

L'ASSESSMENT COGNITIVO COMPORTAMENTALE

Giuseppe Sacco

già Docente di Psicologia Clinica

Università degli Studi di Siena

Presidente Libra Associazione Scientifica, Roma

www.librapsicologia.it

Assessment: generalità

- L'utilizzo di questo termine al posto di “**diagnosi**” è giustificato dalla **valenza medica** di quest'ultimo
- In ambito **psicoterapeutico** quando parliamo di **assessment** intendiamo una operazione di valutazione con **finalità esplicative** che inizia al momento del primo incontro e prosegue per tutto il corso della terapia producendo ipotesi sempre più precise e dettagliate

STEP PRIMI COLLOQUI DI ASSESSMENT (Durata media 3-5 sedute)

1. Raccolta informazioni **biografico-anamnestiche**
2. **Problema** presentato dal paziente
3. Analisi **sincronico - diacronica**
4. **Eventuali problemi collegati** al problema principale
5. Strumenti **psicodiagnostici**
6. **Analisi funzionale e cognitivo – comportamentale** delle situazioni problematiche
7. Diagnosi **DSM-IV**

STEP PRIMI COLLOQUI DI ASSESSMENT (Durata media 3-5 sedute)

8. Eventuale **analisi psicofisiologica**
9. **Concettualizzazione** (formulazione ipotesi sul disturbo/problema)
10. Formulazione **piano terapeutico**
11. **Colloquio di restituzione** (con esposizione di ipotesi e proposta di intervento)

RACCOLTA INFORMAZIONI BIOGRAFICHE

- Principali dati biografico – anamnestici (scheda)
- Invio
- Prima valutazione motivazione
- Eventuali psicoterapie precedenti
- Eventuale terapia farmacologica e assunzione di farmaci

PROBLEMA PRESENTATO DAL PAZIENTE

- Fare esporre al paziente il suo **problema**
- Ottenere una prima definizione della domanda
- Comprendere la “**domanda**” terapeutica
- Rilevare le **aspettative** del paziente verso la terapia e il terapeuta
- Delineare alcune dimensioni di base della **relazione**

ANALISI SINCRONICA

Si verifica la situazione del paziente al momento del colloquio, relativamente ad aree problematiche specifiche:

- Famiglia
- Sessualità
- Lavoro
- Amicizie e relazioni sociali
- Interessi
- Sonno
- Cibo, storia del peso e abitudini alimentari

ANALISI DIACRONICA: PRINCIPALI EVENTI DI VITA

- Breve **ricognizione diacronica** sui principali eventi di vita
- Suddivisione per **fasi** (infanzia, fanciullezza, adolescenza, età adulta)
- Partire sempre dai **ricordi più disponibili** del paziente e non forzare i ricordi

EVENTUALI ALTRE PROBLEMATICHE

- Presenza di problemi collegati a quello principale
- Necessario stabilire qual è il problema/disturbo principale
- Eventualmente stabilire una scaletta di priorità
- Eventuale comorbidità

STRUMENTI PSICODIAGNOSTICI

- E' consigliato l'utilizzo di un **test clinico** generale di **personalità** (per es. MMPI-1/2, CBA, ecc.)
- Accanto al test principale si possono somministrare **strumenti specifici** mirati all'approfondimento della problematica portata in terapia (per es., STAI-X1, EDI-2, ecc.) e strumenti di valutazione cognitiva (QMI, IDQ, ecc.)
- A volte possono essere necessarie **altre indagini** con altri test (per es. Millon, SCID, ecc.)

ANALISI FUNZIONALE SITUAZIONI PROBLEMATICHE

- E' fondamentale condurre l'indagine che porterà alla diagnosi funzionale (concettualizzazione) utilizzando lo strumento **dell'analisi funzionale** (scheda A-B-C)
- E' consigliabile iniziare con **l'ultimo episodio** problematico fino a risalire, se possibile al/ai primo/i episodio/i in cui si è manifestato il problema/disturbo
- In questa fase di valutazione basta sottoporre ad **analisi funzionale** 3-4 situazioni iniziando dalla più recente

DIAGNOSI DSM-IV

- Se ci sono le condizioni, si può effettuare a questo punto una diagnosi descrittiva **DSM-IV**
- Vanno specificati i **codici e le caratteristiche** presenti nel paziente che giustificano la diagnosi
- Eseguire la diagnosi Multiassiale
- Eventualmente va indicata la diagnosi differenziale con altri disturbi

ANALISI PSICOFISIOLOGICA

- Quando è ritenuto opportuno e se ne posseggono le competenze si procede **all'analisi psicofisiologica** del paziente
- Si raccolgono i dati eseguendo il *profilo psicofisiologico* in relazione ai parametri scelti (EMG, SCL, HRV, EEG, ecc.)

DECISIONI

- A questo punto il terapeuta dovrà prendere alcune decisioni:
 1. Se ci sono le **condizioni** per una psicoterapia
 2. Se si ritiene il problema presentato **trattabile** dall' approccio
 3. Se si ritiene di **prendere in cura** quel paziente

PRIMA VALUTAZIONE RELAZIONE TERAPEUTICA

Valutazione alleanza terapeutica

- Accordo sugli scopi della psicoterapia
- Accordo sui compiti
- Clima interpersonale positivo (stima e fiducia reciproca)

() Questa valutazione è naturalmente trasversale a tutto il percorso terapeutico*

CONCETTUALIZZAZIONE

(Diagnosi funzionale esplicativa)

- E' il cuore di tutto *l'assessment*
- Si tratta di utilizzare i dati e le osservazioni fin qui raccolte per formulare un'**ipotesi diagnostica esplicativa** sul problema/disturbo del paziente
- Tale ipotesi va formulata sulla base di un **modello psicologico** clinico - esplicativo del problema/disturbo identificato

FORMULAZIONE PROGRAMMA TERAPEUTICO

- Partendo dal modello psicopatologico adottato e dalla conseguente concettualizzazione del problema del paziente, si imposta il **piano di trattamento**

Verranno ipotizzati:

1. Fattori di familiarità
2. Fattori psicologici predisponenti
3. Fattori precipitanti o di innesco
4. Fattori di mantenimento
5. Gli **obiettivi strategici** a BT, MT e LT

FORMULAZIONE PROGRAMMA TERAPEUTICO

- Tra questi obiettivi potrebbe essere presente anche quello di **reformulare** la **domanda** terapeutica del paziente
- Verranno, inoltre, ipotizzate anche le **tecniche** e le metodologie che si prevede possano essere impiegate

COLLOQUIO DI RESTITUZIONE

- Nel **colloquio di restituzione** vanno esposte al paziente le ipotesi esplicative sul disturbo e illustrati i punti principali del programma terapeutico
- E' necessario utilizzare un **linguaggio semplice**, senza termini tecnici e per "addetti ai lavori"
- Inoltre, è importante **evitare le informazioni ridondanti** o eccessivamente complesse per la comprensione attuale del paziente
- Un aspetto centrale, anche in funzione della costruzione **dell'alleanza terapeutica** è la **richiesta di feed-back** al paziente sulle spiegazioni e le illustrazioni del terapeuta

Alcuni suggerimenti di metodo sui primi colloqui: criteri per porre le domande

1. Presentare la domanda in maniera **aperta** al fine di evitare risposte si-no
2. Formulare **una domanda** per volta in modo chiaro, esplicito, incisivo
3. Servirsi di un **linguaggio adeguato** per il livello culturale del paziente
4. **Non suggerire** implicitamente le risposte
5. Evitare il “fuoco di fila”

Alcuni suggerimenti di metodo sui primi colloqui: criteri per porre le domande

7. Scegliere preferibilmente le domande “**a specchio**”
8. **Evitare di interrompere** il paziente per chiedere chiarimenti: è preferibile aspettare che abbia finito il discorso
9. **Non far passare risposte vaghe e indefinite**

Alcuni suggerimenti di metodo sui PC: criteri per porre le domande

10. Non fornire spiegazioni, **non interpretare**
11. **Non minimizzare** o banalizzare i problemi del paziente
12. **Non criticare**, evitare qualsiasi valutazione
13. **Evitare** esclamazioni di **sorpresa** e di **compiangere** il paziente
14. **Non** parlare di **sé** stessi

I Primi Colloqui: la CNV

- Anche se in questa sede non è possibile trattare una tematica così ampia (per la quale si rimanda alla letteratura specializzata) va sottolineata l'**importanza** della **CNV** del terapeuta che dovrebbe accompagnare in maniera congrua e adeguata la comunicazione verbale

Il Contratto Terapeutico

1. Frequenza seduta
2. Durata delle sedute
3. Durata del trattamento
4. Eventuali altre sedute di valutazione
5. Registrazione delle sedute
6. Forme di pagamento

Assessment: definizione del problema

Scheda ABC

Evento attivante A	Convinzioni B	Conseguenze C
<p>Situazione in cui si trovava quando ha provato l'emozione spiacevole</p> <ul style="list-style-type: none">● Dove● Che cosa● Quando● Con chi	<ul style="list-style-type: none">● Pensieri Automatici● Immagini e/o fantasie	<ul style="list-style-type: none">● Emozioni (Intensità SUD 1-10)● Arousal (1-10)● Comportamento

Scheda ABC: esempio

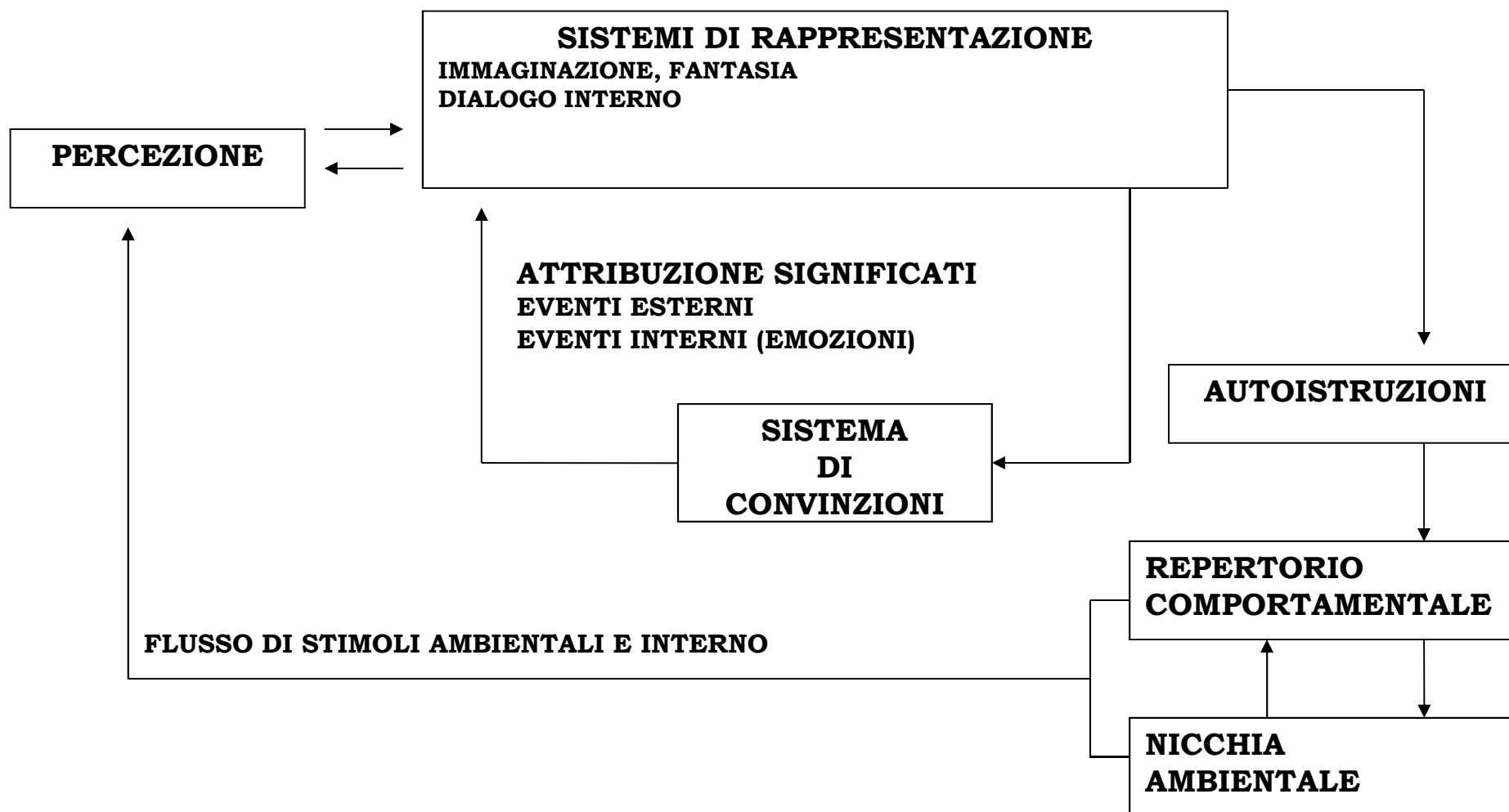
A	B	C
<ul style="list-style-type: none">● Tre giorni fa● Da sola nella sua stanza● In casa non c'è nessuno)	<ul style="list-style-type: none">● “<i>Sto morendo..!</i>”● Immagine di sé chiusa nella bara	<ul style="list-style-type: none">● Terrore (SUD 100)● Tachicardia, soffocamento, tremore, sudore● Fugge via cercando aiuto

Analisi funzionale classica con esempio

	Antecedenti	Comportamenti	Conseguenze
Contesto ambientale (quando, dove, con chi, ecc.)	<i>Sono in sala, mia moglie sta mangiando qualcosa</i>	<i>Mia moglie continua a mangiare: la TV è sempre accesa</i>	<i>Mia moglie ha finito di mangiare e mi parla, la TV è sempre accesa</i>
Comportamento motorio-verbale osservabile	<i>Sto guardando la TV</i>	<i>Vado a prendere da mangiare e inizio a mangiare</i>	<i>Parlo con mia moglie, guardo la TV</i>
Pensieri e immagini mentali	<i>Cosa abbiamo di buono da mangiare? Che potrei mangiare?</i>	<i>Buono questo. Me lo merito. Forse non dovrei mangiarlo</i>	<i>Anche stavolta ho ceduto, sono senza carattere</i>
Emozioni	Noia	Soddisfazione, appagamento	<i>Senso di colpa</i>
Reazioni psicofisiologiche	Nessuna in particolare	Rilassatezzazza	Sazietà

Codici Rappresentativi

MODELLO DI FUNZIONAMENTO DELLA MENTE: ORGANIZZAZIONE COGNITIVO-COMPORTAMENTALE



Valutazione codici rappresentativi e funzionamento cognitivo

1. La valutazione dei **codici rappresentativi** (proposizionale, iconico e psicofisiologico) prevalenti del paziente è importante in primo luogo ai fini della decisione sulla scelta delle **tecniche** e dei metodi da impiegare nel processo terapeutico
2. Essa si svolge utilizzando il colloquio e alcuni **strumenti psicodiagnostici**

Valutazione codici rappresentativi e funzionamento cognitivo

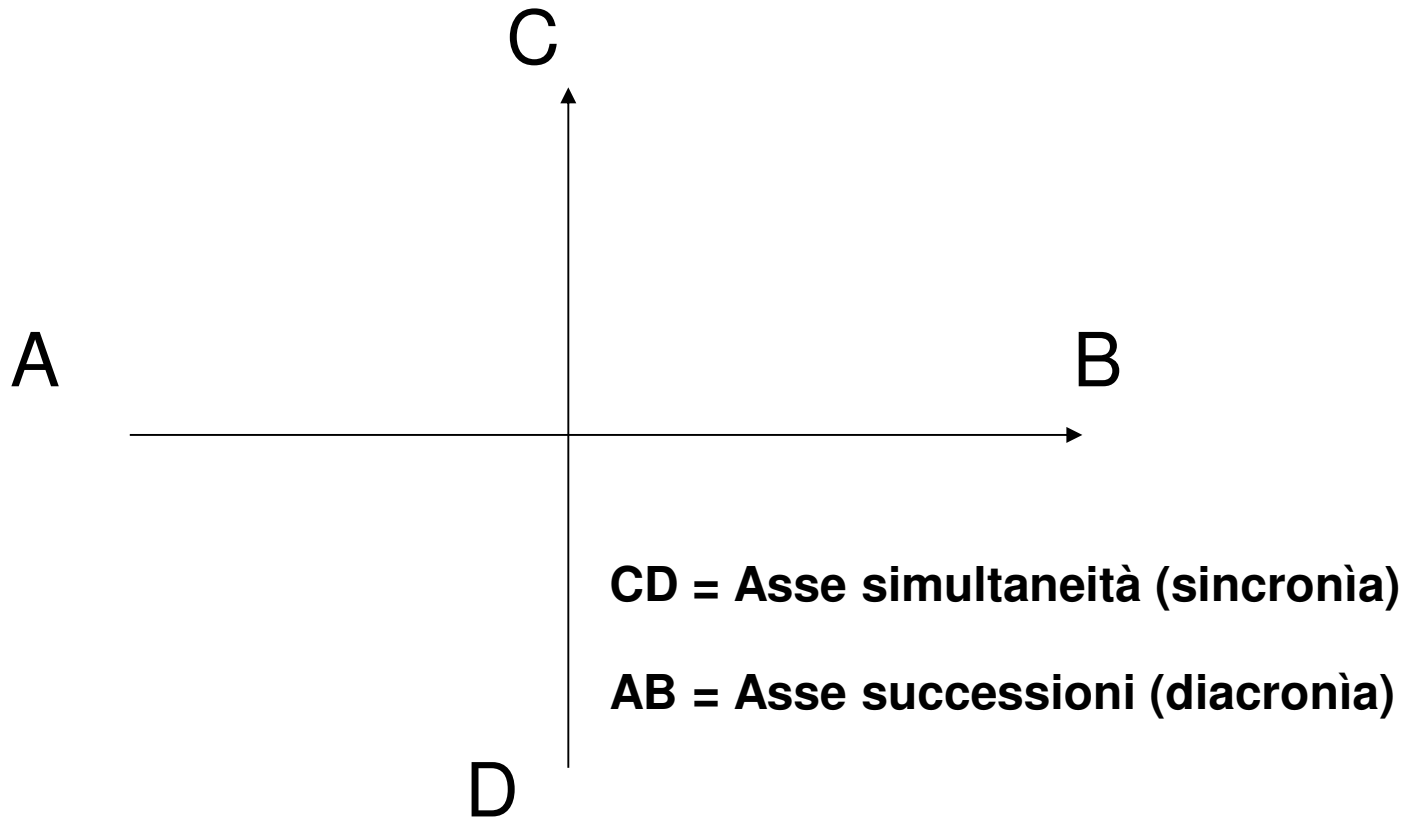
1. Attraverso il colloquio è possibile far riferimento alle **modalità** attraverso cui il paziente si esprime, racconta sé stesso e il suo problema
2. L'utilizzo di **strumenti psicodiagnostici** come il **QMI** o l'**IDQ** può essere complementare, di supporto o di integrazione ai **test principali** e ai dati scaturiti dal **colloquio**

Storia di vita: assunti di base

Distinzione fra indagini diacroniche e sincroniche

- E' stata effettuata inizialmente nei primi anni del secolo scorso, in un primo momento in riferimento alla linguistica, ma poi con l'estensione ad altre numerose discipline
- Secondo *Sassure* gli oggetti della ricerca linguistica possono collocarsi su 2 **assi ortogonali** che egli chiama **asse della simultaneità** e **asse delle successioni**

Storia di vita: assunti di base



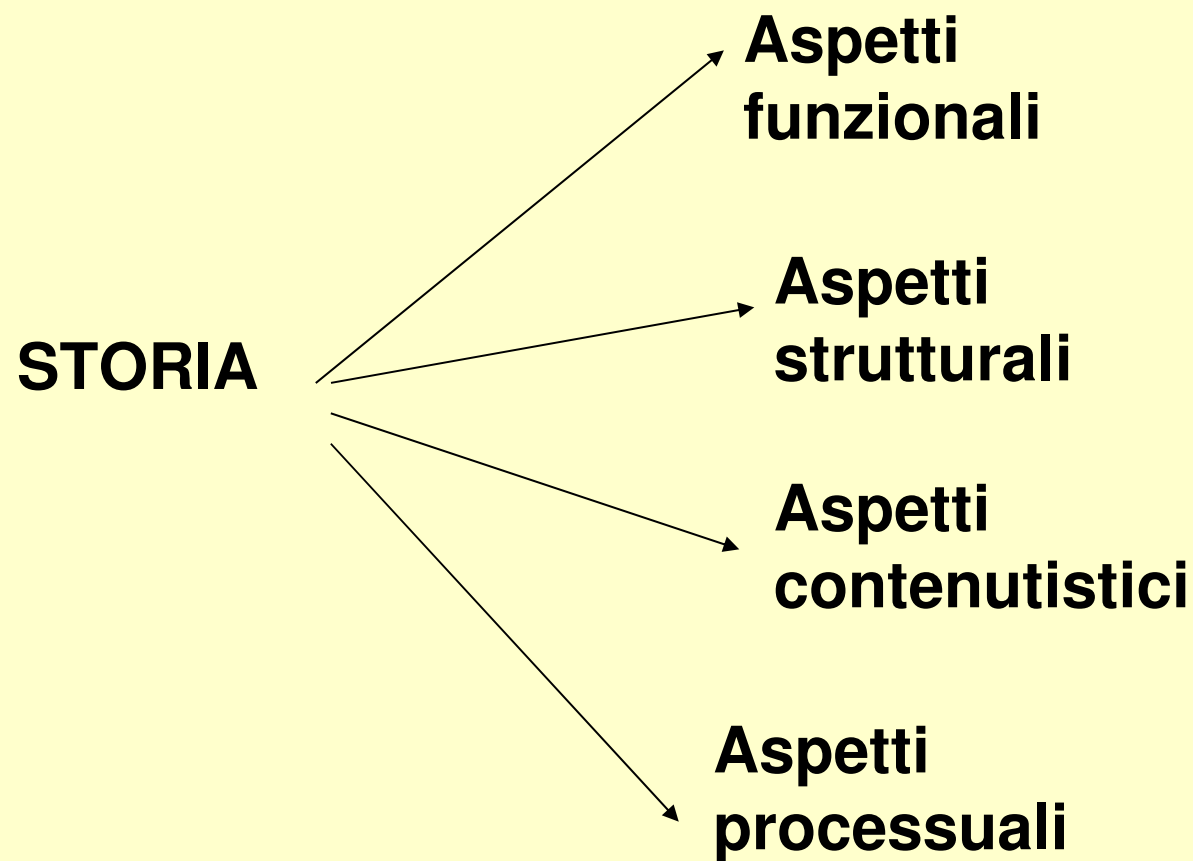
Storia di vita

- Ricostruzione della storia del disturbo:
 - a) antecedenti storico-funzionali
 - b) incidenti critici
 - c) insorgenza sintomatologia
 - d) strategie comportamentali

Storia di vita

- La **ricostruzione** dettagliata della storia remota non è generalmente necessaria
- L'analisi principale viene infatti orientata sulla **fase di passaggio** dallo stato di coerenza a quello di scompenso

Elementi costitutivi



Elementi costitutivi

ASPETTI FUNZIONALI

Riguardano le funzioni del racconto:

- a) Mantenimento coerenza sistemica
- b) Programmazione comportamentale

Elementi costitutivi

ASPETTI STRUTTURALI

Costituiscono le strutture alla base del racconto (regole che guidano il funzionamento che si esprimono con i *codici rappresentativi*):

- a) Schemi
- b) Sistemi di significato

Codici Rappresentativi

1. Codice proposizionale (dialogo interno)
2. Codice iconico (immagini)

Elementi costitutivi

ASPETTI CONTENUTISTICI

Tonalità cognitivo-affettive dei contenuti della storia dei principali eventi di vita:

- a) *contenuti spiacevoli*** (perdite, malattie, delusioni, ansie, paure, ecc.)
- b) *contenuti piacevoli***
(competenza, controllo, efficacia, relazioni gratificanti, realizzazione personale, ecc.)

Elementi costitutivi

ASPETTI PROCESSUALI

Modificazione dei processi psicologici nella dimensione temporale:

- a) processi emotivi
- b) processi cognitivi

Utilizzo della Storia: Assessment

Distinzione tra:

- 1. Raccolta dati generali sincronici anamnestici**
 - ◆ Nome, età, sesso, stato civile
 - ◆ Scolarità, lavoro
 - ◆ Composizione familiare
 - ◆ Stato generale di salute
 - ◆ ecc.

Utilizzo della Storia: Assessment

2. Raccolta dati diacronici

- ◆ prima infanzia e periodo prescolare
- ◆ età scolare
- ◆ preadolescenza e adolescenza
- ◆ età adulta

Utilizzo della Storia: Assessment

3. Ricostruzione **eventi significativi** della vita del paziente
 - ◆ Costruzione della storia del disturbo
 - ◆ Evidenziazione fase dello “scompenso”

Utilizzo della Storia....

Proposta Griglia Operativa

- **FASE 1:** definizione attuale del problema
- **FASE 2:** analisi insorgenza del problema
- **FASE 3:** Definizione antecedenti distali di fase del problema
- **FASE 4:** Definizione conseguenze dell'insorgenza del problema
- **FASE 5:** Ipotesi di Lavoro

Utilizzo della Storia.....

FASE 1

1. Definizione problema come lo presenta il paziente
 - a) Come, dove, quanto, quando, con chi
 - b) Analisi episodio recente (A-B-C)
 - c) Contenuti (temi presenti)

Utilizzo della Storia....

FASE 2

2. Definizione insorgenza del problema

- a) Analisi primo episodio critico (A-B-C)
- b) Contenuti

Utilizzo della Storia...

FASE 3

3. Definizione Antecedenti

Distali di Fase

- a) Analisi dei principali eventi antecedenti allo scompenso

Utilizzo della Storia...

FASE 4

4. Definizione conseguenze dell'insorgenza del problema

- a) Vanno analizzate le modificazioni intervenute nella vita del paziente dopo l'insorgenza del problema (abitudini, atteggiamenti dei familiari, ecc.)

Utilizzo della Storia..

FASE 5

5. Ipotesi

- a) Codici di Rappresentazione
- b) Schemi e Sistemi di Significato (sul disturbo e sulle aree critiche)
- c) Programmi Comportamentali collegati

Schemi cognitivi prevalenti e schemi di attaccamento

Schemi attuali di attaccamento

1. Attaccamento A
2. Attaccamento B
3. Attaccamento C
4. Attaccamento D

Schemi cognitivi prevalenti

1. Amabilità personale
2. Valore ed efficacia personale
3. Delusione
4. *Locus of control*
5. Controllo (situazioni e comportamenti)
6. Controllo (emozioni)
7. Doveri

Schemi cognitivi prevalenti

8. Impotenza
9. Costrizione
10. Forza/debolezza personale
11. Predisposizione allo sforzo (autonomia forzata)

Prima valutazione della relazione terapeutica

Valutazione alleanza terapeutica

- Accordo sugli scopi della psicoterapia
- Accordo sui compiti
- Clima interpersonale positivo (stima e fiducia reciproca)

Valutazione psicofisiologica

- E' implicita la necessità di un **training di addestramento** specifico per coloro che volessero servirsi di tale procedura
- Una misurazione che indaghi in modo attendibile i *pattern* psicofisiologici del paziente richiede, inoltre, **un'adeguata strumentazione** che consenta di rilevare la sua attività fisiologica senza la mediazione del sistema cognitivo – verbale

Valutazione psicofisiologica

- Tale strumentazione si compone di **apparecchiature** da interfacciare con un **personal computer** e che trasformano il segnale proveniente da appositi trasduttori posti sulla superficie cutanea dell'individuo (**elettrodi**) in una unità di misura.
- Gli **indici psicofisiologici** più comunemente utilizzati sono:
 - Ritmo cardiaco
 - Pressione sanguigna
 - HRV
 - Tensione muscolare
 - Temperatura periferica
 - Attività elettrica della pelle
 - Attività onde cerebrali

Valutazione psicofisiologica

I metodi di misurazione psicofisiologica possono riferirsi a:

1. Condizione di **riposo** del soggetto (*baseline* o livello basale)
2. Presentazione al soggetto di uno o più **stimoli** specifici (*pattern* di risposta allo stimolo)
3. Condizioni che **alternano** periodi di riposo e attivazioni aspecifiche (profilo psicofisiologico di stress)

Valutazione psicofisiologica

- Le **misurazioni** di tipo psicofisiologico sono soprattutto indicate nel caso di disturbi d'ansia, paure, stress e manifestazioni psicosomatiche in generale (dolori, ipertensione essenziale, cefalee, ecc.) e nella riabilitazione
- Nonostante l'alto valore aggiunto che tali misurazioni e le conseguenti metodologie di intervento che ne derivano (BF e NF) possano apportare agli interventi clinici, è necessario ricordare che essi vanno **correttamente inquadrati** all'interno di una **strategia** di intervento generale

Bibliografia

- **Blankstein, K.R., Segal, V.Z.** (2002), *Assessment cognitivo: problematiche e metodi*. In K.S. Dobson (edt.) "Psicoterapia cognitivo-comportamentale". Milano: McGraw-Hill
- **Cionini, L.** (1996), *L'assessment*. In B. Bara, (a cura di), "Manuale di psicoterapia cognitiva". Torino: Boringhieri
- **Reda, M.A.** (1988). *L'atteggiamento diagnostico in psicoterapia cognitiva*. *Psicobiiettivo*, VIII, 3
- **Sacco, G.** (2003). *Psicoterapia e sistemi dinamici*. Milano: McGraw-Hill
- **Sacco, G., Testa, D.** (2009). *Psicosomatica integrata complessa*. Milano: FrancoAngeli
- **Semerari, A.** (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Bari: Laterza
- **Sica, C., Cilia, S.** (2004). *I fondamenti dell'assessment*. In A. Galeazzi, P. Meazzini ((a cura di), "Mente e comportamento". Firenze: Giunti