

La formulazione del caso: schema per la presentazione dei casi clinici e per la supervisione

Francesco Mancini e Claudia Perdighe

La formulazione del caso ha lo scopo di descrivere i problemi presentati da un paziente e di fare inferenze, sulla base di una teoria, circa le sue cause e i suoi fattori di mantenimento al fine di progettare gli interventi psicoterapici (Kuyen et al, 2005).

Saper formulare un caso clinico, dunque, è peculiare del lavoro dello psicoterapeuta e fa parte delle competenze di base che devono essere garantite dal training, dal momento che solo una buona formulazione del caso (FC) consente la pianificazione di un trattamento strategicamente orientato, ovvero che non sia fatto di interventi casuali o per prova ed errori. Ne consegue che una buona concettualizzazione del caso contribuisce all'efficacia del trattamento ed accompagna il terapeuta durante tutte le fasi della terapia.

La relazione tra FC e qualità della pratica clinica, oltre ad essere intuitiva, è stata ampiamente indagata in numerosi studi dai quali, tra l'altro, è emerso che: migliora gli esiti (Silberschatz et al, 1986), facilita il trattamento dei casi difficili (Persons, 1992a; Malatesta, 1990), favorisce la stabilità del cambiamento (Jacobson et al., 1989), migliora il trattamento della depressione in comorbidità con altri disturbi (Persons, et al., 1995). Come messo in luce da Kuyen et al. (2005) la formulazione del caso è la pietra miliare della terapia evidence-based.

Lo schema di presentazione del caso presentato in questo documento è l'esito di una sintesi tra il lavoro di Kendjelic ed Eells (2007) e un lavoro fatto da alcuni colleghi di Verona (Baldini, Nisi, Pagliarani e Prunetti, 2009) sui criteri di una buona presentazione di un caso.

Kendjelic ed Eells (2007), sulla base di un'ampia disamina della letteratura e di un loro studio sull'efficacia dell'addestramento alla FC nei training, hanno individuato le componenti di una buona FC, ovvero quelli che sembrano essere gli ingredienti minimi necessarie per una FC efficace sia in termini di comprensione del paziente che di progettazione del trattamento. Si tratta di un modello definito a Componenti Generiche, ovvero trasversale ai diversi orientamenti teorici e approcci psicoterapeutici (dalla terapia cognitiva, a terapie relazionali, a terapie a orientamento dinamico).

I colleghi di Verona (Baldini, Nisi, Pagliarani e Prunetti, 2009), invece, hanno individuato una serie di criteri di valutazione dei casi procedendo in questo modo: sono stati esaminati, da ciascun didatta

¹ I termini FC e presentazione dei casi non sono intercambiabili. Per schema di presentazione dei casi, utile per la supervisione e per l'esame finale, si intende qualcosa di più ampio, ovvero la FC, più la descrizione del trattamento e di tutte le informazioni utili alla comprensione del caso e del trattamento applicato.

indipendentemente, un caso clinico valutato, in sede di esame, di alta qualità e un caso valutato di bassa qualità; ciascuno aveva il compito di individuare le variabili su cui si basava la valutazione. È emersa una quasi totale convergenza su poche variabili, ovvero tutti i didatti hanno sostanzialmente considerato gli stessi aspetti per valutare la qualità del caso; inoltre, queste variabili, erano sostanzialmente sovrapponibili a quelle descritte da Kendjelic ed Eells (2007).

Dai due lavori emerge uno schema di FC che ci sembra avere due meriti: è “generico”, ovvero trasversale ai diversi orientamenti, aspetto che consente di rispettare le diverse “modulazioni” della psicoterapia cognitiva e cognitivo-comportamentale insegnata nelle nostre scuole; è sostanzialmente già totalmente sovrapponibile allo schema di FC a cui vengono già addestrati gli allievi in una buona parte dei nostri training. Un terzo merito aggiuntivo risiede nel fatto che utilizziamo le stesse componenti di FC usate nelle ricerche sulla qualità e affidabilità della FC e dei trattamenti conseguenti (per un’ampia disamina della letteratura sul tema si veda il lavoro di Baietta, Morini, Pelaia e Scolaro C. “La formulazione del caso: definizioni, obiettivi, metodi e “effetti sull’esito”).

Lo schema presentato in questo documento riguarda solo la formulazione del caso e non è uno schema di presentazione completa dei casi clinici ai fini dell’esame finale; contiene la parte di formulazione del caso, ma non sono incluse le componenti riguardanti la descrizione del trattamento. Con questo schema, si vogliono mettere in luce le componenti cruciali per la qualità della formulazione del caso (dando per implicito che da una buona formulazione del caso, derivano direttamente le scelte strategiche e le tecniche del trattamento).

Lo schema non comprende tutte le possibili componenti utili, ma solo le componenti sufficienti e necessarie per una buona FC; a partire da queste ogni terapeuta arricchirà la presentazione con le componenti ritenute utili sulla base delle caratteristiche del paziente o dell’approccio teorico di riferimento.

Schema di Formulazione del Caso

A. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA, O DEI PROBLEMI, DEL PAZIENTE NEGLI ASPETTI QUANTITATIVI (intensità e frequenza, ad esempio quante volte al mese il paziente ha un attacco di panico, quanti evitamenti mette in atto) E QUALITATIVI ED EVENTUALI INTERAZIONI TRA DI LORO (che siano o meno inquadrabili come disturbo).

In questo punto è compresa anche la formulazione di una diagnosi (ove possibile) una diagnosi secondo gli attuali criteri di classificazione dei disturbi mentali utilizzando, quindi, come riferimento il DSM IV R o l’ICD 10 e una VGF (o comunque indicazioni sul funzionamento globale).

B. PROFILO INTERNO DEL DISTURBO

▪ Domande guida:²

Quali sono le variabili indipendenti che regolano la sintomatologia presentata? Ad esempio, per un terapeuta cognitivista, quali sono gli stati mentali, le credenze, gli scopi che rendono ragione del funzionamento del problema presentato? Per un terapeuta più comportamentista, quali sono le relazioni funzionali che spiegano il problema presentato?

² Le domande guida sono solo esemplificative della componente che si vuole esplorare. Non pretendono di essere in nessun modo esaustive.

In terapia cognitiva questo si traduce generalmente nella ricostruzione degli ABC, o sequenza dei pensieri di disfunzionali di Beck o, anche, per esempio i CEPA.

C. FATTORI E PROCESSI DI MANTENIMENTO

- Descrivere tutti i fattori che contribuiscono al mantenimento e all'aggravamento del disturbo, o che comunque ostacolano una risoluzione spontanea, ovvero i processi ricorsivi intrapsichici o interpersonali.
- Domande guida:²
Cosa impedisce una remissione spontanea? Quali processi o meccanismi (individuali e/o interpersonali) che prevengono la risoluzione del problema e della sofferenza del paziente? In che modo eventuali tentativi di soluzione alimentano il problema? In che modo le reazioni e i cicli interpersonali contribuiscono alla stabilizzazione del disturbo?

C. SCOMPENSO

- Descrivere cosa è accaduto nella vita del paziente che ha mandato in crisi (o aggravato) il precedente funzionamento psicologico.
- Domande guida:²
Quali condizioni di vita presenti al momento dell'esordio hanno favorito l'esordio del problema?
Quali variabili psicologiche sono state alterate dagli eventi scompensanti? Quale significato hanno avuto per il soggetto?

E. VULNERABILITÀ

Sulla base della storia di vita si possono fare ipotesi, da sottoporre a verifica (es. chiedendo al pz chiarificazioni, ulteriori esempi, ecc.) sui fattori predisponenti allo scompenso e al disturbo presentato: esperienze di vita, eventi, rapporti significativi, fattori interni, quali ad esempio temperamento o condizioni di salute, che possono mediare l'effetto delle esperienze. Lo scopo non è la dettagliata descrizione della storia di vita ma solo degli elementi plausibilmente associati allo sviluppo dello specifico problema presentato e, anche, dei fattori che rendono il paziente vulnerabile a ulteriori ricadute del disturbo.

- Vulnerabilità storica: Quali elementi della storia di vita del paziente hanno favorito la nascita, l'insorgenza del problema? Nella storia di vita è possibile rintracciare la costruzione delle variabili che regolano il soggetto? E' possibile rintracciare le esperienze e i fattori predisponenti allo specifico disturbo/problema presentato?
- Vulnerabilità attuale: che cosa c'è oggi che nella mente del paziente (es. anxiety sensitivy) o nel suo ambiente (es. crisi coniugale) che lo rende vulnerabile a una ricaduta nel disturbo?

Conclusioni

Le componenti della FC descritte, come già sottolineato, sono quelle sufficienti e necessarie per una buona presentazione del caso; non vogliono esaurire tutti gli aspetti potenzialmente utili ai fini della presentazione del caso. Per esempio a queste possono essere aggiunte:

- la più o meno dettagliata descrizione della storia di vita e delle relazioni di attaccamento
- la descrizione della valutazione psicodiagnostica
- le risorse del paziente e i punti di forza
- valutazioni conclusive sull'andamento della terapia e sull'agire del terapeuta (in particolare ove non siano stati raggiunti i risultati, per esempio, può essere interessante una analisi della ipotesi di spiegazione del fallimento).

Concludendo, lo scopo dello schema sotto presentato è da un lato migliorare e uniformare la FC a cui gli allievi delle scuole APC e SPC vengono addestrati, dall'altro facilitare una valutazione della qualità delle presentazioni dei casi clinici in corso di formazione (supervisioni) e in sede d'esame finale nel rispetto delle diverse anime della TC.

Detto in altri termini: si vuole che la FC sia uno strumento di ragionamento clinico e che, dunque, consenta di valutare la capacità di ragionamento; il problema non è cosa l'allievo risponde alla domanda: da cosa dipende il disturbo del paziente? O, cosa regola i suoi sintomi? Il punto cruciale, per la qualità della terapia, è che il terapeuta-allievo si ponga il problema e fornisca una risposta, coerente con l'approccio teorico di riferimento.

Bibliografia

Baldini F., Nisi A., Pagliarani L. & Prunetti E. (2009). L'insegnamento della formulazione del caso in psicoterapia. *III Forum sulla Formazione in Psicoterapia*. Relazione presentata il 27 marzo ad Assisi.

Baietta F., Morini L., Pelaia L. & Scolaro C. (2009). La formulazione del caso: definizioni, obiettivi, metodi e "effetti sull'esito". *Tesina frutto di un project di Verona, coordinato da C. Perdighe e in corso di pubblicazione sul sito della rivista Psicoterapeuti in-Formazione*.

Barcaccia B (2008). *Introduzione al Colloquio Clinico*. In Perdighe e Mancini (2008) *Elementi di Psicoterapia Cognitiva*. Fioriti Editore, Roma, pp.23-31.

Jacobson, N. S., Schmalings, K. B., Holtzworthmunroe, A., Katt, J. L., Wood, L. F., & Follette, V. M. (1989). Research-structured vs. clinically flexible versions of social learning-based marital therapy. *Behavior Research and Therapy*, 27, 173-180.

Kendjelic, E. M., & Eells, T. D. (2007). Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (1), 66-77.

Kuyen W., Fothergill C.D., Musa M., Chadwick P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, pp. 1187-01.

Malatesta, V. J. (1990). Behavioral case formulation: An experimental assessment study of transient tic disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12, 219-232.

Mancini, F. e Barcaccia, B. (2009) *La diagnosi in psicoterapia cognitiva*. In Dazzi, Lingiardi e Gazzillo (a cura di) *La diagnosi in psicologia clinica: personalità e patologia* (2009). Raffaello Cortina, Milano

Persons, J. B. (1992a). A case formulation approach to cognitive-behavior therapy: Application to panic disorder. *Psychiatric Annals*, 22, 470-473.

Persons, J. B., Bostrom, A., & Bertagnolli, A. (1995). Clinically significant change in patients treated with cognitive-behavior therapy for depression in a private practice setting. Paper presented at Society for Psychotherapy Research, Vancouver, British Columbia, Canada.

Scolaro C., Baietta F., Morini L. & Pelaia L. (2009). La formulazione del caso: definizioni, obiettivi, metodi e "effetti sull'esito". *III Forum sulla Formazione in Psicoterapia*. Relazione presentata il 27 marzo ad Assisi.

Silberschatz, G., Fretter, P. B., & Curtis, J. T. (1986). How do interpretations influence the process of therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 646-652.