

## Problemi metodologici nella ricerca sugli esiti nella psicoterapia dell'età evolutiva di Silvia Andreassi\*

Nel 1999 al Convegno annuale dell'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry venne presentato da Henggeler e collaboratori uno studio sull'efficacia del trattamento nelle situazioni di urgenza psichiatrica con pazienti adolescenti. In particolare venivano confrontate due modalità di approccio al problema, la prima condotta con un ricovero ospedaliero mentre la seconda prevedeva un trattamento integrato attraverso colloqui clinici, visite domiciliari, etc.. Le misurazioni di esito legate alla valutazione del sintomo avevano messo in luce la migliore prestazione della terapia integrata rispetto al ricovero. Al tempo stesso misurazioni legate alla valutazione dell'autostima avevano al contrario rilevato un maggiore funzionamento del ricovero ospedaliero. Potremmo quindi pensare che se volessimo lavorare sulla riduzione sintomatologia con questo tipo di pazienti sarebbe preferibile un trattamento integrato, mentre se volessimo intervenire sulla dimensione dell'autostima ci orienteremmo verso un ricovero ospedaliero. Sarebbe comunque una conclusione parziale in quanto basterebbe ampliare la ricerca prendendo in considerazione altri indicatori di esito per arrivare probabilmente a ridiscutere su quale intervento risulti più idoneo. Ciò che viene messo in risalto da Henggeler non è tanto la maggiore o minore efficacia di un tipo di intervento terapeutico sull'altro, quanto piuttosto la difficoltà di ordine metodologico nel valutare i trattamenti clinici. Nella ricerca empirica in psicoterapia quando parliamo di ricerca sugli esiti intendiamo una ricerca che mira a definire i cambiamenti ottenuti attraverso la terapia, studiando che cosa accade al termine del trattamento rispetto al punto di partenza. Il problema maggiore risiede in cosa consideriamo *punto di partenza*, ed infatti come abbiamo appena visto basta modificare l'indicatore di esito per avere opposti risultati. Uno degli indicatori storicamente utilizzati per la verifica dell'intervento era costituito dalla riduzione della sintomatologia manifesta. Ma sappiamo bene quanto l'enfasi posta sul sintomo e sul suo peso nel valutare il buon esito di un intervento si sia sempre più attenuata anche a seguito dell'acceso dibattito sulla natura e sul significato del sintomo nella psicopatologia. I sintomi possono indicare la presenza di un processo patologico ma poco dicono sulla natura del problema. Ma se la scelta della valutazione dei sintomi ci dice poco sulla natura del problema, al tempo stesso ci dice molto sulla rappresentazione di salute mentale e sul concetto di guarigione presente sia in ambito clinico che di ricerca. I primi studi sugli esiti si fondavano sul criterio della guarigione intesa come riduzione della sintomatologia dando per implicito che ad assenza dei sintomi corrispondesse un'assenza di sofferenza mentale.

Molta strada è stata certamente percorsa dalle prime ricerche provocatorie di Eysenck (1952) sull'inefficacia della psicoterapia e dagli studi di Bergin (1963) che ne confutavano le conclusioni dimostrando l'effetto non casuale dell'intervento psicoterapeutico. La ricerca attuale tende a privilegiare una misurazione di esito basata su più livelli di funzionamento, tenendo conto non solo di quello individuale ma anche di quello ambientale. Ma è necessario tenere sempre presente quanto la valutazione dell'efficacia di un trattamento non sia di per sé un risultato assoluto ma dipenda sostanzialmente dalle misure di esito individuate di volta in volta. Tener fede al principio metodologico generale che richiede la congruenza nelle definizioni del *problema clinico*, del *processo terapeutico* e dell'*esito clinico* diventa essenziale. E' necessario, cioè, che la definizione dello stato patologico iniziale (problema clinico) sia in qualche modo isomorfa e congruente con la definizione del tipo di intervento applicato (terapia) e con la definizione di ciò che ci si aspetta possa risultare modificato, alla fine del trattamento, rispetto al problema di partenza (esito clinico) (Dahl, H., Kaechele H., & Thomae H.. 1988).

Questo approccio è ampiamente rappresentato nella ricerca in età evolutiva in quanto i risultati relativi alla salute mentale dei bambini non possono essere considerati in termini assoluti poiché, ancor più di quanto accade con la popolazione adulta, ci si trova a doversi confrontare con problemi legati al funzionamento dell'ambiente sociale e familiare.

Allo stato attuale si tende a privilegiare una misurazione di esito basata su più livelli di funzionamento, tenendo conto non solo di quello individuale ma anche di quello ambientale. Infatti sono stati individuati più livelli o aree di funzionamento che dovrebbero essere indagati

---

\* Ricercatore in Psicologia Clinica Università La Sapienza Roma

simultaneamente per poter avere a disposizione degli indicatori attendibili di esito. Fonagy e collaboratori (2002), in una recente rassegna sugli studi degli esiti nella psicoterapia infantile, propongono una rielaborazione delle due principali classificazioni proposte rispettivamente da Hoagwood e collaboratori (1996) e da Kazdin e Kendall (1998) e identificano cinque aree di funzionamento a cui corrispondono cinque differenti livelli di esito:

1. Il livello Sintomatico o Diagnostico
2. Il livello di Adattamento
3. Il livello dei Meccanismi
4. Il livello Transazionale
5. Il livello di utilizzazione e di soddisfazione dei Servizi

#### *Il livello Sintomatico o Diagnostico*

Nel campo della psicopatologia dello sviluppo la remissione del sintomo non può più essere considerato l'unico o il più importante criterio con cui valutare l'efficacia terapeutica. Ciò non toglie che, come rileva Kazdin (2000), nella maggior parte delle ricerche pubblicate, la riduzione del sintomo permane come il criterio privilegiato per definire un buon esito della terapia. Negli anni sono stati messi a punto strumenti sempre più sofisticati per la misurazione della sintomatologia che possono differire tra loro per la lunghezza, la facilità di somministrazione o la qualità della standardizzazione. Comunque, contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare, anche la rilevazione dei sintomi in età evolutiva risulta essere particolarmente complessa. È stato più volte rilevato un basso livello di accordo tra coloro che forniscono informazioni sulla sintomatologia o sull'adattamento del bambino. Le descrizioni della sintomatologia del bambino o del ragazzo ottenute dagli insegnanti o dai singoli genitori presentano un basso grado di accordo, come dimostrato dalla ricerca di Achenbach (1995). Inoltre cambiamenti positivi della sintomatologia nel corso del trattamento vengono più frequentemente rilevati dai genitori piuttosto che dagli insegnanti, con un aumento significativo dello scarto percettivo ogni qual volta i genitori e non gli insegnanti partecipino attivamente alla terapia. Ancora poco indagate sono le descrizioni che i bambini o i ragazzi forniscono della propria condizione, in quanto fino a pochi anni fa non erano considerati una fonte attendibile, ma dalle esigue ricerche effettuate, risulta comunque una ulteriore diminuzione dell'accordo.

Tenendo conto di tutti questi fattori problematici associati al tema della rilevazione dei sintomi, la ricerca si sta sempre più orientando verso una misurazione multidimensionale della sintomatologia in età evolutiva. Gli strumenti volti alla misurazione dei sintomi, anche nel corso dei trattamenti, prevedono per lo più una valutazione proveniente da più di una fonte informativa. Allo stato attuale lo strumento più attendibile che presenta sia un'attenzione a questo problema che una validazione statistica accurata, anche nella versione italiana, è il Child Behavior Checklist (CBCL) che prevede forme sia per i genitori, sia per gli insegnanti, sia forme di autovalutazione.

#### *Il livello di Adattamento*

Strettamente connesso al tema della valutazione sintomatologica è quello relativo alla valutazione dell'adattamento sociale del bambino o dell'adolescente. È abbastanza ovvio immaginare che problemi di salute mentale influenzino il funzionamento del bambino in diversi contesti. Nonostante ci sia una stretta interdipendenza tra sintomatologia e adattamento, ai fini di una valutazione di esito del trattamento risulta più corretta e funzionale una distinzione tra i due livelli.

In una meta-analisi, Weisz e collaboratori (1995) hanno dimostrato quanto una valutazione del trattamento centrata esclusivamente sull'influenza sui sintomi più importanti comporti una sovrastima del reale effetto di tale trattamento. Sappiamo infatti che molti interventi, se pure comportano cambiamenti a livello sintomatico, non agiscono sulle altre aree del funzionamento.

Se la misurazione dei sintomi risulta complessa e articolata e richiede per una corretta valutazione un approccio multidimensionale, la valutazione dell'adattamento, ovvero la misurazione della qualità della vita relazionale del bambino, si confronta con una tale varietà di eventi e situazioni che rende necessario, anche in questo ambito, l'uso di più indicatori. Infatti, se valutare

l'adattamento coincide con la valutazione della qualità della vita del bambino, l'impresa dal punto di vista empirico presenta non poche difficoltà. Per le necessità imposte dalla ricerca si considerano esclusivamente gli ambiti di maggiore rilievo per l'adattamento. Come è noto, uno dei criteri utilizzati per la valutazione delle patologie è dato dal grado di impedimento che la sintomatologia impone allo svolgimento della normale vita quotidiana, e uno degli obiettivi primari del trattamento è quello di rimuovere questi impedimenti.

È possibile individuare un livello di funzionamento sociale ideale anche per l'infanzia e l'adolescenza. Dagli studi sullo sviluppo infantile emerge quanto le aree del funzionamento sociale possano essere ristrette a tre ambiti principali: l'adempimento delle richieste imposte dall'ambiente familiare, e di quelle imposte dal contesto scolastico e una buona capacità di interazione sociale con il gruppo dei pari. Come abbiamo accennato precedentemente, anche per la valutazione dell'adattamento sono preferibili misure multidimensionali che tengano conto di queste principali aree di funzionamento. Il più noto strumento di valutazione globale del funzionamento nell'infanzia è la Children's Global Assessment Scale (CGAS; Shaffer, Gould, & Brasic, 1983), consistente in una versione adattata all'infanzia della Health Status Rating Scale messa a punto da Luborsky e Bachrach nel 1974 per la popolazione adulta.

Nel corso degli anni sono state messe in luce delle difficoltà legate al basso livello di accordo tra valutatori diversi nell'uso di questo strumento diminuendo la validità statistica della misura. Al tempo stesso sono attualmente disponibili molti questionari che valutano le singole aree del funzionamento adattivo. E' opportuno comunque considerare che la valutazione di singole dimensioni dell'adattamento, se da un lato semplifica la valutazione globale, dall'altro pone notevoli problemi metodologici soprattutto per ciò che riguarda la comparabilità delle misure ottenute. Per questi motivi dal punto di vista metodologico è preferibile ottenere un profilo dell'adattamento del bambino nelle diverse dimensioni del funzionamento sociale attraverso un'unica misura. Sono reperibili nella letteratura diversi strumenti con queste caratteristiche: quelli più utilizzati al momento sono il Child and Adolescent Functioning Assessment Scale (CAFAS) (Hodges, Bickman, Ring-Kurtz, & Rieter, 1991), il Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents (SAICA) (John, Gammon, Prusoff, & Warner, 1987) e l' Hampstead Child Adaptation Measure (HCAM) (Target & Fonagy, 1992). Sono tutti strumenti multidimensionali fondati sull'esplorazione delle diverse aree di funzionamento sociale attraverso interviste semistrutturate con i genitori. Si tratta comunque di strumenti che necessitano di uno specifico training di addestramento, pena la diminuzione dell'attendibilità della valutazione. Non esistono al momento studi che dimostrino la superiorità di una o l'altra di queste misure e non è questa la sede per analizzare nel dettaglio i singoli strumenti che naturalmente presentano ognuno delle caratteristiche specifiche. Ci teniamo solo a ricordare che forse uno dei vantaggi offerti dall'Hampstead Child Adaptation Measure è che nell'indagare le singole aree dell'adattamento sociale considera la variabilità tra le dimensioni come uno degli indicatori dell'adattamento, ponendo quindi maggiore attenzione all'interdipendenza tra le diverse aree di funzionamento sociale.

### *Il livello dei Meccanismi*

Seguendo la divisione ideale dei diversi livelli di esito sopra esposta, la terza area di funzionamento presa in considerazione è quella che Fonagy e Target definiscono il livello dei meccanismi, intendendo per questi ultimi il livello di funzionamento delle capacità cognitive ed emozionali che probabilmente sottostanno sia alla sintomatologia che all'adattamento del bambino. Il livello dei meccanismi rappresenta sicuramente l'area più complessa di studio in quanto fa riferimento alla globalità del funzionamento mentale del bambino. Implica conoscenze legate allo sviluppo normale e patologico, quindi dipende da parte del ricercatore anche dai diversi orientamenti teorici, oltre che dalle differenti teorie dell'azione terapeutica. È noto che approcci differenti tendono a privilegiare un aspetto o un altro del funzionamento mentale considerandolo più o meno importante per lo sviluppo della patologia. Sia i clinici sia i ricercatori, che si sono maggiormente confrontati con questi temi, mettono in evidenza l'importanza di individuare e specificare i processi e i meccanismi attraverso i quali i trattamenti raggiungono i loro risultati, sottolineando la necessità di precisare e delineare meglio una teoria dello sviluppo del bambino normale o patologico in stretta relazione con una teoria dell'azione terapeutica.

### *Il livello Transazionale*

Le attuali teorizzazioni nel campo della psicopatologia evolutiva danno importanza, per lo sviluppo sia della salute mentale sia della psicopatologia, alle interazioni transazionali tra lo stato mentale del bambino, le sue predisposizioni comportamentali e le reazioni dell'ambiente al bambino nel corso del tempo. Il livello transazionale fa quindi riferimento a l'insieme di situazioni ambientali in cui il bambino si trova inserito ed il corrispondente livello di misurazione degli esiti si occupa della valutazione della qualità di queste transazioni. Naturalmente quando si parla di livelli transazionali si intendono tutti quegli ambiti contestuali che hanno una diretta influenza sulla vita del bambino come il rapporto con i genitori, la qualità delle relazioni tra i familiari o le caratteristiche della comunità sociale e della scuola. Ciò che si tende a valutare sono essenzialmente quegli elementi del funzionamento ambientale del bambino che tradizionalmente rientravano nella definizione di fattori di rischio psicopatologico.

### *Il livello di utilizzazione e di soddisfazione dei Servizi*

L'ultimo livello di misurazione di esito proposto da Fonagy e Target riguarda l'esperienza di utilizzazione e di soddisfazione dei servizi. Teoricamente si ipotizza una riduzione nell'utilizzazione del servizio dopo un trattamento efficace anche se per quanto riguarda l'età evolutiva una relazione così lineare non sempre è stata dimostrata. Spesso, al contrario, l'erogazione di una prestazione ritenuta efficiente produce nel breve termine un aumento di richieste in servizi affini. Ad esempio Olds e Kitzman, in una ricerca del 1993, misero in evidenza come uno dei principali effetti di un intervento volto al sostegno genitoriale, effettuato attraverso visite domiciliari alla nascita dei bambini, produceva, a seguito della soddisfazione dimostrata dagli utenti, un aumento dell'utilizzo di una gamma di altri servizi pediatrici e medici.

Nel Regno Unito è stato costruito uno strumento ad hoc per la valutazione economica nel settore della salute mentale, con una variante per il campo della salute mentale per bambini e adolescenti chiamato il Client Service Receipt Inventory (Beecham, 1995). Esistono comunque numerosi strumenti per la raccolta dei dati di utilizzazione del servizio ma va considerato il fatto che la maggior parte di questi strumenti è stato sviluppato tenendo conto dell'organizzazione dei singoli Servizi Sanitari Nazionali. Per quanto siano strumenti più che validati non possono quindi essere utilizzati in realtà sanitarie differenti da quelle del luogo di origine.

Da questa breve esposizione appare comunque evidente quanto il livello dei meccanismi sia quello più complesso da valutare. Troppo spesso nella letteratura sono stati privilegiati le altre aree di misurazione producendo risultati non sempre attendibili. Come è stato più volte rilevato, non da ultimo da Fonagy nel 2002, la dimostrazione sull'efficacia di un trattamento non può essere considerata come qualcosa di assoluto, inevitabilmente il suo significato viene infatti determinato dal contesto culturale che lo richiede e che le dà significato. Avvalersi prevalentemente di indicatori di esito appartenenti all'ambito della riduzione sintomatologica o all'area dell'adattamento comporta il rischio di sovrapporre la definizione di salute mentale con gli aspetti normativi del contesto culturale in cui si svolge la ricerca.

Inoltre come clinici e ricercatori nel campo dell'età evolutiva dobbiamo porre estrema attenzione all'utilizzo di strumenti nati nella ricerca con gli adulti. Nonostante sappiamo bene quando le misure che cogliamo anche con i test e con gli strumenti più sofisticati non rendano giustizia ai complessi processi cognitivi, affettivi e fisiologici implicati da queste misurazioni, abbiamo attualmente a disposizione un sufficiente numero di strumenti validi per la valutazione del processo terapeutico. Va tenuto comunque presente che la maggior parte di questi strumenti sono stati sviluppati nell'ambito della ricerca in psicoterapia con pazienti adulti. Ad esempio scale anche raffinate quale quella elaborata da Perry per la valutazione del funzionamento dei meccanismi di difesa risultano problematiche se applicate all'età evolutiva. Non intendo riferirmi esclusivamente ai problemi metodologici legati alla standardizzazione della scala al linguaggio infantile quanto al modello implicito di salute mentale presente nello strumento stesso. Se con un paziente adulto può

avere senso utilizzare il livello di maturazione dei meccanismi di difesa come indicatore di esito non possiamo dire lo stesso per quanto riguarda il trattamento con i bambini. Sappiamo bene che l'andamento maturativo dei sistemi difensivi o meglio dell'organizzazione difensiva non risulta essere lineare durante lo sviluppo.

Abbiamo quindi bisogno di ancorare, specificamente per una valutazione dell'efficacia della psicoterapia nell'infanzia e nell'adolescenza, i criteri di valutazione del funzionamento mentale normale e patologico dei soggetti in età evolutiva ai dati che provengono dalla ricerca empirica sullo sviluppo. I risultati prodotti nel campo dell'infant research sembrano infatti fornire ai clinici e ai ricercatori nuove ipotesi per la definizione operativa dei processi mentali che svolgono ruolo protettivo nei confronti degli eventi stressanti (si vedano gli studi di Fonagy e Target sulla mentalizzazione) e soprattutto indicano la flessibilità e la reversibilità dei disturbi dello sviluppo in età evolutiva, con conseguenze interessanti per il lavoro clinico con pazienti bambini e adolescenti.

### *Bibliografia*

Achenbach, T.H. (1995). Diagnosis, assessment and comorbidity in psychosocial treatment research. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 45-64.

Beecham, J.K. (1995). Collecting and estimating costs. In Knapp, M.R. (ed). *The economic evaluation of mental health care*, pp. 61-82, Aldershot, UK.

Bergin, A.E. (1963). The empirical emphasis in psychotherapy. A symposium. The effects of psychotherapy: negative results revisited. *Journal of Consulting Psychology*, 10, 224-250.

Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (1971). *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: Wiley.

Dahl H., Kaechele H., & Thomae H. (1988). *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag.

Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 116, 319-324.

Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2002). *What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. The Guilford Press. Trad. it *Psicoterapie per il bambino e l'adolescente*. Roma: Pensiero Scientifico, 2003.

Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Rowland, M., & Ward, D. (1999). *MST versus psychiatric hospitalization: Placement outcome post-treatment*. 46th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Chicago.

Hoagwood, K., Jensen, P.S., Pretti, T., & Burns, B.J. (1996). Outcomes of mental health care for children and adolescents: I. A Comprehensive conceptual model. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1055-1063.

Hodges, K, Bickman, L., Ring-Kurtz, S., & Rieter, M. (1991). Multi-dimensional measure of level of functioning for children and adolescent. In Algarian, A., & Friedman, R. (eds). *A system of care for children's mental health: Expanding the research base*, pp. 149-154, Tampa.

John, K., Gammon, G.D., Prusoff, B.A., & Warner, V. (1987). The Social Adjustment Inventory for Children and Adolescent (SAICA): Testing of a new semi-structural interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 898-911.

Kazdin, A.E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescent: Directions for research and practice*. Oxford: Oxford University Press.

Kazdin, A.E., & Kendall, P.C., (1998). Current progress and future plans for developing effective treatments: Comments and perspective. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 217-226.

Luborsky, L., & Bachrach, H. (1974). Health Sickness Rating Scale, *Archives of General Psychiatry*, 31, 292-299.

Olds, D., & Kitzman, H. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children, *Future of Children*, 3, 53-92.

Shaffer, D., Gould, M., & Brasic, J.A. (1983). Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1231.

Target, M., & Fonagy, P. (1992). *Raters' manual for the Hampstead Child Adaptation Measure (HACAM)*, London, UCL.

Weisz, J., Weiss, B., Han, S., Granger, & D., Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescent revisited: A meta-analysis outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.