

La valutazione del cambiamento terapeutico

Evaluating therapeutic change

G. RUGGERI
A. PICELLO*
A. PICARDI**

Centre for the Study and Advanced Research in Psychotherapy – Ce.s.a.r., Institute of Psychiatry and Psychology, Faculty of Medicine “A. Gemelli”, Catholic University, Rome; * Institute of Psychiatry and Psychology, Faculty of Medicine “A. Gemelli”, Catholic University, Rome; ** Centre of Epidemiology and Health Surveillance & Promotion, Italian National Institute of Health, Rome

Key words

Therapeutic change • Psychological assessment • Qualitative research • Clinical interview

Correspondence: Dr. Alessio Picello, via Emma Perodi 2-B5, 00168 Roma
Tel. +39 348 7716670/+39 06 3052253
E-mail: alessiobp@tin.it

Summary

Objective

Individuals are constantly changing in order to adapt to the demands of their environment; furthermore, a particular kind of psychological and behavioural change occurs during psychiatric treatment. Many excellent instruments are available to assess changes in psychopathology or psychosocial functioning during such treatments, but there are few instruments specifically used to investigate modalities through which therapeutic change takes place. Aim of our research is to develop a specific instrument to evaluate therapeutic change occurring during psychopharmacological and/or psychotherapeutic treatments.

Methods

In order to study psychological change, we propose a new instrument, the “Psychological Change Evaluation” Interview – “PSY.CH.E.” Interview. This is a structured interview and consists of seven sections; each section is composed of about ten items and concerns a specific dimension of the psychological change. These sections are: 1. “Problem Definition by Self” – examines clinical symptoms and life problems of the patient, according to his/her personal view and analysis; 2. “Problem Definition by Others” – asks the patient what the most important members of his/her social environment think of his/her symptoms and psychological condition; 3. “Perceived Change” – explores the features of psychological change perceived during the treatment; 4. “Expected Change” – deals with the expectations regarding possible further change during treatment; 5. “Change Matrices” – evaluates the factors mainly promoting, or will be able to promote, therapeutic change; 6. “Problem Mastery” – asks the patient for evaluation of his/her control over clinical symptoms and psychological difficulties; 7. “Therapy efficacy” – asks for an evaluation of positive and/or negative aspects of the treatment. We have developed two different versions of the PSY.CH.E. Interview, one for the patient and one for the therapist; they are interviewed separately, but at the same time, by an independent clinician. The interview is repeatedly submitted, according to scheduled intervals, during the treatment.

Results

Reliability and validity of the PSY.CH.E. Interview have undergone preliminary tests and are currently being assessed. This instrument offers the possibility: to evaluate both positive and negative effects during and after treatment; to assess the different phases of psychological change that occur during a treatment; to record the distinct evaluations of patient and therapist concerning treatment and therapeutic change. The interview can be used in any kind of treatment, both in mono-therapy and in combined therapies, irrespective of the theoretical model used in the therapeutic approach.

Conclusions

The PSY.CH.E. Interview might be useful to evaluate the various dimensions of the psychological change occurring during a treatment and to analyze the specific change processes underlying psychotherapeutic and psychopharmacological treatments.

Introduzione

IL CAMBIAMENTO PSICHICO “NATURALE”

Con cambiamento psichico si indica quell'insieme di processi attraverso i quali si realizzano modificazioni nella organizzazione mentale. Una attitudine al cambiamento sembra essere connaturata alla nostra mente: fin dalle prime fasi di vita, infatti, si osservano progressivi cambiamenti mentali che permettono il cammino evolutivo dall'infanzia alla maturità; successivamente, col progredire degli anni si osservano ulteriori cambiamenti mentali che fanno parte di un più generale processo involutivo dalla maturità alla vecchiaia. Oltre a questi cambiamenti legati alle fasi della vita, ne esistono altri grazie ai quali la mente si modifica continuamente in relazione alle necessità adattative che la vita impone all'individuo¹. Oltre che per la loro direzione, evolutiva o involutiva, tali cambiamenti si possono definire anche per la loro entità e per il tempo necessario al loro dispiegarsi: sono così descrivibili fasi e ritmi di un cambiamento psichico “naturale” che avviene nell'arco della vita². A tale riguardo è di osservazione comune che con il volgere della vita diminuisca la “plasticità” della organizzazione mentale e degli assetti di personalità; è stata così individuata una particolare dimensione, definita “*resilience*” o “elasticità”^{3,4}, che descrive proprio l'attitudine di un individuo a realizzare cambiamenti psichici in intervalli temporali più o meno brevi.

IL CAMBIAMENTO “TERAPEUTICO”

Il cambiamento naturale è la cornice in cui si iscrive il cambiamento terapeutico: quest'ultimo si riferisce a fasi e processi di cambiamento psichico che si instaurano nel corso di un intervento clinico e sono ottenuti con specifiche procedure terapeutiche. L'esperienza clinica mostra che esso si declina secondo diverse varianti: a volte il cambiamento terapeutico si inserisce entro il più ampio processo del cambiamento naturale e può accelerarlo quando questo sembra troppo lento o renderlo possibile in quelle situazioni patologiche in cui appare impedito; in altri casi sembra che il cambiamento terapeutico si caratterizzi per processi propri che non sembrano far parte di quanto avviene nelle modificazioni “naturali” della mente. Un trattamento terapeutico può limitarsi a riorganizzare in maniera più armonica l'assetto psichico già presente nel paziente, oppure può concorrere a strutturare qualcosa di innovativo, di non dato precedentemente. A tale riguardo ricordiamo l'antica intuizione di Freud il quale paragonava la dinamica del cambiamento psicologico che si realizza durante il trattamento psicoanalitico al particolare processo di accrescimento e neoformazione che avviene nella “zona di cambio fra il legno e la corteccia

di un albero, dalla quale deriva la formazione di nuovi tessuti e l'aumento di spessore del tronco”⁵.

È poi necessario prendere in considerazione la modalità con cui si instaura il cambiamento terapeutico. Agli inizi della psicoterapia, durante i primi decenni del secolo scorso, i clinici tendevano a pensare che il cambiamento terapeutico si instaurasse secondo una medesima modalità generale; questo corrispondeva al fatto che in quegli anni tutti i fenomeni clinici legati ad un intervento psicoterapeutico venivano osservati ed interpretati secondo l'unico modello teorico allora disponibile, quello elaborato in campo psicoanalitico. Nei decenni successivi lo sviluppo di ulteriori modelli teorici e clinici in psicoterapia, insieme con lo sviluppo di efficaci interventi terapeutici resi possibili dalla psicofarmacologia, ha posto la questione se il processo di cambiamento psichico sia differenziato o meno in relazione al trattamento che lo promuove. Per rispondere a tale questione bisognerebbe saper individuare vari tipi di cambiamento, ascrivere ai corrispondenti interventi clinici effettuati ed essere in grado di individuare le peculiarità psichiche del cambiamento promosso da una psicofarmacoterapia, da una psicoterapia (nella sua varietà di terapie individuali, familiari, di gruppo ...), da un ricovero ospedaliero, da interventi riabilitativi, ecc. Oltre alla natura e all'entità del cambiamento terapeutico, è poi importante valutare la stabilità dei cambiamenti ottenuti per mezzo dei vari interventi clinici ed indagare altresì quali siano le tecniche di intervento ed i fattori terapeutici che maggiormente promuovono e garantiscono nel tempo tale stabilità.

Un ulteriore elemento di complessità deriva dal fatto che il cambiamento terapeutico generalmente viene descritto secondo il modello teorico cui il ricercatore fa riferimento⁶; ciò conduce al fatto che gli eventi clinici siano osservati, descritti ed organizzati sul piano concettuale secondo prospettive coerenti con il modello stesso. A motivo di ciò le descrizioni del cambiamento derivate dall'applicazione di diversi modelli sono in definitiva poco confrontabili tra loro. A tal riguardo già una sintetica panoramica ristretta peraltro ai principali orientamenti teorici consente di apprezzare quanto le descrizioni del cambiamento siano variegata ed eterogenee; in campo psicodinamico, Meltzer⁷ individua una “storia naturale” della analisi kleiniana articolata in cinque fasi, Kohut⁸ a sua volta individua in un trattamento psicoanalitico sei fasi, Furstenau⁹ individua una “struttura processuale” con sette “costruzioni di nuovi modelli di relazione”, Moser et al.¹⁰ individuano quattro fasi principali nella evoluzione di una psicoterapia, Weiss e Sampson¹¹ delineano le varie fasi di una psicoterapia come una “sequenza di prove”. In ambito concettuale cognitivista e comportamentale, Howard et al.¹² descrivono un processo evolutivo articolato in tre fasi. È stato inoltre indagato il cambiamento terapeutico

co in relazione al tipo di condizione patologica affrontata: così alcuni studi definiscono le fasi evolutive nel processo di disassuefazione di sostanze da abuso¹³.

Per quanto riguarda la dinamica con cui si può instaurare un processo di cambiamento, si presentano due concezioni complessive, trasversali ai diversi orientamenti. Una prima concezione, fondamentalmente continuista e gradualista, considera il cambiamento come un processo continuo di crescita personale, un'opera di graduale acquisizione di consapevolezza, di progressivo apprendimento; una seconda concezione pone in rilievo gli aspetti di discontinuità: il cambiamento viene così concepito come un salto, una "catastrofe", intesa nel senso di Thom¹⁴, come un improvviso cambiamento nel comportamento di un sistema nell'ambito di perturbazioni graduali e continue dei suoi parametri esterni. In una prospettiva simile si pone anche la concezione che considera il cambiamento come la repentina riorganizzazione di un sistema che fa seguito ad un'amplificazione delle fluttuazioni tramite processi di *feedback* positivo¹⁵. È importante tenere in considerazione queste due distinte dinamiche attraverso le quali un cambiamento terapeutico sembra instaurarsi e appare un errore prendere in esame l'una a discapito dell'altra. Alcuni studiosi infatti hanno esplicitamente lavorato per un'integrazione dei modelli teorici di entrambe queste concezioni del cambiamento. Ad esempio, in ambito sistemico-relazionale è stato sottolineato che, sebbene nel dispiegarsi del ciclo vitale familiare sia importante che abbiano luogo dei "salti" di organizzazione, è altrettanto importante che vi siano delle fasi di *plateau* durante le quali si compiono piccoli e graduali aggiustamenti che possono progressivamente condurre al raggiungimento di una soglia critica che condurrebbe al "salto" organizzativo¹⁶. In ambito cognitivista, Guidano ha rimarcato che i cambiamenti superficiali, ovvero i riordinamenti dell'atteggiamento verso la realtà senza sostanziali modificazioni della percezione dell'identità personale, e i cambiamenti profondi, ovvero le riorganizzazioni dei modelli di atteggiamento verso di sé accompagnati ad apprezzabili modificazioni del senso di identità personale, non si escludono a vicenda, e che un cambiamento superficiale nel corso delle fasi iniziali di una psicoterapia può spesso favorire il verificarsi di un cambiamento profondo in una fase più avanzata^{17 18}. In tale ambito concettuale va riferito il contributo che è stato dato da discipline che, pur muovendosi in un livello decisamente più astratto rispetto all'esperienza clinica, hanno permesso di concettualizzare in maniera rigorosa la dinamica del cambiamento; così la "cibernetica" inizialmente ed in seguito la "teoria delle catastrofi", la "teoria dei sistemi complessi", la più recente "teoria dei sistemi caotici" hanno permesso di descrivere più

accuratamente importanti aspetti della dinamica del cambiamento. Da tali studi è derivata, così, l'enfasi complessiva sul fatto che i sistemi viventi non siano soltanto in grado di conservare nel tempo la loro struttura, ma siano anche capaci di andare incontro a processi di cambiamento, sia con modalità progressive ed adattative, sia con modalità improvvise e del tutto innovative¹⁵. Ne è derivata anche la distinzione, divenuta ormai classica, tra cambiamenti di primo ordine e cambiamenti di secondo ordine: i primi rappresentano piccole fluttuazioni nell'ambito di limiti di comportamento prestabiliti; i secondi implicano una riformulazione delle regole riguardanti tali limiti e in genere si rendono necessari nelle situazioni in cui la normale gamma di comportamento non risulta più applicabile.

Al termine di questa sintetica panoramica riteniamo che si possano derivare due considerazioni generali: la molteplicità delle formulazioni teoriche e delle esperienze terapeutiche non permette al momento attuale l'elaborazione di un quadro concettuale unitario e la prospettiva di una "teoria generale del cambiamento psichico" è affidata negli anni futuri a ricerche che lavorino per una integrazione di queste molteplici concezioni del cambiamento psichico.

LA VALUTAZIONE DEL CAMBIAMENTO TERAPEUTICO

Negli ultimi decenni sono stati elaborati numerosi strumenti in grado di fornire una valutazione quantitativa di eventi psichici. Molti sono i livelli che sono stati presi in esame: questi riguardano la sintomatologia manifesta, l'assetto di personalità, le operazioni psichiche, le condotte generali o i più specifici profili comportamentali, le relazioni interpersonali e così molti altri ancora.

Tutti questi strumenti non soltanto sono molto utili al fine di valutare in maniera precisa e ripetibile nel tempo i vari aspetti dello stato mentale di un paziente, ma sono altresì importanti per esaminare l'efficacia complessiva di un trattamento e per trasformare il miglioramento clinico ottenuto in dati empirici che siano confrontabili con le risultanze di altre rilevazioni. Essi tuttavia sono poco adatti a cogliere la modalità con cui si instaura il cambiamento terapeutico: spesso infatti viene attuata una "rilevazione dello stato psichico" secondo il classico schema di una valutazione ripetuta prima e dopo il trattamento, ma il processo del cambiamento psichico come tale non viene esaminato nell'ambito di tale metodologia. Pochi sono gli strumenti elaborati specificatamente per registrare le modalità con cui si instaura il cambiamento terapeutico; a tal proposito si possono citare: la "*Client Change Interview Protocol*"¹⁹, un'intervista semistrutturata, articolata in dieci *item*, che indaga con il paziente il trattamento terapeutico effettuato, la natura e l'entità del cambiamento percepito, i fattori che l'hanno promosso e quelli che l'hanno

ostacolato; la “*Heidelberg Structural Change Scale – HSCS*”²⁰, la quale deriva dallo sviluppo della “*Assimilation of Problematic Experiences Scale – APES*”²¹, che concettualizza il cambiamento terapeutico in accordo con le fasi di cambiamento strutturale già descritte da Freud e richiede al clinico di valutare il grado di cambiamento strutturale raggiunto dal paziente.

Obiettivi dello studio

L’obiettivo del nostro studio è stato la elaborazione di uno strumento di indagine focalizzato specificatamente sul cambiamento terapeutico. Nelle nostre intenzioni, tale strumento avrebbe dovuto dare risposta ad alcuni punti problematici del cambiamento che crediamo non siano stati finora affrontati in maniera specifica e sistematica nella letteratura psichiatrica e psicoterapeutica. Tali punti sono riportati di seguito.

1. I molteplici livelli del cambiamento terapeutico: se analizziamo più a fondo il concetto di “cambiamento terapeutico” osserviamo come coesistono in esso in maniera implicita e non differenziata diverse dimensioni psicologiche: indichiamo qui aspetti quali la percezione di cambiamento che si forma nel corso di un trattamento, la consapevolezza circa i fattori che promuovono o ostacolano il cambiamento, la capacità di “padroneggiamento” che si instaura in maggiore o minore misura nei confronti dei vari problemi psicologici. Questo mostra che uno studio specificamente condotto sul cambiamento terapeutico non può più partire dalla considerazione che quest’ultimo sia un fenomeno monodimensionale, ma si dovrebbe piuttosto partire dal presupposto che sia un fenomeno articolato secondo molteplici livelli e che questi si possono declinare secondo modalità e tempi loro propri. Per tale motivo abbiamo elaborato il nostro strumento articolandolo in distinti moduli che affrontassero partitamente le dimensioni descritte ed altre ancora.
2. Le molteplici prospettive di valutazione del cambiamento terapeutico: a. la valutazione del cambiamento terapeutico viene generalmente ottenuta o richiedendo una valutazione “dall’interno” data dal paziente o richiedendo una valutazione “dall’esterno” data dal terapeuta che effettua il trattamento, ovvero, più raramente, da un clinico “osservatore esterno” del trattamento stesso. È ben conosciuta in psichiatria e, ancor più in psicoterapia, l’importanza che ha “l’alleanza terapeutica” come fattore che promuove il cambiamento²²; come mostrano le ricerche effettuate al riguardo, l’“alleanza terapeutica” è un fenomeno molto complesso, che può essere studiato adeguatamente solo ricorrendo ad una valutazione con-

giunta, sia della prospettiva del paziente che della prospettiva del terapeuta. Anche nello studio del cambiamento terapeutico, che come ricordato è influenzato in maniera rilevante dall’alleanza terapeutica, riteniamo sia importante ottenere valutazioni non solo dal paziente ma anche dal terapeuta; abbiamo pertanto progettato il nostro strumento in modo che fosse possibile una somministrazione distinta per paziente e terapeuta. b. Inoltre essendo interessati alla dinamica con cui si instaura e si sviluppa il cambiamento terapeutico, abbiamo previsto la possibilità di somministrazioni ripetute dell’intervista nel corso del trattamento; essa pertanto presenta differenti versioni per l’inizio del trattamento, le diverse fasi della terapia e la sua conclusione. La somministrazione delle differenti versioni, in maniera distinta sia al paziente che al terapeuta, assicura la possibilità di monitorare il più fine andamento del processo di cambiamento, così come viene sperimentato dalla coppia terapeutica.

3. Il cambiamento terapeutico in relazione ai diversi tipi di terapia: nei decenni passati gli interventi terapeutici di tipo psicofarmacologico e di tipo psicoterapeutico sono stati studiati in maniera indipendente; questo ha condotto allo sviluppo di teorie circa la natura del cambiamento terapeutico e alla elaborazione di strumenti di valutazione clinica parimenti indipendenti. Sono così derivate in questi campi evidenze empiriche ed ipotesi teoriche poco confrontabili e questo non ha favorito lo sviluppo di una teoria generale circa il cambiamento terapeutico. In anni recenti invece si sono sempre più sviluppati studi su trattamenti integrati psicoterapeutici e farmacoterapeutici; questo ha stimolato la ricerca di un quadro concettuale e operativo unitario, che studiasse con pari attenzione i diversi tipi di intervento che compongono una terapia psichiatrica e consentisse una indagine integrata sulla natura del cambiamento prodotto da questi tipi di intervento, sulle modalità con cui esso si instaura, sui tempi necessari per promuoverlo. Sulla base di tali considerazioni abbiamo elaborato il nostro strumento in modo che esso possa essere utilizzato alla stessa maniera nel corso di vari tipi di trattamento (una psicoterapia, una farmacoterapia, così come un ricovero ospedaliero), attuati singolarmente o in terapie integrate.

Metodi

“*Psychological Change Evaluation Interview*” (PSY.CH.E. *Interview*) è la denominazione dello strumento che proponiamo. La PSY.CH.E. *Interview* è un’intervista semistrutturata che viene sommini-

strata, in maniera distinta e ripetuta, sia al paziente che al terapeuta nel corso delle diverse fasi di un trattamento psichiatrico; essa si compone di *item* sia a risposta “aperta” che “prestabilita”, prevede diverse versioni che vengono somministrate in accordo alle fasi del trattamento ed è articolata in sette moduli che riguardano altrettante aree del cambiamento.

LE VERSIONI

Come preannunciato un aspetto innovativo della intervista PSY.CH.E. è che essa è specificatamente pensata per mettere a confronto le opinioni del paziente e del terapeuta; ciò implica che gli aspetti del cambiamento presi in considerazione sono sottoposti ad una doppia valutazione. L'intervista è pertanto articolata in due moduli o “*form*” identici quanto al numero di *item* ed al loro contenuto, seppur con lievi differenze linguistiche nella formulazione delle domande per adattare sia al terapeuta (*form Tf*) sia al paziente (*form Pf*). Ricordiamo che la somministrazione è progettata per i vari tipi di intervento terapeutico ed essa viene effettuata da un clinico esterno alla terapia, che rimane sempre lo stesso nelle varie somministrazioni ripetute.

Per ciascuno dei due “*form*” dell'intervista sono previste cinque versioni, che corrispondono alle fasi temporali di un trattamento e consentono così di seguire tutto il suo svolgimento: questa articolazione permette un monitoraggio continuo del cambiamento, non solo del risultato finale, ma anche delle fasi e dei processi intermedi che lo compongono. È prevista pertanto una versione per l'inizio della terapia, denominata T0; nel corso della terapia si utilizza la versione T1 per una prima rilevazione; tale versione, con qualche lieve modifica in alcuni *item*, può essere ripetuta periodicamente finché il trattamento è in corso (T2, T3, T4 ... Tn). Alla fine della terapia è prevista una versione specifica dell'intervista (versione Tf); sono inoltre possibili valutazioni catamnestiche (versione Tc).

GLI ITEM

La maggior parte degli *item* dell'intervista prevedono una risposta aperta; le risposte date nel corso della somministrazione sono integralmente audioregistrate e, una volta trascritte, possono essere sottoposte a valutazione, anche da parte di giudici indipendenti, secondo specifici e predefiniti criteri di siglatura; altri *item* invece richiedono già durante la somministrazione valutazioni quantitative secondo scale Likert a cinque punti. Questa doppia articolazione ci è parsa la più adeguata per i nostri intenti e corrisponde alle due operazioni mentali che sono richieste all'intervistato (paziente e terapeuta): una è quella di ricordare e ri-immersedimarsi in una certa esperienza soggettiva e descriverla; l'altra è quella di compararla con una condizione soggettiva pregressa, assunta come

termine di confronto, e derivarne una valutazione espressa in termini di punteggio. Gli *item* a risposta aperta permettono di esplorare la “qualità” del fenomeno e di cogliere in maniera accurata i vissuti soggettivi dell'intervistato circa il cambiamento in tutta la loro complessità e ricchezza psicologica; l'intervistato infatti è libero di interpretare la domanda e di darvi risposta in accordo alla propria percezione soggettiva e alle aspettative rispetto al trattamento. Allo stesso modo gli *item* che richiedono una risposta in termini di punteggio consentono di valutare il processo secondo una dimensione “quantitativa”, ottenendo dati facilmente analizzabili e confrontabili. Riteniamo che questa articolazione in un doppio ordine di dati empirici sia in linea con il più generale orientamento, secondo cui una più precisa comprensione del cambiamento terapeutico possa essere ottenuta integrando i metodi di valutazione quantitativa con quelli di analisi qualitativa dei dati clinici²³⁻²⁶.

I MODULI DELL'INTERVISTA

Legenda

Pf: *form* per il paziente

Tf: *form* per il terapeuta

T0: versione per l'inizio della terapia

T1: versione per la prima rilevazione durante la terapia

L'intervista si articola in sette moduli distinti, ciascuno dei quali indaga, sia nel paziente che nel terapeuta, una particolare dimensione del cambiamento terapeutico.

- I. Il primo modulo (denominato “Definizione dei problemi”) intende cogliere la concezione complessiva che l'intervistato ha circa la natura dei problemi in atto e il “da farsi” per affrontarli; viene richiesta così una descrizione generale della condizione psicologica, così come delle cause di essa e delle motivazioni al trattamento: citiamo, solo a titolo di esempio, l'*item* 1 (Pf: *Può descrivere le sue difficoltà psicologiche?*; Tf: *Può descrivere le difficoltà psicologiche del paziente?*) e l'*item* 3 nella versione T0 (Pf: *Quali sono i motivi che l'hanno convinto/a ad iniziare questa terapia?*; Tf: *Secondo lei quali sono i motivi che hanno convinto il paziente ad avviare questa terapia?*).
- II. Il secondo modulo (“Prospettiva degli altri”) intende registrare l'opinione dell'intervistato su che cosa pensino gli “altri”, membri della rete sociale del paziente, circa la condizione del paziente e le possibili soluzioni per affrontarla: così, ad esempio, l'*item* 4 nella versione T0 (Pf: *Qualcuno si è accorto di qualcosa riguardo alle sue difficoltà psicologiche?*; Tf: *Secondo lei qualcuno si è accorto di qualcosa riguardo alle difficoltà psico-*

giche del paziente?) o item 9 nella versione T1 (Pf: *Dopo l'inizio della terapia qualcuno ha notato in lei dei cambiamenti in meglio?*; Tf: *Dopo l'inizio della terapia qualcuno ha notato nel paziente dei cambiamenti in meglio?*).

- III. Il terzo modulo (“Cambiamento Percepito”) intende rilevare le caratteristiche di eventuali cambiamenti psicologici percepiti da paziente e terapeuta. Tali cambiamenti sono indagati sotto vari aspetti, ad esempio: l'evoluzione positiva (così item 21 nella versione T1, Pf: *Nota un miglioramento delle sue difficoltà psicologiche rispetto a come erano all'inizio della terapia?*; Tf: *Nota un miglioramento delle difficoltà psicologiche del paziente rispetto a come erano all'inizio della terapia?*); l'evoluzione negativa (così l'item 31 versione T1, Pf: *Nota un peggioramento delle sue difficoltà psicologiche rispetto a come erano all'inizio della terapia?*; Tf: *Nota un peggioramento delle difficoltà psicologiche del paziente rispetto a come erano all'inizio della terapia?*); il momento e il contesto in cui il cambiamento è stato percepito per la prima volta; la modalità con cui esso si è instaurato (così l'item 24 versione Tn, Pf: *In che modo questo miglioramento si è realizzato in lei? In modo rapido? In modo continuo e graduale? In modo continuo ma con delle oscillazioni? In un altro modo ancora?*; per analogia il Tf: *Secondo lei in che modo questo miglioramento si è realizzato nel paziente?*); i fattori che l'hanno promosso (così l'item 25 versione Tn: *Secondo lei cosa ha contribuito maggiormente a determinare questo miglioramento?*; item 30 versione Tn: *Pensa che questo miglioramento ci sarebbe stato anche senza la terapia?*).
- IV. La quarta sezione (“Cambiamento Atteso”) valuta le aspettative che ha l'intervistato riguardo al futuro corso del trattamento (es. item 17 versione T0, Pf: *Secondo lei con la terapia le sue difficoltà psicologiche potranno migliorare?*; Tf: *Secondo lei con la terapia le difficoltà psicologiche del paziente potranno migliorare?*; item 18: *Può assegnare un punteggio a questo miglioramento?*; item 19: *Quali difficoltà potranno migliorare?*). Il confronto delle opinioni della “coppia terapeutica” sugli obiettivi da perseguire è alla base della valutazione dell'alleanza terapeutica ed è importante esaminare il suo ruolo nel cambiamento terapeutico²⁷.
- V. La quinta sezione (“Matrici di Cambiamento”) valuta il rilievo che secondo l'intervistato alcuni fattori hanno avuto in passato, o potranno avere in futuro, nel promuovere il cambiamento (es. item 27 versione T0: *Consideri ora i seguenti fattori: le cure mediche e psicologiche, il suo impegno interiore, la famiglia, la vita sentimentale, lo studio/il lavoro. Può assegnare un punteggio a cia-*

scuno di essi per l'aiuto che le ha dato nell'affrontare le sue difficoltà psicologiche?; item 28: *Consideri nuovamente gli stessi fattori. Può assegnare un punteggio a ciascuno di essi per l'aiuto che le potrà dare in futuro nell'affrontare le sue difficoltà psicologiche?*).

- VI. La sesta sezione (“Padroneggiamento dei Problemi”) valuta in quale misura il paziente riesca ad esercitare un controllo sulle proprie difficoltà sotto vari riguardi: l'entità di questo controllo (es. item 53 versione Tn, Pf: *Attualmente quanto riesce a tenere sotto controllo le sue difficoltà psicologiche?*; Tf: *Attualmente quanto il paziente riesce a tenere sotto controllo le proprie difficoltà psicologiche?*); le aree problematiche in cui esso si realizza maggiormente; l'eventuale peggioramento o miglioramento di esso (es. item 57 versione Tn, Pf: *La sua capacità di affrontare le difficoltà psicologiche è migliorata rispetto all'inizio della terapia?*; Tf: *La capacità del paziente di affrontare le proprie difficoltà psicologiche è migliorata rispetto all'inizio della terapia?*).
- VII. La settima sezione (“Efficacia della Terapia”) chiede all'intervistato una valutazione differenziale su alcuni aspetti della terapia in atto: sia per le cure di tipo psicoterapeutico che per quelle di tipo psicofarmacologico si indagano gli effetti positivi e negativi, chiedendo anche una valutazione quantitativa degli stessi (es. item 66 versione Tn, Pf: *Può descrivere gli eventuali benefici ricevuti da tali terapie?*; Tf: *Può descrivere gli eventuali benefici ricevuti dal paziente per tali terapie?*; item 68, Pf: *Può descrivere gli eventuali effetti negativi ricevuti da tali terapie?*; Tf: *Può descrivere gli eventuali effetti negativi ricevuti dal paziente per tali terapie?*).

Risultati

La PSY.CH.E. *Interview* è stata sinora somministrata ad alcune decine di pazienti che si sono rivolti al nostro Istituto e che sono in trattamento terapeutico di natura farmacologica, psicoterapeutica o combinata. L'entità dei dati empirici raccolti dalla somministrazione della PSY.CH.E. *Interview* ai pazienti ed ai rispettivi terapeuti non consente ancora una indagine statisticamente fondata dei risultati. Intendiamo ugualmente illustrare la natura dei dati che si possono ottenere mediante la somministrazione della PSY.CH.E. *Interview* e mostrarne le potenzialità euristiche; a tal fine riportiamo, a titolo di esemplificazione clinica, alcune delle risposte fornite da due pazienti. Negli esempi saranno indicati il modulo di riferimento e il numero dell'item. Si ricorda che le valutazioni quantitative sono distribuite secondo una scala Likert a 5 punti, nella quale 5 è lo score massimo.

MODULO III “CAMBIAMENTO PERCEPITO”*Item*

9. Nota un miglioramento delle Sue difficoltà psicologiche rispetto a come erano quando sono cominciate?
10. (se sì) Può assegnare un punteggio a questo miglioramento?
11. In che cosa nota un miglioramento?
12. Secondo Lei cosa ha contribuito maggiormente a determinare questo miglioramento?

Risposte Paziente 1:

9. Sì
10. 3
11. Riesco certe volte e comunque ancora con fatica, a dare un peso relativo alle cose. Se si pone davanti un problema prima prendeva tutto me stesso. Adesso cerco di dare un peso più adeguato, però ripeto ecco mi sento abbastanza ... per quello un po' meglio
12. Psicoterapia

Risposte Paziente 2:

9. Sì
10. 4
11. Innanzitutto guido da sola, prima avevo molta paura, questo per parecchio tempo. Piangevo molto spesso notte e giorno. Avevo più frequenti attacchi di panico, adesso quasi mai. Non avevo voglia di alzarmi, di lavarmi, di vestirmi e adesso invece cioè non esiste più questa parte. Ero molto cioè proprio priva di interessi, di desideri. Anche a livello affettivo rifiutavo qualsiasi contatto con ragazzi, anche tra amici, ero una molto limitata, un vegetale quasi. Anche a livello lavorativo mi sono rassegnata a fare quel tipo di lavoro perché pensavo di poter fare solo quello, di poter accettare solo quello perché rientrava in una dimensione psicologica molto negativa, per cui per me il mio pensiero era che ero capace di fare solo quello, avevo poca stima di me stessa. Anche a livello lavorativo ho preso delle iniziative, ho cercato di guardarmi intorno per cui alcune cose le ho superate, mentre prima non avevo il coraggio di pensare di poter migliorare
12. Io penso i farmaci

MODULO IV “CAMBIAMENTO ATTESO”*Item*

17. Secondo Lei con la terapia le Sue difficoltà psicologiche potranno migliorare?
18. (se sì) Può assegnare un punteggio a questo miglioramento?
19. Quali difficoltà potranno migliorare?
20. Secondo Lei con la terapia alcune difficoltà psicologiche potrebbero peggiorare?

23. Secondo Lei se non si iniziasse alcuna terapia le Sue difficoltà psicologiche potrebbero migliorare?
25. Secondo Lei se non si iniziasse alcuna terapia le Sue difficoltà psicologiche potrebbero peggiorare?
26. (se sì) Quali difficoltà potrebbero peggiorare?

Risposte Paziente 1:

17. Sì
18. 4
19. Spero di trovare più facilità nell'affrontare i problemi, meno pesantezza nel dover affrontare un problema e cercare di dare il peso giusto a quel problema e comunque non vivere in uno stato di tensione continua
20. Non lo so
23. No
25. Sì
26. Quello che ho detto prima: il porsi davanti a un problema e saperlo comunque gestire. E soprattutto peggiorerebbe il mio stato di ansia, che si innesca delle volte automaticamente, senza alcun problema. Questo penso che potrebbe peggiorare. Spero con la psicoterapia di riuscire a trovare una via d'uscita, perché se no è molto pesante vivere in questo stato

Risposte Paziente 2:

17. Dipende dallo psicoterapeuta! Sì, penso di sì
18. È relativo però, perché ho notato che rispetto al tipo di terapia avevo risultati diversi ... Le aspettative mie sono molto elevate, dipende poi dal rapporto che si crea. Perché io ho fatto più di una terapia, non so se lo sa (so della terapia precedente). E no ne ho fatte quattro, non è che con tutte ho avuto gli stessi risultati, dipende dal tipo di terapia, dall'altra persona. Le aspettative sono altissime
19. Beh, io spero tutte ...
20. Peggiorare non credo, però potrei comunque star male nell'affrontare determinati argomenti, perché in passato si è verificata questa cosa. Allora in quel caso ho paura di affrontare certi argomenti affrontando certi argomenti che magari dovrò affrontare, però non credo potrebbero peggiorare, anzi
23. No. Assolutamente no
25. Sì
26. Questo ricadere comunque in questi pensieri negativi quando ho delle difficoltà. Perché poi è tutto collegato, perché il pensiero negativo mi porta a uscire, stare male, piangere, evitare contatti etc. È quello che ho paura di non poter gestire senza la psicoterapia o con i farmaci

MODULO V “MATRICI DI CAMBIAMENTO”*Item*

27. *Consideri ora i seguenti fattori: le cure mediche e psicologiche, il suo impegno interiore, la famiglia, la vita sentimentale, lo studio/il lavoro. Può assegnare un punteggio a ciascuno di essi per l'aiuto che le ha dato fino ad oggi nell'affrontare le sue difficoltà psicologiche?*
28. *Consideri nuovamente gli stessi fattori. Può assegnare un punteggio a ciascuno di essi per l'aiuto che le potrà dare in futuro nell'affrontare le sue difficoltà psicologiche?*

Risposte Paziente 1:

	<i>item 27</i> “aiuto fino ad oggi”	<i>item 28</i> “aiuto per il futuro”
le cure mediche e psicologiche:	3	4
il suo impegno interiore:	3	3
la famiglia:	3	3
la vita sentimentale:	1	4
lo studio/il lavoro:	3	4

Risposte Paziente 2:

	<i>item 27</i> “aiuto fino ad oggi”	<i>item 28</i> “aiuto per il futuro”
le cure mediche e psicologiche:	4	4
il suo impegno interiore:	3	4
la famiglia:	2	2
la vita sentimentale:	4	3
lo studio/il lavoro:	3	3

MODULO VI “PADRONEGGIAMENTO DEI PROBLEMI”*Item*

32. *Fino ad oggi quali sono state le difficoltà psicologiche che ha controllato di meno?*
33. *La sua capacità di affrontare le difficoltà psicologiche è migliorata rispetto a quando queste sono cominciate?*
- 34) *(se sì) Può assegnare un punteggio a questo miglioramento?*
35. *In che cosa è migliorata la sua capacità di affrontarle?*
36. *La sua capacità di affrontare le difficoltà psicologiche è peggiorata rispetto a quando queste sono cominciate?*

Risposte Paziente 1:

32. L'ansia
33. Sì
34. 3
35. Per riuscire a dare un po' meglio il peso giusto alle cose e il fatto di non curarmi troppo degli altri
36. No

Risposte Paziente 2:

32. L'incapacità di reagire alle difficoltà insomma, delle volte è come se volessi non reagire. E poi delle reazioni istintive che non riesco a controllare, eccessive che non riesco a gestire un po' fuori dalla norma
33. Sì
34. 3
35. Mi sforzo di vedere anche il lato positivo e di pensare prima di agire, di non essere così istintiva, impulsiva
36. No

MODULO VII “EFFICACIA DELLA TERAPIA”*Item*

41. *(in caso di terapie combinate) Può assegnare a ciascun elemento della terapia un punteggio per i benefici che si aspetta di ricevere?*
42. *(in caso di psicoterapia) Ha una sua idea sul modo in cui la psicoterapia potrà agire sulle sue difficoltà psicologiche?*

Risposte Paziente 1:

41. Che mi aspetto o che spero? Psicoterapia mi aspetto che si risolva un buon 80% (Terapia farmacologica) 20%
42. No

Risposte Paziente 2:

41. Farmacologica 4. Psicoterapia 3
42. Come me l'immagino io. (Sì). Io mi aspetto di avere degli strumenti per poter gestire da sola determinate difficoltà, perché sino ad adesso c'è stato più un percorso di emergenza, per tamponare momenti critici in passata però poi anche se sono arrivata a capire perché facci quello quell'altro però all'atto pratico queste difficoltà che ho ancora non riesco a gestirle, quindi andare a fondo su certe questioni. Perché abbiamo capito che ho fatto un certo percorso, che ho queste difficoltà, il passato l'infanzia quello quell'altro ... però non ho strumenti miei per affrontare queste difficoltà dipende anche da me certo, però dovrò arrivare ad avere in mano questa autonomia

Conclusioni

Al momento, la PSY.CH.E. *Interview* si trova in fase avanzata di sperimentazione e ne è in corso un approfondito studio di validazione che comprende vari aspetti dell'affidabilità e della validità. È nostra opinione che l'uso di questo strumento potrà rivelarsi utile sia in contesti clinici che di ricerca, in virtù delle ampie possibilità di studio delle modalità e dei tempi con cui si instaura e si consolida il cambiamento tera-

peutico; ciò con il vantaggio di poter raccogliere dati indipendentemente dal modello teorico di riferimento e tenendo presenti sia il punto di vista del paziente che quello del clinico. Tale valutazione multiassiale e mul-

tidimensionale riteniamo possa consentire di progredire nella comprensione di alcuni dei numerosi aspetti dell'esperienza del cambiamento terapeutico che ancora risultano chiariti solo in parte.

Bibliografia

- ¹ Coutu DL. *How resilience works*. Harv Bus Rev 2002;80:46-55.
- ² Rutter M. *Developing minds. Challenge and Continuity Across the Life Span*; 1992. Trad. It. *L'arco della Vita*. Firenze: Giunti Editore 1995.
- ³ Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. *The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work*. Child Dev 2000;71:543-62.
- ⁴ Dyer JG, McGuinness TM. *Resilience: analysis of the concept*. Arch Psychiatr Nurs 1996;10:276-82.
- ⁵ Freud S. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, 1915-17*. Trad. it. *Introduzione alla Psicoanalisi*. OSF Vol. 8, Torino: Boringhieri 1987.
- ⁶ Thomä H, Kächele H. *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag 1988. Trad. it. *Trattato di terapia psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri 1993.
- ⁷ Meltzer D. *The psychoanalytical process*. London: Heinemann 1967. Trad. it. *Il processo psicoanalitico*. Roma: Armando 1971.
- ⁸ Kohut H. *The analysis of the self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International University Press 1971. Trad. it. *Narcisismo ed analisi del Sé*. Torino: Boringhieri 1976.
- ⁹ Furstenu P. *Praxeologische Grundlagen der Psychoanalyse*. 1977. Cit. in: Thomä H, Kächele H, editors. *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag 1988. Trad. it. *Trattato di terapia psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri 1993.
- ¹⁰ Moser U, von Zeppelin I, Schneider H. *Aspekte einer Regulierungstheorie mentaler Prozesse*. 1981. Cit. in: Thomä H, Kächele H, editors. *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag 1988. Trad. it. *Trattato di terapia psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri 1993.
- ¹¹ Weiss J, Sampson H. *The psychotherapeutic process*. New York: Guilford 1984.
- ¹² Howard KI, Lueger RJ, Maling MS, Martinovich Z. *A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change*. J Consult Clin Psychol 1993;61:678-85.
- ¹³ Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. *In search of how people change. Applications to addictive behaviors*. Am Psychol 1992;47:1102-14.
- ¹⁴ Thom R. *Stabilité structurelle et morphogénèse. Essair d'une théorie générale des modèles*. Paris: Interéditions 1977. Trad. it. *Stabilità strutturale e morfogenesi*. Torino: Einaudi 1980.
- ¹⁵ Dell PF, Goolishian HA. *Order through fluctuation: an evolutionary epistemology for human systems*. Austr J Family Ther 1981;2:175-84.
- ¹⁶ Scabini E. *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*. In: Scabini E, a cura di. *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*. Milano: Angeli 1991.
- ¹⁷ Guidano VF. *The complexity of the self*. New York: Guilford Press 1987. Trad. it. *La complessità del sé*. Torino: Boringhieri 1988.
- ¹⁸ Guidano VF. *The self in process. Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford Press 1991. Trad. it. *Il sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Torino: Boringhieri 1992.
- ¹⁹ Elliott R. *Hermeneutic single case efficacy design*. Chicago: paper presented at 31st Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research 2000; Trad. in: Di Nuovo S, editor. *Strumenti qualitativi per la ricerca sulla psicoterapia: intervista sul cambiamento terapeutico di R. Elliott*. Ricerca in Psicoterapia 2000, p. 2-3.
- ²⁰ Grande T, Rudolf G, Oberbracht C, Pauli-Magnus C. *Progressive changes in patients' lives after psychotherapy – which treatment effects support them?* Psychother Res 2003;13:S.43ff.
- ²¹ Stiles WB, Meshiot CM, Anderson TM, Sloan WW. *Assimilation of problematic experiences: the case of John Jones*. Psychother Res 1992;2:81-101.
- ²² McLeod J. *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage 2000.
- ²³ Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK. *Process and outcome in psychotherapy. Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. 1994.
- ²⁴ Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. 2nd Edn. London: Sage 2000.
- ²⁵ Di Nuovo S. *Strumenti qualitativi per la ricerca sulla psicoterapia: intervista sul cambiamento terapeutico di R. Elliott*. Ricerca in Psicoterapia 2000, p.2-3.
- ²⁶ Creswell JW. *Research design - Qualitative and quantitative approaches*. Newbury Park 1994.
- ²⁷ Sexton H, Hembre K, Kvarme G. *The interaction of the alliance and therapy microprocess: a sequential analysis*. J Consult Clin Psychol 1996;64:471-80.