

## L'approccio clinimetrico in psicologia clinica

di Elena Tomba, Giovanni Andrea Fava<sup>o</sup>

### *Introduzione*

Il processo di valutazione in psicologia clinica almeno inizialmente non includeva la quantificazione obiettiva e riproducibile degli aspetti psicopatologici. Descrizioni acute ed interessanti ma caratterizzate da estrema variabilità individuale contraddistinguevano lo stile di comunicare sui fenomeni psicopatologici tra clinici e ricercatori (Faravelli, 2004). E' solo tra la fine degli anni '50 e l'inizio degli anni '60 che va affiorando, in psicologia clinica, il bisogno di sviluppare strumenti di misurazione obiettivi e standardizzati sia di gravità che di cambiamento dello stato psicologico come reazione all'atteggiamento prevalente in quegli anni, che, ispirato dalla fenomenologia e dalla psicoanalisi, caldeggiava la mancanza di riproducibilità come principio basilare nella studio della psicopatologia (ibidem). E' da allora che la psicologia clinica moderna enfatizza l'importanza dell'uso di strumenti di misurazione e di valutazione che si fondino sui principi di validità ed attendibilità. In questo suo proposito, la ricerca si è così adagiata sul terreno scivoloso della teoria psicometrica (Bech, 1993). Lo sviluppo della psicometria, infatti, ha avuto luogo al di fuori del campo clinico, soprattutto nelle aree educative e sociali (Rust & Golombok, 1989). Dal momento quindi che i fenomeni da osservare nello sviluppo dei principi psicometrici non erano propriamente clinici, non stupisce apprendere che essi non potevano essere automaticamente adattabili in psicologia clinica senza crearvi limiti e problematiche (Fava, Ruini, & Rafanelli, 2004).

In questo lavoro verranno discusse le inadeguatezze del modello psicometrico in psicologia clinica e verrà sottolineata l'esigenza di una sua integrazione con un'ulteriore cornice teorica, la clinimetria.

### *Le inadeguatezze del modello psicometrico*

Già Shapiro (1951) sottolineava le difficoltà metodologiche nell'applicazione dei principi psicometrici ai test diagnostici psicologici. Kellner (1971, 1972) nei primi anni settanta, descrisse i problemi psicometrici relativi alla valutazione delle modificazioni del disagio psicologico.

La capacità di percepire i cambiamenti di gravità della sintomatologia durante il decorso di un disturbo psicologico, è un requisito fondamentale perché una scala di valutazione sia definita valida da un punto di vista clinico. Tuttavia, molti strumenti di valutazione clinica sono dotati di validità e attendibilità psicometrica ma mancano di sensibilità alla rilevazione del cambiamento. La capacità di una scala di auto od etero-valutazione nel discriminare tra gruppi di pazienti sofferenti della stessa diagnosi clinica (es: pazienti depressi ospedalizzati e ambulatoriali) è stata definita da Kellner come sensibilità (1992). Questo concetto è particolarmente importante quando gli effetti del trattamento sono lievi e nella valutazione dei sintomi sottosoglia o sub-clinici (Fava, 1996).

La teoria psicometrica appare essere ulteriormente inadeguata nel setting della psicologia clinica a causa della sua costata ricerca di omogeneità dei costrutti misurati.

L'omogeneità delle componenti, misurata da test statistici come l'alfa di Cronbach, è spesso vista come il requisito più importante per una scala di valutazione. Tuttavia, questa ricerca dell'omogeneità statistica può oscurare la capacità di rilevamento del cambiamento dello stato psicologico del test, riducendone la sua sensibilità.

In altre parole, la natura ridondante degli item di una scala può certo aumentare l'alfa di Cronbach, ma diminuire la sensibilità. In psicometria, un'alta correlazione è spesso considerata prova che due scale

---

<sup>o</sup> Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Bologna Università di Bologna, Viale Berti Pichat 5, 40127 Bologna, Italy. e-mail: [giovanniandrea.fava@unibo.it](mailto:giovanniandrea.fava@unibo.it)

misurano lo stesso fattore, ma non una sensibilità simile (Wright, & Feinstein, 1992). Due scale, infatti, possono condividere un contenuto comune che garantisce una correlazione molto positiva, ma gli items che non sono condivisi da entrambi possono essere importanti per determinare una diversa sensibilità (Kellner, 1992). Quando si costruisce una nuova scala sulla base dell'analisi degli items, alcune delle variabili essenziali che sono sensibili al cambiamento possono essere marginalizzate oppure non incluse (Carroll, Fielding, & Blashki, 1973).

L'Hamilton Depression Scale (HAM-D) (Hamilton, 1967) è un esempio di strumento di valutazione basato sui principi della teoria psicometrica. Il difetto chiave di strumenti come questo, sviluppati sulla base dell'analisi fattoriale o analisi dei componenti principali (in cui i coefficienti di correlazione sono operazionalizzati, inter alia, dando a ciascun sintomo misurato uguali valutazioni), è quello di produrre un risultato totale che può essere sia il prodotto della somma di pochissimi ma gravissimi sintomi (situazione propria dei depressi gravi) così come essere la somma di una serie di sintomi accessori moderatamente gravi (propria di pazienti affetti da depressione moderata caratterizzata dalla comparsa di numerosi sintomi e comportamento di lamentela) (Faravelli, 2004). La corrispondenza tra numeri e realtà clinica vien così perduta (ibidem).

Faravelli sottolinea che, per quanto riguarda la depressione, la riduzione del punteggio totale può essere ascrivibile sia al miglioramento/scomparsa dei sintomi tipicamente depressivi (umore basso, anedonia, senso di colpa, ideazione suicidiaria, sintomi vegetativi e rallentamento), rappresentando il raggiungimento di un significativo obiettivo clinico, sia alla riduzione dei sintomi accessori (ansia, appetito, insonnia, interesse sessuale e sintomi fisici) obiettivo questo di scarsa utilità clinica sia per il medico che per il paziente. Inoltre, anche gli effetti collaterali dei farmaci, utilizzati nel corso del trattamento della depressione, potrebbero ridurre il punteggio totale di una tipica scala di validazione quale la HAM-D, producendo un falso positivo artificioso sull'efficacia del trattamento svolto.

Wright e Feinstein (1992) offrono una spiegazione della causa del deludente rendimento prodotto dalle scale di valutazione multi-items quali la HAM-D in ambito clinico. La ridondanza degli item di una scala può oscurare la loro capacità di sottolineare i cambiamenti (Fava, Ruini, & Rafanelli, 2004). È interessante notare che metodi estremamente semplici e non strutturati per la valutazione della psicopatologia come le misurazioni globali (Clinical Global Impression o CGI, oppure le Scale Analogiche Visive o la Scala di valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo) sono di solito più sensibili rispetto alle scale strutturate e costituite da molti items. Esse mantengono inoltre approssimativamente lo stesso livello di affidabilità (Faravelli, 2004). In altre parole, chiedere ad un medico di valutare un paziente attraverso una scala di valutazione da 0 a 10 (o simile), è attendibile quanto utilizzare scale di misurazione che richiedono lunghi e specifici periodi di training per saperle utilizzare (ibidem). Ciò implica una riflessione su cosa costituisca l'affidabilità di un test: istruzioni dettagliate o un comune background culturale?

La psicometria è quell'area della psicologia che si occupa dell'accuratezza dei metodi nella misurazione delle variabili psicologiche, dove tutte le variabili acquistano lo stesso peso e significato (Nierenberg & Sonino, 2004). Applicando ciò per esempio alla categoria dei medici implicherebbe considerarli, proprio perché tutti dottori, avere le stesse capacità nonostante esperienza clinica, professionalità e intelligenza diverse. La clinimetria viene proposta pertanto come modello alternativo alla psicometria nell'area della psicologia clinica, per poter guidare e spronare lo psicologo ad esprimere i propri giudizi nella valutazione dei fenomeni clinici a livello diagnostico, prognostico e terapeutico, secondo una coerenza clinica e non solo statistica (Bech, 2004; Fava, Ruini, & Rafanelli, 2004; Favarelli, 2004; Nierenberg & Sonino, 2004).

### *La clinimetria*

Il termine "clinimetria" è stato introdotto dall'epidemiologo americano, Alvan R. Feinstein nel 1982 per indicare quella disciplina medica finalizzata allo sviluppo e alla validazione delle valutazioni cliniche. Si è andata successivamente delineando come area di ricerca interdisciplinare con contributi dalle scienze mediche, psicologiche e statistiche per l'inquadramento di fenomeni clinici, che la tassonomia

tradizionale basata semplicemente sulle formulazioni diagnostiche delle malattie e sui dati di laboratorio, non era stata fino ad allora in grado di collocare. Questi fenomeni clinici riguardano la valutazione della gravità della malattia; il tipo, la gravità e la sequenza dei sintomi; il grado di progressione o stadio della malattia; la gravità dei disturbi in comorbidità; i problemi di capacità funzionale; il processo decisionale da parte dei medici; aspetti della vita quotidiana quali il benessere ed il malessere ed altre distinzioni cliniche che demarcano importanti differenze prognostiche e terapeutiche tra gruppi di pazienti che, altrimenti, sembrerebbero del tutto simili perché condividono la stessa diagnosi, gli stessi risultati di laboratorio, le stesse caratteristiche demografiche (Fava, Ruini, & Ravanelli, 2004; Feinstein, 1982). Sono stati così sviluppati degli indici clinici, delle scale di valutazione, dei criteri diagnostici e dei sistemi di formazione e classificazione in stadi per l'inquadramento o la misurazione dei sintomi, dei segni fisici e di altri distinti fenomeni clinici in medicina (Feinstein, 1983). Il termine "indice clinimetrico" si riferisce ad una classe di informazioni cliniche che è espressa in una scala di categorie. La classe di informazioni può essere l'esistenza di una particolare diagnosi (presente/assente), il livello di gravità di una particolare condizione (espressa in valutazioni numeriche arbitrarie, come da 1 a 4), una formulazione prognostica (organizzata in gradi categorici come eccellente, buono, discreto), od ogni altro fenomeno clinico che richiede attenzione, descrizione e specificazione (ibidem). Gli indici clinimetrici non sono sempre chiamati indici, ma possono essere definiti scale, punteggi, fattori, stadi, classi, sistemi, criteri. Esempi di indici clinimetrici sono i criteri di Jones per la febbre reumatica (Feinstein, 1982), la classificazione funzionale della New York Heart Association (The Criteria Committee of the New York Heart Association, 1964), il metodo di Apgar per valutare le condizioni dei neonati (Feinstein, 1999). La clinimetria fornisce una serie di regole per determinare la struttura di indici, la scelta delle variabili che li compongono, la valutazione della consistenza e della validità (Feinstein, 1987).

Dal punto di vista clinico Feinstein (ibidem) sottolinea che i pazienti fanno già uso della clinimetria quando per esempio nel descrivere il loro malessere essi affermano "di sentire dolore, un leggero mal di testa e un aumento nell'appetito". Nella pratica clinica, anche gli psichiatri e gli psicologi clinici, sono soliti utilizzare indici clinimetrici, dal momento che, possono valutare e soppesare vari fattori alla base della progressione della malattia, dalla gravità generale del disturbo alla risposta a trattamenti precedenti, al supporto sociale e al livello di adattamento del paziente, la sua capacità di resilienza e sua eventuale reazione a circostanze stressanti di vita (Fava, Kellner, & Staging, 1993).

Il modello clinimetrico introdotto da Feinstein (1987) ha lo scopo di combinare le teorie di misurazione con le teorie della fenomenologia clinica. Nierenberg e Sonino (2004) ricordano, nel tributo al fondatore della clinimetria, quanto egli fosse apertamente critico nei confronti della ricerca clinica che, tesa alla sola significatività statistica, non prestava attenzione prima dell'inizio della sperimentazione alla determinazione del valore della differenza tra gruppi che sarebbe stato considerato clinicamente importante (Feinstein, 1990).

Gli aspetti differenziali tra psicometria e clinimetria sono divenuti il focus di un dibattito scientifico (De Wet, Terwee, Bouter, & Current, 2003; Emmelkamp, 2007). De Wet (2003a, b) e Fava e Belaise (2005) sottolineano l'importanza dello sviluppo della clinimetria come disciplina metodologica che all'accuratezza statistica dei metodi di misurazione associa la fenomenologia clinica. Gli autori enfatizzano la necessità di una sovrapposizione tra discipline quali la clinimetria, la psicometria e la biometria per una migliore integrazione dei campi. Non è dello stesso parere Streiner (2003a, b) che auspica l'abolizione della clinimetria da lui definita una mera e ridondante copia del modello psicometrico. Infine Emmelkamp (2004), sebbene cosciente dei vantaggi offerti dall'introduzione della clinimetria sul modello psicometrico (quali l'importanza attribuita alla sensibilità delle scale nel valutare il cambiamento), ritiene necessario, prima di abbandonare il metodo psicometrico classico, di avviare approfondimenti finalizzati allo studio dell'effettiva efficacia metodologica della clinimetria.

#### *Le implicazioni clinimetriche nel processo di assessment in psicologia clinica*

La clinimetria si propone come cornice per una sostanziale revisione del processo di valutazione in

psicologia clinica offrendo una varietà di vantaggi metodologici e clinici sulle classiche misure psicometriche, che di seguito vengono riportati.

#### *La costruzione delle scale di valutazione*

L'approccio clinimetrico dovrebbe essere considerato anche nel processo di elaborazione e costruzione delle scale di valutazione.

Secondo Bech (2004), la concordanza tra la coerenza clinica dei sintomi e la coerenza statistica dei sintomi è ciò cui dovrebbe mirare la psicomètria moderna (Gill & Feinstein, 2004; Bech, 2001). Questa coerenza è stata dimostrata per un sottogruppo di 6 items della HAM-D (HAM-D6) (Bech, 2004; Gill & Feinstein, 2004). In base alla valutazione globale di psichiatri esperti che lavoravano sul modello della psichiatria esistenziale fenomenica di Wimmer (Bech, 2001), è stata dimostrata la coerenza clinica, mentre attraverso l'analisi della teoria di risposta all'item (IRT) di Rasch (1980) è stata dimostrata la coerenza statistica. Nel modello di Rasch i sintomi che misurano una dimensione clinica sono testati per un tipo di omogeneità che è molto diverso da quello utilizzato in psicomètria: l'omogeneità è infatti strettamente legata alla trasferibilità, cioè la capacità di una scala di valutazione di misurare lo stesso fenomeno clinico in popolazioni diverse. L'omogeneità degli item si focalizza sulla prevalenza asimmetrica dei sintomi lungo la dimensione clinica presa in esame. Quindi, secondo Bech (2004), non è necessario alcun criterio aggiuntivo per una scala di valutazione secondo il modello IRT, diversamente dai criteri per la depressione maggiore del DSM-IV in cui si pone un'attenzione speciale a sintomi centrali come l'umore depresso e l'anedonia, il cui peso è diverso rispetto agli altri. L'asimmetria dei sintomi nelle scale accettate dal modello IRT implica che i sintomi dell'umore depresso e dell'anedonia sono posti nell'area lieve delle dimensioni della depressione, mentre il sentimento di colpa ed il ritardo psicomotorio sono piazzati nell'area più grave delle dimensioni della depressione. La HAM-D6 ha mostrato quindi una maggiore sensibilità rispetto alla HAM-D versione lunga, nel discriminare tra antidepressivi e placebo. Il problema di base che riguarda il concetto psicomètrico di coerenza statistica, così come valutata dal coefficiente alfa di Cronbach o dall'analisi fattoriale, è quello che Feinstein (1987) ha denominato il problema psicosociale degli studiosi. Essi, sempre secondo Feinstein, quando mettono a punto le scale di valutazione, non hanno una solida esperienza clinica e sono piuttosto affascinati dai coefficienti che emergono dalle analisi di correlazione, spesso con rilevanza statistica, ma non clinica. Feinstein ha sottolineato che nella formula per il conteggio del coefficiente alfa è incluso anche il numero degli item; quindi un alto coefficiente è di per se stesso un indice della lunghezza della scala (ibidem). Per questa ragione sono stati inclusi tanti item nelle scale che misuravano gli eventi di vita stressanti (Bech, 2004). Da quanto detto sopra emerge che si ottengono dei risultati assurdi nel conteggio del coefficiente alfa, con scale a differente numero di item per la depressione: HAM-D6 con coefficiente alfa di Cronbach uguale a 0.72, mentre HAM-D17 con coefficiente uguale a 0.88. Questi assunti rappresentano un ostacolo al progresso della ricerca clinica nell'ambito dei disturbi depressivi (ibidem).

#### *La scelta degli strumenti: la validità incrementale*

Il concetto di validità incrementale si riferisce al contributo accrescitivo delle abilità predittive di un test (Derogatis, 1987). Questo effetto è dovuto all'inclusione di uno specifico strumento di valutazione nel processo diagnostico clinico, riferendosi prevalentemente alla selezione di strumenti all'interno di una batteria psicomètrica. Nel campo della ricerca clinica, tuttavia, sono spesso utilizzati diversi strumenti tra loro ridondanti in linea con la falsa assunzione che in questo modo niente sarà tralasciato (ibidem). La violazione del concetto di validità incrementale condurrebbe quindi solo a risultati contrastanti. Verosimilmente questa assunzione dovrebbe essere estesa al processo di inclusione di items nel processo di costruzione di una scala di valutazione. Ciò agevolerebbe il potenziamento della sensibilità della scale di misurazione. Invece nel modello classico psicomètrico lo scopo è quello di

raggiungere l'omogeneità dei componenti che costituiscono la scala di misurazione (Healy, 2002). In questo processo, come esposto precedentemente, items considerati troppo divergenti potrebbero essere esclusi nonostante fondamentali nel discriminare in modo più adeguato il cambiamento di distress, venendo meno alla validità incrementale. La ridondanza degli items di una scala aumenta certamente la sua omogeneità ma può oscurarne la capacità discriminante (Fava, Ruini & Rafanelli, 2004).

### *La Categorizzazione diagnostica*

Engel (1960) aveva già precocemente individuato il limite della nosologia categoriale nella formulazione del concetto di malattia. Le etichette diagnostiche, secondo Engel, erano modalità per organizzare informazioni inerenti i pazienti. "Un'etichetta diagnostica difficilmente, se non mai, può essere in grado di definire pienamente una malattia. Piuttosto essa assume un valore statistico e predittivo" (Ibidem).

Prediamo per esempio la diagnosi di depressione secondo i criteri diagnostici del DSM-IV. La diagnosi viene effettuata se vengono soddisfatti 5 dei 9 sintomi descrittivi contenuti nella categoria diagnostica "episodio depressivo maggiore". Di conseguenza un paziente che manifesta anedonia grave e pervasiva, stanchezza incapacitante e scarsa concentrazione interferente con il lavoro, non sarebbe in grado di soddisfare i criteri per la diagnosi di episodio depressivo maggiore (quindi non eleggibile per una farmacoterapia), nonostante l'intuizione clinica propenda effettivamente a favore della farmacoterapia (Fava, Ruini & Rafanelli, 2004).

L'aspetto della eterogeneità segue sia un criterio quantitativo, cioè un certo numero della lista dei sintomi è sufficiente per la diagnosi, indipendentemente dal sintomo, sia un criterio politetico: la mancanza di una gerarchia tra sintomi più o meno specifici fa sì che la diagnosi sia a "entrata multipla", cioè i sintomi accessori saranno sullo stesso piano di quelli fondamentali. Il concetto sottostante la diagnostica categoriale è di tipo psicometrico: tutti gli item assumono lo stesso valore e la gravità è determinata dal numero dei sintomi, non dalla loro intensità o qualità, diversamente dalla clinica medica, dove vengono differenziati i sintomi principali da quelli minori, per es. i criteri di Jones per la febbre reumatica.

Allo stesso modo, in una scala di valutazione il punteggio totale viene determinato dal numero di sintomi presenti non dalla qualità o intensità di questi (Favarelli, 2004). Secondo Favarelli (2004) vi è un preciso assunto che corrisponde a questa scelta filosofica decisa: l'insieme è costituito dalla somma delle sue parti. Per ogni sintomo (o item) è stabilito un gradiente di gravità attraverso la definizione di comportamenti tipici.

Nonostante l'introduzione dei criteri diagnostici per l'identificazione delle sindromi psichiatriche abbia offerto significativi vantaggi (far diminuire considerevolmente la variabilità dovuta a differenti valutatori, chiarire le definizioni dei disturbi, descrivere esplicitamente criteri di inclusione ed esclusione, stabilire una soglia per condizioni clinicamente rilevanti) l'uso di tali criteri è ancora fortemente influenzato dal modello psicometrico.

### *Micro e Macro Analisi*

La clinimetria suggerisce che un processo di valutazione per definirsi soddisfacente debba essere effettuato attraverso molteplici osservazioni durante il decorso della malattia, richiamando in questione l'approccio categoriale di tipo trasversale sul quale si basano per esempio i criteri diagnostici del DSM-IV. Analizzare longitudinalmente lo sviluppo di un disturbo può essere molto più fruttuoso di una valutazione categoriale trasversale sia nella fase diagnostica che terapeutica (Fava, Ruini & Rafanelli, 2004, Feinstein, 1990, Fava & Belaise, 2005). L'approccio longitudinale è inoltre in accordo con il modello di trattamento sequenziale che è stato riconosciuto efficace sia in medicina che in psichiatria (Fava, Ruini & Rafanelli, 2005).

Lo sviluppo longitudinale di un disturbo non sempre corrisponde ad un'evoluzione gerarchica predefinita, quindi la risposta al trattamento deve essere valutata di volta in volta. Tipico esempio è l'elevata comorbidità psichiatrica associata al quadro di episodio o disturbo depressivo maggiore. Molto raramente queste diagnosi in comorbidità vengono identificate secondo un'ottica gerarchica (es: la diagnosi di depressione maggiore che include il disturbo d'ansia generalizzata) o viene posta attenzione allo sviluppo longitudinale dei disturbi tra loro (Fava & Kellner, 1993), per esempio attribuendo alla depressione una qualificazione temporale primaria o secondaria rispetto al disturbo in comorbidità. A volte il disturbo in comorbidità si risolve quando viene risolto il disturbo principale: per esempio la remissione del disturbo di panico con agorafobia può indurre remissione di un disturbo in comorbidità come l'ipocondria, senza che il clinico abbia adottato alcun trattamento specifico per quest'ultima. Altre volte, tuttavia, il trattamento di un disturbo non implica la scomparsa del disturbo associato, come per esempio un trattamento efficace per la depressione può non risolvere problemi d'ansia pre-esistenti.

Come risposta a questo sistema diagnostico basato sui sistemi categoriali, Emmelkamp et al. (1992) e Fava et al. (2004) distinguono due livelli di analisi funzionale nel corso della valutazione psicologica: la macroanalisi, attraverso la quale si stabilisce una relazione tra le sindromi in comorbidità, per agevolare il terapeuta nella scelta di quale problema affrontare per primo, e la microanalisi, una dettagliata analisi dei sintomi, per definire nel dettaglio il problema lamentato, il tipo e le circostanze dell'esordio, il decorso e lo stato attuale. Secondo Emmelkamp (1992) infatti, disturbi che rientrano nella stessa categoria diagnostica, in realtà possono essere causati e mantenuti da differenti fattori, sia nello stesso paziente che in pazienti diversi. Nell'ambito della macroanalisi quindi vengono raggruppati, secondo una visione clinimetrica, sintomi, problemi, disturbi del paziente in macroaree. Per esempio se una paziente lamenta problemi nell'area alimentare, si dovrà vedere come si situano i sintomi, se all'interno della bulimia o dell'anoressia, secondo il DSM. Oppure se un paziente presenta attacchi di panico, si deve vedere se essi si situano all'interno di una diagnosi di disturbo agorafobico o di fobia sociale. All'interno di una stessa macroarea, per esempio quella ansiosa, si deve stabilire una configurazione gerarchica, cioè quali sintomi hanno maggiore importanza rispetto agli altri; e se si evidenzia il panico, vedere se esso sovrasta gerarchicamente un disturbo d'ansia generalizzata. Anche tra macroaree il clinico dovrebbe effettuare una configurazione gerarchica: se un paziente presenta un disturbo depressivo maggiore ed ansia generalizzata, la sintomatologia di quest'ultima può essere inclusa in quella della depressione maggiore. Dal momento che la comorbidità può variare da un disturbo all'altro e da un paziente all'altro, sono necessari strumenti clinimetrici che permettano al clinico di trattare le sindromi come costrutti eterogenei che comportano anche pesi differenti. La macroanalisi può fornire qualcosa in più al processo decisionale dello psicologo clinico.

Emmelkamp (2004) fornisce un esempio del valore aggiuntivo della macroanalisi all'analisi funzionale. Un numero sostanziale di pazienti depressi che si presentano per ricevere un trattamento, presentano anche problemi coniugali, mentre circa in metà delle coppie con problemi coniugali, uno dei due coniugi è depresso. Questi dati suggeriscono che la depressione e i problemi coniugali sono strettamente collegati. Inoltre, i problemi coniugali sono importanti precursori dei sintomi depressivi. Ancora, i pazienti che, dopo essere stati trattati per la depressione ritornano ad avere problemi coniugali, più frequentemente ricadono nella depressione (Emmelkamp & Vedel, 2002). Sebbene sia gli psicofarmaci, sia la terapia cognitivo-comportamentale siano i trattamenti di scelta per la depressione, una valutazione clinimetrica che includa una macroanalisi potrebbe rivelare che la terapia comportamentale di coppia dovrebbe essere la terapia di scelta nelle coppie depresse con problemi coniugali. Se si prendono insieme gli studi in quest'area, nelle coppie depresse con problemi coniugali la terapia comportamentale di coppia sembra avere un effetto esclusivo sulle relazioni coniugali, cosa che non avviene nella terapia cognitivo-comportamentale individuale, la quale è efficace come la terapia cognitiva nel ridurre solamente l'umore depresso (Emmelkamp, 2003). D'altra parte la terapia comportamentale di coppia è difficilmente efficace nei pazienti depressi che non presentano problemi coniugali (Emanuel-Zuurveen, & Emmelkamp, 1997).

Fava et al. (2004) offrono un ulteriore esempio: se un paziente presenta un disturbo depressivo maggiore, un disturbo ossessivo-compulsivo ed ipocondria, il clinico può dare priorità al trattamento

farmacologico della depressione, lasciando alla valutazione post-terapia la determinazione della relazione tra disturbo ossessivo-compulsivo ed ipocondria. Tali disturbi diminuiranno una volta trattata la depressione, come epifenomeni della depressione stessa, oppure persisteranno, nonostante qualche grado di miglioramento? Dovrebbero, in questo caso, essere trattati? Che tipo di rapporto vi è tra il disturbo ossessivo-compulsivo e l'ipocondria? Sulla base del tipo e dello sviluppo longitudinale delle paure e preoccupazioni ipocondriache (Savron et al., 1996) il clinico può decidere di trattare dapprima il disturbo ossessivo-compulsivo e considerare l'ipocondria come fenomeno secondario, oppure considerarli come fenomeni indipendenti. Quindi, seguendo sempre un ragionamento clinimetrico, si deve distinguere cronologicamente quale problema è iniziato prima. Se un paziente presenta un disturbo ossessivo-compulsivo e un disturbo delirante, si può ipotizzare che il disturbo ossessivo (quindi il disturbo primario) si sia nel tempo sempre più aggravato fino a sfociare nel delirio (disturbo secondario). Oppure si considerano i due problemi indipendenti. Inizia quindi la microanalisi, che, nel caso della terapia cognitivo-comportamentale, viene definita analisi funzionale. Il trattamento, infatti, sottolinea Emmelkamp, non può iniziare senza che il terapeuta conosca i motivi dei sintomi ansiosi del paziente o le conseguenze dei disturbi stessi.

#### *Concetto di remissione in psicologia clinica*

La cornice teorica clinimetrica offre importanti implicazioni cliniche anche per la definizione del concetto di "remissione". Comunemente, il concetto di remissione viene fatto coincidere con la comparsa di un "miglioramento" dedotto dal confronto tra la condizione attuale del paziente dopo il trattamento con la condizione pretrattamento (Bech, 1990). In questo modo la remissione può venire espressa o come variabile categorica (presente/assente) o come categoria comparativa (non rimosso, lievemente rimosso, moderatamente rimosso, completamente rimosso). Entrambe le espressioni necessitano comunque di una definizione arbitraria dei punteggi cut-off relativi alla quantificazione numerica corrispondente all'essere migliorato o non migliorato.

Un paziente depresso alla domanda "Come si sente?" in conseguenza di un trattamento della durata di 3 settimane potrebbe replicare "Bene" invece che "Meglio" utilizzando un elemento auto-valutativo. Il cambiamento indotto dal trattamento, comunque, potrebbe avergli fatto perdere di vista la distanza percorsa tra la condizione presente prima dell'episodio depressivo e la condizione che desiderava raggiungere dopo il trattamento. Il medico potrebbe colludere con questa valutazione del paziente, poichè il clinico stesso è gratificato dai livelli di miglioramenti ottenuti (Fava, 1996).

I clinici dovrebbero considerare la remissione come una aspettativa da negoziare con il loro paziente. Lo psicologo dovrebbe insistere perché l'obiettivo del recupero sia realisticamente raggiungibile (per esempio non pretendendo che il paziente raggiunga livelli di benessere migliori di quelli esperiti prima della malattia). Inoltre, il concetto ideale di successo terapeutico può differire tra un paziente e l'altro e non dovrebbe essere eccessivamente influenzato da ideali irrealistici dello psicologo. Noi clinici dovremmo accettare la possibilità che il trattamento conduca ad effetti diversi in pazienti diversi, per esempio lo stesso trattamento potrebbe in alcuni pazienti effettivamente abbattere la sintomatologia, in altri lasciare un lieve sintomatologia residua, in altri ancora non indurre nessuna risposta soddisfacente o beneficio da un punto di vista clinico, fino ad essere addirittura causa di danni iatrogeni in altri.

In un'inchiesta finalizzata (Zimmerman, 1996) al riconoscimento dei vissuti utilizzati dai soggetti come indicatori per la comparsa della sopraggiunta guarigione, un campione di pazienti depressi non ospedalizzati ha identificato, nella maggior parte dei casi, che la ricomparsa di emozioni positive, quali l'ottimismo e la fiducia in se stessi, veniva interpretata dai pazienti come il ritorno al normale livello di funzionamento psicologico e vitale. Nel 1958 Marie Jahoda (Fava & Ruini, 2003) ha anticipato questi risultati fornendo una descrizione dei criteri associati al "concetto di buon funzionamento mentale", che includeva la presenza di autostima, crescita personale, buone relazioni con gli altri, autonomia, percezione di realtà e controllo ambientale. Questi criteri sono stati ripresi e rielaborati più

recentemente da una psicologa americana Carol Ryff (1989°), che ha proposto un modello multidimensionale di benessere psicologico la cui accuratezza teorica e efficacia applicativa clinica si è rivelata in molti studi in svariati ambiti clinici. Il modello multidimensionale del benessere psicologico di Carol Ryff può contribuire alla definizione del concetto di remissione [vedere tabella 1]. La tabella 2 offre invece la definizione clinimetrica di remissione per quel che riguarda la depressione maggiore.

#### *Il fenomeno del Roll-Back e la distinzione stato-tratto*

Nel tentativo di porre in relazione la sintomatologia prodromica con quella residua, Detre e Jarecki (1971) hanno proposto un modello teorico chiamato fenomeno del roll-back (letteralmente "rotolare all'indietro"). Secondo questo modello infatti la remissione dalla sintomatologia consisterebbe in un riavvolgimento progressivo della stessa sintomatologia, ma in ordine inverso, cioè appena la malattia si riduce, essa progressivamente si ripresenta sottoforma degli stadi e sintomi che si erano notati durante il suo sviluppo. In accordo con questo modello esisterebbe quindi una relazione tra la durata del decorso della malattia e la comparsa della fase di remissione. "Per esempio, se una sintomatologia ha inizio con attacchi occasionali di ansia che lasciano il posto nelle settimane successive a sintomi depressivi che nei mesi si aggravano sviluppando insonnia e confusione, quando il trattamento di questo quadro sindromico ha i suoi effetti, esso condurrà a far sì che i sintomi si ripresentino in ordine inverso per cui prima si ridurranno l'insonnia e la confusione poi i sintomi depressivi. A quel punto potrebbero ricomparire sintomi ansiosi occasionalmente per alcune settimane, fino alla completa scomparsa dei sintomi" (Ibidem). Questo rappresenta un altro importante concetto clinimetrico nella valutazione del cambiamento di distress fondamentale per indirizzare il trattamento, definire la prognosi e la comparsa della remissione.

Anche la distinzione psicometrica tra stato e tratto può ostacolare l'individuazione di un cambiamento clinico soprattutto in direzione della remissione, riflettendo il fenomeno del roll-back. Vi sono dati in letteratura che sottolineano che la valutazione della personalità è influenzata in modo consistente da variabili di stato, come per esempio il rapporto tra trattamento con farmaci antidepressivi e misure della personalità (Fava, 1996; Petersen et al., 2002). Il tratto, a sua volta, può influenzare lo stato: per esempio, problemi di personalità possono esprimersi in forma sub-clinica una volta che il paziente è ristabilito. I costrutti psicologici tradizionalmente concepiti come dimensioni di tratto possono quindi in modo sorprendente mostrare sensibilità al cambiamento in una situazione clinica specifica, mentre i costrutti considerati dimensioni di stato possono mostrare una certa stabilità attraverso lo sviluppo longitudinale del disturbo (Ravanelli et al., 2000). Inoltre, la distinzione psicometrica tra misure di tratto e di stato spesso non è sostenuta nella pratica clinica: per esempio sebbene sia supposto che l'ansia di tratto sia una caratteristica stabile della personalità, tuttavia essa migliora dopo un addestramento di stress-management (Johnstone, Crow, Frith & Owens, 1988).

#### *Conclusioni*

Se la ricerca in psicologia clinica e psichiatria persevera nell'utilizzare strumenti di misurazione inadeguati nel processo di valutazione dell'efficacia dei trattamenti e persiste nell'utilizzare strumenti diagnostici che non sono pensati per i bisogni dei clinici, allora i risultati della ricerca clinica continueranno ad essere puramente formali ed accademici senza nessun impatto clinico sul benessere dei nostri pazienti (Nierenberg & Sonino, 2004; Fava, 2006).

La teoria clinimetrica si propone quindi come cornice di riferimento per una sostanziale revisione degli strumenti di valutazione sia nel processo diagnostico che di analisi funzionale. Da un punto di vista metodologico, la clinimetria sottolinea la necessità dell'introduzione di criteri alternativi per l'inclusione di nuovi indici di valutazione, sia di tipo qualitativo che quantitativo, da utilizzare non più in maniera rigida, ma secondo le esigenze cliniche ed in base al tipo di fenomeno presentato. Da un punto di vista clinico, la clinimetria si impegna a spronare il clinico ad insistere in ciò che in definitiva ha

sempre fatto, cioè esprimere i propri giudizi nella valutazione psicopatologica, secondo la propria esperienza e capacità, ma anche ad apportare coerenza statistica alle proprie valutazioni senza mai più attribuire lo stesso peso ai sintomi presentati.

Atteggiamenti di rigida adesione al modello psicometrico classico possono solo ostacolare ed impedire il progresso della ricerca in psicologia clinica.

TABLE 1. Modification of the six dimensions of Psychological Well-being according to Ryff's model (1989). At least A or B or C should be present for satisfying criteria for each dimension.

Dimensions	Optimal level
<b>Environmental mastery</b>	<b>A.</b> The subject has a sense of mastery and competence in managing the environment; <b>B.</b> Makes effective use of surrounding opportunities; <b>C.</b> Is able to create or choose contexts suitable to personal needs and values.
<b>Personal growth</b>	<b>A.</b> The subject has a feeling of continued development; <b>B.</b> Has sense of realizing own potential; <b>C.</b> Sees improvement in self and behavior over time.
<b>Purpose in life</b>	<b>A.</b> The subject has goals in life and a sense of directedness; <b>B.</b> Feels there is meaning to present and past life; <b>C.</b> Holds beliefs that give life purpose.
<b>Autonomy</b>	<b>A.</b> The subject is self-determining and independent; <b>B.</b> Is able to resist to social pressures; <b>C.</b> Evaluates self by personal standards.
<b>Self-acceptance</b>	<b>A.</b> The subject has a positive attitude toward the self; <b>B.</b> Accepts his/her good and bad qualities; <b>C.</b> Feels positive about past life.
<b>Positive relations with others</b>	<b>A.</b> The subject has warm and trusting relationships with others; <b>B.</b> Capable of strong empathy affection, and intimacy; <b>C.</b> Understands give and take of human relationships.

TABLE 2. Definition of Recovery from a Major Depressive Episode

- a) the patient remains in full remission despite discontinuation of treatment (whether pharmacological or psychotherapeutic);
- b) if subclinical or subsyndromal symptoms are present, these are judged to be likely to improve spontaneously over time or not to affect the course of the illness. Residual symptoms which occurred also in the prodromal phase of illness are unlikely to be devoid of clinical implications;
- c) the patient reports psychological well-being in at least one of the six areas outlined in Table 1;
- d) normalization of altered biological markers in the acute phase of illness (if available) should have occurred.

### Bibliografia

- Bech, P. (1990). Measurement of psychological distress and well-being. *Psychother Psychosom*, 54, 77-89.
- Bech, P. (1993). Rating Scales for Psychopathology: Health status and Quality of Life. Berlin: Springer-Verlag.
- Bech, P. (2001). Meta-analysis of placebo-controlled trials with mirtazapine using the core items of the Hamilton Depression Scale as evidence of a pure antidepressive effect in the short-term treatment of major depression. *Int J Neuropsychopharmacol*, 4, 337-345.
- Bech, P. (2004). Modern psychometrics in clinimetrics: Impact on clinical trials of antidepressants. *Psychother Psychosom*, 73, 134-138.
- Bech, P., Cialdella, P., Haugh, M., Birkett, M.A., Hours, A., Boissel, J.P., et. al. (2000). A metaanalysis of randomised controlled trials of fluoxetine versus placebo and tricyclic antidepressants in the short-term treatment of major depression. *Br J Psychiatry*, 176, 421- 428.
- Carroll, B.J., Fielding, J.M., & Blashki, T.G. (1973). Depression rating scales. *Arch Gen Psychiatry*, 28, 361-366.
- De Wet, H.C.W, Terwee, C.B., & Bouter, L.M. (2003a). Clinimetric versus psychometrics: Two sides of the same coin. *J Clin Epidemiol*, 56, 1146-1147.
- De Wet, H.C.W., Terwee, C.B., & Bouter, L.M. (2003b). Current challenges in clinimetrics. *J Clin Epidemiol*, 56, 1137-1141.
- Derogatis, L.R. (1987). The Derogatis Stress Profile (DSP): Quantification of psychological stress. In G.A. Fava & T.N. Wise (Eds), *Research Paradigms in Psychosomatic Medicine* (pp 30-54). Basel: Karger.
- Detre, T.P., & Jarecki, H.J. (1971). *Modern Psychiatric Treatment*. Philadelphia: Lippincott.
- Emanuels-Zuurveen, L., & Emmelkamp, P.M.G. (1997). Spouse-aided therapy with depressed patients: A comparative evaluation. *Behav Modif*, 21, 62-77.
- Emmelkamp, P.M.G. (2003). Behavior therapy with adults. In L. Lambert (Ed), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (V ed., pp. 396-449). New York: Wiley.
- Emmelkamp, P.M.G. (2004). The additional value of clinimetrics needs to be established rather than assumed. *Psychother Psychosom*, 73, 142-144.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K., Scholing, A. (1992). *Anxiety Disorders*. Chichester: Wiley.
- Emmelkamp, P.M.G., & Vedel, E.(2002). Spouse-aided therapy. In M. Hersen & W. Sledge (Eds), *The Encyclopedia of Psychotherapy* (Vol II, pp. 693-698). New York: Academic Press.
- Engel, G.L. (1960). A unified concept of health and disease. *Perspect Biol Med*, 3, 459-484.
- Fava, G.A. (1996). The concept of recovery in affective disorders. *Psychother Psychosom*, 65, 2-13.
- Fava, G.A. (2006). The Intellectual Crisis of Psychiatric Research. *Psychother Psychosom*, 75, 202-208.
- Fava, G.A., & Belaise, C. (2005). Clinical assessment: the role of clinimetrics and the misleading effects of psychometric theory. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58, 754-756.
- Fava, G.A., & Kellner, R. (1993). Staging: a neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiat Scand*, 87, 225-230.
- Fava, G.A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 34, 45-63.
- Fava, G.A., Ruini, C., & Rafanelli, C. (2004). Psychometric theory is an obstacle to the progress of clinical research. *Psychother Psychosom*, 73, 145-148.
- Fava, G.A., Ruini, C., & Rafanelli, C. (2005). Sequential treatment of mood and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*, 66, 1392-1400.
- Faravelli, C. (2004). Assessment of psychopathology. *Psychother Psychosom*, 73, 139-141.

- Feinstein, A.R. (1982). The Jones criteria and the challenge of clinimetrics. *Circulation*, 66, 1-5.
- Feinstein, A.R. (1983). An additional science for clinical medicine. IV. The development of clinimetrics. *Ann Intern Med*, 99, 843-848.
- Feinstein, A.R. (1987). *Clinimetrics*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Feinstein, A.R. (1990). The inadequacy of binary models for the clinical reality of three-zone diagnostic decisions. *J Clin Epidemiol*, 43, 109– 113.
- Feinstein, A.R. (1999). Multi-item “instruments” versus Virginia Apgar’s principles of clinimetrics. *Arch Intern Med*, 159, 125-128.
- Gill, T.M., & Feinstein, A.R. (1994). A critical appraisal of the quality-of-life measurements. *JAMA*, 272, 619–626.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*, 6, 278–296.
- Healy, D. (2002). *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge: Harvard University Press.
- Johnstone, E.C., Crow, T.J., Frith, C.D., & Owens, D.G. (1988). The Northwick Park functional psychosis study: diagnosis and treatment response. *Lancet*, 2, 119-125.
- Kellner, R. (1971) Improvement criteria in drug trials with neurotic patients (Part 1). *Psychol Med*, 1, 416-425.
- Kellner, R. (1972). Improvement criteria in drug trials with neurotic patients (Part 2). *Psychol Med*, 2, 73-80.
- Kellner, R. (1992). The development of sensitive scales for research in therapeutics. In M. Fava, & J.F. Rosenbaum (Eds). *Research Designs and Methods in Psychiatry* (pp. 213-222). Amsterdam: Elsevier.
- New York Heart Association (1964). The criteria committee of the New York heart association. disease of the heart and blood vessels (6<sup>th</sup> ed). Boston: Little Brown.
- Nierenberg, A.A., & Sonino, N. (2004). From clinical observations to clinimetrics: A tribute to Alvan R. Feinstein. *Psychother Psychosom*, 73, 131–133.
- Petersen, T., Hughes, M., Papakostas, G.I., Kant, A., Fava, M., Rosenbaum, J.F., & Nierenberg, A.A. (2002). Treatment-resistant depression and Axis II comorbidity. *Psychother Psychosom*, 71, 269-274.
- Rafanelli, C., Park, S.K., Ruini, C., Ottolini, F., Cazzaro M., Fava, G.A. (2000). Rating well-being and distress. *Stress Med*, 16, 55-61.
- Rasch, G. (1980). *Probabilistic models for some intelligence and attainment tests*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rust, J., & Golombok, S. (1989). *Modern Psychometrics: The science of psychological assessment*. London: Routledge.
- Ryff, C.D. (1989a). Happiness is everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Savron, G., Fava, G.A., Grandi, S., Rafanelli, C., Raffi, A.R., & Belluardo, P. (1996). Hypochondriacal fears and beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 93, 345-348.
- Shapiro, M.B. (1951). An experimental approach to diagnostic psychological testing. *J Ment Sci*, 97, 748-764.
- Streiner, D.L. (2003a). Clinimetrics vs psychometrics: an unnecessary distinction. *J Clin Epidemiol*, 56, 1143-1145
- Streiner, D.L. (2003b). Test development: two-sided coin or one-sided Mobins strip? *J Clin Epidemiol*, 56, 1148-1149.
- Wimmer, A (2003). *Psychogenic psychosis*. (First edition in Danish 1916. Translated into English by Schioldann J.). Burnside: Adelaide Academic Press.
- Wright, J.G., & Feinstein, A.R. (1992). A comparative contrast of clinimetric and psychometric methods for constructing indexes and rating scales. *J Clin Epidemiol*, 45, 1201-1218
- Zimmerman, M., McGlinchey, J.B., Posternak, M.A., Friedman, M., Attiullah, N., & Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? *Am J Psychiatry*, 163, 148–150.