

Questa versione PDF della CHAP è comodamente stampabile per il ricercatore. La versione completa del manuale (con una nota redazionale, le tabelle di attendibilità e norme, e la bibliografia) è pubblicata a pp. 595-628 del n. 4/2015 della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* (www.psicoterapiaescienzeumane.it). L'edizione inglese è uscita in contemporanea con quella italiana nel n. 2/2015 della rivista on-line *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* (RIPPO, <http://www.researchinpsychotherapy.net>), organo della sezione italiana della *Society for Psychotherapy Research* (SPR). La CHAP è stata presentata per la prima volta in quattro articoli del n. 1/1987 della rivista *Psychotherapy and Psychosomatics*, e questo manuale è stato scritto nel 1997 sotto forma di dattiloscritto cui l'Autore, dietro suggerimento di Paolo Migone, ha apportato alcune modifiche. Traduzione di Paolo Migone, Francesca Tondi e Stefano Tempestini.

**CHANGE AFTER PSYCHOTHERAPY (CHAP):
UN METODO DI VALUTAZIONE DEL CAMBIAMENTO
ALLA FINE DELLA PSICOTERAPIA**

*Rolf Sandell**

Il cambiamento e la sua misurazione

Esiste un curioso paradosso riguardo al tradizionale metodo di ricerca basato sulla misurazione della differenza tra lo stato pre-terapia e lo stato post-terapia: il ricercatore, giustamente, diffida di un paziente che alla fine della terapia dichiara che “è migliorato”, che “si sente meglio”, etc., sospettando che potrebbe suggestionarsi o autoconvincersi di non aver buttato via inutilmente tempo e denaro per la psicoterapia; ma quando un paziente all'inizio chiede una psicoterapia perché dice di soffrire, di essere infelice e così via, al ricercatore non viene il sospetto che questo possa non essere vero, ma è sempre pronto a prendere per buone le sue affermazioni (mentre ci si potrebbe addirittura aspettare che alla fine della terapia un paziente abbia acquisito una maggiore introspezione sul proprio stato psichico). Perché insomma dovremmo usare, soprattutto come ricercatori, due pesi e due misure?

Ma vi sono altri problemi legati alla misurazione del risultato di una psicoterapia. La classica modalità di misurazione consiste nell'applicare degli strumenti di misurazione a un soggetto prima di sottoporlo a un qualche tipo di trattamento, poi nel riutilizzare gli stessi strumenti sullo stesso soggetto dopo il trattamento, e infine nel calcolare le differenze tra le due misurazioni (Sandell, 1987a). Questa modalità si basa sull'idea che il punto di arrivo sia *qualitativamente* uguale al punto di partenza. In altre parole, se il valore misurato dopo il trattamento è lo stesso di quello misurato prima, i due valori hanno il medesimo significato (Lord, 1967), per cui, seguendo questa logica, valori differenti rappresentano semplicemente un cambiamento *quantitativo* lungo una singola dimensione. Nella teoria della misurazione psicologica vi sono ben poche cose così discutibili – e che sono state discusse così tanto – come questo modo di misurare il cambiamento (Harris, 1967). Il dibattito ha riguardato soprattutto la possibilità di rendere la differenza tra le misurazioni pre-trattamento e post-trattamento indipendente dal pre-trattamento, cioè dalla persona quale *base-line*, e come possano essere evitati i conseguenti abbassamenti di attendibilità (Bereiter, 1967).

Misurare un cambiamento solo in termini quantitativi è discutibile non solo dal punto di vista della misurabilità ma anche da un altro fondamentale punto di vista. L'assunto cruciale infatti è che qualunque cosa si voglia misurare dopo un trattamento sia *qualitativamente* uguale a prima del trattamento. Ciò è basato sul presupposto che l'apprendimento o qualunque altro tipo di cambiamento avvengano tramite passaggi quantitativi di progressione o regressione che sono qualitativamente della stessa natura in termini di conoscenze, abilità etc. Sarebbe come costruire un muro mettendo l'uno sull'altro strati di mattoni identici. Ma quando una persona sta imparando cose nuove o quando sta cambiando in diversi modi, si tratta di un cambiamento qualitativo. Una persona può cambiare nel modo con cui è o fa qualcosa diversamente da prima, e non nel modo con cui è o fa qualcosa *in più* o *in meno* rispetto a prima. È vero che si possono sempre trovare o inventare aspetti quantitativi in questo tipo di cambiamenti, ad esempio dopo una terapia una cosa viene

* *Department of Behavioural Sciences and Learning, Linköping University, e Department of Psychology, Lund University* (Svezia). Recapito: Rolf Sandell, Sandhamnsgatan 39, 11528 Stockholm, Sweden, tel. +46 (0) 708-607997, E-Mail <rolf.sandell@psy.lu.se>.

fatta più rapidamente o più accuratamente rispetto a prima, ma la questione fondamentale del concepire l'apprendimento come modalità qualitativa è che la nuova abilità è costituita, strutturata o organizzata in modo diverso. Questa differenza tra una concezione quantitativa e una concezione qualitativa del cambiamento è molto importante, e implica la possibilità che la funzione cambiata non sia *di più* ma *diversa*. Nella vita quotidiana esistono molti esempi, si pensi a quando cambiamo l'arredamento di una casa, o cambiamo i vestiti o ne compriamo di nuovi, o riscriviamo un articolo e così via.

È proprio per il fatto che il cambiamento può essere “diverso” piuttosto che “maggiore o minore”, che la sua qualità non è facile da quantificare quando si prende in considerazione il cambiamento psicoterapeutico. Vero è che il livello di funzionamento, e anche la gravità del disturbo o dei sintomi, sono concetti quantitativi e quindi possono essere misurati in termini quantitativi. Ma quando si tratta di un cambiamento di personalità le cose cambiano. Il vero parametro rilevante è la “radicalità”, nel senso che il cambiamento qualitativo può essere più o meno radicale, esteso o completo. Se per cambiare l'arredamento di una stanza spostiamo solo una sedia, questo è certamente meno radicale rispetto a un cambiamento in cui spostiamo tutti i mobili. Riorganizzare tutti i paragrafi di un articolo è certamente più radicale che farlo solo per un paragrafo. Quindi quanto è radicale il cambiamento avvenuto in una persona e come può essere quantificato in senso lato o in modo più esatto? Esiste un criterio piuttosto concreto che permette di quantificare questo tipo di cambiamento, almeno dal punto di vista soggettivo come lo sono tutte le esperienze sensoriali o percettive, e che riguarda la misura con cui l'osservatore non riconosce se stesso, resta forse sorpreso o stupito, colpito o deluso, orgoglioso o frustrato, o qualsiasi altra cosa possa provare una persona che si ritrova davanti a qualcuno che è cambiato in meglio o in peggio. Questo implica anche che qualsiasi grado di sorpresa una persona possa provare può essere valutato positivamente o negativamente. Nel caso invece non vi sia stato alcun cambiamento, nel momento in cui la persona riconosca che tutto è rimasto uguale può annoiarsi, spazientirsi, irritarsi e così via, sente una sorta di delusione rispetto alla speranza di un possibile cambiamento e prova sfiducia o scoraggiamento. Non è solo l'osservatore esterno che può sentirsi così, anche il soggetto può provare questi sentimenti per essere o non essere cambiato.

Per fare un altro esempio, pensiamo a quando usciamo con un vestito nuovo: chi non sente il bisogno di guardare la propria immagine riflessa nelle vetrine di un negozio per sentirsi diverso, a volte imbarazzato e altre volte orgoglioso, ma in ogni caso consapevole in un qualche modo di essere cambiato? Questa esperienza, in modo un po' approssimativo, potremmo chiamarla *esperienza di essere cambiati* per sottolineare che non si tratta del cambiamento in sé ma delle sue conseguenze a livello esperienziale.

Questo è quello che provano alcuni pazienti durante o dopo una psicoterapia. Ci si può sentire più o meno diversi rispetto a prima, ad esempio quando ci si rende conto che il proprio modo di fare o di provare qualcosa è diverso, oppure quando ci rendiamo conto che non riusciamo più a capire come facevamo prima a comportarci o a sentirci in un certo modo, e proviamo una sorta di estraneità o straniamento nei confronti della persona che eravamo. Ci si può sentire sorpresi, felici, orgogliosi, curiosi di fronte al proprio nuovo modo di essere e di pensare. Si ha semplicemente un'immagine più o meno nuova di se stessi. Sentirsi diversi rispetto a prima è fondamentale poiché è un aspetto importante della nuova immagine di sé. Sempre più ricercatori ritengono che l'essenza del processo terapeutico stia nella revisione o riscrittura della propria storia personale come aspetto della nuova immagine di sé e soprattutto come agente promotore del cambiamento dell'immagine di sé.

L'intervista di follow-up

Descriviamo ora questo nostro metodo di valutazione sviluppato all'*Institute of Psychotherapy* del *County Council* di Stoccolma. Questo metodo è stato ispirato da studi fatti negli Stati Uniti con interviste di *follow-up* condotte dopo terapie psicoanalitiche, effettuati tra gli altri da Pfeffer (1959) e Schlessinger & Robbins (1974). Il metodo si compone di due parti: una o più interviste, e una serie di valutazioni sulla base delle interviste. Le interviste mettono a fuoco essenzialmente l'esperienza soggettiva dei pazienti sullo stato del loro cambiamento o non cambiamento. I pazienti sono invitati a raccontare come si sentono oggi rispetto a come si sentivano in precedenza, e come la loro vita è cambiata da quando hanno iniziato o concluso la terapia. Viene loro chiesto quali siano i benefici che sentono di aver avuto dalle loro terapie, in quale modo esattamente sentono di essere cambiati durante o dopo la terapia, se e come hanno notato che altre persone hanno riscontrato il loro cambiamento e quali eventi e condizioni esterne alla terapia abbiano potuto contribuire a questo, quali di questi eventi ricordano siano stati particolarmente importanti durante la terapia, etc. Le interviste sono piuttosto informali, non strutturate, più o meno come una seduta terapeutica, ma sono anche diverse perché hanno un *focus* definito e l'intervistatore si basa su una propria traccia mentale o cartacea. È anche possibile utilizzare la registrazione di regolari sedute o gli appunti presi. Tale metodo può essere utilizzato non solo per fare una ricerca o una valutazione formale della terapia, ma può risultare anche

importante per il terapeuta effettuarlo ogni tanto per avere un'idea di come la terapia stia progredendo. Nel caso in cui si facciano interviste di *follow-up*, generalmente è sufficiente circa un'ora per ottenere informazioni complete. La quantità di tempo necessario ha in parte a che fare col modo con cui l'intervistatore si sente, col fatto di aver raggiunto una comprensione o di voler ottenere qualcosa di più approfondito. Non è infrequente tuttavia che uno possa sentire di aver raggiunto un quadro chiaro della situazione anche già dopo mezz'ora. Tuttavia, poiché l'intervista è spesso vissuta dal paziente come un'opportunità – spesso per la prima volta a livello conscio o verbale – di rielaborare e riassumere la propria esperienza terapeutica, è consigliabile lasciare che il paziente vada avanti fino a quando non si ha la sensazione che abbia raggiunto un qualche tipo di conclusione.

Le interviste di *follow-up* sono interviste libere o informali. Come regola generale, l'intervistatore dovrebbe avere una qualifica di psicoterapeuta esperto o di terapeuta psicodinamico. Una modalità non strutturata e non direttiva è ciò che si rivelerà più fertile, anche perché è a questo che gli ex-pazienti sono stati abituati nelle loro terapie e pertanto è questo che spesso si aspettano o perlomeno a cui si adattano più facilmente. Questo atteggiamento tecnico darà all'intervistatore un'idea – anche se non una replica esatta – di quello che il paziente può essere stato nella sua terapia, e che quindi può divenire materiale utile per il colloquio o nella valutazione. Quindi l'intervista procede in apparenza come una seduta e quindi con il paziente più attivo del terapeuta. Per ovvie ragioni, comunque, vi è una maggiore direttività da parte dell'intervistatore rispetto al terapeuta, specialmente all'inizio, al fine di trasmettere le finalità e la direzione del colloquio.

Così, intervistando in questo modo un paziente, quella che in apparenza sembra una seduta di terapia è in realtà qualcosa di completamente diverso. Sebbene l'intervistatore possa essere tentato di comportarsi da terapeuta, ovviamente l'obiettivo dell'intervista è quello di ottenere informazioni, non quello di promuovere un ulteriore cambiamento. È essenziale per il buon funzionamento dell'intervista creare in un breve lasso di tempo un'alleanza. Tuttavia l'intervistatore dovrebbe assumere una posizione neutrale, non valutativa, e astenersi dal gratificare il paziente con adulazione, consolazione, suadente simpatia o comprensione. Certo l'intervistatore non deve nemmeno assumere un atteggiamento critico o addirittura di indifferenza. Si raccomanda invece un atteggiamento educato, amichevole, moderatamente supportivo senza però essere entusiasti o *tropo* amichevoli. La cooperazione e l'alleanza si basano su un interesse serio e sincero da parte dell'intervistatore nei confronti delle esperienze raccontate dal paziente, il quale dovrebbe essere incoraggiato a essere il più aperto e sincero possibile. Pertanto, anche se l'intervistatore dovrebbe essere supportivo e incoraggiante, dovrebbe evitare di fornire sostegno e incoraggiamento rispetto a temi non inerenti l'intervista.

A tale proposito è bene fare attenzione alla specifica trappola del controtransfert. Ad esempio, alcuni o molti ex-pazienti possono non essere disposti a impiegare il loro tempo in un progetto che non sentono come loro interesse primario, almeno all'inizio. Va dato per scontato un certo sforzo, flessibilità e tempo al fine di contattarli e fissare un orario che possa andare bene a tutti e due – o eventualmente che soddisfi maggiormente l'ex-paziente piuttosto che l'intervistatore. Può inoltre accadere che il paziente porti un residuo di transfert negativo o critiche realistiche e delusione per l'intervista. Nell'intervistatore questi fattori possono provocare inconsapevolmente aggressività o difese contro di essa, cioè formazioni reattive come atteggiamento accattivante, falsa comprensione o accettazione, e quindi a sua volta impedire all'intervistatore di confrontarsi col paziente quando invece sarebbe stato opportuno chiedere chiarificazioni, spiegazioni e così via.

Tutti i possibili interventi dovrebbero essere valutati solo in rapporto all'interesse che hanno per l'intervista in quanto intervista. Le confrontazioni possono essere usate per chiarire contraddizioni o informazioni vaghe e confuse. I vari tipi di resistenze all'interno dell'intervista, che per definizione ne ostacolano il processo, dovrebbero essere affrontati anche con confrontazioni, ad esempio quando l'intervistatore ritiene che il paziente – non come risultato dei suoi tratti in generale ma per la situazione specifica dell'intervista – sia palesemente accondiscendente o resistente, eccessivamente timoroso, sospettoso, confuso, ostile o troppo simpatico, divertente, umoristico, accattivante, compagnone, etc. Al fine di ottenere informazioni, vengono spesso chiesti chiarimenti sotto forma di domande, sintesi, conclusioni, richieste di interpretazioni personali del paziente, etc. Ci si dovrebbe generalmente astenere dal formulare interpretazioni, salvo farle in maniera molto generica o ampia, ad esempio sotto forma di tentativi di sintesi di ciò che il paziente sembra abbia detto all'intervistatore. È anche possibile dover fare un'interpretazione qualora il paziente sembri rivivere e ri-mettere in atto il transfert durante l'intervista. In relazione a un'osservazione rispetto a quanto sembra stia accadendo (ad esempio: “Ho l'impressione che in questo momento lei mi viva come il suo terapeuta – o forse crede addirittura che io *sia* lui”), l'intervistatore può cogliere l'occasione per introdurre il tema dell'immagine che ora il paziente ha del suo terapeuta. Un altro caso in cui può essere utile fare un'interpretazione è quando non ha funzionato la nostra confrontazione per superare la specifica resistenza transferale nei confronti dell'intervista, cioè quando il transfert non proviene dal passato ma sembra essere attivato dall'intervista stessa. Il paziente appare allora esageratamente e acriticamente positivo,

lusinghiero e accomodante, oppure eccessivamente critico, ostile e sospettoso nei confronti dell'intervistatore. Idealizzazioni, svalutazioni, negazioni, proiezioni etc. del paziente nei confronti della terapia dovrebbero essere accettate come tali senza confronti o interpretazioni ma solo limitandosi a chiarificarle se necessario. L'intervistatore deve sempre tenere a mente che l'obiettivo è comprendere l'esperienza attuale del paziente, non ampliare o approfondire la sua comprensione o esperienza.

L'intervistatore dovrebbe evitare di trasmettere al paziente l'idea di capirlo più di quanto il paziente capisca se stesso, ed evitare frasi del tipo "Sì, capisco" o "Sì, vedo" se sono utilizzate solo per aumentare la sensazione di un rapporto e di alleanza. Il tradizionale "Hmm" è spesso sufficiente, soprattutto perché è quello che i pazienti sono comunque abituati a sentire dagli psicoterapeuti. In realtà un atteggiamento moderatamente ingenuo di non comprensione, o addirittura "stupido", è più spesso adeguato al fine di permettere al paziente di spiegarsi in maniera più chiara. Allo stesso scopo, l'intervistatore non dovrebbe mai accontentarsi di temi astratti o dichiarazioni generali sui vari tipi di cambiamento, ma dovrebbe chiedere continuamente esempi concreti, illustrazioni, eventi specifici o episodi. Il filo conduttore dell'intervista dovrebbe rintracciare il più possibile le specifiche modalità concrete che mostrano che le esperienze del paziente sono cambiate. È una resistenza abbastanza tipica del paziente quella di rimanere sistematicamente vago, evasivo o stereotipato, per esempio raccontando in modo generico eventi che invece sono specifici, focalizzandosi su cose scontate, utilizzando frasi fatte o gergali, etc. Se il paziente riferisce di essere entrato maggiormente in contatto coi propri sentimenti, di avere acquisito maggior conoscenza rispetto ai suoi modelli relazionali o comportamentali, o crede di funzionare meglio di prima, è assolutamente necessario che l'intervistatore cerchi di far sì che il paziente sia più specifico. Potrebbero bastare semplici domande del tipo "Che sensazioni particolari?", "Quali modelli relazionali?", "In quali aspetti funziona meglio?". A pazienti che utilizzano i termini come "angoscia di separazione", "paranoia", "fissazione", etc. (ad esempio parlano in "psicanalese", una lingua che possono aver imparato in psicoterapia), deve essere chiesto qual è il vero significato che per loro rivestono questi termini.

È utile che l'intervistatore abbia un atteggiamento di attesa, in cui non entra in questioni personali del paziente (ad esempio familiari, professionali, sessuali, problemi o sintomi) o della sua terapia (ad esempio sul terapeuta come persona, sulla fine della terapia, su eventuali delusioni, etc.) a meno che l'intervistatore non si convinca che il paziente non è disposto a parlare autonomamente di queste cose che invece vengono ritenute importanti. L'intervistatore, ad esempio, non dovrebbe di sua iniziativa parlare dei motivi per cui era stata iniziata la psicoterapia senza prima lasciare al paziente stesso il tempo sufficiente di parlarne. Prima di tutto, va tenuto presente che la possibilità che al paziente capiti di non pensare più ai motivi per cui aveva richiesto una psicoterapia è una informazione importante. Lo stato attuale dei problemi o la gravità dei sintomi attuali sono certamente altrettanto importanti ma potrebbero essere messi a fuoco in modo non ordinato dall'intervistatore se il paziente non vi ci è più focalizzato. Le esperienze negative come la delusione, la mancanza di speranza e le aspettative disattese sono importanti tanto quanto quelle positive come il sollievo, la soddisfazione e la gioia, ma se possibile entrambi i tipi di sentimenti non dovrebbero essere indagati fino a quando l'intervistatore non è certo che il paziente da solo non ne parla. Così, come principio generale, può essere indicata una tecnica di intervista in cui si guida un po' il paziente, iniziando in modo molto poco focalizzato e non direttivo e aumentando progressivamente la direttività o la focalizzazione ma solo nella misura in cui è necessario che il paziente fornisca le informazioni che ci servono. L'ideale insomma è guidare il paziente il meno possibile.

L'intervistatore dovrebbe tenere a mente un certo numero di domande, che possono essere inserite in qualsiasi ordine nell'intervista in base a come si svolge, e non devono essere fatte a qualsiasi paziente se questi già fornisce da solo le informazioni necessarie. All'inizio del colloquio solitamente si dovrebbe formulare una frase di questo tipo *[per comodità, si considererà il paziente sempre di genere maschile]*:

«Mi interesserebbe conoscere le sue esperienze e sensazioni attuali rispetto alla psicoterapia, come è cambiata la sua vita da quando è terminata la terapia, se e come è cambiato come persona, quali differenze ha notato, che benefici sente di aver avuto, che aspettative aveva e come sono state soddisfatte, e quali guadagni inaspettati o eventuali difetti ha riscontrato».

Questa introduzione un po' lunga ha lo scopo di istruire e guidare il paziente rispetto al tipo di informazioni che sarà chiamato a dare. Solitamente i pazienti che hanno fatto esperienza di una terapia psicodinamica assumono l'iniziativa e vanno avanti per conto proprio. Talvolta possono chiedere «Da dove devo partire?», o qualcosa del genere. Quindi l'intervistatore può dire «Decida pure lei», e si annota la reazione del paziente.

L'intervista potrà dirsi completa quando l'intervistatore si sentirà in grado di rispondere alle domande introduttive – e a poche altre – per conto del paziente; altrimenti l'intervistatore dovrebbe formulare le domande in modo esplicito in questo modo:

- In che modo è cambiata (se è cambiata) la vita del paziente e il suo modo di affrontarla durante e dopo la terapia?
- In che modo il paziente è eventualmente cambiato come persona durante e dopo la terapia?
- In che modo il paziente ha eventualmente notato che altre persone significative (coniuge, figli, genitori, amici, colleghi, etc.) lo percepiscono o sentono in maniera diversa rispetto a prima?
- In che modo il paziente eventualmente sente che la terapia ha influenzato il corso della sua vita, e quali benefici e/o danni ha provocato la terapia?
- Quali erano le sue aspettative prima della terapia e in che misura sono state soddisfatte?
- Quali conseguenze impreviste, buone o cattive, sono state provocate dalla terapia?
- Come si sente adesso rispetto a quei problemi che l'hanno portato a chiedere una psicoterapia, fino a che punto adesso sono risolti e fino a che punto non lo sono ancora?
- Secondo il paziente, quali eventi, processi o condizioni *nella* terapia hanno maggiormente contribuito ai risultati positivi e a quelli negativi?
- Quali eventi importanti, *al di fuori* della terapia, sono avvenuti durante e dopo la terapia, in particolare quegli eventi che il paziente ritiene possano aver contribuito ai cambiamenti positivi e negativi?
- Quali sono le immagini attuali che il paziente ha del terapeuta come figura professionale e come persona, e che sentimenti ha nei suoi confronti?

L'intervista non deve essere conclusa fino a quando l'intervistatore non riconosce che il paziente stesso è pronto a concluderla. Per introdurre la conclusione dell'intervista, l'intervistatore dovrebbe fare una dichiarazione riepilogativa che riassume i punti principali che sente siano stati toccati rispetto alla terapia, in parte come verifica del fatto di aver colto l'essenza dell'esperienza del paziente e in parte come segnale del fatto che l'intervista sta volgendo al termine. Naturalmente, se il paziente non si riconosce in questo riepilogo, l'intervistatore deve cercare di porre rimedio a ciò che è stato frainteso introducendo un secondo ciclo di domande, questa volta concentrandosi su quelle informazioni che pensa di non avere raccolto.

Quando l'intervistatore e il paziente hanno finalmente raggiunto un accordo soddisfacente o una comprensione reciproca, e quando l'intervistatore è convinto che il paziente è pronto a terminare l'intervista, l'intervistatore deve mettere al centro del colloquio l'intervista stessa, chiedendo al paziente come abbia vissuto il fatto di aver parlato della propria terapia. Si possono affrontare anche eventuali domande sullo scopo dell'intervista e su come verrà utilizzata. L'intervistatore dovrebbe concludere mostrando gratitudine e riconoscenza al paziente per aver condiviso le sue esperienze e sottolineando l'importanza che queste hanno per il progetto di ricerca

Procedura di valutazione

Descriviamo ora il manuale della CHAP, che qui viene lievemente modificato rispetto alla prima versione del 1987 (Sandell, 1987b). Dopo l'intervista si ascolta la registrazione, se è stata registrata, e si fanno alcune valutazioni sulla base del manuale. Il compito del valutatore è quello di giudicare fino a che punto e in quali modi l'ex-paziente ritiene di essere cambiato come persona. Il punto centrale è l'esperienza di essere cambiati. Dovrebbe essere tenuto a mente che questa esperienza ha dimensioni e aspetti diversi, alcuni dei quali possono essere consci, alcuni preconsoci e altri inconsci, e che questi aspetti non possono essere del tutto coerenti l'uno con l'altro. *La domanda è dunque quanto e in che modo il paziente si senta ora diverso rispetto a prima, consciamente e inconsciamente.* Valutare quindi non significa solo trasformare in una serie di dati quello che il paziente ha detto, ma anche inferire e interpretare il significato latente che è stato trasmesso in vari modi dal paziente, persino attraverso il *non* essere stato detto. Visto il tipo di cambiamento che si sta valutando, cioè l'esperienza attuale di essere cambiati, non è necessaria un'intervista o una valutazione pre-terapia anche perché potrebbero distrarre il valutatore e portarlo fuori strada, spingendolo a fare un paragone tra le impressioni precedenti e quelle successive alla terapia. Un'altra questione empirica è stabilire in quale misura il tipo di cambiamento in questione è in accordo con altri tipi di cambiamento, ad esempio con le differenze pre- e post-terapia osservate nei sintomi o nel livello generale di funzionamento, i pareri di giudici indipendenti rispetto al cambiamento (misurazione del risultato o *outcome*) o le valutazioni di altre persone significative. Quindi, di conseguenza, tanto quanto l'accordo non è necessariamente una convalida, così le differenze non sono una invalidazione, ma possono invece contribuire ad arricchire la complessità dei risultati della psicoterapia. Per comodità, nella parte seguente del manuale useremo il semplice termine "cambiamento" (o "cambiato") per fare riferimento a quel particolare aspetto che è stato descritto come *l'esperienza di aver avuto un cambiamento.*

Lo strumento di valutazione si basa sull'analisi delle interviste effettuate con ex-pazienti di psicoterapia breve presso l'ambulatorio di psichiatria del *Danderyd Hospital*, vicino a Stoccolma. Quello che i pazienti riferivano quando descrivevano i benefici o i danni causati dalla terapia e come erano cambiati può essere classificato all'interno di cinque variabili o categorie. Nel manuale queste variabili sono ampiamente – *ma non esaustivamente* – definite con l'aiuto di esempi concreti di ciò che i pazienti fanno capire o possono dire durante la intervista. Verrà ora data una descrizione generale delle variabili che vanno valutate e delle difficoltà e degli aspetti da tenere in considerazione durante la valutazione.

Istruzioni per la valutazione

I segni manifesti di cambiamento psicoterapeutico, esplicitati o inferiti, possono differire in importanza, ampiezza, profondità o altro, così come il cambiamento del singolo paziente può essere più o meno radicale, generale, profondo, completo, elaborato, etc. Senza prendere in considerazione ogni specifico segno di cambiamento, si presume che la qualità generale del cambiamento sia proporzionale alla funzione congiunta del numero, dell'importanza, della portata e della profondità dei segni di cambiamento riferiti o espressi dal paziente. Inoltre si assume che il valutatore possa esperire intuitivamente questa funzione congiunta e trasformarla in una funzione lineare, ovvero in una scala a intervalli.

La psicoterapia può causare cambiamenti di diverso tipo. Nelle pagine seguenti vi sono le descrizioni di cambiamento nelle seguenti quattro variabili (poi esamineremo anche una quinta variabile, i "Fattori extra-terapeutici"):

- 1) **Sintomi (presenza e tolleranza)**
- 2) **Capacità adattiva**
- 3) **Comprensione di sé (*self-insight*)**
- 4) **Conflitti di base**

Sulla base di quanto avete visto e sentito dal o sul paziente dopo la sua terapia (o anche prima), dovete cercare di giudicare quanto è cambiato in ognuna di queste quattro variabili durante e dopo la terapia. Ogni variabile è definita attraverso un numero di "segni" o esempi di quello che i pazienti possono mostrare o dire come indicativo di quel particolare aspetto del cambiamento.

Per prima cosa, è importante leggere ed esaminare attentamente le definizioni delle quattro variabili. Ricordate che gli elenchi dei segni che le definiscono non sono esaustivi, ma solo esempi per aiutarvi a capire ciò che ogni variabile vuole significare. Come vedremo, ogni tipo di cambiamento può essere rilevato in diversi modi, alcuni osservandoli direttamente sul paziente che li mostra o ne parla in maniera credibile, alcuni evidenti e alcuni un po' meno, alcuni importanti e decisivi, alcuni non così tanto. Inoltre uno stesso segno può indicare cambiamenti in più di una delle variabili. Sebbene ci possa essere un singolo segno decisivo per il cambiamento, in generale quanto maggiore è il numero e l'importanza dei segni mostrati dal paziente, tanto più il cambiamento è da valutare come ampio ed evidente.

Dobbiamo anche ricordare che, come si è detto nella premessa, il cambiamento non è necessariamente quantitativo, nel senso di un aspetto presente in misura maggiore o minore. Spesso invece il cambiamento è qualitativo e prende la forma di nuove capacità, abitudini, intuizioni, nuovi modi di vedere o sentire se stessi e gli altri, di comportarsi e parlare. Gli unici aspetti rilevanti dal punto di vista quantitativo hanno a che fare con quanto il cambiamento sia radicale o profondo, quanto le nuove qualità differiscano da quelle vecchie.

Per prima cosa è necessario fare una valutazione approssimativa del grado di cambiamento rispetto a ogni variabile secondo la seguente tabella:

- grande e/o evidente cambiamento	1
- qualche e/o meno evidente cambiamento	0,5
- nessuno e/o non evidente cambiamento	0

Poi dovete provare a modificare la vostra valutazione approssimativa generale attraverso sfumature più sottili dei punteggi tra 1, 0.5 e 0. Questa operazione risulta più semplice se si hanno diversi pazienti da valutare o se è possibile ripensare alle valutazioni effettuate su altri pazienti. A questo punto, se ci sono pazienti che sono più o meno allo stesso livello di cambiamento ma ritenete che non siano cambiati esattamente allo stesso grado, dovrete provare ad aggiustare le valutazioni in modo da variare i punteggi più o meno nella stessa proporzione.

Il valutatore dovrebbe tenere a mente che i termini “grande” o “qualche” dovrebbero essere considerati, se possibile, in senso assoluto. In altre parole, i punteggi della valutazione *non* dovrebbero essere dati secondo quanto ci si potrebbe aspettare dato il tipo di terapia o altre circostanze, altrimenti sarebbe impossibile confrontare diversi trattamenti. Un valutatore che ritiene che una terapia breve non sia molto efficace potrebbe considerare grande un cambiamento piccolo, mentre un cambiamento piccolo dopo una terapia a lungo termine sarebbe considerato minimo. Allo stesso modo, un valutatore che crede che un paziente molto disturbato non può cambiare tanto quanto un paziente meno disturbato può considerare lo stesso cambiamento come “evidente” nel primo caso e “meno evidente” nel secondo caso. Questi pregiudizi andrebbero evitati. Il valutatore dovrebbe sforzarsi di adottare lo stesso standard qualunque sia il tipo di terapia e la tipologia di paziente, ovviamente nella misura in cui ciò sia possibile dato che questa non è una condizione sperimentale “alla cieca” né è possibile nascondere informazioni importanti.

Bisogna anche spiegare il significato del punteggio “1” (grande e/o evidente cambiamento). In primo luogo, il valutatore dovrebbe guardarsi bene dal valutare il mero funzionamento attuale del paziente. A un paziente che continua a mostrare bassi livelli di funzionamento bisogna assegnare un punteggio superiore nel caso sia effettivamente cambiato rispetto a un paziente con un buon funzionamento. Il punteggio “1” non va cioè pensato semplicemente in termini di livelli molto alti di funzionamento attuale. Tenendo presente che quello che stiamo valutando è il cambiamento, il punteggio “1” non significa una sorta di cambiamento utopistico, realizzabile solo in linea di principio. È possibile infatti che i pazienti ricevano il punteggio “1” se il cambiamento viene valutato come radicale. Ad esempio, la completa eliminazione di gravi sintomi mostrati in precedenza deve essere valutata “1”, così come in un paziente che presenta ancora dei sintomi ma che non ne sia più tanto preoccupato e abbia imparato a tollerarli, forse anche traendone vantaggio, ad esempio utilizzando l’ansia come segnale. Allo stesso modo, una persona in precedenza vergognosa e timida che adesso è assertiva e sicura di sé può essere valutata “1” nella Capacità adattiva. Una persona che prima non si rendeva conto di non avere alcuna vita interiore, essendo emotivamente superficiale e poco sofisticata psicologicamente, può essere valutata “1” se adesso è in grado di vedere e capire se stessa e altre persone in termini di stati mentali e di riflettere su di essi. Come sottolineato nell’introduzione, sentimenti di sorpresa o stupore da parte della persona stessa o di un osservatore sono indicativi della portata del cambiamento e potrebbero essere utilizzati per calibrare le valutazioni.

1) Sintomi

I sintomi sono quei segnali specifici manifesti e osservabili di un presunto malessere che portano il paziente a soffrire e infine a chiedere una terapia allo scopo di eliminarli: ansia, depressione, fobie, pensieri ossessivi o rituali compulsivi, disturbi somatici, e così via. Adesso valuteremo in che misura i sintomi sono diminuiti o in che misura il paziente ne soffre di meno. Tali variazioni possono essere significative in vari modi tra cui i seguenti:

- I sintomi sono diminuiti in numero, frequenza, durata, gravità, forza
- Il paziente è meno disturbato dai sintomi, per esempio ha meno paura della propria ansia o la tollera meglio
- Non si preoccupa dei suoi sintomi
- Spontaneamente non parla assolutamente dei suoi sintomi
- Parla dei suoi sintomi al passato
- Ritiene i suoi sintomi poco importanti, nulla di cui parlare
- Scherza sui suoi sintomi
- Guarda ai sintomi in maniera più oggettiva, con maggior distacco, curiosità, meraviglia, ironia, cercando di interrogarsi e analizzarli, riflette su di essi
- Non si considera una vittima passiva dei suoi sintomi
- Si rende conto che i suoi sintomi sono stati significativi e funzionali, ad esempio in termini di vantaggi primari o secondari
- Ritiene di “essere guarito”
- Non ha cercato di continuare la terapia o qualche altro trattamento per i suoi sintomi
- Ha imparato a convivere coi suoi sintomi

Esistono due aspetti del cambiamento dei sintomi: la prevalenza e la tolleranza. La prevalenza indica se i sintomi sono cambiati in termini di numero, frequenza, gravità, forza o durata. La tolleranza indica se il paziente esperisce i sintomi in modo diverso rispetto a prima, ad esempio se adesso ne è più o meno

preoccupato rispetto a prima. Alcuni esempi: il paziente riferisce di avere meno sintomi; il paziente parla dei suoi sintomi al passato; il paziente non si vede più vittima passiva dei sintomi come si vedeva prima; il paziente si rende conto che i suoi sintomi sono funzionali e significativi; il paziente non parla dei sintomi a meno che non gli venga richiesto di farlo.

Esistono alcune complicazioni specifiche rispetto a questa variabile. Tanto per incominciare, *che cosa è un sintomo?* In psicoterapia o psichiatria è abbastanza ovvio, dato che la maggior parte dei pazienti arriva con le classiche manifestazioni di sofferenza quali ansia, depressione, sintomi nevrotici tradizionali come fobie od ossessioni, disturbi somatici che possono essere di natura psicogena, etc. Nella CHAP però viene posta anche attenzione agli *acting-out* potenzialmente dannosi e a sintomi quali reiterate condotte impulsive, soprattutto quando sono intesi come segnali che il paziente ha bisogno di trattamento. Di solito i pazienti chiedono una terapia per i loro “problemi”. Ad esempio possono sentire di non funzionare come vorrebbero nella vita di tutti i giorni, nelle relazioni, nel lavoro, nello studio, o di essere afflitti da una sfiducia cronica in se stessi o da una immagine negativa di sé, da sentimenti di colpa, da vari tipi di inibizioni (ad esempio sociali, sessuali o professionali), dalla mancanza di spontaneità nei loro sentimenti o comportamenti e così via. Non a tutti viene spontaneo definire “sintomi” questi fenomeni. Come definizione operativa generale per la CHAP, devono essere considerati sintomi tutti quei comportamenti, abbastanza circoscritti ma trasversali nelle diverse situazioni, che hanno prodotto un certo grado di sofferenza o di preoccupazione nel paziente o nel suo ambiente sociale (famiglia, amici, colleghi di lavoro, etc.).

Anche se nella maggior parte dei casi è abbastanza ovvio quale sia il tipo di sofferenza per cui il paziente chiede una terapia, l'effetto terapeutico a volte può essere abbastanza complicato da valutare. Un caso illuminante è il seguente. Prima dell'inizio della terapia un'artista di sesso femminile lamentava una dolorosa depressione. In un'intervista di *follow-up* riferisce di avere ancora la sensazione di una depressione molto profonda per la maggior parte del tempo e talvolta di sentirsi così irrimediabilmente a terra da pensare al suicidio. Tuttavia comincia a essere in grado di anticipare e riconoscere i suoi sintomi quando compaiono, e non la sorprendono o impauriscono più come accadeva prima. I sentimenti sono profondi e dolorosi come prima, vede sempre “tutto nero” ma ha capito che questo fa parte della vita e che non c'è niente da fare. Ha deciso di continuare a vivere, ha iniziato semplicemente ad accettare i suoi attacchi depressivi, come una risorsa per il suo lavoro creativo che prima non aveva. Non ne ha più paura. Ovviamente non vi è stato alcun evidente miglioramento dei sintomi, ma vi è un notevole cambiamento nel modo in cui esperisce i sintomi, cioè nella sua qualità soggettiva, cambiamento che ha portato a una maggiore tolleranza dei sintomi e a una minore sofferenza. Ma c'è di più: non solo sopporta meglio di prima gli attacchi depressivi, ma questi si sono trasformati da una minaccia mortale a una risorsa umana e di creatività artistica senza produrre i precedenti timori. Un aspetto che non viene valutato adeguatamente dalla maggior parte delle scale di valutazione è quello del cambiamento nella tolleranza dei sintomi, che può essere semplice o, come nel caso qui illustrato, più complesso; e in generale non viene valutato come sia cambiato il significato e la valenza attribuiti ai sintomi. Eppure questi cambiamenti qualitativi del significato dei sintomi sono conseguenze abbastanza frequenti nelle terapie psicodinamiche, e in linea di principio sono anche tra i loro principali obiettivi. Spetta quindi all'intervistatore prendere nota di tali aspetti, non limitandosi quindi a considerare il sintomo in maniera semplicistica o meramente “psichiatrica”.

Nel caso tipico è il paziente stesso che, prima o poi, riferirà spontaneamente i suoi sintomi. Ma in alcuni casi la prova stessa del miglioramento sintomatico sarà semplicemente il fatto che il paziente non ne parla. A meno che l'intervistatore non sia informato di quali siano stati i sintomi del paziente all'inizio della terapia, tale cambiamento passerà inosservato. È quindi essenziale per l'intervistatore sapere, sulla base della cartella o di interviste pre-terapia, quali sintomi o problemi il paziente aveva. D'altra parte occorre anche tenere presente che alcuni sintomi, di proposito o no, all'inizio potrebbero essere stati nascosti o comunque non menzionati nelle interviste iniziali o nella cartella. Quindi di tanto in tanto capita che il paziente menzioni sintomi che l'intervistatore prima non conosceva. Questo nell'intervista dovrebbe essere chiarito: erano presenti inizialmente, sotto quale forma, con quale frequenza e gravità, perché non sono stati menzionati prima, quando sono iniziati? Etc. Inoltre va considerata l'ipotesi della sostituzione del sintomo, cioè che durante il *follow-up* siano presenti sintomi che prima non c'erano ma che hanno sostituito quelli precedenti. Poiché si tratta sempre di una questione di opinioni se un sintomo è stato davvero sostituito da un altro, questa possibilità dovrebbe essere esaminata in modo tale che l'intervistatore possa avere almeno un'idea generale della loro interrelazione. Ovviamente sintomi del tutto nuovi possono emergere senza alcun rapporto evidente con quelli precedenti. Il cambiamento negativo va pertanto segnalato nella valutazione e deve essere bilanciato rispetto a possibili cambiamenti positivi.

2) Capacità adattiva

La Capacità adattiva (o Capacità di adattamento) riguarda l'abilità di gestire quelle situazioni nelle quali precedentemente comparivano i sintomi o quando il paziente diventava ansioso o inibito, o faceva fronte alle "situazioni critiche" in maniera inadeguata o non adattiva.

Questi sono, tra gli altri, alcuni segnali di una migliore Capacità adattiva:

- Il paziente non evita o non fugge più da situazioni critiche
- Non diventa ansioso prima o durante situazioni critiche
- Riferisce di situazioni concrete in cui ha agito in modo più adeguato rispetto a prima, per esempio più assertivo, flessibile e non aggressivo
- Mostra sorpresa, stupore, etc. mentre racconta di come prima si comportava in situazioni critiche
- Racconta di cambiamenti nelle abitudini, nei modi di vivere, etc. che sono indicativi della sua volontà di fare qualcosa per i suoi problemi
- È orgoglioso e contento di sé, del fatto che adesso senza avere sintomi può gestire cose che prima non riusciva a gestire
- Riferisce che ha deciso di sbarazzarsi dei suoi sintomi e di altri problemi
- Parla di se stesso come parte attiva in relazione ai problemi e ai sintomi, quello che decide le regole e prende le decisioni
- Osa fare cose che prima non aveva il coraggio di fare
- È in grado di fare cose che non poteva fare prima
- Distingue tra prima e dopo la terapia, tra i suoi usuali modi di fare prima e dopo la terapia
- Ha nuovi interessi e *hobby*
- Ha fatto nuove amicizie
- Adesso ha un altro lavoro ottenuto attraverso una promozione o un cambiamento di ruolo o una nuova professione alla quale prima aveva aspirato
- Ha intrapreso un nuovo percorso di formazione
- Racconta di sogni nel cassetto che ha realizzato o ha iniziato a realizzare
- Adesso può fare cose che prima poteva solo fantasticare
- Si è liberato da situazioni che lo inibivano o che erano limitanti o distruttive, come ad esempio un posto di lavoro, un matrimonio o altre relazioni
- Si sente più autonomo, o più indipendente e volitivo, non alla mercé delle circostanze, libero di prendere decisioni in autonomia rispetto alle richieste o ai desideri dell'ambiente che lo circonda, ed è attento ai propri bisogni
- Prova la giusta responsabilità per le cose che gli accadono
- Si è liberato dalla coazione a ripetere vecchi errori e dalla tendenza a cacciarsi sempre nelle solite situazioni problematiche di una volta

La Capacità adattiva si riferisce al modo con cui il paziente padroneggia situazioni esterne più o meno specifiche che in precedenza valutava particolarmente critiche o problematiche, per esempio perché erano collegate ai sintomi o li provocavano. Mentre la valutazione del sintomo si riferisce a comportamenti più o meno circoscritti che il paziente può avere esperito semplicemente come "cose che accadono" e che lo hanno fatto star male, la Capacità adattiva si riferisce a situazioni più o meno specifiche che sono state difficili da padroneggiare o da affrontare e quindi sono state fastidiose per il paziente, solitamente perché in grado di provocare i sintomi. Noi le chiamiamo "situazioni critiche". Ancora una volta è importante tenere presente che quello che deve essere valutato è il cambiamento in quello specifico aspetto come lo ha vissuto il paziente. Una maggiore Capacità adattiva significa una maggiore capacità di affrontare quelle situazioni in cui i sintomi erano soliti "accadere" al paziente, o nelle quali in passato non funzionava adeguatamente.

Si noti che quello che è richiesto per una valutazione positiva della Capacità adattiva è un qualche tipo di soluzione veramente adattiva della situazione critica, e non ad esempio una fuga fobica dalla situazione che potrebbe attenuare un sintomo come l'ansia – anche se questo dovrebbe produrre una valutazione positiva della variabile dei Sintomi. Una valutazione negativa della Capacità adattiva deriva da una diminuzione della capacità di adattamento nell'esperienza soggettiva del paziente.

Il cambiamento positivo si evidenzierà, ad esempio, quando il paziente riferisce di non evitare più quelle situazioni che prima gli provocavano ansia, di reagire in maniera più adeguata e adattiva a tali situazioni, o quando si descrive come più attivo e autonomo in relazione ai suoi problemi, alle circostanze esterne o a quelle che prima sperimentava come restrizioni esterne. Naturalmente nessun tipo di comportamento è *a priori* maggiormente adattivo rispetto ad altri. Una persona in precedenza troppo competitiva potrebbe avere maggiore Capacità adattiva se diventa meno competitiva, mentre una persona in precedenza inibita e timida

può essere diventata maggiormente adattiva se diventa più competitiva e assertiva. In generale, è a una maggiore flessibilità o ampliamento del *range* dei comportamenti che bisogna guardare. Un cambiamento nella Capacità adattiva si evidenzia anche quando il paziente descrive cambiamenti positivi o stimolanti nella vita sociale, nuove amicizie o relazioni, nuovi interessi, desideri che sono ora diventati realtà, etc.

Nel valutare la Capacità adattiva a volte emergono complicazioni che non hanno facile soluzione. Ad esempio un sostanziale miglioramento dei sintomi può essere avvenuto attraverso una soluzione fobica. Un caso tipico è la persona che ha la fobia dell'ascensore e non soffre più perché prende sempre le scale. Oppure una donna che spesso si trovava in difficoltà nelle relazioni con gli uomini, da cui rimaneva delusa o umiliata, adesso non ha più problemi perché ha deciso di astenersi completamente da qualsiasi rapporto con gli uomini; ha risolto i suoi problemi, certo, ma in un modo che non può essere definito adattivo, bensì attraverso evitamento e negazione. Tali modi di risolvere i propri problemi, ancora una volta, possono portare a una valutazione elevata della variabile dei "Sintomi" poiché dopotutto i sintomi non sono più così pressanti, ma allo stesso tempo dovrebbero portare a dare un punteggio basso o addirittura negativo della Capacità adattiva poiché la soluzione non è realmente adattiva a lungo termine o in un contesto più ampio.

C'è un'altra complicazione non facile da risolvere. Prendiamo per esempio una donna con una storia di traumi, numerose separazioni precoci, abbandoni e maltrattamenti da parte della madre o della sorella. Durante la prima intervista di *follow-up*, sei mesi dopo il termine della terapia, riferisce di aver avuto violente discussioni e colluttazioni con la madre e la sorella, rimproverandole, riversando su di loro la propria rabbia, etc. Senza dubbio tali comportamenti potrebbero essere degli *acting-out*, ma in un processo terapeutico – o, come in questo caso, in un processo post-terapeutico – non è così ovvio che vadano giudicati del tutto disadattivi e non invece una sorta di elaborazione o miglioramento, vista la storia della paziente. Questo ovviamente a condizione che i ripetuti *acting-out* siano in via di remissione. È ovvio che è difficile decidere in una sola intervista se gli episodi di *acting-out* sono ancora in corso, e si dovrebbe rinviare la valutazione finale sino a quando si sia in grado di vedere come si modificano questi *acting-out*.

Un importante motivo per cui è opportuno ripetere le interviste di *follow-up* è che nulla continua uguale per sempre, né gli *acting-out* né le soluzioni più adattive. Il risultato della terapia non è costante, ma può – e spesso accade – variare abbastanza nel corso di un paio di anni. Ecco un esempio: durante la prima intervista un uomo con una forte inibizione dell'aggressività riferì di alcuni cambiamenti abbastanza positivi in tal senso, in particolare sul lavoro, dove era riuscito a essere più assertivo e meno sottomesso. Ma riguardo ai genitori, che dopotutto erano i primi obiettivi della sua aggressività, a livello manifesto l'inibizione continuava a prevalere, sebbene interiormente si sentisse ribollire di rabbia quando parlava con loro. Alla terza intervista, due anni e mezzo dopo la fine della terapia, emerge che le sue difese inibitorie non adattive si erano allentate. A Capodanno, per la prima volta aveva avuto uno scontro coi genitori divenendo furibondo, aveva bevuto molto e poi era tornato a casa in auto. Purtroppo per lui, la polizia lo fermò e lo arrestò per guida in stato di ubriachezza. Ovviamente questo non è un comportamento adattivo nel breve periodo, ma nel lungo periodo quanto adattivo è stato il suo sfogo verso i genitori? Nella quarta intervista, dopo un altro anno, rivelò molta ansia e rimorso ripensando a quell'episodio, ma la sua esplosione sembrò aver avuto come conseguenza adattiva quella di abituarlo un po' alle discussioni e ai litigi e di renderlo più tollerante verso queste situazioni. La precedente aggressività repressa nei confronti dei genitori si era ridotta e di conseguenza anche le sue inibizioni, e si presentava agli altri come una persona emotivamente più equilibrata, con modi di fare piuttosto diplomatici ma allo stesso tempo modalità creative di affrontare i conflitti interpersonali invece di evitarli. È inevitabile che la valutazione del cambiamento nella Capacità adattiva possa essere influenzata dalle opinioni e dai valori del valutatore, e a volte può non essere facile. Ad esempio, una paziente riferì che dopo il divorzio aveva lasciato i figli al padre, e per giudicare il valore adattivo di questa decisione, piuttosto inusuale per una madre, si deve tenere in mente l'immagine globale della paziente, che aveva una personalità piuttosto disturbata e una situazione sociale precaria della quale il bambino avrebbe potuto essere vittima; si dovrebbe anche cercare di mettere da parte le proprie convinzioni sul modo con cui le madri devono comportarsi coi figli.

3) Comprensione di sé (*self-insight*)

Aumentare l'introspezione o la Comprensione di sé (*self-insight*) significa capire meglio di prima – e non solo in modo intellettuale o in linea di principio – i propri problemi, la loro origine ed eziologia e il loro significato. Si può anche definire mentalizzazione. Segnali di aumentata Comprensione di sé possono essere:

- Il paziente dice di capire l'origine e il significato dei suoi problemi
- È capace di dare un resoconto significativo e ragionevole del significato dei suoi sintomi
- Riferisce e manifesta sentimenti ai quali prima non aveva accesso
- È più tollerante e comprensivo nel parlare dei suoi problemi

- È capace di distinguere tra un Io che osserva ed è in grado di capire, e un Io che fa esperienza, che prova sentimenti, che fantastica e che desidera
- È consapevole di spinte all'*acting-out* (agiti) e riesce a descriverle come tali
- È a conoscenza dei fenomeni del transfert e della coazione a ripetere ed è in grado di descriverli
- Riesce a vedere e ad assumersi le proprie responsabilità nei conflitti interpersonali
- È ragionevolmente “sospettoso” dei suoi sentimenti, pensieri, agiti, ovvero non li dà per scontati senza interrogarsi sul loro significato
- Riesce a vedere e a parlare delle sue difese e delle sue resistenze
- Ha scoperto sintomi e comportamenti sintomatici che in precedenza erano egosintonici
- Ha imparato a conoscere e a tollerare aspetti di sé di cui prima non era consapevole, ad esempio desideri e fantasie
- Percepisce maggiormente l'ambivalenza verso certe situazioni e persone ed è capace di tollerarla senza scivolare in *acting-out*
- Si sente disilluso ma lo ritiene anche un guadagno oltre che una perdita
- Si sente più curioso nei confronti di se stesso, medita e riflette maggiormente su di sé
- Non è più così incline come prima a biasimare gli altri per propri problemi, difficoltà o difetti
- Riesce a criticare se stesso in maniera più obiettiva e meno accusatoria
- Riesce a parlare dei suoi problemi e delle sue difficoltà con maggiore distanza emotiva e con autoironia e umorismo
- Riflette sui suoi sogni e cerca di capirli
- Riflette sui suoi atti mancati e cerca di capirli
- È più in grado di prevedere i propri e altrui sentimenti, reazioni e azioni
- Ha cercato di iniziare un'altra terapia, più lunga, ad esempio orientata all'*insight* o psicoanalitica
- Riesce a vedere i vantaggi primari e secondari dei suoi sintomi
- Parla meno dei suoi sintomi e più dei problemi che ne stanno alla base

fonte eccellente di altri esempi di quella che qui chiamiamo Comprensione di sé (*self-insight*) viene fornita da Fonagy *et al.* (1998, 2002; Fonagy & Target, 1993-2000) col nome di “funzione riflessiva” (*reflective function*) o “mentalizzazione”. La funzione riflessiva consiste nell'operazionalizzazione di una funzione di monitoraggio metacognitivo e sembra essere una preconditione necessaria per lo sviluppo della Comprensione di sé.

È importante assicurarsi che la Comprensione di sé non sia solo una capacità intellettuale ma un fenomeno anche emotivo; il paziente può mostrare o raccontare sentimenti ai quali in precedenza non aveva accesso o può riferire di una maggiore tolleranza e comprensione delle proprie difficoltà; può esibire una sorta di scissione tra un Io che osserva e un Io che fa esperienza; può essere ragionevolmente scettico e sospettoso – in senso positivo – di ciò che sente, pensa e fa; può essere oggettivamente autocritico senza essere auto-accusatorio; e così via.

Può non essere sempre facile valutare la Comprensione di sé. Per prima cosa va ricordato che dobbiamo valutare le variazioni di questa capacità, non il suo livello attuale. È difficile sapere quanta Comprensione di sé era presente all'inizio e in che misura è aumentata. Come per le altre variabili, è necessario verificare la sensazione attuale che la persona ha di essere cambiata. Però in questo caso vi è un paradosso: essere capaci di riferire la propria esperienza attuale presuppone una Comprensione di sé, e per alcune persone l'esperienza di essere cambiate rivela semplicemente la loro mancanza di Comprensione di sé poiché le loro sensazioni possono essere illusorie. Quindi la valutazione della Comprensione di sé equivale in pratica a tentare di distinguere una vera Comprensione di sé da quello che non è altro che un gergo superficiale, eventualmente appreso durante la psicoterapia.

Uno dei motivi per i quali è spesso difficile valutare la Comprensione di sé è che molti pazienti sono piuttosto vaghi quando riferiscono i loro *insight*. Spesso riferiscono di aver realizzato “un sacco di cose”, di essere giunti a vedere “le cose” in modo diverso rispetto a prima, di avere una considerazione di sé differente rispetto a prima, di vedersi con maggior chiarezza che in passato, di avere scoperto ed eliminato (in parte) i propri autoinganni, etc. Ma quando l'intervistatore chiede in modo più specifico cosa significhino queste cose, ad esempio “vedere il mondo diverso da prima”, spesso non c'è una risposta chiara ma solo ripetizioni vaghe ed elusive. Sembra quindi che si debba solo dar fiducia al paziente, e l'intervistatore è costretto a basarsi sulla propria intuizione o sul proprio controtransfert per differenziare le descrizioni reali dai luoghi comuni.

Descrizioni vaghe, intellettuali, luoghi comuni, etc. non dovrebbero produrre punteggi elevati in nessuna delle variabili considerate. D'altra parte, può essere nella natura stessa dell'*insight* che ciò che è stato rimosso ritorni, venga per così dire a galla, si ristruttururi, assuma un nuovo significato e sia vissuto in modo diverso,

compaia in modo più normale, ovvero non rimosso nell'inconscio ma dimenticato "in maniera ordinaria" nel preconcio. Quindi durante l'intervista deve essere dato al paziente il tempo necessario per rievocare e ricostruire, e questo processo si rivelerà di grande utilità per la valutazione di questa variabile.

Ma non è sempre così facile valutare un cambiamento nella Comprensione di sé, anche quando il paziente è preciso e concreto. Un caso interessante riguarda una paziente che nel corso della terapia giunse alla conclusione di conoscere molto poco di sé. Al contempo, il fatto che da una parte sia presente un deficit nella Comprensione di sé ma dall'altra esso venga notato è già di per sé un piccolo *insight* che può non essere molto frequente e può rappresentare un aspetto di ciò che talvolta è chiamata sofisticazione psicologica (*psychological mindedness*).

A questa categoria possono appartenere anche quei tanti pazienti che al termine della terapia, soprattutto se si trattava di terapie brevi, giungono alla conclusione di aver bisogno di un ulteriore percorso terapeutico, più lungo e intensivo, al fine di approfondire la Comprensione di sé. Ovviamente si deve giudicare da caso a caso, ma questo può essere uno dei segnali di maggiore Comprensione di sé e un buon inizio per una terapia psicodinamica o a lungo termine, e non il segno del fallimento di una terapia breve.

4) Conflitti di base

Risolvere un conflitto di base significa che questo non ha più la priorità su – o non permea tutti – i problemi o le situazioni della vita. Un esempio di conflitto di base è costituito dai tipici residui inconsci di un conflitto precoce non risolto o di un trauma. I conflitti possono essere raffigurati nei termini della teoria classica Es/ Io/ Super-Io o della teoria delle relazioni oggettuali come introietti conflittuali; i traumi si possono pensare in termini di perdita, separazione, deprivazione, gratificazione eccessiva, sotto- o sovra-stimolazione, seduzione, aggressività, minaccia, pericolo, malattia, infortuni, etc. Sotto l'influenza di un conflitto di base irrisolto la persona si comporterà come se in qualunque situazione non potesse fare a meno di tornare al conflitto o al trauma ritornando all'aspetto conflittuale o traumatico, come per porre rimedio a un guasto. Un conflitto di base irrisolto si rivelerà come l'applicazione costante e a volte compulsiva di uno schema rigido e preformato di percezioni, pensieri, affetti, atti o reazioni della persona. Agisce come un filtro attraverso il quale la persona percepisce e reagisce ad altre persone o a relazioni, eventi e situazioni allo scopo di enfatizzare alcuni determinati aspetti. Ecco alcuni esempi: separazione *versus* simbiosi; caos e distruzione *versus* ordine o paralisi dovuta al terrore; sicurezza *versus* rischio od opportunità; fiducia *versus* sfiducia; sincerità *versus* riserbo; dare *versus* ricevere; attività *versus* passività; mascolinità *versus* femminilità; sessualità; deprivazione; aggressività; danno; distruzione; potenza, dominazione *versus* impotenza e sottomissione; rivalità, competizione, gelosia, invidia; vergogna, scherno; colpa, divieto, condanna; competenza *versus* incompetenza, rispetto di sé, autostima; identità; etc.

Un conflitto di base può essere descritto o sottointeso all'interno del *focus* o del problema eventualmente formulato, o all'interno di ipotesi, diagnosi, formulazioni o ricapitolazioni di un caso effettuate da una prospettiva dinamica. Ma non dovrebbe essere necessario averlo definito in anticipo al fine di valutarne la sua risoluzione. In generale, la risoluzione di un conflitto di base sarà indicata da una minore rigidità e da maggiore flessibilità, apertura mentale, minor atteggiamento difensivo, maggiore spontaneità. Nello specifico, la risoluzione di un conflitto di base si manifesterà in vari modi, ad esempio:

- Il paziente sa "di che cosa si tratta".
- Può dare una descrizione significativa e ragionevole del conflitto di base
- Confrontarsi con il conflitto di base provoca meno ansia o resistenza
- È più flessibile e aperto nei suoi atteggiamenti e modi di fare
- È più tollerante verso gli altri
- Mostra maggiore empatia verso gli altri
- È in grado di vedere le situazioni e i problemi dal punto di vista degli altri
- Sa ascoltare meglio
- Non è più così rigido, stereotipato ed estremo come in passato
- Ha abbandonato *routine* e rituali che in precedenza erano per lui vitali
- Non è più così affezionato alle sue manie
- È diminuita l'abitudine di sintonizzarsi sempre sullo stesso tema, spesso usando le stesse parole che usava prima
- Il suo carattere si è modificato o è un po' cambiato
- Ha rinunciato a certe difese caratteriali
- Altre persone sentono che è cambiato
- Non è difensivo, sospettoso, in guardia come era prima
- Non reagisce in maniera automatica come un riflesso a uno stimolo
- Non è più così facilmente provocabile, non perde più così facilmente il controllo

- Non è più così propenso a dare giudizi categorici
- Sembra crescere, essere in uno stato di continuo cambiamento, senza essere instabile o imprevedibile
- Non ha paura del cambiamento, sia che riguardi se stesso sia che riguardi il suo ambiente
- Non ha paura di farsi carico di ragionevoli rischi, non è dipendente da risultati garantiti

Nel valutare questa variabile dei Conflitti di base, si dovrebbe dare per scontato che una persona può avere anche più di un conflitto, sebbene sia probabile che sia uno solo il “conflitto fondamentale di base” e che gli altri derivino da questo.

I cambiamenti nel conflitto di base potrebbero essere considerati, molto in generale, come l’essenza del “cambiamento strutturale” di cui parlava la psicoanalisi classica. È una sorta di riorganizzazione di tutti i tipi di difese intrapsichiche, percettive, cognitive e comportamentali, o di atteggiamenti interpersonali, tendenze all’*acting-out*, del modo di far fronte alle pulsioni (nella teoria psicoanalitica classica) o ai conflitti tra i propri oggetti interni (nella teoria delle relazioni oggettuali). Tali conflitti di base hanno come tema polarità elementari quali, per esempio, separazione *versus* simbiosi, fiducia *versus* diffidenza, caos o annientamento *versus* ordine o paralisi (data dal terrore), attività *versus* passività, etc. Una descrizione generale di come si possono rilevare cambiamenti in questi aspetti potrebbe essere la seguente: il paziente ha sostituito difese rigide in difese più flessibili che si esprimono con una maggiore apertura ed elasticità mentale. Questo è ciò che si potrebbe chiamare cambiamento strutturale adattivo, e può manifestarsi quando il paziente offre del materiale in cui appare, in diversi modi, più aperto, tollerante ed empatico, meno stereotipato o estremo, più tollerante alle provocazioni, meno sospettoso e con meno paura dei rischi e dei cambiamenti.

Valutare eventuali cambiamenti nei Conflitti di base, specialmente in modo retrospettivo, non è certo semplice. Dopotutto, questa è una variabile che si suppone rifletta gli aspetti più intimi e più nascosti del processo di cambiamento, e questo all’inizio è difficile non solo da vedere ma anche da definire. Come avviene con la Comprensione di sé (*self-insight*), la consapevolezza che la persona ha del cambiamento nei propri Conflitti di base può essere soggetta a rimozione o dimenticata dopo la terapia, in modo diverso da quanto capita con i Sintomi o la Capacità adattiva. Un altro problema è il fatto che noi, come osservatori, siamo guidati dai nostri preconcetti teorici, ad esempio su ciò che riteniamo sia possibile ottenere da una psicoterapia. Probabilmente è difficile per alcuni di noi credere che possano avvenire profonde trasformazioni strutturali con una terapia breve. Inoltre possiamo ritenere che il cambiamento dei sintomi non possa avvenire senza un cambiamento strutturale o che il cambiamento strutturale non possa avvenire senza *insight*, e di conseguenza possiamo essere influenzati da questi preconcetti.

In generale la letteratura psicoanalitica sembra perlopiù evitare la questione della spiegazione del cambiamento strutturale e di come esso si presenti. Sembra che si preferiscano invece modalità più indirette, per esempio lo studio del cambiamento nel funzionamento quotidiano o nelle capacità adattive o di altri fenomeni che si assume non possano manifestarsi a meno che non si sia verificato un cambiamento strutturale (Zilberg *et al.*, 1991). Concentrarsi sull’estinzione di rigide strutture difensive in favore di atteggiamenti più aperti, flessibili e tolleranti è dal nostro punto di vista più vicino al nucleo di ciò che deve essere inteso come cambiamento strutturale. In passato sono stati proposti diversi metodi per descrivere ciò che sembra essere lo stesso fenomeno che qui chiamiamo conflitto di base, per esempio il “tema relazionale conflittuale centrale” (*core-conflictual relationship theme* [CCRT]: Luborsky, 1984; Luborsky & Crits-Christoph, 1990), il “piano inconscio” (*plan formulation method*: Weiss *et al.*, 1986; Weiss, 1993), o lo “stato mentale” (*state of mind*: Horowitz, 1991), etc.

Come nel caso dell’aumentata Comprensione di sé, ovviamente anche la valutazione del cambiamento nei Conflitti di base è resa complicata dalla difficoltà di valutare il grado del cambiamento stesso, indipendentemente dal livello raggiunto o dal livello pre-terapia. Ad esempio è facile ingannarsi nel valutare come sostanzialmente immutato un funzionamento borderline ancora basso, sebbene possa accadere che a un’analisi più attenta ci si renda conto che c’è stato un passo avanti rispetto a una posizione precedentemente ancor più bassa. Viceversa, si rischia di valutare la presenza di un alto livello di flessibilità delle difese come un grande cambiamento, mentre magari erano così anche prima. Per arrivare in fondo alla complessità dei conflitti possono essere di aiuto alcune formulazioni in termini di “piano inconscio” (Weiss *et al.*, 1986; Weiss, 1993), di CCRT (Luborsky, 1984; Luborsky & Crits-Christoph, 1990) o altro.

Noi crediamo che il materiale più utile per giudicare il cambiamento dei Conflitti di base sia la descrizione delle relazioni del paziente, in particolare con oggetti primari come i genitori: occorre osservare come e in che misura adesso il paziente considera differenti queste relazioni, in particolare se c’è un atteggiamento più flessibile e tollerante verso gli oggetti primari, soprattutto verso quegli aspetti che aveva valutato particolarmente problematici o conflittuali nelle interviste pre-terapia. Spesso risulta utile incoraggiare il paziente a parlare dei suoi introietti o presenze interiori (Schafer, 1968) in termini di “critici interni”, “tentatori interiori” o simili.

5) Fattori extra-terapeutici

In che misura pensate che gli eventi esterni alla terapia, durante o dopo la terapia, possano spiegare i cambiamenti che avete riscontrato? Si noti che i Fattori extra-terapeutici, che possono causare un ulteriore cambiamento, non devono includere gli effetti stessi della terapia. Quindi riguardano solo le condizioni indipendenti dalla terapia, per quanto sia possibile individuarle. Non è raro, tra l'altro, che i pazienti sminuiscano o esagerino l'effetto della terapia.

Esempi di Fattori extra-terapeutici sono i seguenti:

- È passato del tempo dalla fine della terapia, cioè il paziente è “semplicemente” migliorato con il trascorrere del tempo
- Il paziente è invecchiato, è entrato in una nuova fase del suo ciclo di vita o è maturato “in modo naturale”
- Ha attraversato ed è uscito da un normale processo di crisi
- Ha esperito un salutare cambiamento delle condizioni ambientali, cioè è avvenuta una naturale terapia ambientale (“*natural environmental therapy*”)
- Ha “semplicemente” lavorato su se stesso, indipendentemente dalla terapia
- Ha avuto altri tipi di supporto, consulenza, *insight* indotti da contatti non psicoterapeutici o non psichiatrici (collegi, parenti, amici)
- Ha fatto qualche altra psicoterapia
- Ha avuto un trattamento psicofarmacologico
- Ha avuto altri trattamenti psichiatrici
- Aveva un malattia somatica, ha avuto un incidente o ha sofferto fisicamente
- Ha subito una disgrazia o ha avuto altri tipi di crisi
- Sono cessate condizioni ambientali stressanti
- Si è allontanato da situazioni stressanti e che provocavano in lui l'emergere di sintomi
- È stato curato da una malattia somatica
- Si è impegnato in movimenti di tipo religioso, politico o in altri movimenti ideologici
- Si è innamorato
- È stato sotto l'influenza di qualche autorità catartica
- È cambiato mentre era in una qualche altra relazione che è servita come terapia (pseudo-terapia)

Naturalmente è impossibile determinare con precisione quanto il cambiamento possa dipendere dalle condizioni sopra elencate e quanto da altri attori extra-terapeutici. È necessario provare a stabilire quali condizioni di questo tipo siano state presenti e valutare in che misura possano aver contribuito ai vari aspetti del cambiamento. Queste misurazioni, preferibilmente una per ognuna delle quattro variabili del cambiamento, hanno quindi a che fare con la vostra convinzione – o i vostri dubbi – che il cambiamento sia stato interamente dovuto alla terapia.

In primo luogo va fatta una valutazione approssimativa:

- | | |
|--|------------|
| - Il cambiamento è dovuto interamente a Fattori extra-terapeutici | 1 |
| - Il cambiamento è dovuto in ugual misura a fattori terapeutici ed extra-terapeutici | 0,5 |
| - Il cambiamento non è in alcun modo dovuto a Fattori extra-terapeutici | 0 |

Se lo ritenete opportuno, potete usare punteggi più gradualmente rispetto ai valori sopra riportati (es. 0,7). Va poi seguito lo stesso principio delle precedenti valutazioni.

Le valutazioni del cambiamento possono essere aggiustate relativamente alle condizioni extra-terapeutiche usando la formula

$$TC = C (1-E)$$

dove TC (*Therapeutic Change*) è il cambiamento terapeutico effettivo, C (*Change*) le valutazioni del cambiamento, ed E (*Extra-therapeutic factors*) la valutazione dei Fattori extra-terapeutici. Se ad esempio C (cioè il valore di una delle quattro variabili di cambiamento, o, volendo, la loro somma) è 0.8, ed E risulta essere 0.2, il calcolo sarebbe $TC=0.8 \times (1-0.2) = 0.64$. Se invece il valore di E fosse più alto, es. 0.6 (cioè se l'impatto dei Fattori extraterapeutici fosse maggiore), avremmo $TC=0.8 \times (1-0.6) = 0.32$, quindi il cambiamento terapeutico (TC) sarebbe minore (0.32 invece di 0.64).

Le quattro variabili prima descritte (Sintomi, Capacità adattiva, Comprensione di sé, Conflitti di base) sono variabili di cambiamento. Tuttavia è chiaro che questi tipi di cambiamento possono essere dovuti a condizioni diverse dalla psicoterapia di cui stiamo cercando di valutare gli effetti. Non è infrequente che i pazienti riferiscano di eventi, accaduti fuori della terapia, che ritengono abbiano contribuito in modo sostanziale al

cambiamento. Questo può essere riferito in modo vago, ad esempio “È difficile dire se sia stata veramente la terapia ad aver prodotto questo”. Naturalmente una affermazione come questa va interpretata anche come segno che la terapia non è stata completamente integrata nell’esperienza soggettiva di cambiamento. Il paziente può anche sottolineare l’importanza del mero passaggio del tempo, del fatto che è invecchiato, etc. Alcuni pazienti possono riferire di un cambiamento nel loro ambiente, di un nuovo amore, o di una separazione da una relazione di cui soffrivano, etc. Non si può escludere che nuove crisi, malattie e incidenti possano aver contribuito a questo tipo di effetti pseudo-terapeutici (o pseudo-“controterapeutici”).

Naturalmente è impossibile capire esattamente quanto il cambiamento sia extra-terapeutico oppure davvero dovuto alla terapia e non a possibili nuove terapie o a ulteriori trattamenti. La sola cosa che si può fare è esprimere la propria sensazione di certezza o di dubbio che le variazioni osservate siano dovute alla terapia.

Particolarmente ovvi, ma anche complicati, sono i casi in cui vi è un concomitante o successivo trattamento formale, ad esempio un trattamento psichiatrico con colloqui e/o farmaci, una nuova psicoterapia, corsi, conferenze, etc. Relativamente alla valutazione degli effetti della terapia, tutti gli altri trattamenti formali o informali diventano Fattori extra-terapeutici. Risulta ancor più difficile giudicare i contributi extra-terapeutici dovuti a terapie non professionali, a “suggestione” e ad altri tipi di influenze dovute a persone significative nell’ambiente sociale. Un paziente, ad esempio, ritenne che la terapia fosse stata priva di senso ma riferì come miracoloso l’essere stato sgridato da un suo cugino. Non è frequente che un paziente faccia più di una terapia individuale, ma non è raro che un paziente vada allo stesso tempo in terapia familiare o di coppia, o che ci vada dopo la terapia. I seguenti quattro esempi sono stati scelti a caso nell’archivio delle nostre interviste:

Paziente 1: Durante la terapia la paziente ha partecipato a un corso in discipline amministrative che lei stessa descrive come un “cambiamento di paradigma”. Inoltre è stata al pronto soccorso psichiatrico in seguito alla morte di un amico.

In aggiunta, una volta alla settimana è stata in terapia di coppia, e durante l’ultimo mese ha partecipato a una terapia corporea assieme al marito. Infine, le è insorta una malattia somatica cronica per cui segue anche un regolare trattamento medico.

Paziente 2: Il paziente riferisce di essere stato in terapia familiare mentre era in terapia individuale, e dice anche che adesso ha avuto il tempo per fare delle riflessioni e delle riconsiderazioni.

Paziente 3: La paziente è stata lasciata dal marito dopo la fine della terapia e per un certo periodo è stata in *counseling* familiare, quindi in una terapia individuale sulla crisi e poi ha continuato con una terapia a lungo termine con lo stesso terapeuta.

Paziente 4: La paziente non ha avuto alcuna terapia successiva, ma ha iniziato a lavorare con persone con ritardo mentale e questo l’aiuta ora a guardare a se stessa da una prospettiva più distaccata.

Per la valutazione della terapia, la presenza di altri trattamenti concomitanti sembra essere un problema più frequente di quanto si creda, anche se spesso i ricercatori evitano di individuarli perché ciò complicherebbe i loro risultati. Ma è ancora più complicato di quanto appaia a prima vista poiché non è sempre possibile escludere la possibilità che in realtà queste “terapie extra-terapeutiche” siano *effetti benefici* della prima terapia. Questa impressione si può avere ad esempio quando, alcuni anni dopo una terapia breve, una paziente inizia una terapia a lungo termine perché è arrivata a capire cose che ha deciso di affrontare ma non aveva avuto il tempo di farlo nella terapia breve.

Attendibilità e norme [omissis]

Osservazioni generali e suggerimenti

Vediamo ora alcuni problemi generali dell’utilizzo della CHAP. Vi è una sorta di conflitto insito in ogni tipo di valutazione. Da un lato, è naturale che si desideri poter fare il resoconto di un trattamento, saper dire se è molto efficace, non efficace, etc. Ciò presuppone che vi sia un risultato abbastanza generale, tipico e possibilmente comune a vari pazienti trattati. Ma più grande è la varianza, meno significato ha fare queste affermazioni. È vero che vi è un risultato medio, ma nessuno è tipico di tutti i pazienti. Probabilmente è nella natura stessa della psicoterapia che gli effetti varino da paziente a paziente (Sandell, 1997). Questo ha varie conseguenze. Una è che, poiché la varianza vera è un’informazione dal punto di vista statistico, l’attendibilità della misurazione di un risultato (*effect measure*) che cattura tale varianza sarà più alta. Inoltre, per la stessa ragione le correlazioni con altre variabili, ad esempio quelle predittive (*predictors*), saranno più alte e quindi più attendibili. D’altra parte, quanto più è ampia la varianza, tanto minore sarà l’*effect size* (dimensione del risultato) e la probabilità di avere differenze significative con altri trattamenti (Sandell, 1987d). È per questo motivo che vi è stata la tendenza a manualizzare i trattamenti al fine di ridurre la varianza e quindi avere una misura del risultato di un prototipo ideale di trattamento. Quindi la varianza nel risultato della terapia è un dilemma, e un terapeuta che usa la CHAP può essere tentato di reprimerla nelle sue valutazioni. Nella misura in cui la variazione è vera e quindi attendibile, tale tendenza è sconsigliabile. È importante che chi utilizza un

qualsiasi strumento di valutazione cerchi di sfruttare l'intera gamma possibile dei punteggi ed eviti qualsiasi tipo di tendenza accentratrice o di tentazione a raggruppare gli oggetti di valutazione.

Un'altra complicazione nell'uso della CHAP ha a che fare con il modello piuttosto inusuale di cambiamento sul quale si basa. Se si vuole che le valutazioni ottenute con la CHAP siano sensate, i valutatori devono apprezzare appieno tale modello, conoscerlo bene e adottarlo. Il cambiamento nella CHAP riguarda l'esperienza conscia e inconscia del paziente di aver avuto un cambiamento, *non* un movimento da un livello a un altro all'interno di una qualche variabile. Il parametro quantitativo è la "sensazione di una differenza" ("*differentness*"), l'esperienza di aver fatto un cambiamento più o meno radicale, spesso indicato da sentimenti di stupore e simili.

Una complicazione a questo riguardo è quanto liberamente l'intervistatore possa esprimere giudizi che non concordano pienamente con quelli del paziente. Può essere importante sottolineare che al valutatore è permesso fare valutazioni diverse da quelle del paziente se queste possono essere corroborate e giustificate in un modo sensato. Infatti nella misura in cui si può essere coscienti di processi, fantasie e idee che sono inconscie per il paziente, il nostro giudizio deve essere diverso dal suo. Il caso più comune si presenta quando l'intervistatore ha la sensazione che il paziente non sia genuino o convincente, quando ha l'impressione che il paziente dica frasi vuote e non riesca a spiegare affermazioni generali con esempi concreti, o quando sembra che metta in atto difese maniacali o depressive. Spesso per valutare questi casi non c'è altro mezzo se non le sensazioni del valutatore che, come qualunque controtransfert, vanno prese in attenta considerazione prima di accettarle come indicatori di qualcosa che riguarda il paziente e non l'intervistatore. Va sottolineato che tali atteggiamenti da parte del paziente spesso possono ingannare il valutatore portandolo a sopravvalutare o sottovalutare il risultato terapeutico. In ogni caso, è ovvio che in questi casi l'effettiva esperienza di essere, in misura minore o maggiore, veramente cambiato non è stata consciamente integrata da parte del paziente. Può essere ragionevole dare più importanza alle esperienze conscie che a quelle inconscie, anche perché il benessere soggettivo del paziente è un importante obiettivo terapeutico palliativo. L'intervistatore, essendo anche un terapeuta, può sentirsi tentato di interpretare ciò di cui il paziente sembra non essere cosciente, in particolare se si tratta di un'immagine della terapia più positiva di quanto il paziente ne sia consapevole. Tranne forse che per tentativi di interpretazione molto cauti – dopotutto il paziente potrebbe esserne in effetti consapevole – l'intervistatore dovrebbe astenersi dal cercare di far accettare al paziente qualcosa di cui non è consapevole, dal momento che non si tratta di una terapia, ma di un'intervista.

Le interviste di *follow-up* in quanto tali possono comunque avere, e spesso hanno, effetti terapeutici. Una sorta di effetto pseudo-terapeutico delle interviste di *follow-up*, secondo la nostra esperienza, è che quasi tutti i pazienti vivono molto positivamente il fatto di essere intervistati. Spesso vivono le interviste come prova del fatto che ci prendiamo ancora cura di loro. Un effetto ancor più importante è che forse per la prima volta viene offerta al paziente l'occasione di riflettere, ripetere, integrare o consolidare quanto è successo in terapia, con il vantaggio aggiuntivo della visione prospettica dovuta al passaggio del tempo. Inoltre è quasi impossibile evitare di fare interventi di sostegno o altri interventi terapeutici, se non altro perché si fanno chiarificazioni, ristrutturazioni, collegamenti, etc. Questi interventi possono avere varie conseguenze: il valutatore può essere spinto a credere in un cambiamento maggiore di quanto sia effettivamente avvenuto; il paziente può essere spinto a presentarsi in modo diverso rispetto a come avrebbe fatto senza questi nostri interventi; se vi è una intervista successiva il paziente può sviluppare un transfert positivo e un cambiamento ulteriore come effetto della precedente intervista. In generale però abbiamo rilevato, in uno studio sperimentale, che questi effetti di trascinarsi tra le interviste non sono significativi.

La formazione degli intervistatori è molto importante per l'utilizzo regolare della CHAP. La nostra esperienza all'*Institute of Psychotherapy* del *County Council* di Stoccolma evidenzia che i seminari di formazione sono molto apprezzati non solo o non primariamente per imparare a condurre bene le interviste, ma per il fatto che offrono spunti di riflessione sulla terapia e sull'essere terapeuta. È ad esempio un'esperienza importante, per i terapeuti di una stessa scuola, rendersi conto di quanti modi differenti vi sono di ascoltare la stessa audio-registrazione. Le interpretazioni sono diverse e le valutazioni ancora di più. Emerge ogni genere di teorie o di valori personali e idiosincratici. Ad esempio, quella madre che aveva lasciato i figli al padre ha provocato valutazioni diverse tra i terapeuti di sesso maschile e femminile. Altri casi non possono essere così ovvi, ma richiedono che gli intervistatori siano addestrati e continuino la formazione anche dopo l'uso regolare della CHAP.

Probabilmente non vi sono strumenti di misurazione senza problemi, e in particolare gli strumenti di valutazione soggettiva ne sono pieni. La CHAP non fa certo eccezione. Tuttavia, sulla base della nostra lunga esperienza con questo come con altri metodi di valutazione, siamo fiduciosi nel raccomandarlo come fonte significativa e potenzialmente affidabile per conoscere aspetti importanti del cambiamento in psicoterapia. Buona fortuna!