



THE CLINIMETRIC ASSESSMENT IN CLINICAL PSYCHOLOGY

Carrozzino Danilo

Visiting Psychiatric Research Unit,
University of Copenhagen

PhD in Clinical Psychology

Department of Psychological, Health, and
Territorial Sciences

University "G. d'Annunzio" of Chieti-
Pescara

APPROCCIO CLINIMETRICO

(TOMBA, FAVA, SONINO 2011)

- In questa sezione discuteremo sinteticamente le inadeguatezze del modello psicometrico in ambito clinico, sottolineando l'esigenza di una sua integrazione con la clinimetria (Feinstein, 1982), approccio teorico innovativo per la misurazione delle manifestazioni cliniche, che **trova applicazione nel processo diagnostico, terapeutico e prognostico** in discipline quali la psichiatria, la psicologia clinica e la psicosomatica.
- Storicamente, l'interesse verso lo sviluppo di strumenti di valutazione standardizzati è avvenuto da una parte, per l'esigenza di **quantificare le variabili cliniche con l'obiettivo di testare l'efficacia di interventi psicoterapeutici e farmacologici** sulle dimensioni cliniche oggetto di studio e dall'altra, come risposta all'orientamento prevalente ispirato alla fenomenologia e alla psicoanalisi, che sosteneva la soggettività e la non riproducibilità come principi alla base dello studio della psicopatologia (Faravelli, 2004).

- In altri termini, è stato necessario far ricorso a sistemi di valutazione standardizzata che limitassero, per quanto possibile, la variabilità insita nell'approccio clinico (dialettica *approccio nomotetico vs approccio idiografico*).
- Se da una parte l'applicazione di strumenti di valutazione psicometrici ha evidenziato un miglioramento consistente nella affidabilità e nella riproducibilità della ricerca in ambito clinico, dando l'avvio al processo della psicologia basata sulle evidenze scientifiche (evidence-based medicine), dall'altra sono state indirizzate molte critiche alla reificazione dei risultati ottenuti dall'uso di scale di valutazione psicometrica (ibidem).

Nonostante l'introduzione dei criteri diagnostici per l'identificazione delle sindromi psichiatriche abbia offerto vantaggi significativi (quali *far diminuire considerevolmente la variabilità dovuta a valutatori esterni, chiarire le definizioni dei disturbi, descrivere esplicitamente criteri di inclusione ed esclusione, stabilire una soglia per condizioni clinicamente rilevanti*), l'uso di tali criteri, come detto, è ancora fortemente influenzato dal modello psicometrico sottostante: **tutti gli item assumono lo stesso valore e la gravità del fenomeno clinico è determinata dal numero dei sintomi, non dalla loro intensità o qualità, diversamente dalla realtà clinica, dove è necessario effettuare una differenziazione qualitativa e quantitativa dei sintomi.**

(Faravelli, 2004)

VALUTAZIONE DEL CAMBIAMENTO SINTOMATOLOGICO IN AMBITO CLINICO: LA SENSIBILITÀ

- Nei primi anni Settanta, Robert Kellner aveva descritto i problemi psicometrici relativi alla sensibilità di molte scale psicometriche; la sensibilità in ambito clinico (sensitivity) viene definita dall'autore (Kellner, 1992) come l'abilità di una scala etero- o auto-valutativa di rilevare:
- **Differenze sintomatologiche minime tra gruppi di persone in contesti diversi** (ad esempio, tra pazienti con disturbo depressivo maggiore ospedalizzati e non ospedalizzati);
- **Differenze sintomatologiche e cambiamenti dello stesso paziente nel corso del trattamento;**
- **Differenze sintomatologiche tra pazienti sottoposti a diversi tipi di trattamento** (ad esempio, psicoterapia vs farmacoterapia nel disturbo depressivo maggiore).
- La sensibilità di uno strumento si rivela fondamentale soprattutto quando le differenze sono difficili da riscontrare e i cambiamenti sono scarsamente o non immediatamente riconoscibili (Kellner, 1992), **ad esempio quando gli effetti del trattamento sono lievi e in presenza di sintomi sotto soglia o sub-clinici** (Fava, 1996).

CLINIMETRIA

La clinimetria, introdotta da Feinstein per indicare una disciplina medica finalizzata allo sviluppo e alla **validazione delle valutazioni cliniche** (1982), si propone come alternativa, o meglio come integrazione al metodo psicometrico. Essa intende apportare alcuni accorgimenti all'interno dei processi di misurazione per rendere più attendibile la valutazione in ambito clinico: il paziente, non semplicemente il suo disturbo, viene posto al centro del processo valutativo e la relazione con il clinico diventa uno dei fattori fondamentali per l'acquisizione di informazioni utili e rilevanti per definire e, di conseguenza, trattare meglio i diversi casi clinici (Feinstein, 1967).

- Attraverso l'innovazione della metodologia di valutazione, *l'incremento della specificità delle misurazioni e della sensibilità degli strumenti dell'approccio clinimetrico, il clinico è in grado di descrivere in modo più adeguato le condizioni cliniche, rilevare le differenze tra pazienti, scegliere interventi e definire i cambiamenti* (Feinstein, 1987).

SPECIFICITÀ CLINICA E VALUTAZIONE CLINIMETRICA

- Secondo Feinstein (1987), le variabili da valutare nelle discipline cliniche sono definibili ***soft data*** (informazioni deboli), che riguardano variabili psicologiche e psicosociali estrapolate dal vissuto dell'individuo (quali, ad esempio, la qualità di vita) e ***hard data*** (dati solidi), espressi per lo più attraverso valori numerici e propri delle misure di laboratorio: *la formulazione della diagnosi dovrebbe includere sia soft che hard data.*
- La specificità clinica della valutazione clinimetrica, sempre secondo Feinstein (1983), comprende, oltre alla diagnosi di malattia secondo i criteri nosografici correnti, ***la gravità del disagio, il tipo e la sequenza dei sintomi, il grado di progressione o stadio della malattia, la gravità dei disturbi in comorbidità, la risposta a trattamenti precedenti, i problemi di capacità funzionale e aspetti della vita quotidiana quali il benessere e il malessere*** della persona (Fava et al., 2004).

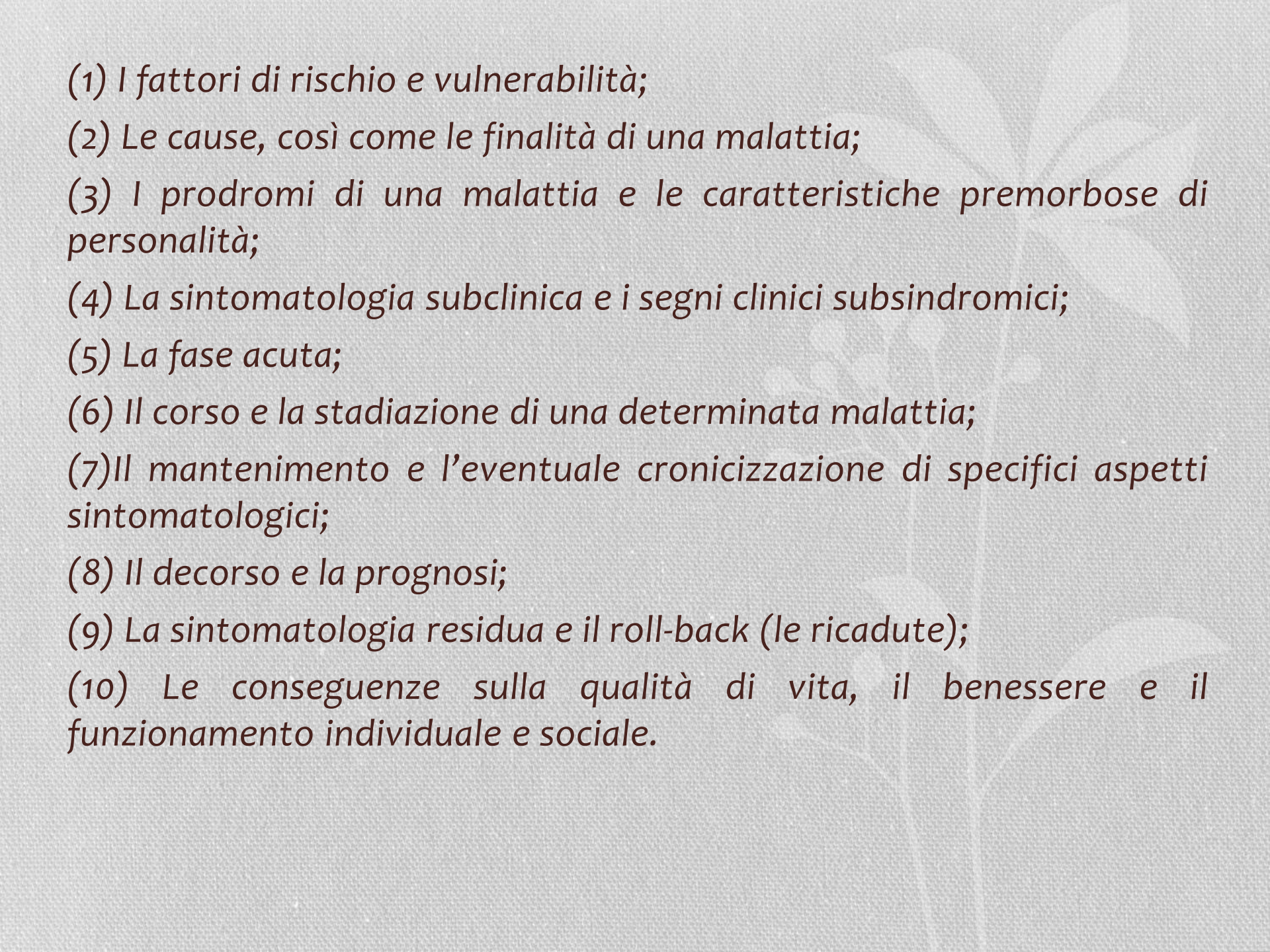
- La malattia e la sofferenza mentale sono state per lungo tempo considerate come entità statiche e non come un processo dinamico di salute-malattia; l'uso di criteri diagnostici medici e psichiatrici basati su variabili di tipo categoriale permette di identificare la presenza di un sintomo o di una condizione nel momento attuale, ma **non sempre è in grado di predirne il decorso nel tempo** (Feinstein, 1994).
- *Il modo in cui il paziente vive la patologia, il significato che essa assume per lui e l'influenza che determina nel rapporto con gli altri rappresentano componenti fondamentali della malattia intesa come risposta umana globale* (Fava et al., 1995).

- In medicina, esempi di indici clinimetrici di gravità sono costituiti dai criteri di Jones per la febbre reumatica, la classificazione di Killip per la gravità dell'infarto del miocardio ed il metodo di Apgar per valutare le condizioni dei neonati (Feinstein, 1999): *tali indici forniscono la classificazione della gravità secondo gli stadi di sviluppo della malattia e delle sue manifestazioni.*
- Questo tipo di classificazione, definito *stadiazione*, differisce dalla metodologia diagnostica convenzionale poiché, oltre a spiegare la malattia in un particolare momento del suo sviluppo, ne descrive le caratteristiche e i segni che possono contraddistinguerla lungo l'intero decorso, dalla fase prodromica a quella acuta, quindi alla fase residuale, fino alla cronicizzazione oppure alla guarigione (Fava e Kellner, 1993).

- *La definizione in stadi è utile per identificare lo stato attuale di un particolare fenomeno clinico, ma anche per predirne la prognosi e la risposta al trattamento: il giudizio clinico sulla prognosi corrisponde alla previsione dei possibili sviluppi di una malattia ed implica un'inferenza sul decorso nel tempo (Feinstein, 1983).*
- *Gli indicatori prognostici possono essere indici con valore predittivo espresso sotto forma di dato quantitativo, come accade per il metodo di stadiazione più diffuso per la classificazione dei tumori maligni (T: tumore, N: linfonodi, M: metastasi) in cui si evidenzia che il paziente al terzo stadio presenta il 30% di probabilità di sopravvivere.*
- *Un indice prognostico può essere espresso anche sotto forma di scala ordinale contenente in ordine gerarchico i termini “eccellente, buona, discreta o negativa”, come accade ad esempio quando il clinico, in base all'esperienza e alla valutazione effettuata, ritiene che un determinato paziente possa presentare una buona probabilità di risposta al trattamento proposto.*

DIFFERENZA CONCETTUALE TRA VALUTAZIONE E DIAGNOSI IN PSICOLOGIA CLINICA.

La stessa dimensione diagnosticata contiene in sé una complessità di aspetti legati alla valutazione di diverse e multifattoriali componenti eziologiche, identificate nell'ambito di una rete concettuale dinamica, con l'obiettivo di stimare non solo la natura e l'origine di una determinata patologia ma soprattutto il peso relativo di differenti indici clinici come i seguenti:

- 
- (1) I fattori di rischio e vulnerabilità;
 - (2) Le cause, così come le finalità di una malattia;
 - (3) I prodromi di una malattia e le caratteristiche premorbose di personalità;
 - (4) La sintomatologia subclinica e i segni clinici subsindromici;
 - (5) La fase acuta;
 - (6) Il corso e la stadiazione di una determinata malattia;
 - (7) Il mantenimento e l'eventuale cronicizzazione di specifici aspetti sintomatologici;
 - (8) Il decorso e la prognosi;
 - (9) La sintomatologia residua e il roll-back (le ricadute);
 - (10) Le conseguenze sulla qualità di vita, il benessere e il funzionamento individuale e sociale.

LA VALUTAZIONE NELL'AMBITO DELLA CLINICA PSICOSOMATICA

- In questo ambito, e' stato ipotizzato che il **costrutto di comportamento di malattia** possa costituire un concetto unificante per comprendere il modo individuale di monitorare sensazioni fisiche e stati fisici interni, definire e interpretare i sintomi, effettuare ipotesi di probabili attribuzioni causali, ricorrere a comportamenti disadattivi utilizzando fonti di cura sia mediche sia psicologiche (Sirri, Fava & Sonino, 2013).
- Valutare i diversi **fattori psicologico-clinici** in grado di influenzare i prodromi, l'esordio, la fase acuta, il decorso, la prognosi e la sintomatologia residua di qualsiasi patologia medico-internistica (DCPR; Fava et al., 1995) e' inoltre possibile anche attraverso i Criteri Diagnostici per la Ricerca in Psicosomatica (DCPR).

I DCPR comprendono la valutazione di **12 sindromi organizzate in 3 cluster differenti e 2 costrutti di personalita'** (alexithymia e demoralizzazione), indipendentemente dalla presenza o meno di una diagnosi medica e/o psichiatrica. I 3 cluster sono costituiti da

Somatizzazione: raggruppa le sindromi di somatizzazione persistente (sindromi funzionali croniche e sintomi fisici multipli persistenti), sintomi funzionali secondari a un disturbo psichiatrico, sintomi di conversione e reazione da anniversario (concomitanza di malattia con date importanti del soggetto, senza consapevolezza della coincidenza);

Comportamento abnorme di malattia: secondo il costrutto di Pilowski (1997) raggruppa le sindromi di **nosofobia** (timore fobico di avere una specifica malattia grave), **ansia per la salute** (sintomi fisici di cui il soggetto e' spaventato e molto preoccupato, attenuati dopo rassicurazione medica, ma che si ripresentano nel tempo), **tanatofobia** (fobia della morte accompagnata da condotte di evitamento), **negazione di malattia** (diniego di avere la condizione clinica da cui il soggetto e' affetto, con inevitabili comportamenti a rischio);

Irritabilita': raggruppa le sindromi di comportamento di tipo A (tratti di ostilita' e senso elevato di competizione) e di umore irritabile (**irritabilita' costante non attenuata da scoppi di rabbia**).

I 2 costrutti di personalita' sono invece i seguenti

Alexithymia: caratterizzata dalla difficolt  di identificare e di descrivere le proprie emozioni, pensiero concreto e riduzione della vita fantasmatica;

Demoralizzazione: caratterizzata da un senso individuale di incapacita' ad affrontare le situazioni e da un senso di fallimento personale verso gli obiettivi della vita.