

ARTICOLO

OneMentalShotAssessmenTherapy - OMeSA

Enrichetta Spalletta¹

¹ ASPIC Ass. Ricerca Scientifica Applicata - ARSA e ASPIC per la Scuola

ABSTRACT

The work illustrates a phase of pilot testing for a new model of blended-change (in presence and distant change) therapeutic intervention, based on a single session in which the fundamental principles of the Single-Session Therapy by Talmon are integrated with those of the Therapeutic Assessment by Finn and his colleagues. The OneMentalShotAssessmenTherapy, in line with the rules of the evidence-based integrated methods, is born with the purpose of offering the best conditions for a therapeutic process in an intensive setting, monitored with a constant check on the results, and is an excellent occasion for the personalization of the treatments. The intervention, tested at the moment on 10 adults (of which eight contacted singularly and two as a couple), is based on the realization of a definite protocol, from the telephonic welcome to the follow-up, divided into five phases in accordance with the gestalt contact cycle, implemented in relation to the pluralistic integrated approach. The cooperative use of the test's results, of self-evaluation questionnaires, and of guided reflection tools, allows to activate and enhance the patient's resources and to consider them as experts, basing the alliance not only on the empathy toward suffering, but also on the trust in their potential.

KEYWORDS

Single-Session Therapy, Therapeutic Assessment, tailor-made therapeutic intervention, motivational phone-listening, solution-focused approach, self-reflection for change, pluralistic techniques.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il lavoro illustra una fase di sperimentazione pilota di un modello d'intervento terapeutico "blended-change" (cambiamento in presenza e a distanza), basato su un unico incontro, in cui i principi fondamentali della Single-Session Therapy di Talmon, sono integrati con quelli del Therapeutic Assessment di Finn del suo gruppo di lavoro. L'OneMentalShotAssessmenTherapy, in linea con le regole dei metodi integrati evidence-based, nasce con l'intento di offrire le migliori condizioni di processo terapeutico in un setting intensivo, monitorato, con una costante verifica degli esiti, e costituisce un'ottima occasione per la personalizzazione dei trattamenti. L'intervento, sperimentato al momento con 10 adulti (di cui otto contattati singolarmente e due in coppia), si basa sulla realizzazione di un protocollo definito, dall'accoglienza telefonica al follow up, suddiviso in cinque fasi che seguono il ciclo di contatto gestaltico implementato secondo l'approccio pluralistico integrato.

L'uso collaborativo dei risultati di test, questionari di autovalutazione e di strumenti di riflessione guidata, consente di attivare e valorizzare le risorse del paziente e di considerarlo come esperto, fondando l'alleanza sull'empatia verso la sofferenza, e sulla fiducia nelle sue potenzialità.

PAROLE CHIAVE

Single-Session Therapy, Therapeutic Assessment, intervento *tailor made*, ascolto telefonico motivante, approccio alla soluzione, autoriflessività per il cambiamento, tecniche pluralistiche.



Citation

Spalletta E. (2019). OneMentalShotAssessmenTherapy - OMeSA
Phenomena Journal, 1, 1-16.
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.17>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Enrichetta Spalletta
enrispal@tin.it

Ricevuto: 22 marzo 2019

Accettato: 04 maggio 2019

Pubblicato: 08 giugno 2019

Introduzione

Gli effetti della progressiva complessità esistenziale si manifestano anche nell'incremento del disagio soggettivo e interpersonale. Diventa, così, sempre più importante e urgente, disporre di strumenti e modelli di intervento preventivo e di sostegno, che rispondano alla riduzione di tempo e disponibilità economiche. La ricerca in campo clinico ha evidenziato già da tempo l'efficacia di interventi terapeutici brevi, brevissimi e ottenuti anche in una sola seduta [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Ricerche meta-analitiche evidenziano che il processo di cambiamento efficace, tende ad attivarsi precocemente nell'arco delle prime 6-8 sedute [7, p.125; 8] e che la prima seduta è decisiva per l'adesione al lavoro terapeutico [9]. Sperimentare un intervento qualitativo, efficace, basato sulla ricerca, per raggiungere un numero sempre più ampio di persone che soffre di un qualche disagio emotivo - esistenziale, o di un disturbo mentale, diventa, dunque, un'urgenza e un'importante possibilità per quella parte di popolazione, che, spesso (dal 20 al 50%, in base ai contesti di appartenenza), non chiede aiuto nel corso della propria vita pur avendone bisogno [6].

La *OneMentalShotAssessmentTherapy* (OMeSA), propone un'integrazione creativa dei principi della *Single - Session Therapy* di Talmon [2, 10, 11, 3, 12, 6], con il *Therapeutic Assessment* di Finn e del suo gruppo di lavoro [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19], all'interno dell'**approccio pluralistico integrato** [20, 21, 22, 23] e in linea con le indicazioni di ricerca [24].

Si tratta di un intervento di matrice teorica pluralistica [25], condotto secondo la metodologia integrata [21, 26], volto a ottimizzare l'efficacia di un approccio umanistico alla diagnosi, rendendo questa stessa un momento terapeutico, ponendo, sia nell'intervista telefonica, sia nell'unica seduta in presenza, l'accento sulla soluzione del problema [27] e sull'Empowerment [28]. Una caratteristica distintiva della *OneMentalShotAssessmentTherapy* risiede nell'applicazione di una modalità **blended-change**: l'utente riceve diversi strumenti per lavorare su di sé "a distanza", in una forma di auto-aiuto guidato, fortemente radicato in un clima di fiducia motivante, che viene alimentato collaborativamente sin dall'inizio. Il terapeuta si pone come guida rispettosa ed efficace, ricca di esperienza e di strumenti messi al servizio del cambiamento. Pur non essendo la forma elettiva di trattamento per ogni paziente, è un'opzione utile come somministrazione unica (ma non irripetibile) per una fascia di persone con caratteristiche compatibili con il modello, come stimolo per avviare o velocizzare un cambiamento, oppure per sbloccare un'impasse terapeutica.

Il Progetto OMeSA si colloca nel panorama dei metodi di ricerca che integrano parametri qualitativi e quantitativi, pur considerando i limiti di una fase di sperimentazione iniziale condotta con un campione molto ristretto [24; 29; 30; 31; 32, pp.217-226; 33; 34].

1. Matrici di riferimento del modello teorico-metodologico fondativo di OMeSA ed evidenze di ricerca

La visione dello sviluppo umano adottata è di tipo bio-psico-sociale [35, 36, 37], valorizzando la complessità dell'individuo nei suoi contesti. L'impostazione operativa dell'intervento integra i principi della *Single Session Therapy* di Talmon [2, 10, 11, 3, 12, 6], con quelli del *Therapeutic Assessment* di Finn [13, 16, 17], applicandoli secondo un approccio pluralistico integrato [38, 21]. La **Single - Session Therapy** (SST), è stata ideata da Moshe Talmon tra la fine degli anni ottanta e quelli novanta del secolo scorso, dopo la constatazione che molti pazienti (dal 20 al 58%) svolgono un'unica seduta e che molti di loro (dal 58% fino all'80%), la ritengono proficua [39]. Nella SST il tempo che intercorre tra il primo contatto e il primo incontro viene impiegato in modo attivo, finalizzato, sistematico, di orientamento alla soluzione, coinvolgendo praticamente il paziente e creando le basi di una relazione sicura e motivante. Questo aspetto è stato enfatizzato e ampliato nell'OMeSA, dando vita a quello che abbiamo definito, parafrasando l'approccio al *blended-learning* [40], *blended-change*, per sottolineare un processo di cambiamento sostenuto attivamente in presenza e a distanza. Si lascia la porta aperta a trattamenti successivi. Nel follow-up si verifica l'efficacia della seduta.

Gli studi su efficacia ed efficienza della **Single Session Therapy** di Talmon procedono da circa 25 anni. Nello studio del 1990, condotto da Talmon, basato su interviste con 200 pazienti (in gran parte bambini e famiglie) con cui aveva avuto una sola seduta (non programmata), il 78% riferì di aver ottenuto quello che voleva dalla terapia e di sentirsi meglio.

Lo studio venne ripetuto da un ricercatore esterno e i risultati furono gli stessi [41, p.22]. Stesse conferme ha ricevuto lo studio del 1992, di Hoyt, Rosenbaum e Talmon [41, p.27]. Dallo studio che, nel 2008, coinvolse più di 100.000 pazienti (*counseling services*, Victoria, Australia), emerse che il 42% dei pazienti aveva scelto di ricevere una sola seduta, anche quando ne avrebbe potuto avere a disposizione un numero maggiore [42]. Lo studio del 2013, condotto in Australia, da Carey, Tai e Stiles [43], supporta l'efficacia e l'efficienza del *walk-in service*. Su 95 pazienti, 25 scelsero la seduta singola, anche quando avrebbero potuto riceverne di più. Dal punto di vista dei pazienti, dunque, una sola seduta è quello di cui hanno bisogno e si aspettano interventi più brevi di quanto non pensino i terapeuti. La SST risulta efficace nel ridurre lo stress e la gravità del problema, nelle difficoltà legate all'ansia e al sonno; incrementa la soddisfazione del cliente e permette di ridurre l'assunzione di farmaci; si dimostra efficace con famiglie e adolescenti, nell'abuso di sostanze e alcol e nel *career counseling* [6, pp. 493-506]. Ci sono notevoli evidenze dell'efficacia di questo approccio di intervento in contesti umanitari e di emergenza [5, 42, 44], con coppie, famiglie e giovani [45].

Il **Therapeutic Assessment**, elaborato da Finn con il suo gruppo di lavoro, al *Centre for Therapeutic Assessment* in Texas sin dagli anni novanta, ha l'obiettivo di facilitare, con un atteggiamento empatico e collaborativo, un cambiamento positivo del

cliente attraverso il processo di restituzione interpretativa di uno o più test, interventi attivi di orientamento, motivazione e cambiamento, sviluppando l'Empowerment, facilitando sin dall'inizio un atteggiamento positivo [13, 17, 46, 47] e attivando una riflessività trasformativa precoce [48].

L'intervento segue fasi progressive, parte da informazioni vicine alla visione di sé del paziente/cliente e procede verso una comprensione profonda in tempi brevi [14]. Un numero sempre crescente di studi conferma l'efficacia del *Therapeutic Assessment* [48] con clienti adulti [16, 49, 50], con famiglie con bambini [51], con famiglie con adolescenti [52] e nei confronti di problematiche che vanno da comportamenti autolesionistici [53], a sintomi internalizzanti [54], a sintomi esternalizzanti [52], all'attaccamento disorganizzato [55], al grave trauma evolutivo [56]. L'applicazione del *Therapeutic Assessment* sembra incidere sul livello di sofferenza globale e sintomatologica, e sul miglioramento dell'autostima [57]. La valutazione condotta secondo una modalità collaborativa sviluppa una maggiore alleanza sia nell'*assessment*, sia nel trattamento [58]. L'*assessment* terapeutico sembra, inoltre, funzionare come stimolo per utilizzare al meglio il trattamento successivo [13].

La meta-analisi di Poston e Hanson [59] condotta nel 2010, ha preso in considerazione 17 studi di *assessment* psicologico e intervento terapeutico, ha coinvolto 1.496 partecipanti, e ha evidenziato un effetto significativo (*effect-size.423*) sull'*assessment*, sul risultato e sul processo del trattamento.

L'approccio pluralistico integrato [23, 60, 61, 62, 63, 64], si fonda sul rispetto della complessità dell'esperienza umana e sulla responsività ai bisogni dei clienti. Considera le teorie come strumenti da utilizzare, piuttosto che come verità ultime. Fa leva sulle risorse culturali disponibili per il cliente [22]. Approcci differenti sono utilizzati in fasi differenti della terapia, per interventi personalizzati [21, 26, 65, 66]. Centrale importanza riveste il coinvolgimento collaborativo, il processo decisionale condiviso [67], il feedback costante che coinvolge paziente e terapeuta [38, pp.3-4; 68, pp.53-77], la considerazione del sistema di preferenze e attese del paziente [69, pp.61-81]. Le evidenze di ricerca indicano che, a queste condizioni, i pazienti ottengono risultati migliori e fanno meno drop out (ibidem). Altre ricerche a supporto dell'approccio pluralistico integrato, evidenziano alcuni fattori che incidono sul coinvolgimento, sull'impegno, e sugli esiti: l'accordo tra terapeuta e paziente su obiettivi, finalità, risultati [70, pp. 62-67; 71, pp. 212-215]; una pratica improntata alla flessibilità e *tailor made* sulle necessità del paziente [24,72,73,74,75], e sulla richiesta del feedback [68;72;76, pp.283-309].

1. Ipotesi - guida della sperimentazione OMeSA

Le evidenze di ricerca appena considerate e le seguenti considerazioni hanno supportato l'ipotesi-guida dell'OMeSA:

– la consapevolezza di avere un tempo limitato, circoscritto a un unico incontro, focalizzato su una tematica definita in modo condiviso, instilla un forte senso di collaborazione e alleanza motivante [77], e facilita il processo evolutivo lungo gli stadi

di cambiamento [78];

– l’attivazione e la valorizzazione delle risorse, la ricerca dell’eccezione sin dalle prime fasi della psicoterapia [27], implicano un’alleanza fondata non soltanto sull’empatia verso la sofferenza, ma anche sulla fiducia nelle potenzialità del cliente [79,80];

– l’uso dei risultati testologici in senso diagnostico-terapeutico rafforza l’alleanza [58].

Su queste basi abbiamo costruito un intervento definito per passi progressivi, dall’accoglienza al follow-up, con una sola seduta in presenza, preceduta e seguita da contatti telefonici o via Skype, e con il supporto di materiali stimolo per il *blended-change*, con la finalità di offrire un aiuto personalizzato a una gamma varia di utenti: da chi ha una buona disposizione e curiosità verso un intervento singolo a chi ha avuto delusioni o interruzioni terapeutiche o anche pregiudizi verso i trattamenti clinici classici.

2. Descrizione e implementazione del progetto pilota OMeSA

L’intervento è suddiviso in cinque fasi (Fig. 1), che seguono il ciclo del contatto gestaltico [81] e che sono implementate attraverso le risorse dell’approccio pluralistico integrato, con una varietà di strategie e tecniche elettive, selezionate per la compatibilità ottimale con il paziente [21, 38]. Gli psicoterapeuti coinvolti in questa fase sperimentale sono al momento tre, di orientamento pluralistico integrato, di lunga esperienza. Si tratta di professionisti dell’ASPIC - Associazione Ricerca Scientifica Applicata - ARSA.

Fig.1 One Mental Shot AssessmentTherapy (OMeSA)
Sintesi del protocollo di intervento [82]

CICLO DEL CONTATTO	CINQUE FASI	MODALITÀ	STRUMENTI
PRE-CONTATTO (a distanza)	PRIMA FASE	Contatto telefonico o via e-mail dell’utente	A) Informazione sulla possibilità di accedere al protocollo OMeSA B) breve colloquio telefonico (max 10’) per la valutazione iniziale della motivazione al cambiamento e della compatibilità della terapia OMeSA con la persona e la sua richiesta; se sì: si stabilisce appuntamento per intervista telefonica.
AVVIO-CONTATTO (a distanza)	SECONDA FASE	Screening, analisi della domanda e raccolta anamnestica	Ascolto telefonico motivante e intervista semi-strutturata in tre parti per breve anamnesi, accoglienza e analisi della persona e della sua domanda, definizione del problema, sostegno alle risorse, individuazione di scenari alternativi, individuazione del focus/problema specifico, assegnazione compiti preseduta; spiegazione dei passi successivi (40-50’).
	TERZA FASE	INVIO Test e materiali di auto-monitoraggio/auto-riflessione per la compilazione e la successiva analisi	Test scelti sulla base dei passi precedenti e seconda valutazione dell’appropriatezza della tecnica allo specifico soggetto, in base ai risultati emersi.

CONTATTO PIENO (in presenza)	QUARTA FASE	IN PRESENZA SEDUTA <i>ONE MENTAL SHOT</i> (Da 1,30 a 3 ore)	1. ACCOGLIENZA. Definizione e condivisione degli obiettivi. 2. RESTITUZIONE: alleanza diagnostica e feedback terapeutico (lavoro su item critici specifici). 3. INTERVENTO CLINICO: tecniche e strategie pluralistiche integrate, selezionate sulla base dei dati raccolti in precedenza. 4. CONCLUSIONE: feedback conclusivo, su cosa è stato utile, si riprende l'obiettivo su cui si è lavorato, si individuano situazioni in cui il cambiamento può essere attuato nella vita; immedesimazione gestaltica nel nuovo scenario; lavoro sul mantenimento del cambiamento.
POST-CONTATTO (a distanza)	QUINTA FASE	Una prima telefonata/contatto via skype di <i>follow-up</i> dopo 1 mese, e dopo 4 mesi dalla seduta in presenza (durata 20')	Valutazione dei risultati attraverso la compilazione di una scheda di automonitoraggio, soddisfazione del risultato ed eventuali cambiamenti ulteriori avviati dalla persona (a mezzo intervista telefonica o via Skype).

In questa prima fase, ancora in corso, sono stati coinvolti 10 soggetti di età compresa tra i 23 e i 54 anni, cinque uomini e cinque donne.

2.1 Criteri preferenziali di inclusione e strumenti utilizzati

Nel primo, breve, contatto telefonico viene utilizzato un format apposito, che, attraverso domande esplicite, permette di fare uno screening iniziale per l'accesso all'OMeSA, o di invio ad altro percorso. Se emerge che la persona non richiede esplicitamente un percorso specifico diverso da OMeSA ed è, anzi, interessata a conoscerlo, non è in una situazione di emergenza altamente critica (es.: comportamenti suicidari in corso) e mostra, invece, una buona disposizione a usufruire della proposta di cambiamento, si procede con l'appuntamento telefonico per l'intervista semi-strutturata, da cui emergerà in modo più chiaro, anche se non definitivo, l'idoneità all'OMeSA.

I **criteri preferenziali** per l'**inclusione** nell'OMeSA, che emergono dall'intervista semi-strutturata e dai risultati dei materiali inviati (test, questionari e schede di automonitoraggio), sono:

- una buona **consapevolezza** della propria problematica, rilevata attraverso le caratteristiche dell'eloquio, il rispetto delle regole narrative di chiarezza, coerenza, sintesi e rilevanza nella presentazione di sé, del problema e dell'obiettivo di cambiamento desiderato (il risultato di ogni voce viene indicato con: +; -; +/- e l'inclusione avviene se almeno due voci ricevono un punteggio di +/-, o +). Nella valutazione del livello di consapevolezza, vengono considerati anche i risultati delle schede di automonitoraggio e autoriflessione inviati dopo l'intervista.

- Il livello di **motivazione** a partecipare attivamente alla propria evoluzione, con convinzione, fiducia nel cambiamento e disponibilità a metterlo in pratica [82, 84], deve risultare medio - alto. La motivazione viene rilevata, nell'intervista telefonica, attraverso la proposta di un format di domande sui fattori cruciali della motivazione valutati su una scala da 1 a 10: convinzione (importanza del problema), fiducia (possesso e padronanza di strumenti), disponibilità (il momento è "adesso"). Quando tre indici su tre sono uguali o superiori a 6, la motivazione si ritiene elevata; con due indici su tre la motivazione è medio - alta (in base alle caratteristiche modali del racconto); quando un solo indice è uguale o superiore a 6, la motivazione è medio - bassa. Viene, inoltre, utilizzato anche il punteggio rilevato con il questionario *Stage of Change Scale* – SCS (Tingey, Burlingame, Lambert, & Barlow, 1989) [85], inviato dopo l'intervista e compilato a distanza, che consente di evidenziare in quale stadio di consapevolezza e motivazione al cambiamento la persona si trovi, in relazione al tema presentato e quanto sia pronta a procedere nelle diverse fasi. Il modello teorico di riferimento è quello transteorico degli stadi progressivi di cambiamento, elaborato da Prochaska, Norcross e Di Clemente [78], che vede procedere il cambiamento dall'assenza di motivazione e consapevolezza della Pre-contemplazione, alla consapevolezza e alla scelta decisionale della Contemplazione, alla progettazione del cambiamento nella fase di Preparazione all'azione, alla sperimentazione del cambiamento nella fase dell'Azione, fino al consolidamento dei risultati nella fase del Mantenimento. Per essere inclusa in OMeSA, la persona deve essere almeno in fase di Contemplazione.

- **Aspettative** realistiche rispetto ai risultati (domande incluse nell'intervista); un basso o moderato livello di reattanza, verbale e comportamentale, rilevato attraverso domande specifiche e i risultati della Scala della reattanza [86], che indicano se è bassa: <46, media: 59-83, o alta >83 [87].

- Il desiderio, esplicitato verbalmente nell'intervista semi-strutturata, di utilizzare una terapia circoscritta nel tempo costituisce un altro criterio di inclusione.

- L'**assenza** sostanziale di patologie con **compromissioni gravi** del funzionamento globale della personalità, è stata rilevata, al momento, inserendo nell'intervista alcune domande sulla relativa scala, presente nel DSM-5 [88]. L'inclusione è possibile con un grado di compromissione compreso tra zero (nessuna o poca compromissione) e 2 (moderata compromissione). Successivamente verrà utilizzato il DPA – Dimensional Personality Assessment [89], un questionario basato sulla valutazione dimensionale delle scale dell'identità, dell'auto-direzionalità, dell'empatia e dell'intimità, indicate nel DSM-5, per la valutazione del funzionamento della personalità.

- La presenza di un **Io** sufficientemente **strutturato** (rilevato attraverso la sezione anamnestica e di analisi della domanda, comprese nell'intervista e attraverso i risultati testologici (MMPI-2, sottoscala forza dell'IO; MILLON III).

Anche quando sia riscontrata una limitata convinzione e fiducia nel cambiamento, o una condizione di difficoltà più profonda, ci può essere comunque un'inclusione in OMeSA, utilizzando gli stimoli offerti, per raggiungere l'obiettivo di definire un

tema rilevante. Fare chiarezza e imparare a procedere nella definizione chiara e realistica degli obiettivi è, in alcuni casi, un cambiamento essenziale nella propria esistenza [82, pp. 152-154].

2.2 L'intervista telefonica

Nella fase dell'intervista telefonica semi-strutturata, la persona è chiamata ad attivarsi e partecipare alla co-costruzione di informazioni significative che contengono già i semi del cambiamento.

L'ascolto telefonico motivante è un elemento cruciale per la riuscita dell'OMeSA: le prime battute che si scambiano al telefono possono fare la differenza tra una buona connessione e un'interruzione precoce del contatto. Viene avviata tempestivamente una comunicazione personalizzata, cogliendo i segnali paraverbali, i predicati preferiti con cui la persona esprime i suoi contenuti, l'intensità e il tono emotivo dell'eloquio [90, 91, 92]. Ci si focalizza sull'attivazione del sistema dell'ingaggio sociale, puntando soprattutto sulla tonalità della voce per favorire un *arousal* ottimale [93, 94], stimolando fiducia ed empatia.

L'intervista comprende tre sezioni: la prima permette di raccogliere informazioni anamnestiche e su eventuali psicoterapie pregresse. La seconda parte è focalizzata sulla definizione del problema e include gli aspetti motivazionali, la descrizione di uno scenario desiderato e si conclude con la definizione di un obiettivo specifico su cui la persona vorrebbe focalizzare l'attenzione nella seduta in presenza.

La terza e ultima parte dell'intervista include: le indicazioni conclusive relative ai test e ai materiali che verranno inviati, e la definizione di un compito (condiviso) da svolgere nel tempo che intercorrerà tra l'intervista e la seduta. Prima del saluto viene ribadito l'obiettivo individuato, chiedendone conferma alla persona e si garantisce la disponibilità a essere contattati in caso di difficoltà rispetto alle consegne.

2.3 Questionari e test utilizzati

I test utilizzati sono selezionati nella prima fase, in base alla compatibilità con il paziente e la sua richiesta, e accuratamente presentati nelle caratteristiche e nelle finalità per cui vengono proposti, ribadendo che si resta aperti ad annotazioni circa eventuali difficoltà riscontrate e ai contributi interpretativi che la persona vorrà dare.

I diversi materiali vengono inviati in formato digitale, compilati a distanza (la persona può scegliere se stampare su carta o procedere direttamente sul formato inviato), rispediti via e-mail e vengono poi discussi in presenza.

Aspetti nomotetici e risvolti idiosincratici dei dati che emergono dai test standardizzati, vengono integrati, per permettere al clinico di basarsi su riscontri validi circa il funzionamento della persona o del sistema, al tempo stesso sono organizzati in base alle narrative soggettive [46, 20].

Alcuni tra i test e i questionari impiegati (o, come il DPA, da impiegare appena sarà disponibile):

- *MMPI-2* [95, 96]: test di personalità che propone una descrizione potente, discri-

minante rispetto a organizzazioni di personalità nevrotiche, psicotiche, borderline; ne preferiamo la somministrazione quando la persona non appare pienamente consapevole della rappresentazione di sé e abbiamo bisogno di una descrizione oggettiva, o anche di utilizzare le informazioni di specifiche sotto-scale. Viene utilizzata la versione computerizzata.

- *MCMI-III* [97]: fornisce informazioni molto dettagliate sullo stile di personalità, oltre che sulla patologia; preferiamo utilizzarlo quando la persona si mostra consapevole della propria auto rappresentazione e della propria condizione, con un racconto di sé ricco e che scende nei dettagli, anche sulle modalità di rapporto con gli altri.

- *Dimensional Personality Assessment – DPA* [89], da impiegare, appena sarà disponibile, sia in fase iniziale, sia come strumento di verifica finale. Il test permette di evidenziare il livello di funzionamento della personalità e verrà proposto per questo obiettivo.

- *Attachment Style Questionnaire – ASQ* [98]: permette di rilevare, quali fattori cruciali nelle relazioni di attaccamento, la fiducia, il disagio per l'intimità, la secondarietà delle relazioni, il bisogno di approvazione e la preoccupazione per le relazioni. Il questionario viene proposto quando l'ambito relazionale risulti rilevante per la persona.

- *Scala delle Preferenze* [99]: utilizzata per evidenziare il grado di preferenza del paziente, per un approccio terapeutico direttivo, supportivo, sfidante o caloroso, al fine di sviluppare interventi compatibili.

- *Stage of Change Scale* (Tingey, Burlingame, Lambert, & Barlow, 1989) [85] e la *Scala della Reattanza* [86] sono stati precedentemente illustrati.

- *OQ45–Outcome Questionnaire* [100]: valuta lo stato iniziale, in itinere e finale delle difficoltà della persona rispetto ai sintomi (livello di distress), alle relazioni interpersonali e al ruolo sociale. Viene inviato e compilato a distanza, nella fase iniziale e nei follow-up.

Altri strumenti e tecniche utilizzati: format, costruiti ad hoc, per l'intervista e per il primo e secondo follow-up; questionari e diari di automonitoraggio; schede di autoriflessione; strumenti e tecniche espressive; tecniche di respirazione e di mindfulness; fototerapia; metafore; creazione di immagini visive riparative; tecniche gestaltiche; tecniche di intervento per l'*iperarousal* e per l'*ipoarousal*.

Il progetto OMeSA è illustrato nel quadro sinottico della figura di seguito proposta (Fig. 2).

3. Quale psicoterapeuta per l'intervento OMeSA?

In questo quadro di riferimento il terapeuta ha bisogno di sviluppare flessibilità mentale e operativa, maturare esperienza (almeno decennale), fare formazione e supervisione.

L'intervento OMeSA, richiede, inoltre, la padronanza di una vasta gamma di tecniche e un'alta familiarità con gli strumenti utilizzati. E ancora: capacità intuitiva, forza

motivazionale, flessibilità, creatività e una mente incarnata consapevole [101]. L'esercizio di uno stile di pensiero non lineare, consente di vedere e comprendere i pattern caratteristici dei clienti, di anticipare, immaginare, pensare un modo di osservare e di comportarsi, nuovo, alternativo e di saperlo comunicare alla persona [102, 103]. Acquisire l'assetto mentale "*Less is (often) More!*", fare il meglio nel minor tempo è possibile solo se il terapeuta crede nella possibilità di un cambiamento significativo in un unico incontro in presenza e, soprattutto, si fida delle risorse del cliente. I terapeuti esperti ed efficaci, attraverso il loro modo di essere e di fare, riescono a individuare e valorizzare il contributo unico che il cliente può apportare all'esito della psicoterapia [79]. Le risorse del cliente sono convogliate alla causa del cambiamento, riconoscendo che la persona è il motore stesso della trasformazione [66].

Fig. 2 Quadro sinottico progetto pilota sperimentale OMeSA, condotto nell'arco di sei mesi con 10 pazienti adulti (5 uomini, 5 donne; età 23-54 anni).

Paz.	M/F	età	Tempo intervista	Valutazione Idoneità	Problema Identificato/ Obiettivo focalizzato	Compito concordato	Test, questionari	Tempo seduta	OMeSA Feedback	Follow up 1 20'-30'	Follow up 2 20'-30'
1 C.P.	M	35	40'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione C Reattanza bassa	Prendere decisioni (deficit locus of control interno)	Diario di autonomi- toraggio piacere/di- spiacere	MCMI-III; SCS Preferenze (Norcross, 2016)	90'	Applicato modello Cambiamento avviato	Cambia- mento mantenuto nuovi obiettivi	Cambia- mento stabile
2 F.A	M	25	45'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione C Reattanza media	Preoccupa- zione, autocritica, colpa (deficit autostima)	Individuare e registrare visioni alternative	MMPI 2; SCS Preferenze (Norcross, 2016)	100'	Applicato modello Cambiamento sperimentato	Cambia- mento ri - stabilizzato (lapse)	Da svolgere
3 M.T.*	M	41	50'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione P/C Reattanza media	Deficit relazionale/ Ricare una rete Autoefficacia rel.	Diario scambi positivi	MMPI 2; SCS Preferenze (Norcross, 2016)	90'	Applicato modello Cambiamento avviato	Cambia- mento mantenuto	Cambia- mento stabile nuovi obiettivi
4 M.P.	M	50	50'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione P/C Reattanza medio/bassa	Conflittualità relazionale/ Esprimere sentimenti (assertività)	Scelta di azioni auto- determinate	MMPI 2; SCS Preferenze (Norcross, 2016)	90'	Applicato modello; Cambiamento sperimentato	Cambia- mento ri - stabilizzato (lapse)	Cambia- mento stabile nuovi obiettivi
5 S.S.**	M	47	45'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione C Reattanza media	Carenza spazi personali e cura di sé	Diario auto- riflessione	MCMI -III ; SCS Ques. Coppia Preferenze (Norcross, 2016)	//////	//////	//////	//////
6 G.C.	F	38	50'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione C Reattanza bassa	Ridefinizione confini (autostima)	Diario emotivo, "bacheca autostima)	MMPI 2; SCS Preferenze (Norcross, 2016)	100'	Applicato modello; Cambiamento sperimentato	Cambia- mento stabile nuovi obiettivi	Da svolgere
7 I.G.	F	23	45'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione PA Reattanza media	Recupero autonomia quotidiana	Diario, hobbies	MMPI 2; SCS Preferenze (Norcross, 2016)	90'	Applicato modello Cambiamento avviato	Cambia- mento ri - stabilizzato (lapse)	Cambia- mento stabile
8 R.S.	F	34	40'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione PA Reattanza bassa	Confini, svincolo	Agenda, diario, azioni autode- terminate, tempo per sé	MCMI-III; ASQ; Preferenze (Norcross, 2016)	120'	Applicato modello Cambia- mento speri- mentato	Cambia- mento stabile	Cambiamento stabile nuovi obiettivi
9 B.S.	F	54	50'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione PA Reattanza medio/bassa	(Bassa autostima/ autoefficacia) Fronteggiare pensiero spaventante	Diario coping efficace e pensieri disfunzio- nali	MMPI 2 v.r.; SCL 90 R; SCS Preferenze (Norcross, 2016)	120'	Applicato modello Cambia- mento speri- mentato	Cambia- mento stabile nuovi obiettivi	Cambiamento stabile
10 M.L.**	F	50	50'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione C Reattanza media	Ricorsività conflittuale; uso messaggio-IO	Diario	MCMI -III; SCS ASQ; Preferenze (Norcross, 2016) Qu. coppia	//////	//////	//////	//////

* Il pz 3 M.T., dopo un mese dal secondo follow-up ha richiesto l'inserimento in un gruppo terapeutico, per approfondimento esperienziale

** Il pz. 5 e la pz.10 sono partner di coppia in crisi, che dopo la telefonata e la ricezione dei materiali su cui lavorare in vista della seduta, si sono orientati direttamente verso un percorso di sostegno terapeutico.

4. Conclusioni: risorse, limiti e sviluppi futuri

Questo primo step pilota ci lascia pensare che si possa proseguire il lavoro, ampliando il gruppo, diversificandone la composizione e sviluppando ulteriori proposte personalizzate.

Gli esiti dei follow-up hanno consentito di evidenziare che, per tutte le persone coinvolte, c'è stato un cambiamento (Tab.1). L'OMeSA ha consentito di avvicinarsi al setting terapeutico, a persone che avevano rinunciato a farlo, determinate a fare da sole, oppure a chi non aveva il tempo per appuntamenti regolari.

Tab. 1 **Esiti dei follow-up** per contatto telefonico o via Skype

IL CAMBIAMENTO	<i>Follow-up 1</i>	<i>Follow-up 2</i>
Cambiamento stabile	5 pz. / 8	6 pz. / 8 (due ancora da svolgere)
Cambiamento ristabilizzato dopo un <i>lapse</i>	3 pz. / 8	nessuno
Nuovi obiettivi	2 pz. / 8	3 pz. / 8

La sensazione di avere un tempo limitato a un incontro, ha spinto le persone a investire intensamente e velocemente sul cambiamento e a ottenere, così, buoni risultati, con un impegno quantitativamente limitato, seppure incisivo.

Non solo chi è fortemente motivato e competente può usufruire dell'OMeSA. L'autonomia caratterizzante l'intervento, con impatto sull'autoefficacia, è ben accolta sia da chi non ama dipendere e preferisce l'autosufficienza, sia da chi, invece, utilizza questi strumenti come attestazione di attenzione e riconoscimento di competenze.

Tutto questo potrebbe avere un ottimo impiego nei servizi pubblici, in cui potrebbe aiutare anche a ridurre, in alcuni casi, le liste di attesa. E può essere esteso ai servizi *walk in*, ampliando la raggiungibilità dei servizi (pubblici) per la popolazione.

OMeSA è stato ben accettato dalle persone coinvolte, questo può costituire un motivo ulteriore per personalizzare l'intervento e costituire anche l'eventuale apertura di un percorso della durata più adatta alla persona.

Le possibilità offerte dall'ampia gamma di strumenti utilizzati per il *blended-change* e la durata della seduta (da un'ora e mezza fino a tre ore), permette di attraversare tematiche rilevanti in modo approfondito e con opportunità riparative. L'intervento OMeSA che va in profondità, prevede una seduta in presenza della durata di tre ore.

Tra i limiti evidenziabili:

- per la padronanza clinica e diagnostica richieste, l'OMeSA può essere applicata solo da terapeuti esperti e appositamente formati, quindi non è consigliabile a qualunque livello di esperienza professionale;

- non tutte le persone hanno facilità a parlare al telefono o via Skype di questioni personali, e questo potrebbe limitare l'efficacia dell'intervento;
- essendo compilati a distanza, i risultati dei diversi strumenti e test utilizzati, potrebbero non essere sempre totalmente attendibili (ma va tenuto conto dell'uso clinico, aperto al confronto diretto degli stessi);
- il lavoro in presenza richiede una grossa mole di lavoro prima e dopo la seduta in presenza, definita "*Hot shot*", il che può incidere sui costi (soprattutto per i test che non sono elaborati online);
- il fatto di disporre di un tempo limitato a un incontro in presenza può costituire anche un fattore di demotivazione a processo avviato e questo, quindi, richiede un'attenta selezione per l'inclusione, implica un certo margine di rischio di abbandono del progetto anche in corso (per questo bisogna disporre di interventi alternativi, che possano evitare un drop out).

Tra gli sviluppi futuri: una sezione speciale dell'OMeSA vorrebbe vedere coinvolti i terapeuti in una seduta singola, effettuata da un collega su un proprio paziente, con la valenza di supervisione, nel momento in cui si verifici un'impasse, si paventi una conclusione prematura o si valuti un cambiamento di percorso. Si tratta di un procedimento molto delicato, che prevediamo vada inserito nel setting, come un'opportunità speciale, sin dall'inizio del lavoro terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Budman, S.H., & Gurman, A. S. (1988). *Theory and practice of brief therapy*. New York, NY: Guilford Press.
2. Talmon, M. (1990). *Single-Session Therapy. Maximizing the Effect of the First (and Often Only) Therapeutic Encounter*. San Francisco: Jossey-Bass.
3. Goleman, D. (1991). Therapists say a Single Session may be enough. *The New York Times Health*. May, 2.
4. Hoyt, M.F., & Friedman, S., (Eds) (1992). *The First Session in Brief Therapy* (pp. 59-86). New York, NY: Guilford Press.
5. Paul, K.E., & van Ommeren, M. (2013). A primer on single session therapy and its potential application in humanitarian situations. *Intervention*, (11), 8-23.
6. Hoyt, M.F., & Talmon, M. (Eds.) (2014). *Capturing the moment. Single Session Therapy and walk-in services*. Carmarthen, UK: Crown House Publishing Company.
7. Lambert, M., & Archer, A. (2006). I risultati della ricerca sugli effetti della psicoterapia e le loro conseguenze per la pratica clinica. In C.D. Goodheart, A.E. Kazdin, & R.J. Sternberg, *Psicoterapia a prova di evidenza* (pp.115-134). Roma: Sovera.
8. Norcross, J.C., & Lambert, M.J. (2012), Relazioni terapeutiche a prova di evidenza. In J.C. Norcross (Ed.), *Quando la relazione psicoterapeutica funziona... Ricerche Scientifiche a prova di evidenza*, vol. 1, pp.13-37. Roma: Sovera.
9. Taibbi, R. (2016). *The art of the first session*. New York: W.W. Norton & Company.
10. Talmon, M. (1993). *Single-Session Solutions. A Guide to Practical, Effective, and Affordable Therapy*. Boston, MA: Addison-Wesley.
11. Talmon, M. (2014). When less is more: lessons from 25 years of attempting to maximize the effect of each (and often only) therapeutic encounter. In: Hoyt, M.F., & Talmon, M. (Eds.), *Capturing the moment. Single Session Therapy and Walk-In Services* (pp.27-40). Carmarthen, UK: Crown House Publishing Company.

12. Hoyt, M. F., Rosenbaum, R. L., & Talmon, M. (1992). Planned single-session psychotherapy. In S.H. Budman, & A.S. Gurman (Eds.) (1988). *Theory and practice of brief therapy*. New York, NY: Guilford Press.
13. Krishnamurthy, R., Finn, S.E., Aschieri F. (2016), Therapeutic Assessment in Clinical and Counseling Psychology Practice. In K. Updesch, *The Wiley Handbook of Personality Assessment*. Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
14. Finn, S.E., Fischer, C.T., & Handler, L. (Eds) (2012). *Collaborative/Therapeutic Assessment: A Casebook and Guide*, Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
15. Finn, S.E. (2009). *Nei panni dei nostri clienti: teoria e tecniche dell'Assessment Terapeutico*. Firenze: Organizzazioni Speciali Giunti O.S.
16. Finn, S.E., & Tonsager, M.E. (1992). Therapeutic Effects of Providing MMPI-2 Test Feedback to College Students Awaiting Therapy. *Psychological Assessment*, 4(3), 278-287.
17. Finn, S.E., & Tonsager, M.E. (2002). How Therapeutic Assessment Became Humanistic, *The Humanistic Psychologist*, 30.
18. Fischer, C. (1994). *Individualizing psychological assessment*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
19. Fischer C. (2002), Introduction: Special issue on humanistic approaches to psychological assessment. *The Humanistic Psychologist*, 30, 3-9.
20. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo A. (2006). *Psicodiagnosi integrata*. Roma: Sovera.
21. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo, A. (2004). *Psicoterapie integrate*. Milano: Masson.
22. McLeod, J., & Sundet, R. (2016). Integrative and eclectic approaches and pluralism. In Cooper, M., Dryden, W. (Eds.), *The Handbook of Pluralistic Counselling and Psychotherapy*, pp.158-169. London, UK: Sage.
23. McLeod, J. (2018). *Pluralistic Therapy. Distinctive Features*. Abingdon, GB: Routledge.
24. Norcross, J.C., Hogan, T.P., Koocher G.P. & Maggio, L. (2017). *Clinician's guide to evidence-based practices. Behavioral health and addictions*. New York, NY: Oxford University press.
25. Cooper, M., & Dryden, W. (2016). *The Handbook of Pluralistic Counselling and Psychotherapy*. London, UK: Sage.
26. Giusti, E., Montanari, C., & Montanarella, G. (1995). *Manuale di psicoterapia integrata*. Milano: Franco Angeli.
27. Littrell, J.M. (1998). *Il counseling breve in azione*. Roma: Sovera.
28. Francescato, D., & Tomai, M. (1999). Il ruolo dell'empowerment nella promozione della salute e del benessere. *Psicologia della Salute* 2, 58-63. Milano: FrancoAngeli.
29. De Isabella, G., Bettinardi, O. (2017), *Psicoterapia e valutazione di efficacia*. Trento: Erickson.
30. Wampold, B. E., Imel, Z. E. (2017), *Il grande dibattito in psicoterapia. L'evidenza della ricerca scientifica avanzata applicata alla clinica*. Roma: Sovera.
31. Lazzari, D. (2013). *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici*. Milano: Tecniche nuove.
32. Norcross, J.C., Wampold, B.E. (2012). Relazioni terapeutiche basate sull'evidenza: conclusioni sulla ricerca e pratica clinica. In: Norcross, J.C. (Ed.), *Quando la relazione psicoterapeutica funziona... Ricerche Scientifiche a prova di evidenza*, vol. 1, pp.217-226. Roma: Sovera.
33. Heppner, P., Wampold, B., & Dennis, M. (2008), *Research design in Counseling* (3rd ed.), Thomson Higher Education, Belmont, CA.
34. Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (Eds.) (2006). *La ricerca in psicoterapia*. Milano: R. Cortina.
35. Frankel, R.M., Quill T.E., & McDaniel, S.H. (2003). *The biopsychosocial approach: past, present, and future*. Rochester: Boydell & Brewer.
36. Cigoli, V., Mariotti, M. (2002). *Il medico, la famiglia e la comunità. L'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia*. Milano: FrancoAngeli.
37. Engel, G.L. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544.
38. Cooper, M., Dryden, W. (2016). *The Handbook of Pluralistic Counselling and Psychotherapy*. London, UK: Sage.

39. Bloom, B.L. (1981). Focuses single-session therapy: initial development and evaluation. In: Budman, S. H. (Ed.), *Forms of brief therapy*, New York: Guilford Press.
40. Hamilton, J., & Tee, S.W. (2013). Blended teaching and learning: a two-way system approach. *Higher Education Research and development*, 32(5), 748-764.
41. Talmon, M. (1996). *Psicoterapia a seduta singola*. Trento: Erickson.
42. Weir, S., Wills, M., Young, J., & Perlesz, A. (2008). *The implementation of Single Session Work in community health*, Centre Brunswick, Australia: The Bouverie. La Trobe University.
43. Carey, T.A., Tai, S. j., & Stiles, W.B. (2013). Effective and efficient: using patient-led appointment scheduling in routine mental health practice in remote Australia. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(6), 405-414.
44. Allen, M. H. (2008). *Emergency Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
45. Cannistrà, F. (2017). *Terapia a seduta singola. Un'introduzione a principi e pratiche*. E-book.
46. Aschieri, F. (2012). Epistemological and ethical challenges in standardized testing and collaborative assessment. *Journal of Humanistic Psychology*, 52, 350-368.
47. Levak, R.W., Siegel, L. & Nichols, D. (2011). *Therapeutic feedback with the MMPI-2*. New York, NY: Routledge.
48. Aschieri, F., Crisi, A., & Bevilacqua, P. (2013). *L'AssessmentTerapeutico*. E-book, ed. Hogrefe.
49. Newman, M.L., & Greenway, P. (1997). Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to clients at a university counseling service. *Psychological Assessment*, 9, 122-131.
50. Ackerman, S.J., Hilsenroth, M.J., Baity, M.R., & Blagys, M.D. (2000). Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 75, 82-109.
51. Tharinger, D.J., Finn, S.E., Gentry, L., Hamilton, A.M., Fowler, J.L., Matson, M., Krumholz, L., & Walkowiak, J. (2009). Therapeutic assessment with children: A pilot study of treatment acceptability and outcome. *Journal of Personality Assessment*, 91, 238-244.
52. Smith, J.D., Handler L., & Nash, M.R. (2010). Therapeutic assessment for preadolescent boys with oppositional-defiant disorder: a replicated single-case time-series design. *Psychological Assessment*, 22, 593-602.
53. Ougrin, D., Ng, A.V., & Low, J. (2008). Therapeutic assessment based on cognitive-analytic therapy for young people presenting with self-harm: Pilot study. *Psychiatric Bulletin*, 32, 423-42.
54. Aschieri F., & Smith, J.D. (2012). The effectiveness of an adult Therapeutic Assessment: a single case time-series experiment. *Journal of Personality Assessment*, 94(1), 1-11.
55. Smith, J.D., & George, C. (2012). TherapeuticAssessment case study: Treatment of a woman diagnosed with metastaticcancer and attachment trauma. *Journal of PersonalityAssessment*, 94 (4), 331-344.
56. Tarocchi, A., Aschieri, F., Fantini, F., & Smith, J.D. (2013). Therapeutic Assessment of Complex Trauma: A Single-Case Time-Series Study, *Clinical Case Studies*.
57. Denner, S., & Reeves, S. (1997). Single session assessment and therapy for new rererrals to CMHTS. *Journal of Mental Health*, 6(3), 275-279. In M.F. Hoyt, & M. Talmon (Eds.). *Capturing the moment. Single Session Therapy and walk-in services* (p.498). Carmarthen, UK: Crown House Publishing Company.
58. Hilsenroth, M.J., Peters, E.J., & Ackerman S.J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83, 332-344.
59. Poston, J. M., & Hanson, W. E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *PsychologicalAssessment*, 22(2), 203-212.
60. Frazer, S.J. (2018). *Unifying effective Psychotherapies. Tracing the process of change*. Washington, DC: American PsychologicalAssociation.
61. McLeod, J., Cooper, M., & Dryden, W. (2014). Pluralistic Therapy. In: Dryden, W., & Reeves, A. (Eds), *Handbook of Individually Therapy* (6th ed., pp. 547-573). London, UK: Sage.
62. McLeod, J., & Cooper, M. (2015). Pluralistic counselling and psychotherapy. In: S. Palmer (Ed). *The beginner's guide to counselling and psychotherapy* (2nd ed., pp.322-332. London, UK: Sage.
63. Dryden, W. (2012). Pluralism in counselling and psychotherapy: personal reflections on an im-

- portant development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(1), 103-111.
64. Ross, A. (2012). The new pluralism – a paradigm of pluralism. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(1), 113-119.
65. Beitman, B.D., & Manning, J. (2010). Teoria e pratica dell'integrazione delle psicoterapie, in: G. Gabbard (Ed.), *Le Psicoterapie*. Milano: R.Cortina.
66. Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). Clients: the neglected common factor in psychotherapy. In B. Duncan, S. Miller, B. Wampold, & M. Hubble (Eds.), *The Heart and Soul of Change*, (2nd ed. pp. 83–111). Washington, DC: American Psychological Association.
67. Joosten, E.A., DeFuenntes-Merillas, L., De Weert, G., Sensky, T., Van Der Staak, C., & de Jong, C.A. (2008). Sistematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 219-226.
68. Maeschalck, C.L., & Barfknecht, L.R. (2017). Using client feedback to inform treatment. In D., Prescott, C., Maeschalck, & S., Miller (Eds.), *Feedback-Informed Treatment* (pp.53-77). Washington, DC: APA.
69. Swift J.K., Callahan, J.L., & Vollmer, B.M. (2012). Preferenze. In J.C. Norcross (Eds.), *Quando la relazione terapeutica funziona. Efficacia ed efficienza dei trattamenti personalizzati*, pp.61-81. Roma: Sovera.
70. Horvath, A.O., Del Re, A.C., Fluckinger, C., & Symonds D. (2012). L'alleanza nella psicoterapia individuale. In: Norcross, J.C. (Ed.), *Quando la relazione terapeutica funziona. Ricerche scientifiche a prova di evidenza* vol.1, pp. 41-96. Roma: Sovera.
71. Tryon, G.S., & Winograd, G. (2012). Consenso sull'obiettivo e collaborazione. In: Norcross, J.C. (Ed.), *Quando la relazione terapeutica funziona. Efficacia ed efficienza dei trattamenti personalizzati*. pp. 211-231. Roma: Sovera.
72. Norcross, J.C. (2016). Una nuova terapia per ogni paziente. *Integrazione nelle Psicoterapie*, 6. Roma: ed. Scientifiche A.S.P.I.C.
73. Cooper, M., Wild, C., van Rijn, B., Ward, T., McLeod, J., Cassar, S., & Sreenath, S. (2015), Pluralistic Therapy for depression: acceptability, outcomes and helpful aspects in a multisite study. *Counselling Psychology Review*, 30(1), 6-20.
74. Cooper, M., & McLeod, J. (2011). *Pluralistic Counselling and Psychotherapy*. London, UK: Sage.
75. Perren, S., Godfrey, M., & Rowland, N. (2009). The long-term effects of counselling: the process and mechanisms that contribute to ongoing change from a user perspective. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(4), 241-249.
76. Lambert, M., & Shimokawa, K. (2012). Raccoglierei feedback dei pazienti. In: Norcross, J.C. (Ed.), *Quando la relazione terapeutica funziona. Ricerche scientifiche a prova di evidenza* vol.1 (pp. 283-309). Roma: Sovera.
77. Muran, J. C., & Barber, J. P. (2014). *L'alleanza terapeutica. Una guida evidence-based per la pratica clinica*. Roma: Sovera.
78. Prochaska, J.O., Norcross, J.C., & Di Clemente, C.C. (1994). *Changing for good*. New York, NY: Avon Books.
79. Sperry, L., Carlson, J. (2014). *How master therapists work. Effecting change from the first through the last session and beyond*. London: Routledge.
80. Wilson, M. (2017). *Resource focused counselling and Psychotherapy: An introduction*, London, UK: Routledge.
81. Giusti, E., & Rosa, V. (2006). *Psicoterapie della gestalt*. Roma: Sovera.
82. Rapanà, L., & Spalletta, E. (2018). OneMentalShotAssessmentTherapy. Un nuovo modello integrato per diagnosi terapeutica e supervisione in una (sola) seduta. *Integrazione nelle Psicoterapie*, 8, 147-158.
83. Giusti, E. (2011). *Automotivazione e volontà*. Roma: Sovera.
84. Treasure, J., & Schmidt, U. (2001). Ready, Willing and Able to Change: Motivational Aspects of the Assessment and Treatment of Eating Disorders. *European Eating Disorder sReview*, 9, 4-18.
85. Tingey R., Burlingame G., Lambert M.J., & Barlow S.H. (1989). *Assessing clinical significance: Extensions and applications*. SPR, Wintergreen, VA.

86. Dowd, E.T., Milne, C.R., & Wise S.L. (1991). The therapeutic Reactance Scale: a measure of Psychological Reactance. *Journal of Counseling & Development*, 69, p.543.
87. Giusti, E., & Barbuto, F. (2014). *Cambiamento e resistenza in terapia*. Roma: Sovera.
88. American Psychological Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (quinta edizione). Milano: R. Cortina.
89. Barbaranelli, C., Pacifico, M., Rapanà, L., Rosa, V., Giannini, L., & Giusti E. (in press). DPA – *Dimensional Personality Assessment, An Integrated Approach according DSM-5*, Firenze: Giunti Psychometrics.
90. Giusti, E., & Ticconi, G. (2006). *La comunicazione non verbale*. Roma: Scione editore.
91. Bandler, R., & Grinder, J. (1980). *La metamorfositerapeutica*. Roma: Astrolabio.
92. Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1975). *Change. Sulla formazione e la soluzione dei problemi*. Roma: Astrolabio.
93. Giusti, E., & Azzi, L. (2013). *Neuroscienze per la psicoterapia. La clinica dell'integrazione trasformativa*. Roma: Sovera.
94. Porges, S. (2011), *La Teoria Polivagale*. Milano: R. Cortina.
95. Butcher, K.N. (1996). *MMPI-2 e trattamento psicologico*. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali.
96. Del Castello, E. (2015). *La diagnosi psicologica guidata dal MMPI-2*. Milano: Franco Angeli.
97. Millon, T. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
98. Feeney, J.A., & Noller, P. (1990). Attachment Style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 281-291.
99. Cooper, M., & Norcross, J. C. (2016). A brief, multidimensional measure of clients' therapy preferences: The Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 87-98.
100. Lambert, M., & Burlingame, C. (1996). *The Assessment in psychotherapy outcome*. New York, NY: Wiley & Sons.
101. Siegel, D. J., & Amadei, G. (2011). *Mindsight: la nuova scienza della trasformazione personale*. R. Cortina.
102. Giusti, E., & Ginnetti, G. (2016). *Intuizioni in psicoterapia*. Roma: Sovera.
103. Anagnostopoulos, E. (2018). I "Master Therapists" tra scienze naturali e scienze sociali, *Integrazione nelle Psicoterapie*, 8, 9-32, Roma: ed. Scientifiche A.S.P.I.C.