

STRUMENTI DI VALUTAZIONE IN PSICOTERAPIA: L'INDICE DI CAMBIAMENTO TERAPEUTICO E L'INDICE DI PERCEZIONE DEI SINTOMI

Riccardo Capozzi¹

In psicoterapia per poter effettuare una valutazione del processo di cambiamento terapeutico occorrono degli strumenti che consentano di misurare in termini quantitativi gli effetti di tale trasformazione. In questa sede per la valutazione del cambiamento si propongono degli strumenti che siano direttamente riferibili al processo terapeutico ovvero che non siano estranei ad esso, nel senso di essere degli interventi esterni al setting terapeutico, come ad esempio lo sono i test psicologici, i questionari e le interviste. L'idea che si persegue è quella che per avere una misura valida del processo di cambiamento dobbiamo immaginare degli strumenti che siano ad esso coerenti, ovvero che siano diretta espressione delle dinamiche che si costruiscono durante l'evolversi della terapia. Strumenti che siano "ecologici"² nel senso di rappresentare, nel modo più fedele e naturale possibile, il lungo e complesso percorso psicoterapeutico. Quindi degli indicatori che rilevino puntualmente le trasformazioni che intervengono nel rapporto terapeutico fra psicologo e paziente, in funzione delle quali essere poi in grado di interpretare più realisticamente sia la riduzione dei sintomi che le altre dimensioni del cambiamento.

Per poter avere una rappresentazione fedele del processo di cambiamento è perciò necessario disporre di uno strumento di misura che seduta per seduta, e per tutta la durata della terapia, sia in grado di rilevare gli indicatori utili, ovvero quei momenti del rapporto terapeuta-paziente che possano essere significative espressioni di trasformazione. L'idea da cui si parte è che il cambiamento più importante al quale si è interessati è quello della modalità relazionale che il paziente esprime verso il terapeuta. Questa modalità può essere concettualizzata in tre tipi: **oppositiva, collaborativa e**

¹ *Psicologo, Psicoterapeuta e Metodologo delle scienze sociali.*

² ANDERSON T., STRUPP H. H. (1996), The ecology of psychotherapy research, in in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 64, pp. 776-82.

creativa. Nel primo caso vengono messe in atto espressioni verbali che esprimono contrasto, rifiuto delle interpretazioni del terapeuta, modi di dire conflittuali ed aggressivi. Nel secondo caso le espressioni verbali distintive sono rappresentate da manifestazioni di consenso, di condivisione delle interpretazioni del terapeuta e di associazione libera con esse. Nel terzo caso si evidenziano espressioni verbali espressive della capacità di pensiero autonomo del paziente che dimostra di poter produrre personali punti vista sia su se stesso che sulla terapia.

Per questa via registrando, seduta per seduta, le interpretazioni del terapeuta e le risposte che ad esse vengono date dal paziente e, facendo questo per tutta la durata della terapia, si ottiene una notevole quantità di materiale costituita da tutte le interazioni verbali significative fra terapeuta e paziente. Una sorta di storia narrativa della loro relazione, dalla prima all'ultima seduta, con la caratteristica di essere quantificabile e facilmente rappresentabile. Avremo così un certo numero di risposte oppositive, collaborative e creative ma, soprattutto, potremo osservarne la loro distribuzione rispetto alla durata della terapia: ad esempio verificando se la percentuale di risposte oppositive è prevalente in un certo periodo della terapia, oppure quando compaiono le risposte collaborative e creative.

Il primo passo allora è quello di costruire un **Indice di Cambiamento Terapeutico (ICT)** partendo dalle modalità di risposta dei pazienti alle interpretazioni dell'analista. Questo indice (Tab. 1) è realizzato ponendo al numeratore la somma delle risposte creative più quelle collaborative³, questa somma va intesa come indicatore complessivo delle capacità costruttive della persona; mentre al denominatore si trova la percentuale delle risposte oppositive e questa cifra rappresenta le capacità de-costruttive del soggetto.

Tab. 1. Indice di Cambiamento Terapeutico (ICT).

$$ICC = \frac{\text{Creazione + Collaborazione}}{\text{Opposizione}} \times 10$$

³ Le risposte oppositive, collaborative e creative sono espresse in valori percentuali sul totale delle risposte date dal paziente alle interpretazioni del terapeuta. In questo modo si evita sovrastimare o sottostimare il risultato in funzione del maggiore o minore numero di risposte che una persona può essere in grado di esprimere rispetto ad un'altra, consentendo così il confronto fra soggetti diversi.

L'indice esprime, quindi, il rapporto fra le modalità costruttive (collaborative+creative) e quelle de-costruttive (oppositive), tanto più aumentano queste ultime, tanto meno sono presenti quelle costruttive. Il risultato del rapporto va poi moltiplicato per 10 onde eliminare dal calcolo valori decimali inferiori allo zero. Questo indice ha come media 10 (quando le risposte di costruzione equivalgono quelle di de-costruzione), i punteggi superiori evidenziano che le capacità costruttive prevalgono su quelle de-costruttive/oppositive, il contrario se il punteggio ottenuto è inferiore a 10. I valori dell'ICT e del successivo IPS sono espressi in percentuale in quanto sia le modalità di risposta costruttive e de-costruttive sia i sintomi sono stati calcolati in percentuale. Inoltre i valori dell'ICT variano da un minimo di 10 ad un massimo di 90 in quanto si valutano significative ai fini clinici tutte le condizioni incluse fra questi due limiti, pertanto si assume che nel corso di una terapia un soggetto abbia fornito un minimo di 10 risposte de-costruttive e di 10 risposte costruttive.

In questo modo abbiamo costruito un indice del cambiamento terapeutico che esprime quanto le capacità costruttive, valutate durante tutto il percorso della terapia, siano prevalenti rispetto a quelle de-costruttive. E' del tutto evidente che tanto maggiore sarà il valore percentuale delle capacità costruttive, tanto maggiore sarà il cambiamento che la persona è riuscita a sperimentare. Questo, però, nulla ci dice rispetto ai sintomi, ovvero a quanto i sintomi di un certo tipo di disagio psichico siano presenti a fine terapia, o in un determinato momento della terapia, rispetto a quanto lo erano prima di iniziare il trattamento.

A questo scopo possiamo realizzare un secondo indice che tenga conto sia della percentuale dei sintomi residui a fine terapia sia del valore dell'ICT. Il secondo passo perciò è quello di realizzare un **Indice di Percezione dei Sintomi (IPS)** inserendo al denominatore il valore dell' ICT (Tab. 2) ed al numeratore la percentuale dei sintomi a fine terapia, come riferiti dal paziente.

Per standardizzare il resoconto individuale sui sintomi possiamo utilizzare una semplice regola che individua una percentuale bassa, con una presenza dei sintomi da una a tre volte a settimana; media con una presenza dei sintomi da quattro a sei volte a settimana; alta con una presenza dei sintomi che compaiono più volte ogni giorno. Sempre per semplificare il calcolo dell'indice possiamo poi attribuire una percentuale standard del 33%

alla condizione di sintomi con presenza bassa, il 66% a quella media ed il 99% a quella alta.

Tab. 2. Indice di Percezione dei Sintomi (IPS).

$$\text{IPS} = \frac{\text{Percentuale sintomi residui}}{\text{ICT}} \times 10$$

L'IPS ha come media 50% (quando i sintomi residui sono il 50% e vi è equivalenza di risposte di costruzione e de-costruzione), valori inferiori al 50% indicano una buona riduzione dei sintomi percepiti, punteggi uguali o superiori segnalano una presenza ancora elevata dei sintomi percepiti, mentre valori che vanno oltre il 100% indicano una percezione amplificata dei sintomi reali.

Questo indice diminuisce la percentuale dei sintomi residui in funzione del cambiamento terapeutico, ciò significa che tanto maggiore sarà il valore del cambiamento, tanto minore sarà quella che definiamo la “percezione disturbante” dei sintomi ancora presenti. In sostanza possiamo considerare questo indice espressione di quanto i sintomi siano interpretabili ed integrati all'interno di una diversa visione della realtà e di se stessi in funzione del cambiamento terapeutico maturato. In sostanza è una stima di quanto la persona sia capace di ri-significare i sintomi e di ridurne la loro portata disturbante.

L'IPS è quindi un indice dei **sintomi percepiti**, ovvero di quanto i sintomi siano soggettivamente sentiti disturbanti e pericolosi. Proviamo ad immaginare una persona con livelli molto alti di de-costruzione, in questo caso i sintomi saranno probabilmente sentiti ed interpretati in modo più distruttivo e catastrofico rispetto ad una persona con maggiori capacità costruttive che, pur presentando la stessa quantità oggettiva di sintomi, li può ritenere meno invalidanti potendo così convivere in modo meno sofferto.

L'IPS si può considerare uno strumento sufficientemente completo di valutazione in quanto consente di quantificare nello stesso tempo sia il cambiamento in termini di processo, sia il cambiamento in termini di esiti. L'IPS, come già detto, non è uno strumento esterno, ma è uno **strumento interno all'esperienza terapeutica**, in quanto si ricava dagli stessi protocolli clinici rappresentandone, seduta dopo seduta, longitudinalmente il contenuto, ed evitando così le tipiche valutazioni estemporanee e trasversali dei test.

L'ICT e l'IPS si possono applicare in qualunque momento della terapia e per più volte, potendo mettere in luce anche cambiamenti intermedi ed offrendo al terapeuta la possibilità di orientare in modo più preciso ed obiettivo il suo intervento clinico.

Inoltre l'ICT e l'IPS possono essere utilizzati, oltre che nella terapia individuale, anche in terapia di coppia o di gruppo dove consentono di porre a confronto i risultati ottenuti dai singoli soggetti rispetto a quelli medi conseguiti dalla coppia o dal gruppo.

Un ulteriore elemento che suggerisce l'uso dei due indici è la possibilità di poter porre a confronto terapie condotte di persona con terapie virtuali effettuate tramite internet. E' questa una significativa opportunità per la ricerca comparativa in ambito psicoterapeutico dove oggi e soprattutto nel futuro saranno sempre più numerosi i trattamenti offerti tramite la rete.

In sintesi i requisiti che questi indici presentano sono di quattro tipi:

1. **Ecologici**, in quanto non rappresentano strumenti esterni alla pratica psicoterapeutica ma sono diretta espressione delle dinamiche relazionali;
2. **Integrati**, poiché consentono una valutazione sia in termini di processo che di esiti ed una ricerca sia in termini qualitativi⁴ che quantitativi⁵;
3. **Interdisciplinari**, in quanto sono degli strumenti che possono essere utilizzati praticamente in tutti i modelli psicoterapeutici non essendo basati su una singola teoria ma, pur respirando di una sensibilità analitica, sono ritrovabili nella prassi di ogni tecnica psicoterapeutica;
4. **Intercontestuali**, offrendo la possibilità di essere utilizzati sia in terapia individuale, che di coppia e di gruppo, come anche nei contesti virtuali.

Al fine di facilitare l'applicazione dell'ICT e dell'IPS si propone una griglia raccolta dati (Tab. 3) dove classificare, per ogni seduta, le risposte del paziente alle interpretazioni dell'analista a seconda delle tre modalità: oppositiva, collaborativa e creativa. In basso alla griglia possono essere annotate le percentuali dei sintomi presenti prima e dopo, ovvero nei due momenti della terapia messi a confronto.

In conclusione quanto si è fatto corrisponde ad un'idea di ricerca aperta dove si possano integrare diversi approcci metodologici per valutare la psicoterapia in quanto processo complesso e non semplificabile attraverso l'uso di strumenti "una tantum" come i test, né, tantomeno, ricorrendo ad una valutazione unicamente basata sulla riduzione o meno dei sintomi.

⁴ RICOLFI L. (1997) (a cura di), La ricerca qualitativa, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

⁵ ERCOLANI A.P., ARENI A., MANNETTI L. (1990), La ricerca in psicologia. Modelli d'indagine e di analisi dei dati. La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Tab. 3. Griglia di raccolta dati: Indici di Cambiamento Terapeutico e Percezione Sintomi.

VALUTAZIONE DEL CAMBIAMENTO TERAPEUTICO			
Sedute	Risposte del paziente alle interpretazioni del terapeuta		
	Oppositive	Collaborative	Creative
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
Valutazione della frequenza dei sintomi Prima-Dopo			
Sintomi Prima	Bassa..... <input type="checkbox"/> 33% 1-3 volte a settimana	Media..... <input type="checkbox"/> 66% 4-6 volte a settimana	Alta..... <input type="checkbox"/> 99% 1 o più volte al giorno
Sintomi Dopo	Bassa..... <input type="checkbox"/> 33% 1-3 volte a settimana	Media..... <input type="checkbox"/> 66% 4-6 volte a settimana	Alta..... <input type="checkbox"/> 99% 1 o più volte al giorno

BIBLIOGRAFIA

ANDERSON T., STRUPP H. H. (1996), The ecology of psychotherapy research, in in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 64, pp. 776-82.

CRESWELL J. W. (1994), Research design. Qualitative & quantitative approaches, Sage, Newbury Park.

DANZIGER K. (1997), Naming the mind: how psychology found its language, Sage, Thousand Oaks.

DENNIS M., FETTERMAN D. M., SECHREST L. (1994), Integrating qualitative and quantitative evaluation methods in substance abuse research, in «Evaluation and Program Planning», 17, pp. 419-27.

DENZIN N. K., LINCOLN Y. S. (a cura di) (2000), Handbook of qualitative research, 2nd ed., Sage, Thousand Oaks.

DI NUOVO S., LO VERSO G., DI BLASI M., GIANNONE F. (a cura di) (1998), Valutare le psicoterapie, FrancoAngeli, Milano.

ELLIOTT R. (1984), A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal Process Recall and Comprehensive Process Analysis, in L. N. RICE, L. S. GREENBERG (a cura di), Patterns of Change: Intensive Analysis of Psychotherapy Process, Guilford Press, New York.

ELLIOTT R. (2000), Hermeneutic Single Case Efficacy Design, Paper presented at 31st Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research, Chicago - Ill.

ERCOLANI A.P., ARENI A., MANNETTI L. (1990), La ricerca in psicologia. Modelli d'indagine e di analisi dei dati. La Nuova Italia Scientifica, Roma.

FAVA E., PAZZI E., ARDUINI L., MASSERINI C., LAMMOGLIA M., LANDRA S., PAZZAGLIA P., CARTA I. (1998), Gli effetti delle psicoterapie: uno studio sulla percezione che i pazienti hanno dei risultati dei loro trattamenti, in «Ricerca in Psicoterapia», 1, pp. 324-43.

FROMMER J., RENNIE D. L. (a cura di) (2000), Qualitative psychotherapy research, Pabst, Lengerich.

GLASER B., STRAUSS A. (1967), The discovery of Grounded Theory, Aldine, Chicago.

HILL C. E., THOMPSON B. J., NUTT-WILLIAMS E. (1997), A guide to conducting consensual qualitative research, in «Counseling Psychologist», 25, pp. 517-72.

KELLY A. E., KAHN J. H., COULTER R. G. (1996), Client self-presentations at intake, in «Journal of Counseling Psychology», 43, pp. 300-9.

KUHNLEIN I. (1999), Psychotherapy as a process of transformation: the analysis of post therapeutic autobiographical narrations, in «Psychotherapy Research», 9, pp. 274-88.

MARSHALL C., ROSSMAN G. B. (1995), Designing qualitative research, Sage, Thousand Oaks.

MCKENNA P. A., TODD D. M. (1997), Longitudinal utilization of mental health services: a time-line method, nine retrospective accounts, and a preliminary conceptualization, in «Psychotherapy Research», 7, pp. 383-96.

MCLEOD J. (2000), Qualitative research in counselling and psychotherapy, Sage, London.

MEIER S. T. (1994), The chronic crisis in psychological measurement, Academic Press, New York.

PAULHAUS D. L. (1986), Self-deception and impression management in test responses, in A. ANGLEITNER, J. S. WIGGINS (a cura di) Personality

assessment via questionnaires: current issues in theory and measurement, Springer-Verlag, Berlin.

RENNIE D. L. (1992), The client's experience of psychotherapy, in S. TOUKMANIAN, D. RENNIE (a cura di) Psychotherapy process research: Paradigmatic and Narrative Approaches, Sage, Newbury Park.

RICOLFI L. (1997) (a cura di), La ricerca qualitativa, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

RUBINI V. (1975), Basi teoriche del testing psicologico, Pàtron Editore, Bologna.

STRAUSS A. L., CORBIN J. (1990), Basics of qualitative research: grounded theory, procedures and techniques, Sage, Newbury Park.