

Il resoconto clinico come diagnosi di problemi e pianificazione del trattamento. Un'analisi della letteratura internazionale sul caso clinico.

di Paola Pagano¹

Premessa

In questo lavoro analizzeremo parte della letteratura internazionale, specificamente quella prodotta negli Stati Uniti e in Germania, prendendo in considerazione il modo con cui ci si occupa del caso clinico sia entro i contesti di certificazione della prassi clinica nella relazione psicoterapista-paziente, che entro quelli di legittimazione di tale prassi in un ambito più vasto, che vede l'intervento di soggetti diversi dalla coppia terapeutica.

I lavori considerati, trattando la funzione del caso clinico entro gli ambiti prima evocati, parlano di "formulazione o concettualizzazione di un caso clinico"; in altri termini, della sua traduzione dal linguaggio ordinario a un linguaggio formalizzato. Ci si occupa quindi della concettualizzazione dei casi cercando di definirne metodi e strategie. Per questo motivo non faranno parte della nostra analisi i lavori finalizzati alla presentazione di un caso, ma quelli centrati sul metodo di strutturazione dei casi.

Gli approcci cui i lavori considerati fanno riferimento sono: *Funzionale*, *Cognitivista*, *Comportamentale*, *Cognitivo-Comportamentale* e di *Psicologia Descrittiva*. In tutti, la stesura del caso clinico è funzionale alla pianificazione e definizione del trattamento e assume una netta funzione "diagnostica". Attraverso la redazione del caso clinico è possibile riorganizzare e sintetizzare la situazione di un cliente sulla base di una teoria e, successivamente, pianificare il trattamento stesso.

La scelta di esplorare questi lavori nasce all'interno di un interesse più ampio verso la resocontazione, intesa come metodologia psicologico-clinica. Anche alla base della nostra ottica c'è l'ipotesi che la resocontazione di un caso clinico abbia a che fare con l'attivazione, da parte del clinico, di una funzione di organizzazione del processo condiviso con il cliente. La nostra attenzione tuttavia, diversamente da quanto proposto dagli Autori in esame, è centrata sulla relazione che si va sviluppando nel corso del lavoro tra clinico e cliente. La formulazione di un caso è, a nostro avviso, l'esito di un'operazione di riflessione e riorganizzazione di quanto emerso entro tale relazione attraverso criteri e categorie psicologico-clinici².

La lettura della letteratura psicologica in analisi ha evidenziato diversi modi di intendere la resocontazione e diverse terminologie per indicare la prassi con cui il clinico rendiconta il processo condiviso con il cliente. Tali modi sembrano essere in relazione sia con la funzione professionale che i clinici pensano di attivare lavorando con i loro pazienti e con gli obiettivi che perseguono nella prassi, sia con i contesti socio-politici ed organizzativi all'interno dei quali i clinici operano.

A partire da una prima analisi vediamo come la terminologia utilizzata rimandi subito alla posizione assunta dal clinico entro il rapporto con il cliente, e rappresenti un primo indizio della focalizzazione del clinico su quest'ultimo. Certo non si tratta della resocontazione di un rapporto; la relazione sembrerebbe utilizzata per acquisire informazioni sull'altro, non esplorata in sé. Il resoconto così inteso si inserisce in ambito prevalentemente psicoterapeutico e all'interno di servizi orientati alla cura della salute mentale; il professionista è identificato con il terapeuta, il cliente con il paziente. Sono lavori in cui si forniscono linee-guida o si propongono criteri su come organizzare le formulazioni dei casi per il perseguimento di una prassi verificabile; gli interlocutori sono la comunità scientifica accademica, la comunità dei professionisti e i vari attori preposti alla certificazione dei servizi sanitari.

¹ Psicologa, Dottore di ricerca in Psicologia Clinica, Docente a contratto presso la Facoltà di Psicologia dell'Università "La Sapienza" di Roma.

² A tal proposito si veda l'articolo di Carli "Notazioni sul resoconto" pubblicato nel numero 2 del 2007 di questa rivista.

Nell'esplorare l'area della comunità professionale cui si rivolge la letteratura in esame ci siamo confrontati con la difficoltà di comprenderla, se non la si colloca all'interno del contesto socio-politico più ampio. Ci si sposta in contesti territoriali, come gli Stati Uniti o la Germania, che negli ultimi quaranta anni hanno attraversato radicali trasformazioni nell'organizzazione e nei modelli di finanziamento del sistema che si occupa della salute mentale. Da un sistema semplice ed unico si è passati ad uno caratterizzato da una molteplicità di professionisti che erogano servizi all'interno di organizzazioni complesse e spesso frammentate (Grob, 1991; Hadley, Schinnar, & Rothbard, 1991; Rothbard, Hadley, Schinnar, Morgan, & Whitehill, 1989; Schlesinger, 1986). Negli USA, da un ruolo centrale dello stato, si è passati sempre più ad una privatizzazione dei servizi orientati alla salute mentale e ad un coinvolgimento maggiore della comunità nella pianificazione dei servizi. Il cambiamento del sistema di gestione della salute ha radicalmente modificato i rapporti tra chi eroga servizi (health care providers), le assicurazioni (insurers) e gli acquirenti e utenti (consumers) dei prodotti della salute (Petermann & Müller, 2001). Il potere della decision-making nella pratica clinica si è spostato da chi eroga i servizi (providers) alle organizzazioni sanitarie, che hanno trasformato il sistema gratuito tradizionale in un sistema di rimborso retroattivo. Con l'aziendalizzazione del sistema sanitario, l'accesso agli specialisti e a chi eroga servizi per la salute mentale è regolato dai medici di base e dagli infermieri, che hanno una funzione di "portieri" (Petermann & Müller, 2001). In questo mutato contesto, altri attori assumono un ruolo di rilievo: le organizzazioni di consumatori fanno sentire la propria voce rispetto all'andamento del sistema, i gruppi e le associazioni di volontari cercano di influenzare le decisioni della politica sanitaria. Con il sistema delle Managed Care Organizations cresce il focus sul controllo della qualità dei servizi offerti dalle strutture e, parallelamente, l'attenzione sulla tutela dei diritti dei consumatori. Sempre più informazioni vengono monitorate con l'obiettivo di sviluppare la Total Quality Management (Forquer & Muse, 1996). I criteri di Certificazione della Qualità (Quality Assurance, QA), in coerenza con le indicazioni della International Organizations of Standardization (ISO, standard 9000), costituiti da una serie di norme e linee guida, delineano un sistema di gestione per la qualità pensato per monitorare i processi aziendali, indirizzandoli verso la soddisfazione del cliente. In quest'ottica è sempre il consumatore a decidere se il prodotto o servizio risponde agli standard attesi oppure no. La certificazione della qualità interessa tre livelli: livello strutturale, per esempio il sistema di salute mentale; il livello del processo, per esempio il trattamento di un paziente; il livello personale, per esempio il terapeuta come persona (Petermann & Müller, 2001). La concettualizzazione e formulazione del caso clinico concerne il livello del processo, rappresentando così un metodo di certificazione della qualità del trattamento nel campo della salute mentale. In tal senso rientra tra le "prassi controllate". Con questo termine si fa riferimento alla definizione e la descrizione del problema e della terapia, al monitoraggio e alla documentazione del processo sulla base del contratto terapeutico. Il concetto di prassi controllata nasce all'interno della tradizione del modello dello Scientist-Practitioner, in base al quale: "gli psicologi sono scienziati che valutano il proprio lavoro e le proprie teorie con rigore e professionisti che utilizzano il sapere acquisito con la ricerca sui comportamenti umani nei contesti sociali per permettere alle persone di risolvere le proprie disfunzioni psicologiche e migliorare le loro vite" (Kendall, Flannery-Schroeder & Ford, 1999, p. 331 in Petermann & Müller, 2001). La prassi controllata rappresenta, quindi, "un compromesso tra le esigenze di scientificità ed esattezza, considerate non realistiche nella pratica clinica, e l'intuito di molti clinici che: 'vogliono solo aiutare'" (Petermann & Müller, 2001, p. 2).

La concettualizzazione dei casi: i diversi approcci

Diversi Autori hanno cercato di definire la concettualizzazione del caso clinico. Di seguito riportiamo alcune delle definizioni messe a punto all'interno dell'area scientifica analizzata.

Nell'approccio comportamentale, la concettualizzazione del caso clinico: "è una raccolta integrata delle valutazioni cliniche rilevanti per il trattamento, è il link tra i dati di assessment e la definizione di programmi di trattamento personalizzati. E' l'integrazione tra le molteplici valutazioni rispetto ai problemi di comportamento del cliente e le loro cause" (Haynes, Leisen & Blaine, 1997, p. 335).

Oppure: “il termine formulazione di un caso clinico può essere definito come il processo di operazionalizzazione dei comportamenti target (che determinano la forma), di valutazione delle relazioni tra i comportamenti individuati e i fattori di potenziale controllo (che determinano la funzione) per ogni singolo cliente” (O’Brien, Collins & Kaplar, 2003 p. 164). L’accento è sui problemi di comportamento e sulle loro cause; la formulazione del caso clinico ha come principale obiettivo la pianificazione del trattamento comportamentale. Assumono grande rilievo le informazioni ritenute “valide”, ottenute in fase di assessment.

In queste definizioni non si fa riferimento ad una teoria sulla base della quale organizzare le informazioni; tale riferimento, invece, è presente *nell’ottica cognitivista e cognitivo-comportamentale*, in cui la concettualizzazione teorica orienta l’individuazione e l’esplicitazione dei rapporti causali tra gli eventi, i problemi e i fattori di mantenimento dei problemi. In questo caso l’enfasi è sui problemi del cliente in generale, e non solo sui problemi specificatamente comportamentali. L’obiettivo perseguito con la formulazione resta, come per gli orientamenti che abbiamo sintetizzato in precedenza, la scelta del trattamento da parte del terapeuta. Secondo Persons e Tompkins (1997), la concettualizzazione di un caso è caratterizzata da due livelli di analisi: uno del “caso”, l’altro della “situazione”. Nel primo livello di analisi si descrivono tutti i problemi del cliente, le loro interrelazioni, i meccanismi che li fondano e li spiegano. Nel secondo livello si esamina una sola particolare situazione problematica e si sviluppa un’ipotesi che possa spiegarla. Per Eells, Kendjelic e Lucas (1998) la formulazione di un caso è “un’ipotesi circa le cause, le conseguenze e la permanenza dei problemi psichici, interpersonali e comportamentali di una persona [...] e uno strumento per organizzare le complesse informazioni che riguardano una persona (Eells, 1998, p. 146) e supporta il terapeuta nella scelta dell’intervento; la formulazione è una struttura quindi che consente al terapeuta di capire meglio il cliente e di prevedere eventi e comportamenti che potrebbero interferire con la terapia (Stenhouse & Van Kessel, 2002). Ancora: “la formulazione di un caso intende descrivere i problemi che presenta una persona e utilizza una teoria per esplicitare deduzioni sulle cause e i fattori di persistenza che possono improntare l’intervento” (Kuyken *et al.*, 2005, p. 1188).

Le definizioni proposte si differenziano tra loro, pur presentando alcuni aspetti comuni. Innanzitutto la concettualizzazione del caso clinico concerne l’individuazione di problemi del cliente e permette di rilevare le cause e i fattori che influenzano tali problemi; la formulazione è di primaria importanza per raccogliere informazioni valide nella fase iniziale del trattamento e il suo obiettivo è la pianificazione del trattamento stesso. Inoltre, le definizioni collocano la concettualizzazione del caso esclusivamente all’interno del rapporto terapeutico e si focalizzano sull’individuo o sugli individui che richiedono un trattamento. Alla base delle definizioni analizzate vi è il paradigma cognitivista, che legge i problemi cognitivi, emotivi e comportamentali di un individuo in un’ottica causa-effetto e affida al terapeuta la funzione di rintracciare le cause di tali problemi. Coerentemente con questo orientamento, l’intervento psicologico è ancorato all’agire la relazione (non alla comprensione dell’agito che regge la relazione, come in altri approcci) ed è orientato all’eliminazione, laddove possibile, delle cause e dei fattori di mantenimento dei problemi.

La formulazione dei casi: i diversi modelli.

Secondo Hans Westmeyer (2003b) dell’Università di Berlino, il termine “formulazione di un caso” si riferisce sia al processo di formulazione di un caso, che all’esito di tale processo. La formulazione di un caso come processo, inoltre, può essere considerata da un punto di vista prescrittivo-normativo, oppure empirico. Il punto di vista prescrittivo-normativo concerne interrogativi del tipo: *come procedere nella stesura* di un caso per giungere ad una formulazione (intesa come esito) che soddisfi alcuni criteri di adeguatezza (per esempio validità, correttezza, utilità)? (De Bruyn, 1992, 2003; Westmeyer, 1975; 2003a; Westmeyer & Hageboeck, 1992).

Il punto di vista empirico concerne interrogativi del tipo: “come procedono realmente gli assessor psicologi nel formulare un caso? Come può essere modellizzato il processo di formulazione di un caso? E quali sono le condizioni che influenzano le formulazioni dei casi?” (Westmeyer, 2003b, p. 210). Di seguito discuteremo i modelli di formulazione di casi clinici trattati all’interno degli approcci teorici fin qui esaminati.

Tali modelli, in parte, propongono un punto di vista prescrittivo dei criteri da seguire per ottenere una formulazione ottimale del caso clinico e, in parte, assumono un punto di vista empirico. In alcuni, la formulazione del caso clinico è considerata un ponte tra pratica, teoria e ricerca, rappresentando una pietra miliare delle pratiche evidence-based della terapia cognitivo-comportamentale.

Il Functional Analytic Clinical Case Model (FACCM)

Il FACCM (Functional Analytic Clinical Case Model) è stato messo a punto da Haynes e il suo gruppo del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Hawaii in Manoa, USA. Per questi Autori, la formulazione di un caso clinico si inserisce nella tradizione della concettualizzazione della diagnosi comportamentale (Westmeyer, 2003a) e rappresenta "una complessa integrazione di molteplici valutazioni sui problemi di comportamento del cliente, degli obiettivi delle variabili causali e delle variabili che influenzano gli esiti del trattamento" (Haynes & Williams, 2003 p. 164).

Il modello nasce in campo comportamentale, all'interno dell'approccio funzionale proposto da Kanfer e Saslow (1965); tale approccio introduce l'analisi del comportamento considerando aspetti motivazionali ed evolutivi, come pure fattori ambientali e sociali concernenti la descrizione della persona e delle sue modalità di funzionamento. Più in particolare, il FACCM si fonda sull'Analisi Funzionale, una tecnica orientata all'identificazione delle relazioni causali funzionali più importanti e maggiormente controllabili tra specifici comportamenti di un individuo (Haynes & O'Brien, 2000; Haynes et al., 1993; O'Brien & Haynes, 1995). Si tratta fondamentalmente di un modello grafico-vettoriale che permette di illustrare e quantificare tutti gli elementi rilevanti relativi al cliente. Le informazioni riorganizzate con la formulazione del caso clinico possono provenire da ricerche empiriche, come pure da test, interviste, valutazioni cliniche. Una volta quantificate le componenti della valutazione clinica, il FACCM consente di individuare quei fattori che si considerano in relazione con i problemi comportamentali del cliente e di stimare la grandezza degli effetti delle variabili causali. I fattori vengono sistematizzati e quantificati, attraverso un sistema di coefficienti e di variabili calcolati dal clinico, in base alle loro interrelazioni, alla causalità preponderante, alla modificabilità, alla loro importanza e alle variabili moderatrici. Il FACCM fornisce una valutazione dei problemi comportamentali del cliente, delle loro interrelazioni e dei loro risvolti. Include le variabili che il clinico considera in connessione funzionale con i problemi comportamentali – la grandezza stimata, il tipo, la direzione delle relazioni - e la stima della modificabilità delle variabili causali (Haynes, Leisen & Blaine, 1997, p. 338). Tale formulazione rappresenta uno strumento per l'individuazione dei problemi di comportamento su cui soffermarsi al fine di definire il trattamento e per comprendere le variabili che in modo più significativo influenzano sia i problemi che gli esiti del trattamento stesso. La formulazione permette inoltre di selezionare le informazioni ritenute utili nei trattamenti e di individuare i trattamenti più adatti alle specifiche caratteristiche del cliente (vedi Haynes, 1998; Haynes & O'Brien, 2000; Westmeyer, 2003a; Haynes & Williams, 2003).

La funzione della formulazione del caso clinico con il FACCM è, quindi, quella di supportare la decisione del clinico nella scelta del trattamento e dei suoi obiettivi. Tale scelta sarà determinata dalla valutazione della modificabilità delle variabili causali.

Il clinico, per esempio, non sceglierà di orientare il trattamento su variabili causali storiche, genetiche o strutturali, ma deciderà di intervenire su aspetti modificabili. In quest'ottica le variabili causali non modificabili hanno spesso conseguenze modificabili; per esempio, un abuso sessuale infantile può essere un fattore causale di problemi dell'umore e di difficoltà coniugali. Anche se queste esperienze precoci non possono essere mutate, un clinico potrà essere in grado di modificare i postumi dell'esperienza che fungono da variabili causali, ad esempio i sentimenti di colpa che scaturiscono dall'abuso. La stima della modificabilità di una variabile causale viene rappresentata da un coefficiente compreso tra 0 e 1; 0 indica una variabile causale che non può essere modificata e 1 indica una variabile causale che è totalmente modificabile.

Le decisioni rispetto al trattamento possono essere prese dal clinico sulla base della valutazione complessiva delle stime fornite dalla formulazione del caso attraverso il FACCM. In questa decisione assume un peso rilevante la stima dell'importanza che il problema comportamentale ha per i clienti. Essa è ottenuta considerando la gravità del problema (per esempio, occasionale versus frequente, grave versus lieve), il suo grado di pericolosità per il paziente (per esempio, lo

sbattimento della testa versus i movimenti stereotipici nei bambini autistici), la pericolosità del problema per gli altri (per esempio, la violenza fisica versus comportamenti verbali critici), la possibilità di risultare angosciante per i pazienti stessi, o di interferire con la qualità della loro vita e con la loro felicità. A tutte queste stime il clinico attribuisce un valore numerico. Questi valori non sono rilevanti in quanto valori assoluti, ma in quanto consentono il confronto tra l'importanza attribuita ai diversi problemi e la valutazione della grandezza degli effetti stimati.

Il Case Conceptualization Diagram (CCD)

Il modello CCD (Diagramma per la Concettualizzazione di un Caso) nasce all'interno della prospettiva cognitivista. È stato messo a punto da A. T. Beck verso la metà degli anni '50, quindi sviluppato dalla figlia J.S. Beck. Il CCD utilizza la storia evolutiva dell'individuo e le situazioni considerate prototipiche, del tipo situazione-pensiero-emozione-comportamento, per permettere al terapeuta di formulare ipotesi su un nucleo di credenze, assunti disfunzionali e strategie compensatorie disadattive. Nella teoria cognitivista, le credenze chiave di un individuo influenzano lo sviluppo di una classe di credenze, che consistono in atteggiamenti, regole e assunti; influenzano la sua visione di una situazione che, a sua volta, influenza i suoi pensieri, sentimenti e comportamenti. In altre parole: "in una specifica situazione, le credenze implicite di una persona, influenzano la sua percezione, che è espressa attraverso i pensieri automatici. A loro volta, questi pensieri influenzano le sue emozioni. Andando oltre, i pensieri automatici, influenzano anche il comportamento e spesso portano ad una risposta psicologica" (Beck, 1997, p. 17). Il CCD mostra la relazione tra credenze centrali, quelle intermedie e i pensieri automatici in corso e aiuta ad organizzare la complessità e vastità di informazioni relative al cliente. Per massimizzarne l'utilità, il terapeuta si impegna ad individuare un numero ridotto di credenze implicite e di processi in grado di spiegare i comportamenti e i problemi del paziente (Persons, 1989).

Il CCD è formato da quattro quadranti in cui il clinico colloca le informazioni relative al cliente:

- Le informazioni rilevanti sull'infanzia. Vale a dire quelle informazioni che concernono eventi dell'infanzia del cliente ritenuti significativi, per es. il divorzio dei genitori, un abuso sessuale, o condizioni come povertà, discriminazione razziale etc. Oppure si tratta di informazioni "meno evidenti", per esempio la percezione di essere figli rifiutati, o di non essere all'altezza delle aspettative altrui.
- Le credenze chiave, vale a dire le credenze incondizionate su se stessi, il mondo e gli altri.
- Gli assunti, le credenze, le regole condizionate. Si tratta delle credenze intermedie, le regole, le attitudini o gli assunti impliciti che aiutano il paziente a fronteggiare le credenze centrali dolorose.
- Le strategie di compensazione o di coping, vale a dire le strategie che aiutano il paziente a fronteggiare le credenze centrali.

Nella concettualizzazione del diagramma, Beck J. (1995) suggerisce di partire dal basso, cioè dalla situazione, e di procedere verso l'alto per individuare i pensieri automatici stimolati dalla situazione stessa, ricercando il significato chiave di tali pensieri e infine indicando le reazioni emozionali e comportamentali del cliente. Il significato dei pensieri automatici innescati dalle diverse situazioni deve essere coerente con il quadrante delle credenze centrali. Per completare la rappresentazione, il terapeuta indica nel quadrante più in alto il modo in cui si sono originate le credenze centrali e la loro sussistenza. Secondo Beck (1995) è necessario che il CCD segua la stessa logica sia per il cliente che per il terapeuta e che venga continuamente aggiornato man mano che vengono raccolte altre informazioni. In quest'ottica gli interlocutori della concettualizzazione sono sia il terapeuta che il cliente; è ritenuto importante, infatti, che il terapeuta condivida la concettualizzazione con il cliente e la esplori con lui in un clima di grande collaborazione (Stenhouse & Van Kessel, 2002).

The Action Formulation: un'euristica per la formulazione del caso clinico

The Action Formulation (La Formulazione dell'Azione) è stata messa a punto da Shahar³ e Porcerelli⁴ (2006). Si fonda su una teoria dell'azione secondo la quale gli individui costruiscono attivamente il proprio ambiente e concorrono alla costruzione del proprio benessere generando fattori di rischio e fattori protettivi. L'obiettivo della TAF è di identificare tali azioni all'interno del processo di assessment del cliente. A tal fine la TAF si avvale di alcuni strumenti, tra cui interviste aperte e semi-strutturate, interviste con altri considerati significativi, questionari cosiddetti oggettivi e tecniche proiettive. Dal punto di vista pragmatico vengono proposte quattro linee guida per la formulazione di un caso clinico:

- Delineare l'ambiente sociale del cliente e il ruolo che esso gioca nella situazione attuale, focalizzandosi sulle risorse presenti nella sua vita quotidiana, sulle difficoltà interpersonali e sugli eventi positivi e negativi della sua vita. Gli Autori fanno riferimento a quanto dimostrato da alcune ricerche: c'è una correlazione "positiva" tra fattori sociali-interpersonali e l'origine, come pure l'evoluzione, di problemi fisici e mentali.
- Comprendere come gli individui influenzino il proprio ambiente. Dopo aver identificato le circostanze interpersonali da cui scaturisce la difficile situazione del cliente, il valutatore può cercare di capire la posizione assunta dal cliente in tali circostanze. Il focus a questo punto è sulle configurazioni psicopatologiche e di personalità che generano sia fattori di rischio personale, che i punti di forza che consentono il costruirsi di fattori interpersonali protettivi.
- Differenziare tra cicli interpersonali disadattivi e rischiosi e cicli adattivi e potenzialmente protettivi; numerosi studi, infatti (Wender, 1968; Shahar, 2006) dimostrano che sia i primi che i secondi possono creare dei circuiti di retroazione che accentuano sia i fattori di rischio che quelli di protezione.
- Adottare tecniche integrative per cortocircuitare i cicli rischiosi e sostenere quelli adattivi. La proposta degli Autori è di integrare tecniche psicodinamiche e delle relazioni oggettuali con tecniche cognitivo-comportamentali. In tal senso, l'applicazione della TAF aiuterebbe i clinici nella scelta delle tecniche psicodinamiche e cognitivo-comportamentali più efficaci.

Per gli Autori della TAF, in conclusione, la stesura del caso clinico è rivolta sia ai terapeuti che ai loro pazienti. Secondo tale ottica, considerare i pazienti come interlocutori consente in primo luogo di aiutarli a capire come generino attivamente, anche se inconsapevolmente, conflitti e stress e come non riescano a produrre scambi interpersonali positivi; in secondo luogo, fa sì che i pazienti possano ricercare i modi con cui potenziare le proprie competenze sociali, generando eventi di vita positivi (Shahar & Porcerelli, 2006).

4. Il modello CB

Nell'*Handbook of Psychotherapy case formulation* di Ells (1997), Persons⁵ e Tompkins⁶ sostengono che la formulazione del caso clinico nella terapia cognitivo-comportamentale (CB, Cognitive-Behavioral) consente di realizzare la verifica delle ipotesi nel lavoro clinico. Tale approccio consta di tre elementi chiave: la valutazione, la formulazione e l'intervento. L'informazione ottenuta nella valutazione è utilizzata per sviluppare una formulazione, vale a dire un'ipotesi rispetto alle cause dei disturbi e dei problemi del paziente; tale ipotesi è utilizzata come base per l'intervento. Via via che il trattamento procede, il terapeuta ritorna continuamente alla fase di valutazione, raccoglie informazioni per revisionare il processo e avanzare con la terapia e utilizza queste informazioni per rivedere, all'occorrenza, la formulazione e l'intervento. Gli Autori partono dai modelli TAF e CCD per poi definire un proprio metodo, che fa riferimento al sistema diagnostico del DSM IV. Il metodo proposto enfatizza l'uso delle formulazioni nomotetiche evidence-based (per es. le leggi generali sul funzionamento degli individui) per lo sviluppo di formulazioni idiografiche (teorie applicabili ad

³ Università di Ben-Gurion di Negev, Israele, e Università di Yale, New Haven, Connecticut.

⁴ Scuola di Medicina dell'Università di Stato Wayne, Detroit, Michigan

⁵ Direttore del San Francisco Bay Area Center for Cognitive Therapy di San Francisco; Professore associato in psicologia clinica presso il Dipartimento di Psichiatria Università della California, San Francisco.

⁶ Direttore della formazione professionale del San Francisco Bay Area Center for Cognitive Therapy di San Francisco; ricercatore di psicologia clinica presso il Dipartimento di Psicologia, Università della California, Berkeley

uno specifico caso) (Persons & Tompkins, 1997). La formulazione del caso clinico CB deve avere diverse caratteristiche:

- l'utilità per il trattamento, vale a dire che contribuisce all'efficacia del trattamento;
- la parsimonia, nel senso che fornisce una quantità di informazioni minima, ma essenziale all'efficacia del trattamento;
- l'essere evidence-based, nel senso che attribuisce alto valore alle informazioni provenienti da situazioni sperimentali e dall'uso di strumenti di misurazione oggettivi.

La formulazione concerne differenti livelli, che vanno dalla descrizione del sintomo a quella dei problemi o disturbi, per giungere infine al caso. Gli Autori fanno riferimento a difficoltà manifeste che il paziente ha sia sotto forma di sintomi psicologici/psichiatrici, sia come problemi interpersonali, lavorativi, scolastici, medici, finanziari, legali etc. Fondamentale per la formulazione è la conoscenza da parte del terapeuta di tutti i problemi e la comprensione delle interrelazioni tra loro. Il cuore della formulazione del caso è la descrizione dei meccanismi che stanno causando o favorendo i problemi del paziente; i meccanismi possono essere sia psicologici (favoriti dalla CB) sia biologici; successivamente si descrivono i fattori causali più reconditi.

Gli Autori indicano step-by-step le operazioni da fare per organizzare il caso. Le indichiamo di seguito, rinviamo al loro lavoro per un'analisi più accurata:

- Ottenere una lista completa di problemi.
- Formulare una diagnosi secondo i cinque assi del DSM.
- Scegliere una diagnosi di "ancoraggio", individuando la diagnosi che permette di rendere conto della maggior parte dei problemi indicati nella lista.
- Selezionare una formulazione nomotetica da utilizzare come modello per la formulazione del caso idiografico; se questo non fosse possibile, gli Autori suggeriscono alcune procedure alternative.
- Individualizzare il modello nomotetico, raccogliendo dettagli sugli aspetti somatici, cognitivi ed emotivi che caratterizzano i problemi del paziente.
- Proporre un'ipotesi rispetto ai meccanismi di origine.
- Descrivere l'episodio di malattia o di intensificazione del sintomo.

The Linchpin⁷ concept di Bergner

La formulazione di un caso basata sul concetto di "fulcro" è stata ideata da Raymond Bergner⁸ (1998) e si colloca all'interno di una cornice concettuale nota come Psicologia Descrittiva. Secondo l'Autore, la valutazione clinica culmina idealmente nella costruzione di un caso, fondato empiricamente, che sia in grado di riassumere tutti i fatti chiave intorno a un "fulcro". In quest'ottica la concettualizzazione di un caso clinico dovrebbe fornire un'organizzazione dei *fatti* non solo integrando tutte le informazioni ottenute, ma portando alla identificazione del nucleo centrale della situazione problematica su cui si interviene. Gli obiettivi dichiarati sono sempre quelli di aiutare il clinico e il cliente nella scelta di un focus terapeutico, nell'identificazione di un obiettivo, e nella realizzazione dell'intervento. Grazie a tale formulazione l'intervento clinico si focalizza su quello specifico fattore che, implementato, influisce positivamente sui problemi del cliente. Secondo l'Autore riconoscere l'esistenza di fattori-fulcro non contraddice la teoria che attribuisce molteplici cause ai problemi umani, sostenendo che i problemi non possano essere spiegati da un unico fattore. Il concetto di "fulcro" assume la valenza di "sentiero comune" (Bergner, 1998 p. 290); metaforicamente, rappresenta ciò che tiene insieme le cause e le loro attuali conseguenze. La sua eliminazione, quindi, potrebbe portare a catastrofi (Bergner, 1998).

Per l'Autore le caratteristiche della formulazione ottimale di un caso clinico sono tre:

Organizzare i fatti attorno a un fulcro.

Il lavoro clinico consiste nell'"organizzare l'amalgama di dati forniti dal cliente all'interno di una unità cognitiva utilizzabile" (Bergner, 1998 p. 289); perciò è necessario separare ciò che è rilevante da ciò che non lo è, distinguere le cause dagli effetti, individuare tra le informazioni nesi che il cliente non aveva considerato, trovare il fulcro entro la complessità cognitiva, sottolineando quel

⁷ Letteralmente il linchpin è l'acciarino, la bietta che fissa la ruota al mozzo.

⁸ Professore di Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia, Illinois State University

fattore che organizza tutta l'informazione ottenuta e individuando il nocciolo delle difficoltà del cliente. L'individuazione della fonte organizzante tutte le difficoltà del cliente avrà lo status di un'ipotesi empirica la cui adeguatezza sarà determinata dal grado di adattabilità a tutti i fatti del caso e dall'efficacia terapeutica.

Individuare i fattori trattabili con l'intervento.

E' possibile che il caso sia costruito intorno ad un fulcro in modo sostanzialmente verosimile, ma non sufficientemente utile dal punto di vista terapeutico, quando nella formulazione tutti i fatti vengono ricondotti ad esperienze del passato del cliente, o a tratti generali di personalità, o a disturbi mentali, o comunque ad aspetti generali non trattabili. In questo caso i fatti e le descrizioni, pur importanti, possono non essere determinanti per la persistenza dello stato disfunzionale del cliente e non sono direttamente riconducibili all'intervento terapeutico.

La formulazione del caso clinico rappresenta il momento finale dell'assessment e dovrebbe portare alla identificazione di quei fattori che, al momento della stesura, determinano il problema e fondano un'azione terapeutica efficace; tale formulazione guida il terapeuta nella scelta del trattamento che ha maggiore probabilità di successo.

Favorire l'utilizzo del caso da parte del cliente.

La condivisione con il cliente della formulazione permette a quest'ultimo di organizzare un pensiero sui propri problemi. Inizialmente il cliente può identificare un fattore centrale, in un secondo momento può cogliere in questo fattore il punto focale sul quale convogliare le proprie strategie di cambiamento. La formulazione del caso clinico, se ben realizzata, pone il paziente in una posizione di potere: egli non percepisce i propri problemi come qualcosa di incomprensibile o incontrollabile (come la propria storia individuale, le caratteristiche di personalità, i disturbi mentali), ma come qualcosa che sta facendo o pensando e che quindi può, in linea di principio, smettere di fare o pensare.

L'Autore propone alcuni accorgimenti da seguire nella formulazione corretta di un caso clinico, sottolineando l'importanza della competenza clinica rispetto al seguire una serie di procedure.

Il primo passo nella stesura di un caso consiste nell'accertarsi accuratamente dei fatti. Il modo di procedere del clinico, in quest'ottica, dovrebbe ispirarsi al "modello del detective", che "prima determina la precisa natura del crimine da risolvere e dopo la utilizza come una guida per determinare quali prove sono rilevanti e quali no" (pag. 297). Il clinico inizierà in questo modo a costruirsi un quadro chiaro delle questioni che via via verranno messe in evidenza, mentre nell'assessment le informazioni da ricercare sono determinate a priori. Una volta costruito un quadro sufficientemente chiaro, le informazioni ottenute vanno organizzate in un resoconto⁹ esplicativo. A questo punto è possibile perseguire due linee di azione: la prima è di lasciar stare i dettagli e cercare un pattern ampio (Ossorio, 1976 in Bergner, 1998), la seconda è di ricondurre i fatti a forme esplicative note, come le più importanti teorie psicologiche.

Un ultimo passo consiste nel chiedersi, da parte del terapeuta, se la formulazione sia coerente con i fatti osservati, esaustiva, confacente con la teoria che li spiega, ed infine prescrittiva di interventi che abbiano una buona prospettiva di successo. Se uno solo di questi aspetti venisse ritenuto insoddisfacente la formulazione andrà revisionata, in caso contrario si può procedere alla sua implementazione attraverso gli interventi clinici.

Conclusioni

Nei modelli discussi l'interlocutore della concettualizzazione del caso clinico è prevalentemente il clinico stesso, clinico che può trarre dalla sua stesura una guida per la propria prassi e per le decisioni da prendere. Spesso si individua tra gli interlocutori anche il cliente, nell'ipotesi che questi possa essere facilitato dalla lettura del suo caso, e possa focalizzare le proprie risorse sui punti che il clinico ritiene cruciali. Il caso è uno strumento di analisi dei problemi dell'individuo e di previsione/quantificazione degli effetti dei possibili trattamenti. Non ha una funzione di esplicazione di una storia o di una teoria, né di una tecnica di trattamento. Coerentemente con le definizioni, nei modelli discussi il caso clinico è incentrato sul "là e allora" della storia personale del cliente, sull'ambiente da cui proviene e sui rapporti che ha avuto nella vita. Non vi sono riferimenti

⁹ account

al rapporto clinico entro cui le informazioni sono raccolte, né contiene informazioni sul “qui ed ora” della relazione tra psicologo e cliente, se non nella misura in cui ciò che accade nel rapporto terapeutico inizia a far parte della storia del cliente stesso. Ciò vuol dire che possono essere riportati episodi che hanno luogo all'interno del setting terapeutico, se il terapeuta li ritiene indicatori di pattern comportamentali del cliente.

Se si tiene a mente l'organizzazione del sistema sanitario di cui si parlava all'inizio, si può ipotizzare che tra gli interlocutori della concettualizzazione di un caso clinico, oltre a quelli esplicitamente menzionati, ci siano interlocutori *esterni* al rapporto terapeutico, con funzioni di controllo, monitoraggio e tutela, a cui “rendere conto” della prassi attivata. Si tratta degli enti che certificano la qualità, delle assicurazioni che devono decidere se rimborsare il trattamento oppure no, e dei “consumatori” che valutano un servizio erogato. In quest'ottica, la concettualizzazione del caso clinico assume una funzione di documentazione e giustificazione della prassi messa in atto dai clinici; ciò equivale a dire che acquista un senso all'interno di altri rapporti, piuttosto che nel rapporto tra clinico e cliente. L'intento degli Autori è di proporre modalità per “standardizzare” e uniformare la struttura del caso clinico e, contemporaneamente, di trattare il più possibile le specificità di ogni singolo cliente, superando i limiti dei trattamenti standardizzati. Ciò è ottenuto con l'operazionalizzazione di una situazione individuale attraverso teorie, o con la sintesi “criteriata”, operazione spesso indicata come formulazione individualizzata di un caso clinico.

Fare riferimento alla standardizzazione e alla quantificazione/previsione degli effetti del trattamento permette, nell'ottica degli Autori, di ridurre la discrezionalità del professionista e i margini di errore. Alcuni, per sottolineare l'importanza di questo aspetto, fanno riferimento ai casi in cui il cliente si trova in situazioni di rischio per la propria vita (tentativi di suicidio) o per la propria incolumità (atti auto-lesionisti). Come si vede, un aspetto che sembra ribadire la funzione di legittimazione della specifica prassi psicologica adottata a fronte del rischio che essa sia attaccata.

Bibliografia

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: Meridian.

Beck J.S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.

Bergner R. (1998). Characteristics of an optimal clinical case formulations. The Linchpin Concept. *American Journal of Psychotherapy*, 52, 287-300.

De Bruyn, E.E.E.J. (1992). A normative-perspective view on clinical psychodiagnostic decision-making. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 163-171.

De Bruyn, E.E.E.J. (2003). Assessment process. In R. Fernandez-Ballesteros (Ed.). *Encyclopedia of psychological assessment* (Vol.1, pp.93-97). London: Sage Publication Inc.

Eells (1997) (Ed.). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford Press.

Eells T.D. (1997). Psychotherapy case formulation: history and current status. In *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. (Eds). Eells T.D. New York: Guilford, 1-25.

Eells T.D ., Kendjelic E .M ., Lucas C .P. (1998) What's in a Case Formulation? Development and Use of a Content. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(2), 144-153.

Forquer, S. L., & Muse, L. C. (1996). Continuous quality improvement: theory and tools for the 1990's. In B. L. Levin and J. Petrilá (Eds.), *Mental health services: A public health perspective*. New York: Oxford University Press.

Grob G.N. (1991). *From Asylum to Community: Mental Health Policy in Modern America*. Princeton NJ: Princeton University Press.

Hadley, T. R., Schinnar, A., & Rothbard, A. (1991). Managed care in the public sector. In S. Feldman (Ed.), *Managed care*. New York, NY: Thomas & Co.

- Haynes S. N., Williams A. E., (2003). Case formulation and design of behavioral treatment programs. Matching treatment mechanisms to causal variables for behavior problems. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3),164-174.
- Haynes S. N., O'Brien, W.O. (2000). *Principles of behavior behavioral assessment: a functional approach to psychological assessment*. New York: Plenum/Kluwer.
- Haynes, S. N. (1998). The assessment-treatment relationship and functional analysis in behavior therapy. *European Journal of Psychological Assessment*, 14, 26-34.
- Haynes S. N., Leisen M. B., Blaine D. D., (1997). Design of Individualized Behavioral Treatment Programs Using Functional Analytic Clinical Case Models. *Psychological Assessment*, 9(4), 334-348.
- Haynes S. N., Spain H., Oliveira J. (1993). Identifying causal relationship in clinical assessment. *Psychological Assessment*, 5, 281-291.
- Kendall P.C., Flannery-Schroeder E., Ford J. (1999). Therapy outcome research methods. In Kendall P.C., Buthcer J.N., Hombeck G.N. (Eds). *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. New York: Wiley.
- Kuyken, W., Fothergill, C.D., Musa, M., Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1187-1201.
- O'Brien W.H., Collins A., Kaplar M., (2003). Case formulation. In Fernandez-Ballesteros R. (Ed), *Encyclopedia of psychological assesment*, 2, 1008-1011. London: Sage.
- O'Brien, W. H., & Haynes, S. N. (1995). A functional analytic approach to the conceptualization, assessment and treatment of a child with frequent migraine headaches. *In Session*, 1, 65-80.
- Ossorio P. (1978). *What actually happens. The representation of real-world phenomena*. Columbia, SC: University of South Carolina Press.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice. A case formulation approach*. New York: Norton.
- Persons, J. B., & Tompkins, M. A. (1997). Cognitive-behavioral case formulation. In T. D. Eells (Ed.). *Handbook of psychotherapy case formulation*, 290-316. New York: Guilford Press.
- Petermann F., Müller J. (2001). *Clinical Psychology and single case evidence. A practical approach to treatment planning and evaluation*. LTD: John Wiley & Sons.
- Rothbard A. B., Hadley T. R., Schinnar A. P., Morgan D., Whitehill B. (1989). *Philadelphia's Capitation Plan for Mental Health Services*. *Hosp Community Psychiatry*, 40, 356-358.
- Schlesinger, M. (1986). On the limits of expanding health care reform: Chronic care in prepaid settings. *The Milbank Quarterly*, 64(2), 189-215.
- Stenhouse L., Van Kessel K., (2002). Cognitive Therapy and Dialectical Behaviour Therapy: An Integrative Approach to the Conceptualization of Borderline Personality Disorder. *New Zealand Journal of Psychology*, 31.
- Westmeyer, H. (2003b). On the structure of case formulations. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3), 210-216.
- Westmeyer, H. (2003a). Clinical case formulation: Introduction to the special issue. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3), 161-163.
- Westmeyer H., & Hageboeck J., (1992). Computer-assisted assessment: a normative perspective. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 1-16.
- Westmeyer, H. (1975). The diagnostic process as a statistical-causal analysis. *Theory and decision*, 6, 57-86.