare i risultati congruenti e divergenti del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2; Butcher et al., 1989) e del Rorschach, rispettivamente due degli strumenti di valutazione della personalità self-report e performance-based più frequentemente utilizzati (Ready e Veague, 2014). Il modello di Finn prende in considerazione i livelli di problematicità complessiva mostrati dai due test e interpreta le potenziali discrepanze come legate ai diversi livelli di consapevolezza del proprio funzionamento psicologico e del modo in cui le caratteristiche di personalità si manifestano nei contesti specifici ricreati dai test. Questo modello può essere adattato ai modelli di convergenza/divergenza tra quasi tutti i test self-report e performance-based ed è altamente compatibile con il paradigma, ampiamente accettato, di interpretazione dei test della “dissociazione degli aspetti di sé” (Bornstein, 2002).

L’utilizzo dei risultati dei test per descrivere la specifica “firma di personalità” dei clienti e risalire, attraverso i loro punteggi nei diversi test, a come potrebbero cavarsela nella vita reale è il fulcro di ciò che i clinici dell’AT chiamano *concettualizzazione del caso* (cfr. capitolo 7). La concettualizzazione del caso permette ai clinici di comprendere con precisione il funzionamento psicologico dei clienti, i loro dilemmi di cambiamento e, dunque, ciò che potrebbe ridurre l’ostacolo al cambiamento stesso. Inoltre, una buona concettualizzazione del caso è un prerequisito per consentire ai clinici di rispondere alle Domande di Assessment dei clienti in modo sensato e di raggiungere gli obiettivi prefissati per l’assessment.

Comprendere le difficoltà e le risorse dei clienti: i contributi della psicologia evolutiva e della neurobiologia interpersonale

Numerosi riscontri dalla psicologia dello sviluppo e dalla ricerca neurobiologica sostengono l’idea che le emozioni siano fonti di informazioni essenziali che, se comprese accuratamente, promuovono la sopravvivenza della specie umana. Le *emozioni primarie* sono risposte adattive, di origine genetica, che servono a indicare che si è verificato un cambiamento significativo nell’ambiente (ad es., provare paura è collegato

all'emergere di un pericolo; Prinz, 2004). Le *emozioni secondarie*, come la vergogna e l'imbarazzo, sono altrettanto importanti e derivano dal modo in cui le persone del nostro ambiente ci rispondono quando manifestiamo le emozioni primarie: ad esempio, se da bambini veniamo rifiutati ogni volta che mostriamo rabbia, possiamo arrivare a provare vergogna nelle situazioni che la suscitano in noi. La consapevolezza delle nostre emozioni in momenti e contesti diversi e la capacità di accedere a diversi stati emotivi utili e rilevanti per le varie situazioni, sono entrambe essenziali per la salute mentale dell'individuo e sono collegate alla "regolazione emotiva".

La regolazione delle emozioni si riferisce a "come cerchiamo di condizionare le emozioni che proviamo, quando le proviamo e come le viviamo ed esprimiamo" (Gross, 2008, p. 497; cfr. box 1.3). Un problema abbastanza frequente nella regolazione delle emozioni, riscontrato nei clienti che richiedono un supporto psicologico, è stato definito "scissione" o "dissociazione" degli affetti (Fosha, 2000). Con questo termine intendiamo dire che alcuni clienti sembrano non essere consapevoli e bloccati nell'espressione di una o più emozioni primarie o secondarie (ad es., rabbia, tristezza, paura, vergogna). Di conseguenza, queste persone non si sentono come la maggior parte degli individui si sentirebbe in certe situazioni e non possono quindi intraprendere azioni appropriate. Spesso le difficoltà di vita che spingono i clienti a rivolgersi a noi per un AT sono legate agli affetti dissociati: ad esempio, un cliente potrebbe chiedersi: "Perché non ho avuto maggior successo sul lavoro?", e un'attenta indagine potrebbe rivelare che non sa "vendersi" sul lavoro o in altri contesti competitivi e che ha persino suggerito di scegliere un altro, al suo posto, per un nuovo incarico. I test psicologici possono mostrare che questo cliente presenta emozioni dissociate di rabbia e orgoglio,

Box 1.3. La regolazione emotiva

Secondo Gross (2008, 2015) i modi più comuni per regolare le emozioni sono:

- a. selezionare quei contesti in cui possono sorgere emozioni diverse (ad es., preferendo quelli che promuovono emozioni positive);
- b. influenzare attivamente la nostra risposta emotiva a una situazione (ad es, raccontando una barzelletta quando si presenta un problema inaspettato per diminuire i sentimenti di ansia);
- c. orientare la nostra attenzione verso aspetti specifici di una situazione (come confortarsi dopo aver fallito un esame, ricordando che anche la maggior parte della classe lo ha fallito);
- d. rivedere la nostra lettura di un problema (ad es., un adolescente frustrato dagli sforzi messi in atto dalla madre per aumentare il tempo che dedica allo studio può arrivare a vedere il comportamento della madre come uno strumento utile che lo aiuta a concentrarsi maggiormente in questa attività; questo nuovo modo di considerare le azioni della madre sostituirà più probabilmente la frustrazione con la gratitudine);
- e. modulare le proprie risposte emotive (contando fino a dieci prima di insultare qualcuno).

Mentre alcune strategie di regolazione delle emozioni promuovono l'adattamento e il benessere, altre (ad es., l'evitamento emotivo, la ruminazione e la soppressione delle emozioni) possono avere esiti psicopatologici (Aldao et al., 2010).

rendendolo incapace di essere adeguatamente assertivo e positivamente competitivo sul lavoro e in altri contesti.

Vediamo ora insieme come si sviluppano gli stati affettivi dissociati. Ad oggi sappiamo che, tipicamente, tali stati derivano dall'apprendimento interpersonale o da traumi irrisolti: ad esempio, il cliente menzionato in precedenza potrebbe essere cresciuto con un padre incline alla rabbia e abusante - che terrorizzava tutta la famiglia con i suoi accessi d'ira - e una madre sottomessa e non assertiva, che non era in grado di proteggere se stessa o i suoi figli. In quel contesto, il cliente comprensibilmente potrebbe aver imparato a ignorare o seppellire la propria rabbia, perché (1) sarebbe stato pericoloso sentirla ed esprimerla, sia per lui che per tutta la famiglia, (2) replicava il modello della madre e (3) veniva direttamente o indirettamente ricompensato per questo (ad es., la madre lodava la sua pazienza, il padre dirigeva la sua rabbia verso altri fratelli più ribelli). In tali contesti traumatici, le emozioni vengono quindi spesso dissociate, ovvero poste completamente al di fuori della consapevolezza e non restano pertanto più accessibili a svolgere le loro funzioni adattive. Talvolta, in alternativa, queste emozioni possono essere non integrate senza arrivare ad essere completamente dissociate: in questi casi tali emozioni restano accessibili ma tendono ad emergere in un modo incontrollato e inatteso che spaventa i clienti e li porta - tendenzialmente - a cercare di bloccarle. Tuttavia, le emozioni dissociate non sono sempre dovute a gravi traumi individuali o familiari: ad esempio, lo stesso cliente potrebbe essere cresciuto in un contesto culturale in cui rabbia, assertività e competizione erano tabù ed, ogni volta che esprimeva da bambino queste emozioni naturali, veniva per questo svergognato o punito. Sappiamo infatti che la vergogna e l'ansia "si attaccano" (mediante il condizionamento classico) all'emozione considerata proibita, così che, se mai si manifesta, essa verrà evitata o soppressa (Aschieri et al., 2016); in questo modo, culture diverse sviluppano delle proprie emozioni proibite o dissociate (De Leersnyder et al., 2013).

Come già accennato, molti stati emotivi possono essere dissociati, causando una serie di problemi specifici nel corso della vita. Immaginate una madre traumatizzata che si sente sopraffatta e si ritira ogni volta che il figlio esprime paura: nel corso del tempo, per proteggere il legame di attaccamento il bambino verrà condizionato a sopprimere o ignorare le sensazioni fisiologiche di paura e tenderà a evitare le situazioni in cui potrebbe provarla, oppure si butterà in situazioni pericolose senza rendersi conto che si sta mettendo a rischio. Raggiunta l'età adulta questo cliente potrebbe richiedere una valutazione psicologica domandandosi: "Perché continuo a fare scelte sbagliate e a fare cose che alla fine mi fanno male?" Come si evince, gli affetti dissociati non scompaiono ma continuano a influenzare lo sviluppo dell'individuo, fino ai casi più gravi che portano a "scissioni verticali" (Goldberg, 1999), in cui la stessa persona sembra incarnare personalità estremamente diverse - come nel caso del Dr. Jekyll e Mr. Hyde o del disturbo dissociativo dell'identità - e intere personalità risultano indipendenti e non hanno alcuna consapevolezza delle altre. In casi meno gravi, gli affetti dissociati sono connessi a un'ampia gamma di problemi mentali ed emotivi, tra cui i disturbi di personalità e le dipendenze.

Recenti studi sul cervello hanno dimostrato che l'emisfero destro, che ha dense connessioni neurali con specifici nuclei sottocorticali (ad es., l'amigdala), svolge un ruolo fondamentale nell'elaborazione delle emozioni, dell'attaccamento e delle

esperienze traumatiche (cfr. Schore, 2009b, per una sintesi). Poiché gli stati affettivi dissociati e le visioni implicite di sé sono elaborati principalmente nell'emisfero destro, è difficile accedervi attraverso il linguaggio (ad es., semplicemente chiedendo in seduta ai clienti le loro rappresentazioni coscienti di sé): questo è un altro motivo per cui i test psicologici possono essere una fonte preziosa di informazioni per la comprensione dei clienti. Infatti, tutti i test self-report e performance-based standardizzati forniscono informazioni sulla consapevolezza, l'espressione e la regolazione emotiva dei clienti: in particolare e a seconda del contesto, punteggi estremamente bassi nei self-report possono indicare stati affettivi dissociati in quanto sottolineano affetti o emozioni meno presenti nell'individuo rispetto a quanto normalmente atteso. Ad esempio, se un uomo, rimasto vedovo, dopo trent'anni non mostra segni di depressione o disagio emotivo nei test self-report potremmo dubitare della sua capacità di essere consapevole e di esprimere tristezza e depressione. Le discrepanze tra le fonti d'informazione (ad es., tra test self-report e test performance-based, tra colloquio e test, tra osservazioni e colloquio) sono spesso estremamente utili per identificare gli stati affettivi dissociati. Per tornare al nostro esempio, se l'uomo menzionato mostra segni di stati affettivi negativi in un test performance-based come il Rorschach (con, ad es., punteggi superiori alla media di Contenuti Morbosi, Colore Acromatico e Chiaroscuro diffuso), questo suggerisce che la depressione e la tristezza possono essere stati affettivi dissociati, poiché questi punteggi sono riconducibili a livello comportamentale con la depressione, pur essendo incoerenti con i risultati dei suoi test self-report. Finn (2012) ha ipotizzato che i test di personalità performance-based accedano a tali stati dissociati perché attingono alle aree cerebrali governate dall'emisfero destro e ai nuclei sottocorticali (Asari et al., 2008; Bucheim et al., 2008).

L'identificazione degli stati affettivi dissociati può aiutare i clinici e i clienti a comprendere i dilemmi del cambiamento di questi ultimi: se un clinico riesce in modo autorevole a rendere consapevole un cliente dei suoi affetti dissociati e se quest'ultimo è in grado di riconoscere, reggere e reintegrare tali affetti, questi avrà nuove opzioni con cui affrontare i suoi problemi di vita. Nei capitoli centrali verrà affrontato come condurre un AT per aiutare i clienti a prendere coscienza degli affetti dissociati, a collegarli ai loro problemi e a iniziare a reintegrare tali emozioni nella loro personalità (cfr. capitoli 6 e 8).

1.4. Perché i test psicologici vengono utilizzati in modo collaborativo nell'AT?

Constance Fischer (1985/1994, 2000) è stata pioniera della teoria e della pratica dell'uso collaborativo dei test psicologici. Secondo Fischer, quando clienti e clinici collaborano, o "co-lavorano", sul significato delle risposte e dei punteggi dei test e su come questi si applicano alla vita dei clienti, entrambe le parti ne traggono un immenso beneficio. Durante la collaborazione, i clinici creano una comprensione personalizzata e proficua del cliente utilizzando diversi strumenti di valutazione e al cliente viene offerta una nuova prospettiva con cui pensare alle sue attuali difficoltà. In questo processo, il significato delle risposte e dei punteggi dei test emerge (1) dalla conoscenza del clinico rispetto alla ricerca, alla psicomетria e alle varie teorie psicologiche e (2)

dalla conoscenza del cliente rispetto alla propria vita, al proprio ambiente e ai propri comportamenti in contesti diversi. Secondo Fischer, i clinici sono esperti di test e teorie mentre i clienti sono esperti della loro vita e, dunque, il lavoro partecipato e collaborativo di comprensione dei risultati dei test rappresenta l'incontro tra le conoscenze dei clinici e quelle dei clienti.

La collaborazione tra assessor e cliente si realizza in diversi modi. L'assessor generalmente fornisce alcune informazioni derivate dai punteggi o dai risultati dei test (*scaffolding*, cfr. il capitolo 6) e permette al cliente di confermare, riformulare o rifiutare le nuove informazioni sulla base di quanto e come si conosce. Dal canto loro i clienti promuovono il processo con le osservazioni e intuizioni spontanee, che i clinici collegano poi al significato dei punteggi dei test o a una specifica teoria sul funzionamento umano. In sintesi, l'assessment collaborativo è quindi un processo congiunto di creazione di significati che rafforza positivamente la partecipazione attiva dei clienti, sia attraverso l'interpretazione dei loro risultati ai test che grazie al contributo delle proprie intuizioni e associazioni. Inoltre, il disaccordo del cliente di fronte ad alcune interpretazioni dei risultati è un'eccellente occasione per esplorare significati inaspettati che emergono dai test e potenziali blocchi o diffidenze nei confronti della valutazione o del clinico. Per questo, lavorare in modo collaborativo con i test aumenta significativamente la probabilità che i clienti si sentano ascoltati, considerati e presi in carico.

Alcuni autori descrivono la collaborazione come un modo per confrontare e incorporare le informazioni provenienti da varie fonti, che creano diverse "storie" sul cliente (Aschieri, 2012; Aschieri et al., 2010). In un assessment collaborativo queste "storie" sono tipicamente (1) quelle raccontate dal cliente in base alle informazioni e ai resoconti della sua vita quotidiana ("storie con significati personali"), (2) quelle create dal clinico dopo aver confrontato i punteggi dei test del cliente con quelli dei campioni normativi ("storie scritte con i numeri") e (3) quelle che emergono dalle nuove osservazioni e dalle esperienze congiunte che assessor e cliente condividono durante lo svolgimento della valutazione ("storie scritte a quattro mani"; Aschieri, 2012, p. 361).

Secondo Fischer (1985/1994, 2000), assessor e cliente lavorano in modo collaborativo durante tutte le varie fasi della valutazione. All'inizio, possono discutere e accordarsi sugli obiettivi del cliente circa la valutazione e successivamente, dopo la somministrazione dei test e l'emergere dei risultati, possono condividere osservazioni e idee sulle esperienze e sui comportamenti del cliente. Durante la valutazione, creano un linguaggio condiviso – soprattutto grazie agli sforzi attivi del clinico per incorporare il modo in cui il cliente descrive la propria esperienza soggettiva – e sono entrambi attenti a testare quei comportamenti ed esperienze che assomigliano agli abituali modi di stare al mondo del cliente, soprattutto se sono dannosi o problematici. Ricercano quindi nuovi modi di essere che "si diramano" da quelli vecchi ma che sono meno dannosi. Infine, clienti e clinici collaborano anche alla stesura della relazione diagnostica: i clienti sono attivamente incoraggiati a scrivere commenti e condividere eventuali divergenze, che verranno inseriti e messi a disposizione di tutti i futuri lettori della relazione.

Negli ultimi decenni molti studi e sviluppi teorici nell'ambito dell'assessment clinico hanno sostenuto l'idea che l'uso collaborativo dei test fornisca informazioni più valide e contestualizzate rispetto a una valutazione tradizionale – non collaborativa – e

che tale cooperazione permetta all'assessment di diventare un'esperienza terapeutica per i clienti. Riassumeremo alcuni di questi recenti sviluppi nei paragrafi che seguono.

L'uso collaborativo dei test produce informazioni più valide

È ormai assodato che l'atteggiamento assunto dai clienti nel completare i test psicologici ha un forte impatto sulla validità dei risultati (Meyer, 1996, 1997) e, per questo motivo, molti test prevedono scale o indicatori specifici per valutare come i clienti stanno rispondendo. Per esempio, l'MMPI-2 (Butcher et al., 1989) e l'MMPI-2-RF (Ben-Porath e Tellegen, 2008/2011) valutano la coerenza delle risposte e le tendenze a sovrastimare o sottostimare i sintomi, mentre l'R-PAS stima l'impegno profuso al Rorschach e la presenza di un atteggiamento difensivo che potrebbe ostacolare l'emergere di informazioni rilevanti da parte del cliente.

La collaborazione con i clienti durante l'assessment è un modo molto efficace per massimizzare la probabilità di raccogliere protocolli validi e affidabili: infatti, quando clinici e clienti concordano sugli obiettivi dell'assessment (cfr. capitolo 5), questi ultimi sono più propensi ad essere aperti e coinvolti durante la prova, consapevoli che i test contribuiranno a raggiungere i loro obiettivi. Inoltre, il coinvolgimento dei clienti come partecipanti attivi ed "esperti" nella comprensione delle loro stesse prove, insieme alla disponibilità del clinico a discutere non in chiave difensiva le loro riserve sulla partecipazione all'assessment, favorisce la creazione di un rapporto di fiducia. Di conseguenza, i clienti sono complessivamente più coinvolti nel processo di assessment e anche quelli più riservati diventano progressivamente maggiormente aperti nelle loro risposte ai test man mano che cresce la loro fiducia nel clinico e nel processo stesso di valutazione.

Sebbene i punteggi dei test possano indicare che un protocollo è "non valido" per le linee guida dell'interpretazione tradizionale (come, ad es., una sovrastima o sottostima dei sintomi all'MMPI-2-RF, oppure protocolli Rorschach coartati o molto difesi), ai clinici che praticano l'AT viene insegnato a considerare tali risultati come informazioni cruciali che aiutano a comprendere i dilemmi di cambiamento dei clienti o le loro reazioni al percorso di valutazione o, ancora, all'assessor (Finn, 1999). Poiché consideriamo la valutazione un processo interpersonale, riteniamo infatti che i risultati dei test indichino non solo caratteristiche stabili della personalità del cliente, ma riflettano anche lo specifico contesto di valutazione e le reazioni del cliente ai comportamenti o alla personalità del clinico (Aschieri, 2012). Ad esempio, una scala L (*Lie*) molto alta nell'MMPI-2 (che tipicamente suggerisce che il cliente ha cercato di presentarsi sotto una luce migliore) potrebbe suggerire a un assessor formato in AT – a seconda di altri punteggi e osservazioni – che il cliente ha paura di essere rifiutato o giudicato dal clinico: questo potrebbe sollevare un quesito rispetto al fatto che il cliente si sia sentito sufficientemente sicuro – all'interno del processo di valutazione – per poter iniziare la fase dei test. In una situazione del genere, il clinico si rivolgerebbe al cliente, gli chiederebbe cosa ne pensa del punteggio elevato della scala L e verificherebbe se l'ipotesi di essere rifiutato possa essere vera. Se così fosse, l'assessor dovrebbe esplorare le paure del cliente: teme il rifiuto anche in altri contesti o la paura è specifica della valutazione psicologica? Si sente ambivalente riguardo alla valutazione – e quindi in parte desideroso di aprirsi e in parte timoroso delle conseguenze? Questo tipo di esplorazione

può potenzialmente aumentare l'accuratezza dell'interpretazione da parte dell'assessor del punteggio elevato alla scala L. Infine, il clinico potrebbe lavorare insieme al cliente per scoprire cosa possa aumentare il senso di sicurezza nei suoi confronti e verso l'assessment, ad esempio discutendo ulteriormente i limiti della riservatezza. Se questo approfondimento funzionasse, il cliente potrebbe essere più aperto e disponibile nel rispondere ai test successivi, fornendo così risultati più validi e utili; in caso contrario, il clinico potrebbe riconoscere il dilemma del cliente e valutare se l'AT debba continuare.

L'uso collaborativo dei test consente di ottenere informazioni più contestualizzate

Diversi studiosi hanno sostenuto che i test psicologici sono più utili quando inquadrano, riflettono e aiutano a spiegare il funzionamento dei clienti in particolari contesti di vita (Fischer, 1985/1994; Mischel, 2004; Fischer e Finn, 2014). Fischer (1985/1994; 2000) ha sottolineato che i clienti, spesso, richiedono valutazioni psicologiche riportando descrizioni eccessivamente generiche delle proprie difficoltà – come ad esempio “sono sempre depresso” – e che queste ampie generalizzazioni possono emergere anche nei test, riscontrando, ad esempio, punteggi elevati nelle scale sulla depressione provenienti da strumenti self-report diversi. Tali generalizzazioni sono, almeno in parte, inaccurate, poiché gli esseri umani sono esseri dinamici con una certa flessibilità nell'interazione con l'ambiente, non combinazioni statiche di tratti e modelli. Il lavoro del clinico consiste nell'aiutare i clienti a riflettere sulle loro esperienze di vita quotidiana e sulle diverse situazioni che incontrano, in modo che possano maturare delle consapevolezze più utili e contestualizzate. Ad esempio, clinico e cliente possono scoprire che quest'ultimo diventa sonnolento, demotivato e triste quando studia sui libri di medicina, ma si sente felice ed energico mentre costruisce il modellino di un razzo giocattolo. La comprensione di questi elementi contestuali della “depressione” non solo aiuta il clinico a interpretare le risposte e i punteggi ai test, ma consente anche al cliente di riconoscere le circostanze di vita che potrebbero influenzare la sua depressione. Il cliente potrebbe realizzare di non aver mai voluto studiare medicina e di averlo fatto solo per le pressioni ricevute dalla sua famiglia. Questa intuizione potrebbe aiutarlo a definire nuove opzioni: decidere di iscriversi a un altro corso di studi, ad esempio, o trovare le proprie motivazioni personali per diventare medico. Questi tipi di scoperte diventano possibili solamente quando clinico e cliente collaborano per esplorare i contesti specifici in cui emerge un determinato problema.

Fischer e Finn (2014) hanno sviluppato il termine *validità di vita* per catturare questo tipo di interpretazione collaborativa dei risultati dei test. La validità di vita è una forma di validità di costrutto che si è concentrata sulla misura in cui i clienti stessi possono vedere e confermare che le risposte e i punteggi emersi dai test sono collegati ai loro contesti di vita; in altre parole, il punteggio di un test ha validità di vita quando un cliente può metterlo in relazione con la sua stessa esperienza quotidiana. Nell'AT, in particolare attraverso l'Inchiesta Estesa (cfr. il capitolo 6), i clinici sostengono i clienti nell'esplorazione delle loro risposte e dei loro comportamenti ai test. In questo modo i clienti sviluppano le proprie connessioni tra le caratteristiche di un test (che, ad es., provoca ansia, richiede specifiche abilità cognitive o interpersonali), i loro vissuti durante la somministrazione del test e le loro esperienze di vita in contesti con caratteristiche

simili. Inoltre, quando il risultato di un test manca di validità per la storia di vita del paziente, i clinici possono considerare se: (1) il risultato del test è inaccurato, (2) il contesto o il background culturale del cliente cambia il modo in cui il punteggio del test dovrebbe essere interpretato o (3) il cliente non è disposto a rivelare un aspetto specifico della sua vita personale. In ognuna di queste circostanze la concettualizzazione del caso da parte dell'assessor deve svilupparsi considerando tutti questi aspetti (cfr. il capitolo 7).

L'uso collaborativo dei test aiuta a rendere la valutazione psicologica un'esperienza terapeutica per i clienti

Nell'AT i test sono visti come “amplificatori di empatia” (Finn, 2009), nel senso che possono aiutare i clinici a “entrare nei panni” dei loro clienti e a identificarne le attuali autonarrazioni, strategie di coping, punti di forza e dilemmi di cambiamento. I risultati dei test rafforzano la capacità empatica dei clinici, consentendo loro di mentalizzare meglio i clienti e di progettare interventi terapeutici su misura per le specifiche esigenze. Collaborando nelle fasi di somministrazione dei test, i clinici possono creare esperienze trasformative per i clienti attraverso i diversi processi che ora descriveremo.

L'uso collaborativo dei test crea un contesto che permette al cliente di sentirsi visto e compreso

Kohut (1971, 1977, 1982) ha sottolineato che i clienti hanno bisogno di essere “visti accuratamente” dai clinici per sviluppare un sé coerente. Analogamente, Linehan (1993) ha suggerito che i clinici che hanno le capacità di percepire e rispecchiare accuratamente i clienti permettono a questi ultimi di regolare meglio le loro emozioni e di rinforzare la propria identità, consolidando di rimando la relazione terapeutica. Il rispecchiamento è uno strumento terapeutico onnipresente, che può essere definito come la capacità del clinico di identificare, classificare e descrivere accuratamente gli stati d'animo dei clienti. Il rispecchiamento richiede “la sensibilità e volontà del terapeuta di capire i pensieri, i sentimenti e le difficoltà del cliente dal suo punto di vista” (Rogers, 1980, p. 85). Nell'AT i clinici usano i test per aumentare l'accuratezza con cui possono rispecchiare le difficoltà e i punti di forza dei clienti (Aschieri et al., 2016). Quando collaboriamo con i clienti e discutiamo le loro risposte ai test durante l'Inchiesta Estesa, i contributi che raccogliamo ci permettono di “metterci nei loro panni”, il che li aiuta a sentirsi rispecchiati (Finn, 2009). Di conseguenza molti dei nostri clienti, anche quelli che hanno lavorato in precedenza con terapeuti eccellenti, riferiscono di “non essersi mai sentiti così compresi” come durante l'AT. Come scrive Finn (2009, p. 22), “tutte le persone hanno il desiderio di essere viste, comprese profondamente e accettate per quello che sono” e, per questi motivi, l'uso collaborativo dei test può essere molto terapeutico per i clienti.

L'uso collaborativo dei test favorisce l'autoefficacia e la speranza dei clienti

Come ha sottolineato Fischer (1985/1994) molti clienti che si rivolgono ai servizi clinici si sentono indifesi e impotenti di fronte alle loro difficoltà di vita: essi non si

vedono come protagonisti e autori della propria esistenza e la valutazione psicologica tradizionale può rafforzare questo senso di impotenza mettendo in atto una relazione in cui uno “psicologo esperto” pronuncia la “Verità” su chi è “veramente” il cliente. Viceversa, nell’AT l’uso collaborativo dei test favorisce l’autoefficacia dei clienti, mostrando che il loro contributo è essenziale per l’interpretazione dei risultati del test da parte dell’assessor; inoltre, quando i clinici “sostengono” con sensibilità le nuove consapevolezze dei clienti, questi ultimi spesso sentono di aver raggiunto tali acquisizioni da soli, il che aumenta ulteriormente il loro senso di competenza (Kamphuis e Finn, 2019).

Infine, quando i clienti esplorano nuovi modi di affrontare i test (che si applicano direttamente a situazioni di vita analoghe) con il supporto dei clinici, maturano la convinzione di poter risolvere anche i loro problemi al di fuori della stanza. Tutte queste esperienze rafforzano l’autostima dei clienti e ne alimentano la speranza.

L’uso collaborativo dei test aiuta a ripristinare la fiducia epistemica nei clienti

Secondo Fonagy e Allison (2014), il sentirsi compresi dal terapeuta e considerati come un agente attivo – i cui pensieri e sentimenti sono degni di considerazione – influenza notevolmente la fiducia del cliente nel terapeuta e nelle informazioni che sta cercando di trasmettere durante la terapia. Questa esperienza è fondamentale per far sì che i clienti possano considerare le nuove informazioni come personalmente rilevanti e generalizzabili o per rendere meno rigidi i loro modelli operativi interni. Man mano che i clienti si fidano del clinico, generalizzano questa esperienza e imparano a utilizzare la comunicazione sociale per continuare ad adattarsi al loro ambiente (Fonagy et al., 2015).

Come descritto in dettaglio da Kamphuis e Finn (2019), l’assessment collaborativo è un intervento efficace per ripristinare la fiducia epistemica. In primo luogo, quando clinici e clienti lavorano insieme per definire gli obiettivi all’inizio dell’AT (cfr. il capitolo 5), questo promuove l’espressione soggettiva dei bisogni da parte dei clienti e segnala al contempo che la valutazione è incentrata sui loro obiettivi. I clienti sentono quindi di essere trattati come agenti intenzionali con propri bisogni e punti di vista, il che è essenziale per ridurre l’ipervigilanza epistemica, che continua a diminuire quando i clinici discutono con i clienti le risposte e i risultati dei test (cfr. in particolare il capitolo 6). Tali discussioni creano l’opportunità di un apprendimento “bottom-up” (dal basso verso l’alto) che nasce dalle esperienze dei clienti e permette loro di creare “in prima persona” nuove comprensioni sulle loro attuali difficoltà; ad esempio, un cliente potrebbe arrivare a dirsi: “Dopo aver visto tutti quegli animali schiacciati nel Rorschach, sto iniziando a pensare che mi sento schiacciato da quello che mi è successo in famiglia”. Quando i clienti vengono riconosciuti come esperti della loro vita, diventano più disponibili all’apprendimento “top-down” (dall’alto verso il basso), che deriva dalla competenza dei clinici sui test e sulle teorie psicologiche; volendo proseguire sull’esempio precedente il clinico potrebbe aggiungere: “Gli animali schiacciati che ha visto nel Rorschach ricevono un punteggio specifico e la ricerca suggerisce che tali punteggi indichino quanto profondamente ci si possa considerare danneggiati e che lei possa quindi avere più sentimenti depressivi della maggior parte delle persone”.

L'uso collaborativo dei test fornisce ai clienti informazioni rilevanti per aggiornare le loro narrazioni

Abbiamo descritto come le narrazioni dei clienti su loro stessi e sulle loro relazioni siano spesso imprecise, incoerenti e colpevolizzanti. Una discussione collaborativa con i clienti sulle risposte e sui risultati ai test li aiuta ad acquisire consapevolezza nuove e significative con cui aggiornare le proprie narrazioni, sostenendoli nell'evitare il rischio di cadere in un'esperienza di disintegrazione. Come descritto nei paragrafi precedenti, la nuova conoscenza nasce dall'integrazione di informazioni provenienti da diverse fonti: le storie personali raccontate dai clienti, le storie scritte con i punteggi dei test e le storie scritte da clinico e cliente insieme (Aschieri, 2012). Seguono alcune vignette cliniche.

Una narrazione inaccurata

James chiese un AT per capire perché non riusciva a raggiungere l'orgasmo durante il sesso con Sarah, la sua ragazza. A causa delle sue difficoltà sessuali, James si era chiesto se fosse ancora innamorato di lei e durante il primo incontro la narrazione sul suo problema sessuale e sulla sua relazione con Sarah fu: "Quando le persone sono innamorate l'una dell'altra, non hanno problemi nelle loro prestazioni sessuali. Dato che ho dei problemi, questo potrebbe significare che non la amo più e quindi dovrei considerare di rompere con lei". Tuttavia, la narrazione di James non corrispondeva accuratamente alla sua esperienza personale, come si rese conto discutendo insieme al clinico una delle storie raccontate al *Thematic Apperception Test* (TAT; Murray, 1943). La tavola 3BM del TAT è l'immagine di una persona rannicchiata accanto a un divano e mentre James creava una storia disse: "Vedo quest'uomo; è disperato, probabilmente sta pensando al suicidio". Durante l'Inchiesta Estesa, il clinico chiese a James se l'uomo nell'immagine potesse avere qualcosa a che fare con lui: James rivelò che di recente si era sentito disperato e aveva pensato al suicidio (questa informazione non era ancora emersa durante l'assessment). Il clinico gli chiese allora se riuscisse a vedere un collegamento tra il suo dolore emotivo e il problema sessuale e, supportato dall'assessor, a quel punto James si rese conto che i suoi sentimenti negativi (che derivavano da fattori estranei alla relazione intima) stavano ostacolando la sua capacità di coinvolgersi pienamente nel sesso con Sarah. Capì che il suo problema sessuale non era dovuto a una mancanza d'amore per Sarah, ma alla sua depressione che emergeva da alcuni risultati dei test: James sviluppò dunque una narrazione più accurata delle sue difficoltà attraverso la discussione collaborativa dei punteggi ai test.

Una narrazione incoerente

Amelia, 45 anni, era una manager di successo di una compagnia di assicurazioni che chiese un AT perché, insoddisfatta del suo fidanzato Javier, si chiedeva se fosse quello "giusto" per lei. Amelia si lamentava con l'assessor dei modi irrispettosi con cui la trattava e di quanto dipendesse dalla madre; poiché Javier non era interessato a partecipare a un AT di coppia, il clinico iniziò un AT individuale con lei. Durante il primo

incontro Amelia raccontò che, nei dodici anni precedenti, si era trasferita in cinque città diverse a causa del suo lavoro, affermando di essersi dovuta adattare a situazioni diverse ma di non averne risentito, anzi, di essersi sempre ambientata con successo; di sfuggita accennò solamente al fatto che il non avere un partner fisso in quegli anni fosse stato “un po’ difficile” per lei. Attraverso le discussioni e i risultati dell’MMPI-2-RF, il clinico ebbe l’impressione che parte della narrazione di Amelia fosse: “Sono una donna forte, capace di contare su me stessa per adattarmi ai molti cambiamenti della mia vita e, anche se mi piacerebbe avere un partner stabile, questo non è fondamentale per il mio benessere”. Tuttavia, questa narrazione non appariva in linea con la sua dedizione verso Javier, che non la trattava bene né la proteggeva dagli umilianti commenti della madre. Le precedenti relazioni intime di Amelia sembravano essere caratterizzate dalla tendenza a rimanere insieme a partner che non si prendevano abbastanza cura di lei; inoltre, in un test self-report relativo all’attaccamento di coppia, Amelia si descriveva come desiderosa di intimità e timorosa di essere abbandonata dal partner.

Le risposte di Amelia all’EMP hanno contribuito a spiegare come abbiano preso vita queste narrazioni di sé incoerenti – la donna forte e indipendente e la donna che brama l’intimità: durante l’infanzia Amelia è stata ripetutamente delusa da chi si occupava di lei e ha imparato a prendersi cura di sé e a non fare affidamento sugli altri, sebbene avesse ancora bisogno di essere amata e accudita. Di conseguenza, al momento dell’AT Amelia aveva una relazione insoddisfacente ma non poteva chiedere a Javier ciò di cui necessitava perché temeva di venir nuovamente delusa e abbandonata. La discussione collaborativa sull’EMP durante l’Inchiesta Estesa ha aiutato Amelia a capire quanto sia importante trovare qualcuno che la ami e che si prenda cura di lei, così come le ha permesso di riconoscere il suo contributo all’insoddisfazione nella relazione – dovuto al fatto di non esprimere i suoi desideri e bisogni. Di conseguenza, Amelia ha individuato un nuovo obiettivo terapeutico: acquisire consapevolezza dei propri bisogni nella relazione intima e sviluppare la capacità di esprimerli a Javier.

Una narrazione autocritica

Ben (Finn, 2012) è stato inviato per un AT a causa di un comportamento sessuale a rischio. Il suo MMPI-2 (*code type 4-7*) era coerente con il circolo vizioso descritto da Ben: si coinvolgeva in incontri sessuali non sicuri (ad es., aveva rapporti sessuali non protetti con sconosciuti) per poi cadere in uno stato di intensa vergogna e autorecriminazione e in cui, per sfuggire a queste emozioni dolorose, si ingaggiava in ulteriori incontri sessuali poiché questo gli forniva un sollievo temporaneo dalla sua sofferenza. Dai risultati del colloquio e dell’MMPI-2 è emerso chiaramente che la narrazione di Ben era molto colpevolizzante e che provava una profonda vergogna per non essere in grado di fermare i suoi pericolosi agiti sessuali. Dal Rorschach e dall’EMP, il clinico ha concettualizzato il dilemma di cambiamento di Ben: egli aveva sviluppato una visione molto negativa di sé durante un’infanzia deprivata, con una madre gravemente depressa e un padre assente. Purtroppo, Ben si sentiva fedele alla madre e alla famiglia e non voleva connettere i sentimenti negativi verso se stesso alle sue prime esperienze di vita, mentre il comportamento sessuale a rischio gli dava sia una “buona ragione” per la sua vergogna sia un occasionale sollievo da questi sentimenti. Ben aveva bisogno di

acquisire una nuova consapevolezza circa l'odio intollerabile verso sé e la depressione che provava, così come di nuovi modi per gestire questi sentimenti al fine di frenare i comportamenti sessuali a rischio. L'assessor ha ideato una Seduta Intervento in cui Ben monitorava gli impulsi sessuali mentre raccontava storie ad alcune tavole scelte del TAT: sia l'assessor che Ben hanno notato che quando le sue storie coinvolgevano personaggi soli e depressi il suo desiderio di attuare agiti sessuali aumentava. Inoltre, Ben si è reso conto di empatizzare con i bambini soli delle sue storie e di essere in grado di riconoscere le difficoltà della sua infanzia pur mantenendo una visione dei suoi genitori come "brave persone" che "hanno fatto del loro meglio". La conversazione collaborativa guidata dal clinico, che faceva parte della Seduta Intervento, lo ha aiutato a collegare il suo comportamento sessuale con la solitudine e la depressione. Man mano che la comprensione di questi fattori cresceva aumentava del pari la sua capacità di perdonarsi: la nuova narrazione di sé, più accurata e compassionevole ha aperto la strada a un'efficace esperienza di psicoterapia, focalizzata prevalentemente sulla depressione, sulla sua narrativa colpevolizzante e sul conseguente comportamento sessuale a rischio.

L'uso collaborativo dei test crea opportunità per migliorare la regolazione emotiva dei clienti

Come descritto in precedenza, molti clienti che partecipano a una valutazione psicologica hanno difficoltà sia a essere consapevoli di certe emozioni sia a esprimerle in modo regolato. Durante l'AT l'uso collaborativo dei test consente ai clinici di creare occasioni per migliorare le capacità di regolazione emotiva dei clienti, facilitandone l'espressione all'interno della relazione interpersonale che si viene a creare tra loro. Con il sostegno del clinico queste esperienze aiutano i clienti a sviluppare una maggiore consapevolezza emotiva e a sperimentarsi nel processo di integrazione degli stati affettivi dissociati.

In che modo i test aiutano questo processo? Molti test psicologici (ad es., il TAT e il Rorschach) sono emotivamente attivanti a causa dei loro potenti stimoli visivi e immaginativi o anche perché lo stesso processo di valutazione rispecchia situazioni passate emotivamente difficili per il cliente (ad es., sottoporsi a un compito cognitivo mentre si è osservati e "valutati" da un'autorità che conosce la risposta "giusta"). In questo modo, alcuni test psicologici creano un'esperienza di esposizione agli affetti (McCullough et al., 2003) e sia il cliente che il clinico possono osservare e discutere le risposte del cliente. Durante la somministrazione dei test, i clinici osservano se il cliente prova o riesce a esprimere le emozioni tipicamente elicitate dagli stimoli dei test: ad esempio, quando viene presentata una tavola TAT che tipicamente richiama rabbia e conflitto, si osserva se il cliente crea una storia che incorpora questi elementi. In caso contrario, questa è un'opportunità per l'assessor e il cliente per iniziare a esplorare se ci sono emozioni inibite o dissociate. Un altro cliente che ha difficoltà con alcuni subtest di una prova cognitiva può arrabbiarsi e iniziare a sminuire il clinico per essersi sentito inadeguato: quando si manifestano queste emozioni e questi comportamenti, il cliente e l'assessor possono approfondire cosa significhi, per il cliente, sentirsi inadeguato e perdere le staffe e cosa, viceversa, lo aiuti in queste situazioni. L'atteggiamento di sostegno, curiosità e non giudizio del clinico crea il contesto in cui i clienti

possono sentire e verbalizzare le emozioni non integrate: tali esperienze sono il punto di partenza per iniziare a integrare le emozioni dissociate e forniscono anche una sorta di mappa per lavorare su questi problemi in futuro.

1.5. In che modo l'AT è conforme agli approcci di assessment sensibili alle diversità?

Come è stato sempre più riconosciuto negli ultimi tempi, tutti i clienti che si presentano per una valutazione psicologica sono inseriti in un contesto culturale inestricabilmente legato al loro modo di affrontare lo stress, i problemi di vita, l'espressione delle emozioni, la visione delle relazioni e la percezione della salute mentale. La valutazione psicologica tradizionale è stata giustamente criticata per non aver considerato adeguatamente l'influenza della cultura sui punteggi dei test e sui processi di valutazione (ad es., Aschieri, 2016; Smith e Krishnamurthy, 2018). Tuttavia, ci sono state alcune eccezioni degne di nota – già trent'anni fa – di psicologi che hanno sostenuto un approccio alla valutazione centrato sulla cultura (ad es., Dana, 1993, 1997). Sebbene le organizzazioni professionali siano state attente allo sviluppo delle competenze multiculturali negli ultimi vent'anni (American Psychological Association, 1993, 2003), solo di recente sono stati compiuti sforzi più mirati in relazione all'assessment (ad es., Brabender e Mihura, 2016; Smith e Krishnamurthy, 2018). Recentemente, i movimenti Black Lives Matter, Me Too, LGBTQ+ e i relativi movimenti di giustizia sociale negli Stati Uniti e in tutto il mondo hanno ulteriormente aumentato la consapevolezza dell'importanza di razza, genere, identità di genere, orientamento sessuale, etnia, religione, eventuale condizione di immigrazione, contesto economico e disabilità fisiche quando si tratta di lavorare con i clienti nell'assessment. Siamo pienamente d'accordo sul fatto che la comprensione dei contesti del cliente è essenziale per un'accurata e utile concettualizzazione del caso e si possono annoverare molti esempi in cui la mancata considerazione degli elementi di diversità ha portato a interpretazioni distorte dei punteggi dei test e a un'eccessiva patologizzazione della vita dei clienti. Considerate questi scenari ripresi da esempi clinici:

Tamara, 19 anni, studentessa afroamericana in una prestigiosa università statunitense ha richiesto una valutazione psicologica a causa di ansia generalizzata e senso di insicurezza rispetto ai suoi risultati scolastici. L'assessor, un uomo bianco di mezza età, ha chiesto a Tamara di completare l'MMPI-3 e, dopo aver notato punteggi elevati nelle scale "Dubbio sul Sé" e "Inefficacia", le ha detto che doveva lavorare sulla sua autostima, raccomandandole una terapia cognitivo-comportamentale senza considerare né le implicazioni dello status di Tamara – quale unica persona di colore nella maggior parte dei suoi corsi – né quali reali supporti fossero disponibili per lei quando si è iscritta all'università.

Liam, gay di 30 anni, voleva capire perché non era ancora riuscito ad avere una relazione intima a lungo termine nonostante le sue spiccate capacità di fare amicizia rapidamente e di frequentare altre persone. Quando l'assessor, una donna eterosessuale, ha raccolto informazioni sulle sue precedenti relazioni, ha commentato "ha sicuramente avuto molte esperienze di sesso occasionale" e si è chiesta ad alta voce se

questo potesse avergli impedito di trovare un'intimità a lungo termine. Quando poi ha chiesto a Liam di compilare l'MMPI-3 i risultati hanno suggerito un modello di risposta difensiva e il clinico ha quindi concluso che Liam aveva problemi a "mostrarsi vulnerabile" di fronte gli altri.

Cecilia, una filippina di 40 anni emigrata da sola in Italia per guadagnare per la famiglia, aveva lasciato i tre figli piccoli con i suoi genitori. È stata indirizzata dal suo medico per un assessment psicologico, poiché temeva che potesse essere clinicamente depressa. Il clinico ha chiesto a Cecilia di completare il *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck et al., 1996) e, sulla base del punteggio elevato, ha suggerito al medico curante di somministrare a Cecilia un farmaco antidepressivo. Lo psicologo non ha fornito altre raccomandazioni, né ha preso in considerazione il modo in cui la separazione di Cecilia dai suoi bambini potesse essere alla base della sua sofferenza.

Ognuno di questi esempi mostra come i clinici possano giungere a conclusioni errate o incomplete e inviare messaggi potenzialmente dannosi ai clienti quando non considerano aspetti importanti dei loro contesti culturali. L'assessor di Tamara ha attribuito le sue difficoltà a una variabile di differenza individuale ("bassa autostima"), invece di tenere conto di quanto potesse intimidire Tamara il fatto di essere l'unica persona di colore in una prestigiosa università a prevalenza bianca. L'assessor di Liam ha giudicato un comportamento normale dei maschi gay (molti incontri sessuali) come un segno di una più profonda difficoltà psichica e ha poi interpretato la sua comprensibile risposta difensiva al test come un segno di psicopatologia piuttosto che come un risultato dell'interazione clinico-cliente. Infine, sebbene l'assessor di Cecilia possa aver concluso correttamente che fosse depressa e che avrebbe potuto trarre beneficio da un farmaco antidepressivo, non è riuscito a ricomprendere come l'abbandono dei figli e il trasferimento in Italia possano averla influenzata dal punto di vista emotivo e come altri interventi (ad es., un gruppo di sostegno di genitori immigrati in situazioni simili) avrebbero potuto esserle utili.

Come concordano diversi autori (Aschieri, 2016; Fantini, 2016; Smith, 2016; Martin, 2018; Rosenberg et al., 2012), i principi e le pratiche dell'AT sono particolarmente adatti alla valutazione psicologica sensibile alle diversità per numerosi motivi:

1. L'AT è centrato sul cliente e l'attenzione e le procedure di un AT sono adattate a ogni specifico individuo, riconoscendo e rispettando i diversi contesti culturali. Come Martin (2018, p. 290) ha scritto, "[nell'AT] cerchiamo di comprendere intimamente il mondo del cliente e le forze che hanno agito su di lui. Lo facciamo indagando, ascoltando e credendo al cliente".
2. Poiché sono collaboratori essenziali in ogni fase, i clienti appartenenti a minoranze culturali si sentono più valorizzati nell'AT che nella valutazione psicologica tradizionale e sono più disposti a condividere informazioni sensibili con il clinico. Ci impegniamo a perseguire un costante apprendimento e aggiornamento dei fattori di diversità dei clienti e ci basiamo sui nostri valori di apertura, umiltà e rispetto che consentono ai clienti di condividere la loro cultura e le loro esperienze di vita.
3. L'AT sottolinea l'importanza della relazione clinico-cliente, che fornisce un modo per entrambi di dialogare sulle reali differenze culturali. Come scrivono

Rosenberg et al. (2012, p. 223), “[nell’AT] colmare l’ampio divario tra le culture e superare la diffidenza inizia con la costruzione della relazione clinico-cliente e con il prendere in considerazione entrambe le prospettive e le letture del mondo come un modo per dar vita a un significato a partire dai risultati della valutazione”.

4. I clinici dell’AT ritengono che nessun risultato o punteggio abbia un significato fisso e immutabile e che, viceversa, i risultati dei test possano essere compresi solo attraverso un dialogo congiunto clinico-cliente. Questo approccio riduce al minimo la possibilità che un assessor imponga ai punteggi dei test un significato impreciso e culturalmente insensibile e si allinea con le migliori pratiche quando si prendono in considerazione gli aspetti ecologici della vita del cliente (Cimbora e Krishnamurthy, 2018; Clauss-Ehlers et al., 2019).
5. Infine, la pratica dell’AT sottolinea l’importanza dell’autoriflessione del clinico. Questo avviene spesso quando si prendono in esame i dati dei test e le conversazioni con il cliente, i loro e nostri elementi di diversità e quando consideriamo come questi possano confondersi e influenzarsi reciprocamente. L’intero processo è conforme alle linee guida per una pratica clinica inclusiva (Baca e Smith, 2018; Pope et al., 2021).

1.6. Limitazioni e controindicazioni all’AT

A oggi, l’AT si è dimostrato efficace con clienti adulti con diversi disturbi mentali e comportamenti problematici. Tra i partecipanti alle ricerche sull’AT vi sono: clienti in trattamento residenziale per abuso di sostanze; studenti universitari in cerca di consulenza per depressione, ansia e problemi interpersonali; clienti ambulatoriali con disturbo borderline di personalità e ideazione suicidaria e clienti con dolore cronico (cfr. il capitolo 3 per una rassegna completa dei risultati della ricerca sull’AT). L’insieme di questi studi ha ampiamente documentato l’impatto positivo dell’AT su sintomi, autostima, alleanza con gli operatori e sulla soddisfazione al trattamento (rispetto alla valutazione tradizionale e ad altri modelli d’intervento attendibili).

In base alla ricerca, le potenziali controindicazioni all’AT non sono legate alla natura o alla gravità della psicopatologia del cliente, ma piuttosto riguardano il contesto in cui l’intervento potrebbe svolgersi. In linea di massima, i clinici decidono se la partecipazione a un AT persegue il miglior interesse del cliente, se ha buone probabilità di arrivare a conclusioni valide per i quesiti posti dallo stesso e se l’AT è il modo più conveniente per raggiungere gli obiettivi della valutazione. L’AT non sempre è adatto a clienti che si trovano in uno stato di crisi acuta: ad esempio, i clienti vittime di violenza familiare o che stanno vivendo un episodio psicotico dovrebbero privilegiare interventi di primo livello per salvaguardare il loro benessere psicologico e fisico e, solo dopo aver affrontato questi aspetti, sarebbe attuabile un AT, così da sfruttarne appieno tutto il suo potenziale.

In secondo luogo, l’AT dovrebbe essere evitato quando i risultati potrebbero non venir utilizzati nell’interesse del cliente. Ad esempio, durante una valutazione per l’affidamento di un minore, i clinici dovrebbero valutare se la profonda esplorazione di sé

favorita dall'AT possa essere controproducente o dannosa per il caso giudiziario del cliente. Se l'AT dovesse iniziare in una situazione simile, l'assessor e il cliente dovrebbero essere consapevoli dei potenziali rischi, anche se è dimostrato che l'AT può essere utile per l'intervento di coordinazione genitoriale dopo che le questioni di custodia siano state risolte (Evans, 2012). In terzo luogo, l'AT non è la scelta migliore quando i quesiti alla base di una valutazione psicologica possono trovare risposta con procedure testistiche tradizionali e non collaborative. Ad esempio, quando la valutazione è richiesta per scopi di pura classificazione (come stabilire il quoziente intellettivo) per determinare l'idoneità (ad es., in un processo di selezione per l'ingresso nelle forze di polizia) o per diagnosi descrittive basate sul DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013); in queste situazioni, per i clinici sarà probabilmente più conveniente eseguire una valutazione tradizionale, non collaborativa. È importante notare che, anche in quei casi in cui l'AT non è consigliabile, i clinici possono certamente applicare i valori fondamentali dell'AT – rispetto, umiltà, compassione, apertura e curiosità –, e questo gioverà sia a loro che ai loro clienti.

1.7. Conclusioni

L'AT è un approccio terapeutico integrato che combina l'uso collaborativo di test psicologici con tecniche affidabili ed efficaci per costruire l'alleanza terapeutica, aiutare i clienti a mentalizzare e riscrivere la propria storia di vita, integrare gli stati affettivi dissociati, ripristinare la fiducia epistemica e mettere in pratica nuovi comportamenti più adattivi, con il supporto di un esperto. Analogamente a quanto accade con altri interventi psicologici, la misura in cui i clienti cambiano durante l'AT varia e dipende da fattori quali il problema portato dal cliente, i livelli di psicopatologia e di resilienza, le competenze del clinico e il contesto dell'intervento. Di conseguenza, noi come clinici facciamo esperienza di ogni AT sempre in modo diverso. Ad esempio, alcuni clienti scoprono rapidamente le risposte alle proprie domande e usano l'AT per costruire nuove narrazioni su di sé: in questi AT, i clienti sembrano in grado di elaborare le emozioni legate alle loro nuove consapevolezze per poi mettere a punto i propri comportamenti e strategie di coping in base alle nuove narrazioni costruite durante il processo. Queste valutazioni psicologiche “che cambiano la vita” è più probabile che avvengano con quei clienti che hanno la capacità di riflettere ed essere curiosi riguardo a loro stessi e che riescono a costruire una relazione di fiducia con il clinico in un breve lasso di tempo. In altre situazioni, l'AT è un'occasione per i clienti di sperimentare un sostegno emotivo da parte di un professionista che convalidi la loro esperienza, sia identificando le risposte alle loro Domande di Assessment che consolidando un percorso di crescita continua. Questa è spesso l'esperienza dei clienti che hanno narrazioni più rigide, si sentono minacciati da nuove informazioni e sono meno capaci di costruire un'alleanza con il clinico; per questi clienti, il riscrivere le proprie narrazioni significative può avvenire durante un successivo trattamento a lungo termine e i cambiamenti comportamentali non dovrebbero essere attesi (né ambiti) durante l'AT. In questi casi, l'esperienza positiva vissuta con il clinico e il chiarimento del proprio dilemma di cambiamento possono contribuire a ridurre la vergogna e ad aumentare

la motivazione per ulteriori prese in carico psicologiche, mostrandosi dunque quali interventi sufficienti ad aiutare questi clienti a fare il passo successivo nel loro processo terapeutico.

Nella maggior parte dei casi, durante l'AT i clienti mostrano alcune aree di funzionamento che rimangono principalmente stabili (perché non sperimentano difficoltà in quei domini o perché i clinici hanno ritenuto che i clienti non fossero ancora pronti ad affrontare tali questioni, o entrambe le cose), altre aree che si caratterizzano per un cambiamento significativo (spesso quelle collegate alle loro Domande di Assessment) e altre ancora che i clienti percepiscono come collegate ai loro problemi, ma rispetto alle quali hanno sentimenti contrastanti riguardo al cambiamento. In tutti gli AT, il compito principale dell'assessor è di reprimere il proprio desiderio di vedere un cambiamento nei clienti per provare a se stesso di essere efficace, utile e capace e di mettere viceversa – con grande rispetto e umiltà – i clienti al centro del loro stesso processo di cambiamento.

In questo capitolo abbiamo passato in rassegna le teorie e gli assunti di base che costituiscono il fondamento dell'AT, nel capitolo 2 ne ripercorreremo la storia e lo sviluppo e nel capitolo 3 verranno riassunte le ricerche più rilevanti e aggiornate sull'AT. Dal capitolo 4 al capitolo 11 accompagneremo i clinici attraverso tutte le fasi dell'AT con clienti adulti e infine, nel capitolo 12, parleremo di come apprendere, promuovere e fatturare un AT. In conclusione, il capitolo 13 offrirà un riepilogo di quanto affrontato nel presente volume.