

Valutazione dell'efficacia dei trattamenti psicologici

di Cinzia Morselli

Eysenck 1952: effetto lampione

La psicoterapia, in particolare quella psicoanalitica, ha la stessa efficacia quanto stare sotto alla luce di un lampione.

Le psicoterapie sono efficaci allo stesso modo?

Ce n'è una più valida delle altre?

Perché lo è?

E' valida per tutte le patologie?

E' solo una questione di tecnica?

Cosa significa stare bene?

Significa non stare male?

Le differenze tra i vari tipi di
psicoterapia si limitano ad un
20% al massimo

(by World Psychiatry Association)

EBM

(Evidence Based Medicine)

ideato da David Sackett negli anni '90

Prevede il trasferimento delle conoscenze derivate dalle ricerche scientifiche alla cura dei singoli pazienti

La ricerca empirica

Cambiano “... i criteri per la valutazione: perdono, per esempio, quasi del tutto di importanza le osservazioni su casistiche individuali o di singoli centri; i concetti e le relazioni di causa-effetto vengono valutati sulle popolazioni oggetto di ricerche con apposite analisi e sofisticati strumenti statistici; all'osservazione fatta sul singolo paziente viene riconosciuta una valenza puramente aneddotica rispetto alla produzione di conoscenza,”.

(Enciclopedia della Scienza e della Tecnica – 2007)

Ricerca sul risultato o outcome research

Metodi di elezione sono:

1) Single Case Design - mettono a fuoco aspetti tecnici specifici della clinica

1) Criticità legata alla scarsa generalizzabilità

2) gli RCT (Randomized Control Trial) - prevedono gruppi randomizzati di trattamento e controllo. Perplessità legate a:

- a) Mito dell'uniformità tra pazienti e tra terapeuti
- b) Pluralità di elementi in gioco
- c) La scelta dell'outcome ha ripercussioni sull'esito

Ricerca sul processo – Process Research

Nato dal paradosso dell'equivalenza degli anni 70: il verdetto di Dodo.
Perché approcci terapeutici che si basano su differenti modelli concettuali rispetto alla psicopatologia e al processo di cura hanno però equivalenti risultati? La ricerca sul processo va ad analizzare, attraverso la classificazione, la descrizione e la misurazione di ciò che fanno paziente e terapeuta, nel corso del trattamento.

Process-outcome research

Cerca di collegare il COME avviene un cambiamento con QUALE cambiamento, quindi non solo il collegamento, ma anche la causazione

La EBM non è scevra da criticità.

Un'obiezione ricorrente è che la pratica clinica, specialmente per il suo ethos umanitario e per la singolarità dei pazienti e dei loro bisogni, non è riducibile al trasferimento sul paziente dei risultati delle ricerche; inoltre è stato affermato che la EBM rischiava di sostituire di fatto l'autorità degli esperti con quella delle prove scientifiche, o l'esperienza dei clinici con quella dei metodologi della ricerca.
(Enciclopedia della Scienza e della Tecnica (2007) di **Massimo Tombesi**)

APA (American Psychological Association)

Propone due modelli opposti:

- **EST** (1998) = Empirically Supported Treatments che privilegia il metodo di indagine, gli RCT in particolare;
- **ESR** (2002) = Empirically Supported Relationships che privilegia i contenuti, in specifico che in psicoterapia non si può prescindere dalla relazione terapeutica

La ricerca in psicoanalisi

Si suddividono in due filoni principali: uno on-line ed uno off-line.

ON-LINE: sono ricerche cliniche in senso stretto. *“un processo circolare di scoperta dove, insieme al paziente, osservazioni idiosincratiche delle fantasie e dei conflitti inconsci sono successivamente visualizzati, simbolizzati ed alla fine messi in parole a differenti livelli di astrazione”*

OFF-LINE: extra cliniche, ricerche che si svolgono **dopo** la seduta basandosi sulla trascrizione della stessa (a volte anche con ausili audio e video).

Ricerca INSERM

(Institute de Santé et de Recherche Médicale)

Valuta ciò che avviene in un bambino o adolescente con autismo in psicoterapia, valutando non solo la misura dei cambiamenti ma anche il perché essi avvengano, o non avvengano, valutando quali fattori esterni e/o interni li attivano o meno.

METODOLOGIA

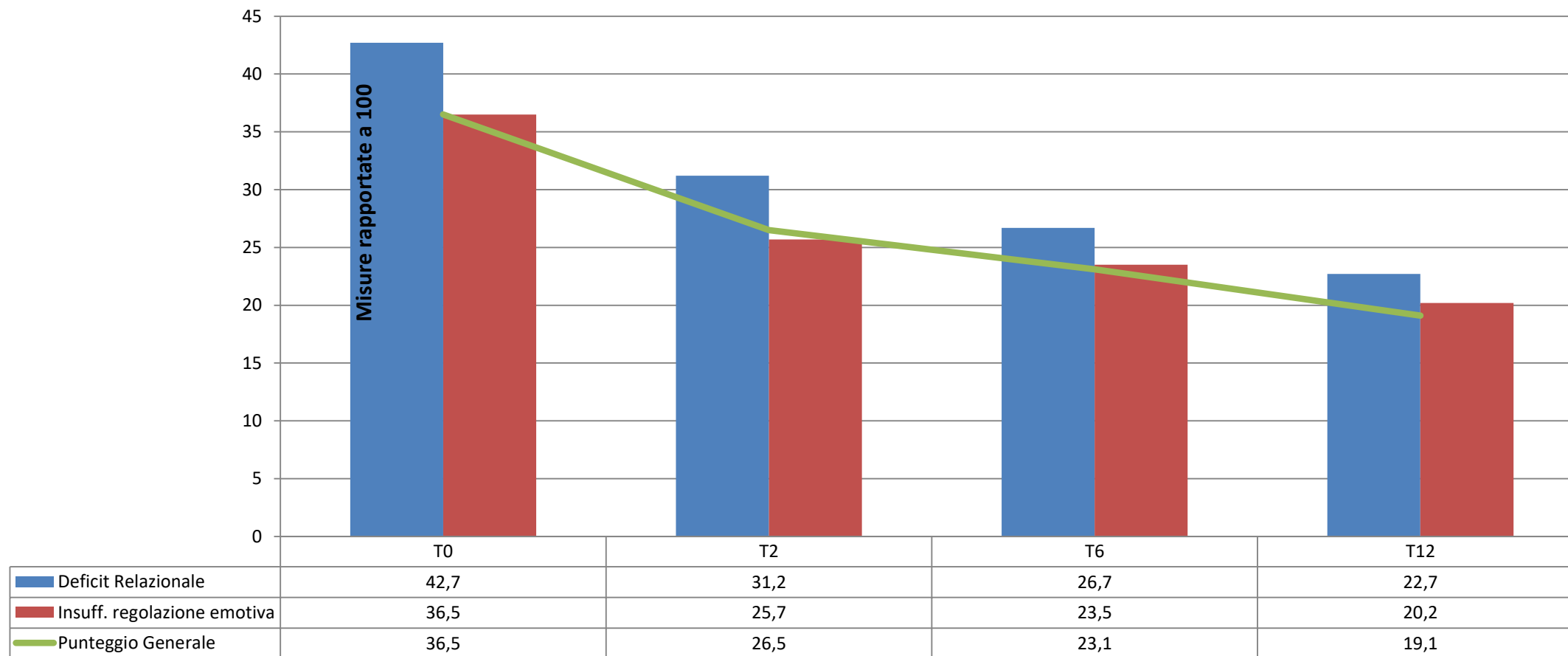
- Il Clinico trascrive 2 sedute e le invia ad almeno 2 colleghi (**gruppo di pari**).
- Ciascuno le valuta separatamente
- I 3 colleghi discutono tra di loro per arrivare ad una quotazione condivisa.
- Tempi stabiliti della ricerca: valutazione iniziale 0 o debut, dopo 2 mesi (T2), dopo 6 e 12 mesi (T6 e T 12)).
- Gli elementi che possono aver interferito o che sono in atto o che infine riguardano il contesto sono considerati variabili (per esempio eventuali comorbidità, l'età della diagnosi, altre terapie in atto e così via).
- All'inizio e alla fine dell'anno di terapia, **il gruppo** formula un resoconto (Formulazione del caso)

STRUMENTI

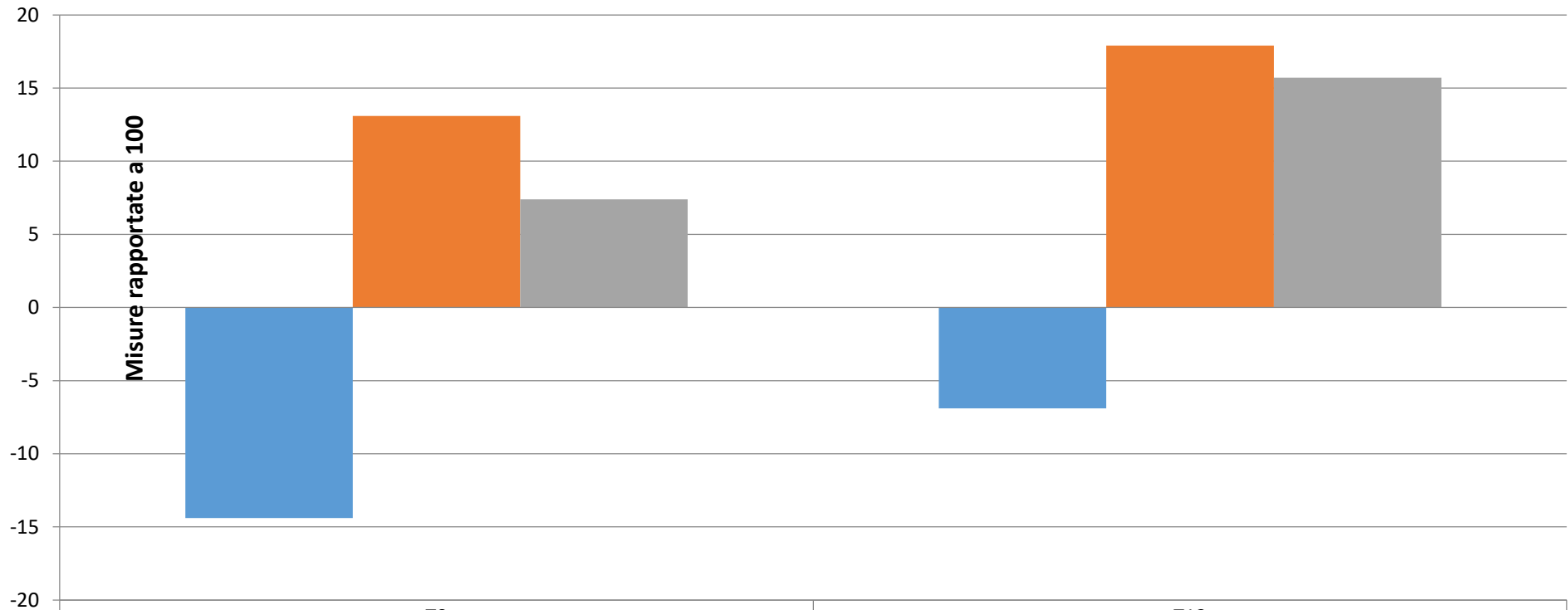
- **ECAR-T – Scala dei Comportamenti Autistici** (*Barthélémy et al. 1997*)
permette di misurare l'andamento dei comportamenti autistici
- **EPCA - Scala di Valutazione Psicodinamica dei cambiamenti nell'Autismo** (*G.Haag et al. 1995*) *misura gli stadi evolutivi dell'autismo*
- **CPQ – Questionario Processo Terapeutico nel Bambino** (*di Schneider & Jones – 2006: è la versione infanzia del Psychotherapy process Q-set di Jones et al. 1985*) *per descrivere il processo interno alla psicoterapia per quanto riguarda il paziente, il terapeuta e la loro interazione.*

PRIMA DOMANDA: i pazienti migliorano?

ECAR-T (Scala Comportamenti Autistici)

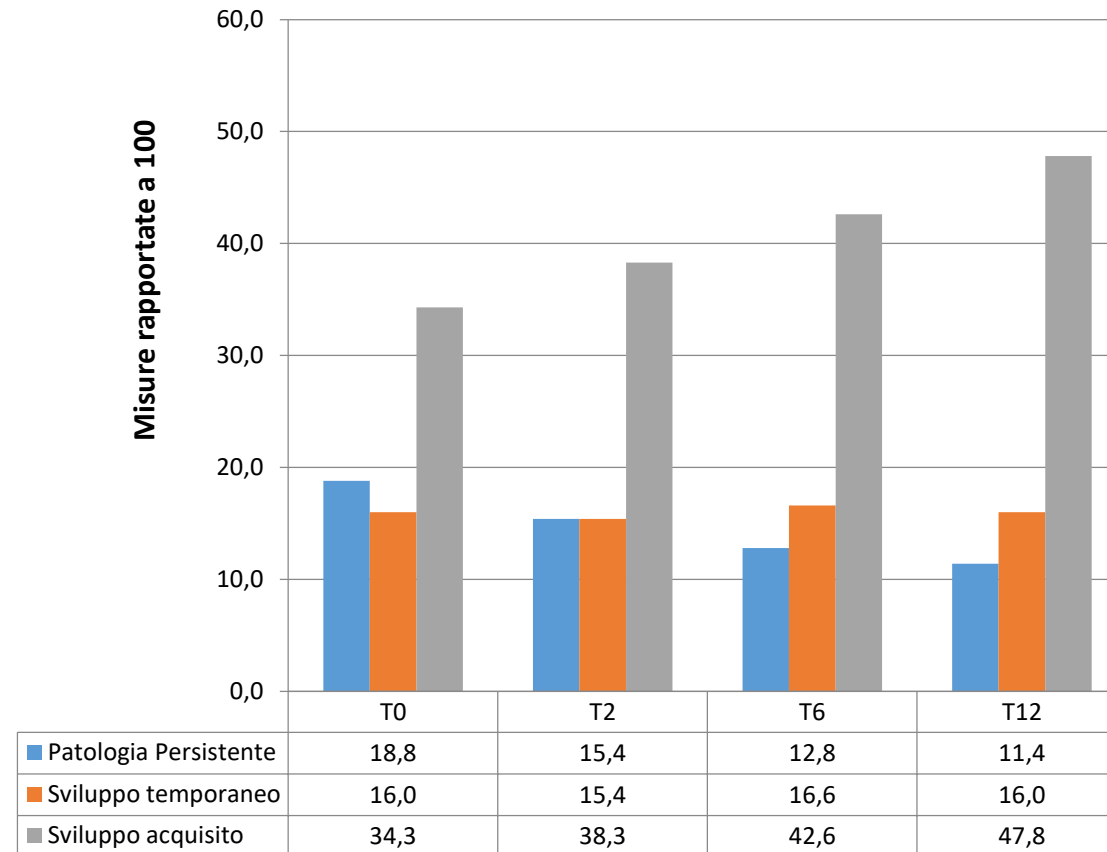


CPQ (Questionario Processo Terapeutico nel bambino)



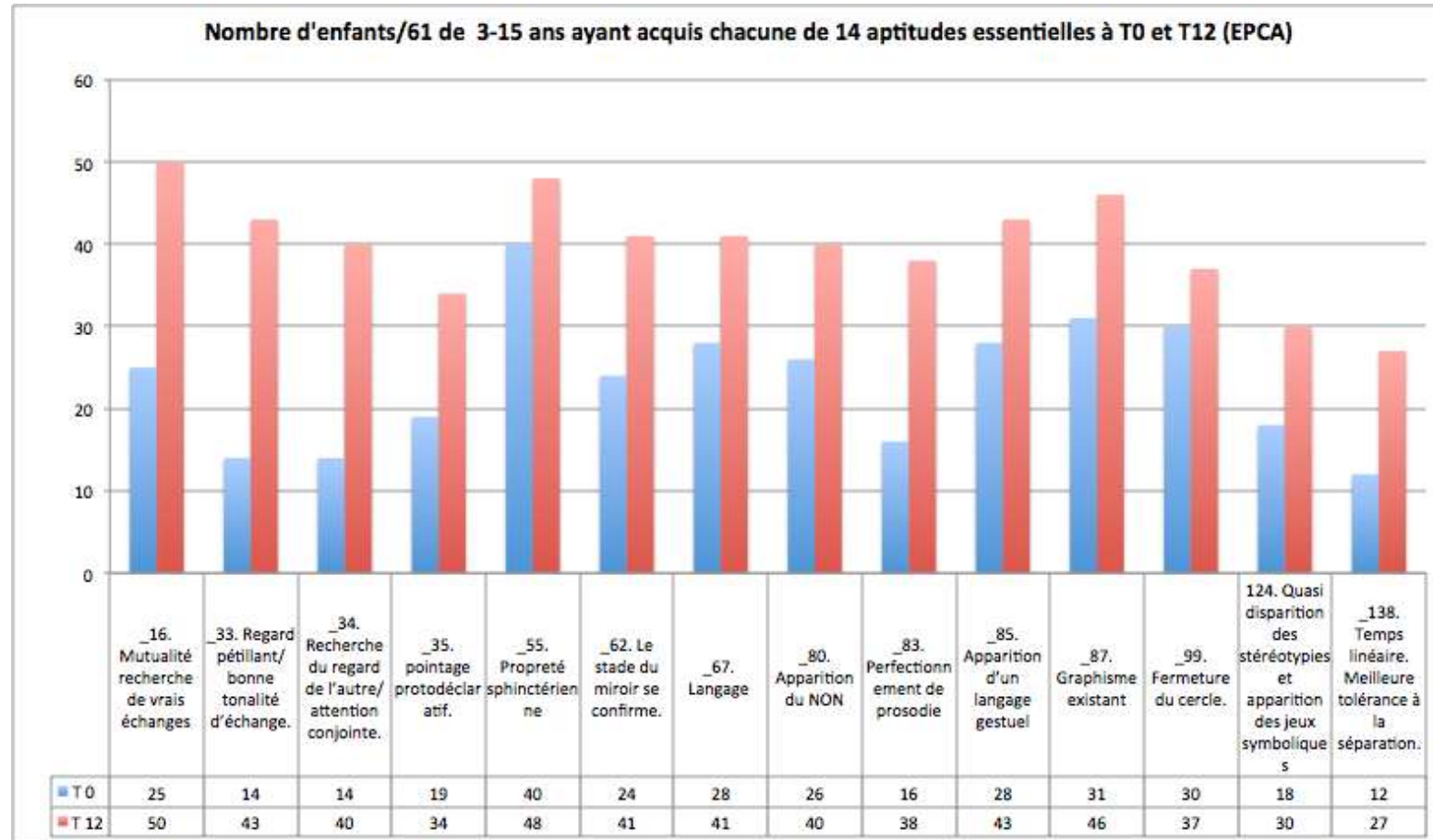
	T0	T12
■ Insight	-14,4	-6,9
■ Espressione Affetti/Difese	13,1	17,9
■ Relazione con gli altri	7,4	15,7

EPCA (Scala di Valutazione Psicodinamica dei Cambiamenti nell'Autismo)



SECONDA DOMANDA: le diverse abilità evolvono allo stesso ritmo?

EPCA (Scala di Valutazione Psicodinamica dei Cambiamenti nell'Autismo)



I cambiamenti sono imputabili alla terapia?

Dall'analisi dei dati si può evincere che chi ha iniziato la terapia all'età di 8, 11 e 13 anni aveva poche abilità iniziali e si è evoluto in modo più rapido durante la terapia, inoltre quelli che iniziavano la terapia in fase di debut, avevano punteggi inferiori in termini di abilità e comportamenti rispetto ai coetanei in trattamento.

Quando è preferibile iniziare la terapia?

Evoluzioni particolarmente importanti e rapide nello sviluppo si rilevano nel gruppo di 3-6 anni, alcuni hanno addirittura acquisito la totalità delle 14 attitudini considerate un punto di trasformazione nodale nello sviluppo dei bambini autistici. Ciò suggerisce che una presa in carico precoce sia la strada da percorrere, in accordo con la letteratura sull'autismo.

I moderatori contestuali influenzano l'esito della terapia?

I pazienti che migliorano beneficiano del supporto familiare e dell'ambiente sociale (scuola, servizi di supporto stabili ecc.), aspetti che contribuiscono a creare nel bambino un sentimento di fiducia in sé stesso e nel suo entourage.

Come agisce la terapia nei bambini con disturbo autistico?

Qui lo strumento utile è il CPQ: i mediatori, o variabili potenzialmente in grado di intervenire attivamente nei progressi rilevati sono: l'adattamento del terapeuta al livello del bambino, il suo atteggiamento (o setting interno), il contenimento affettivo, la verbalizzazione degli affetti ed infine un mediatore che riguarda le caratteristiche del bambino.

RAGGRUPPAMENTO DI CASI

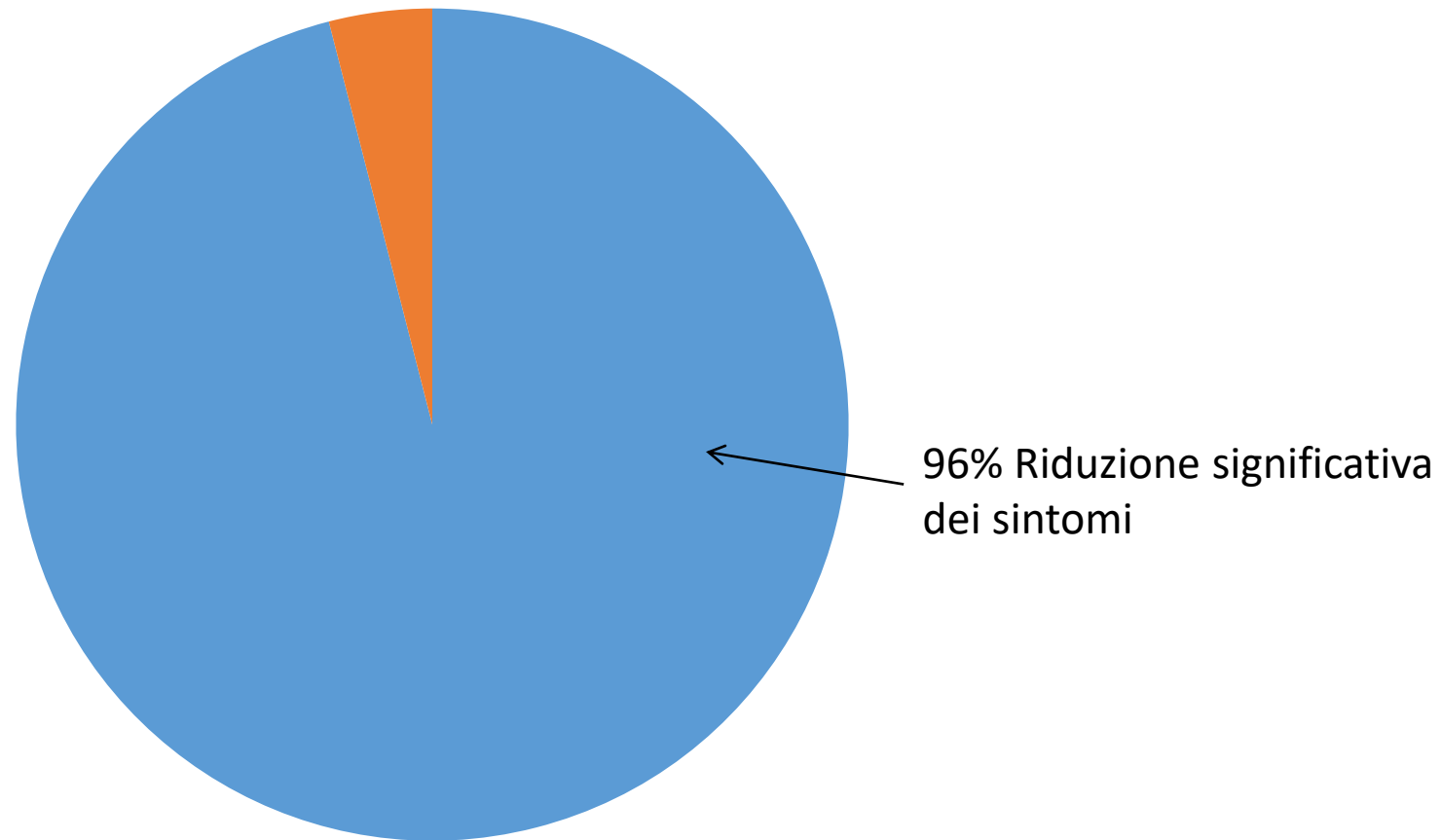
Casi comparati per età

3-6 anni = 25 soggetti

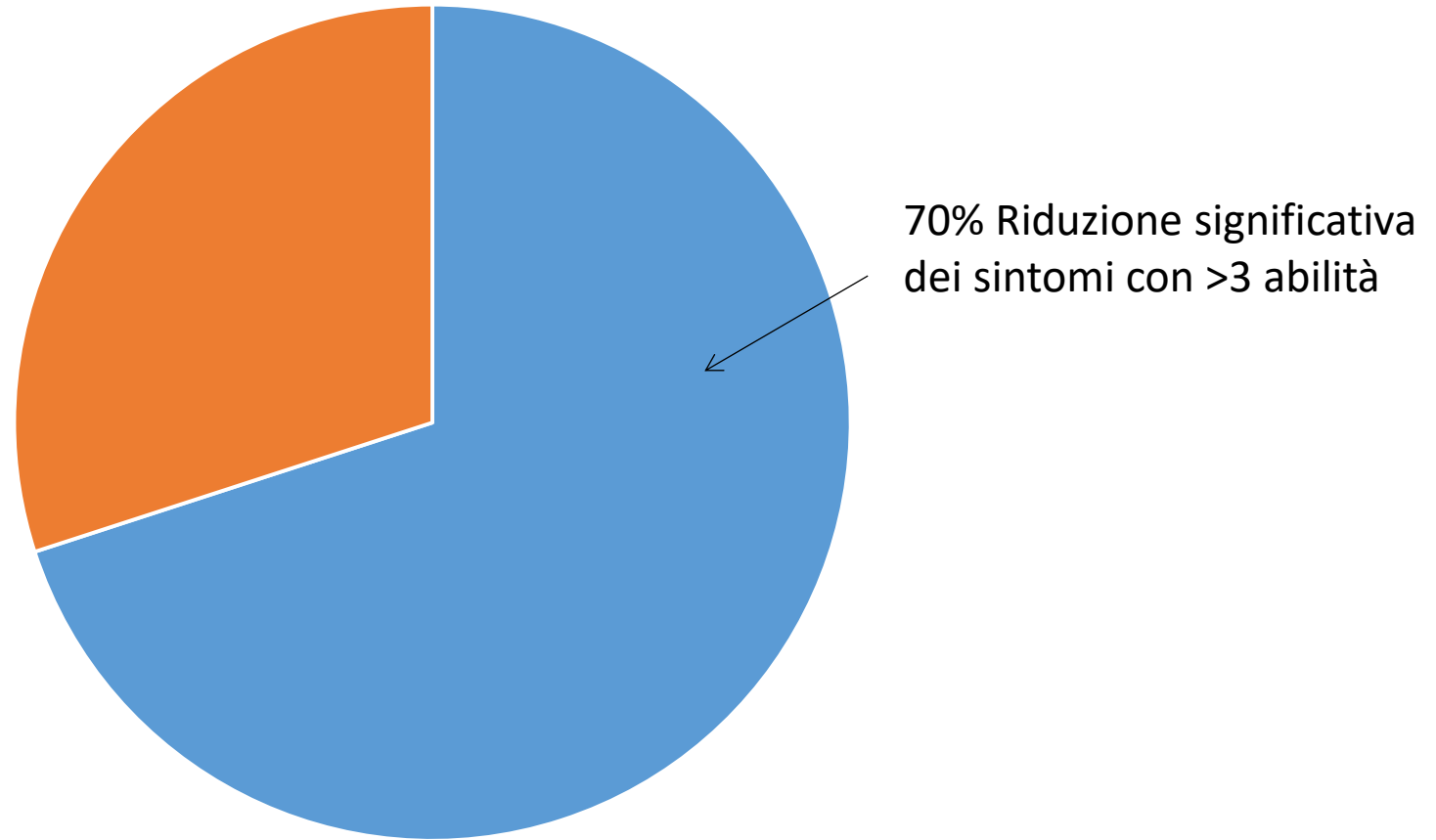
7-11 anni = 17 soggetti

12-15 anni = 8 soggetti

Gruppo 3-6 anni



Gruppo 7-11 anni



Gruppo 12-15 anni

L'evoluzione degli 8 ragazzi dai 12 ai 15 anni non può essere presentata esattamente allo stesso modo di quella dei bambini più piccoli, perché 3 di loro raggiungono punteggi relativi ai comportamenti autistici molto bassi e al massimo delle abilità valutabili con gli strumenti utilizzati.