

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 dura mediamente 3-5 sedute
- Nel seguito della terapia, qualora comparissero nuovi elementi, può verificarsi una sua parziale revisione

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

1. Raccolta informazioni **biografico-general**
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**

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)

1. RACCOLTA INFORMAZIONI BIOGRAFICHE

- Principali eventi di vita (scheda)
- Invio
- Prima valutazione motivazione
- Eventuali psicoterapie precedenti
- Eventuale terapia farmacologica e assunzione di farmaci
- Condizione generale di salute

2. 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

3a. 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

3.b ANALISI DIACRONICA: PRINCIPALI EVENTI DI VITA

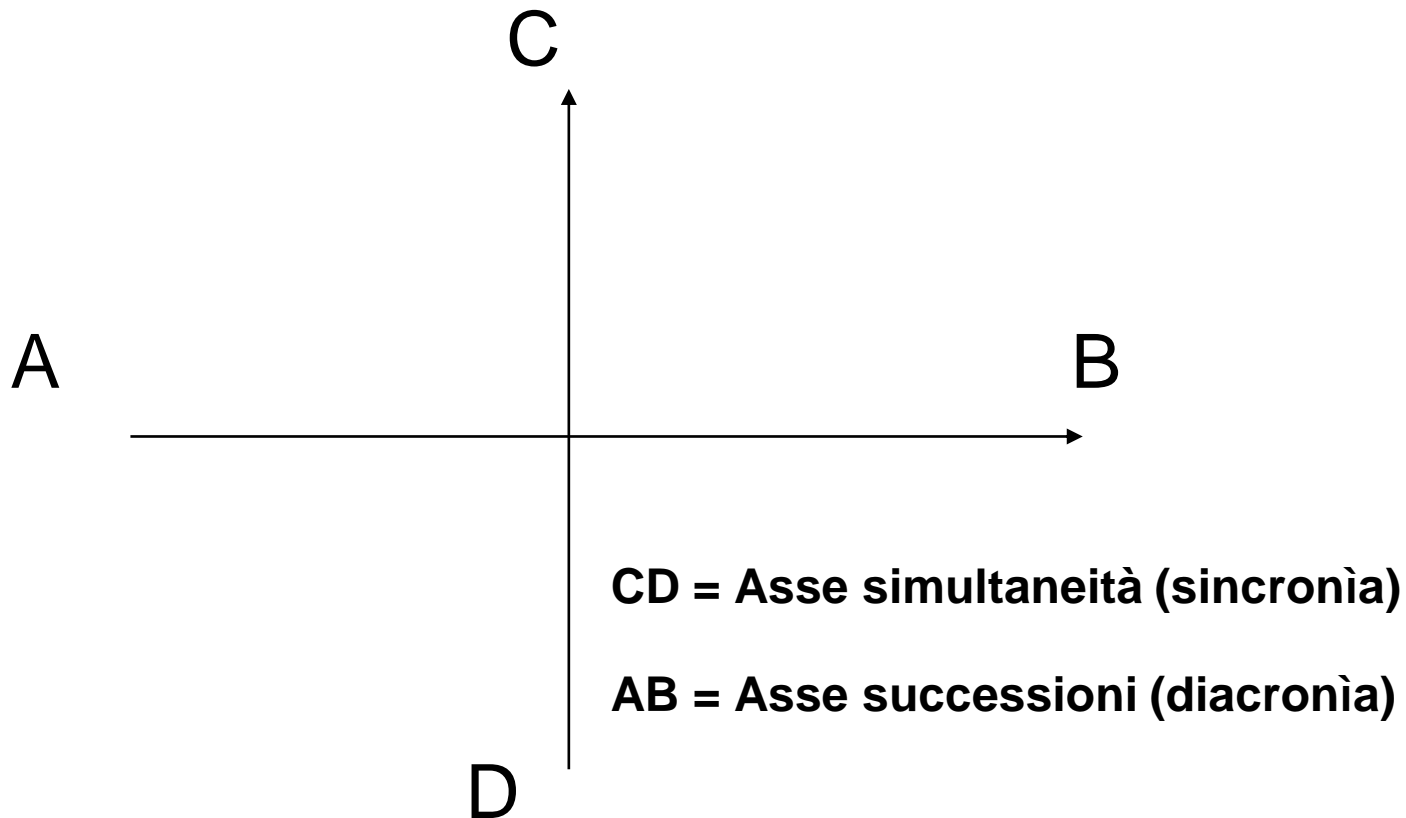
- Breve **ricognizione diacronica** sui principali eventi di vita
- Suddivisione per **fasi** (infanzia, fanciullezza, adolescenza, età adulta)
- Partire sempre dai **ricordi più disponibili** del paziente e non forzare i ricordi

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



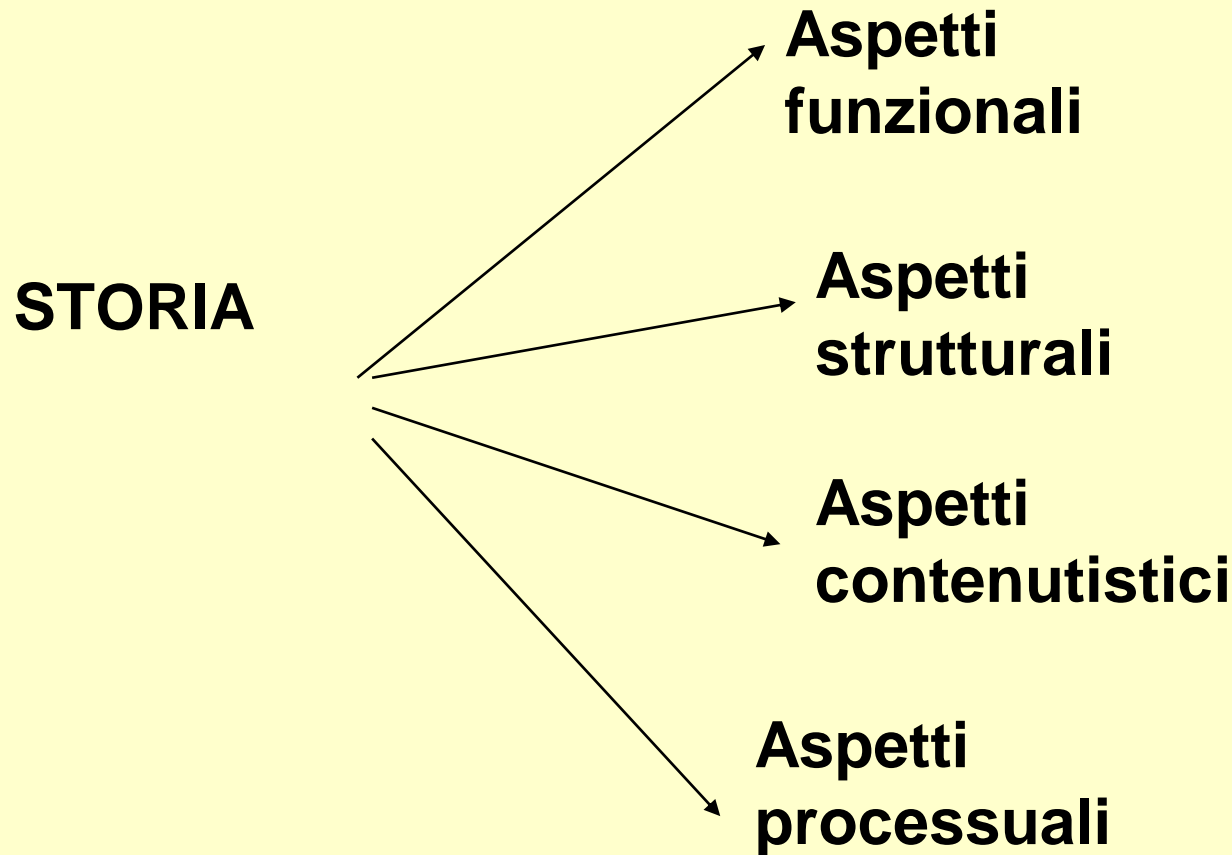
Storia di vita

- 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*):

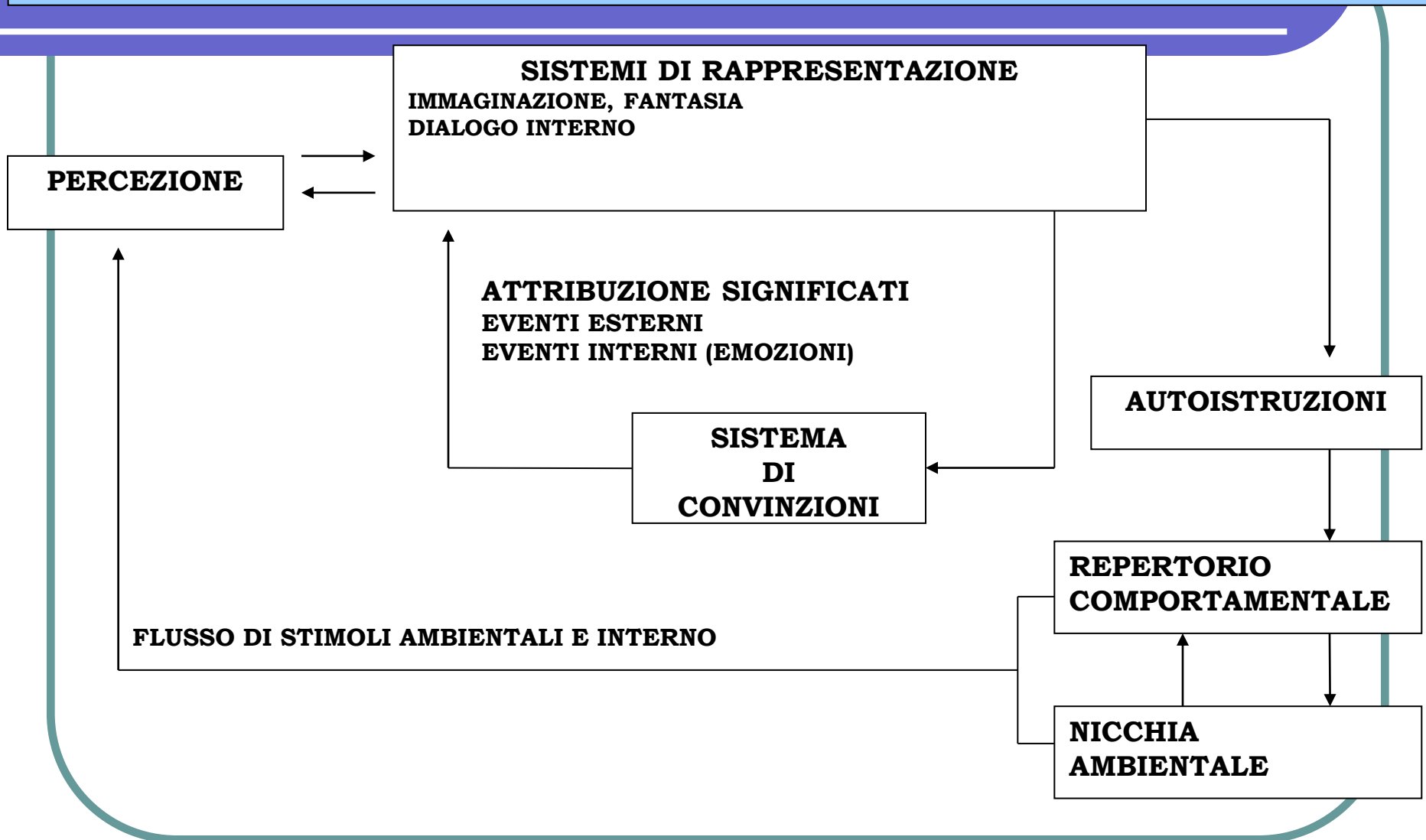
- a) Schemi
- b) Sistemi di significato

Codici Rappresentativi

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

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. Eventuale 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**

Elementi costitutivi

ASPETTI CONTENUTISTICI

Polarità 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 nel tempo
- b) processi cognitivi nel tempo

Distinzione tra:

- 1. Raccolta dati biografici generali sincronici**
 - ◆ 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” secondo la logica dei Sistemi Dinamici Non-Linearari (vedi SDNL)

4. 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

5. STRUMENTI PSICODIAGNOSTICI

- E' consigliato l'utilizzo di un **test clinico** generale di **personalità** (per es., MILLON, CBA, MMPI-1/2, 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. SCID, ecc.)

6. ANALISI FUNZIONALE SITUAZIONIE 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

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 1-100)● Arousal (1-100)● 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

7. DIAGNOSI DSM

- Se ci sono le condizioni, si può effettuare a questo punto una diagnosi descrittiva **DSM**
- 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

8. ANALISI PSICOFISIOLOGICA

- Se si posseggono le adeguate competenze costituisce un importante valore aggiunto effettuare **l'analisi psicofisiologica** del paziente
- Si raccolgono i dati eseguendo il *profilo psicofisiologico* in relazione ai parametri scelti (EMG, SCL, HRV, EEG, ecc.)

Valutazione psicofisiologica

- E' implicita, ovviamente, 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

La procedura di misurazione psicofisiologica consiste di:

1. Misurazione a **riposo** del soggetto (*baseline* o livello basale)
2. Misurazione durante la presentazione al soggetto di uno o più **stimoli** specifici (*pattern* di risposta allo stimolo)
3. Misurazione in 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

9. 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

10. FORMULAZIONE PROGRAMMA TERAPEUTICO

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

Saranno 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

11. 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

Prima valutazione della 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*

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

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

Aspetti fondamentali terapeutico-organizzativi e di contesto

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

Bibliografia

- **Blankstein, K.R., Segal, V.Z.** (2002), *Assessment cognitivo: problematiche e metodi*. In K.S. Dobson (edt.) "Psicoterapia cognitivo-comportamentale". Milano: McGraw-Hill
- **Reda, M.A.** (1988). *L'atteggiamento diagnostico in psicoterapia cognitiva*. *Psicobiattivo*, VIII, 3
- **Sacco, G.** (2003). *Psicoterapia e sistemi dinamici*. Milano: McGraw-Hill
- **Sacco, G., Testa, D.** (2009). *Biofeedback e Psicosomatica*. Milano: FrancoAngeli
- **Sacco, G.** (2016). *Manuale di Biofeedback e Psicofisiologia. Col cuore e col cervello: alla ricerca della mutevole armonia*. Roma: Alpes
- **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