LEZIONE 16 OTTOBRE 2017

Cominciamo a rispondere alle vostre domande, in particolare a quelle legate all’idea di capire come una psicoterapia può essere “giudicata”. È un termine brutto ma è un po’ la verità, perché abbiamo proposto tanti modelli teorici, ma come faccio a capire quale psicoterapia funziona di più? E non rientra solo l’idea della valutazione, ma anche una sorta di giudizio: posso fare la cbt senza essere considerato uno sfigato? Posso fare psicoanalisi o lo psicodinamico senza essere considerato un fuffologo? C’è tanto giudizio nella comprensione delle differenze tra i modelli d’intervento, e perché un giudizio non sia un pregiudizio è importante che impariamo a capire come effettivamente si possono produrre delle osservazioni scientifiche, delle misurazioni di ordine numerico o clinico (dei criteri per dire se il mio paziente è o meno migliorato alla fine della terapia) perché attraverso questa idea di misurazione ci sarà poi la possibilità di ottenere delle risposte alle domande: “Quale modello? Quale terapia?”, Che siano un po’ più strutturate, non pregiudiziali, ma fondate su qualche punto saldo che permette poi di fare un dialogo.

“Sulla base di queste cose ti dico che la psicodinamica tutto sommato non è un approccio scientifico”, e voi o il vostro interlocutore avrete poi le risorse, le conoscenze che permettono di mettere in discussione questa affermazione o di essere d’accordo.

Dopo averci a lungo pensato, secondo me il miglior modo per cercare di costruire questi strumenti e queste risposte è quello di ripercorrere come queste domande sono state poste nella storia della ricerca in psicoterapia, sia per capire chi eravamo, che strada abbiamo fatto e dove siamo adesso, ma soprattutto anche perché di fatto ripercorrere la strada del passato un po’ è la strada che le nostri menti fanno. Cioè c’è stata una fase molto naif in cui le domande erano troppo semplici a cui si è cercato di dare delle risposte semplici. La complessità del reale è arrivata come un treno in corsa distruggendo tutto quello che c’era, e da lì via via ci siamo fatti domande sempre più sofisticate, e quindi secondo me se ripercorriamo questo percorso ci rimane anche facile aumentare la complessità gradualmente.

Cerchiamo di ripercorrere problemi storici più semplici e vediamo che tipo di risposte sono state fornite all’epoca, ciclicamente vediamo i problemi nelle risposte, e poi cerchiamo di introdurre e cominciare a parlare di tecniche di ricerca, ovvero quegli strumenti che sono stati utilizzati per cominciare ad addentare il problema delle psicoterapie. Quindi come far ricerca sulla psicoterapia. E poi vediamo le soluzioni moderne, le tecniche più complesse che si usano, e poi alla fine ci godiamo i risultati, cioè ci diciamo: “Aaah adesso finalmente sappiamo la psicoterapia psicodinamica che efficacia ha.”

Per capire veramente il significato delle rct, delle super-condense di risultati di efficacia ci serve capire come si costruiscono, anche perché (e qui faccio uno spoiler dei nostri risultati) non avremo alla fine di questo corso con una risposta estremamente chiara limpida e cristallina, ma arriveremo alla fine di questo corso con la capacità di problematizzare in maniera più consapevole. Avremo però delle risposte.

Nella prima metà del 900 c’era solo la psicoanalisi fondamentalmente come psicoterapia, cominciavano ad esserci degli inizi di riflessione sull’approcciare alla psiche non in termini psicoanalitici ma cognitivi, e quindi anche l’idea di poter andare in questa direzione, ma fondamentalmente era un processo di autogratificazione da parte di questi analisti e ricercatori, in cui dicevano a ogni paziente: ”Ho fatto questo e guarda cosa è successo”. La comunicazione scientifica dell’epoca, era basata sullo scambio di questi contenuti. L’idea che questa cosa non potesse essere messa in discussione non ce l’avevano nemmeno.

Se non che nel 1950 arriva il Signor Eysenck, che fa una pubblicazione scientifica su queste riviste di questi grandi professori psicoanalisti cui scrive queste cose: ha raccolto articoli fatti dai suoi colleghi, li ha messe insieme, e ha detto: “Guardando un po’ i vostri risultati, la mia conclusione è che le vostre analisi non servono a niente!!!! L’unica cosa che succede è che siccome passa del tempo da quando arriva per la prima volta e quando va via il paziente, la persona ha una remissione spontanea.”

Potete immaginare in questo contesto di grande compiacimento scientifico di tutti, arriva questa pubblicazione come una granata!

“L’unico principio terapeutico è la remissione spontanea”. Lui era un grinch o deficiente? No, era un brillante psicologo, e questo articolo è da intendersi in termini provocatori.

Lui stesso in realtà credeva nell’efficacia di queste cose ma si poneva da scienziato il problema di dire: “Finché non riusciamo a produrre della ricerca che ci dà questa conferma, noi siamo alla stregua di una religione, non abbiamo nessuno strumento per dichiararci scienziati in questo processo.” E quindi dice in maniera provocatoria “La vostra roba non funziona, l’unico effetto è il tempo.”

Allora un po’ come potremmo rispondere ad Eysenck fossimo psicoanalisti degli anni 50? Vi lascio la parola.

COLLEGA: Scusi, me uno dice “io mi rendo conto che i miei pazienti sono migliorati veramente”, però ricerca come posso fare una valutazione e avere una risposta concreta?

PROF: Per esempio come la fareste una ricerca?

COLLEGA: Gruppo di controllo trattato senza psicoanalisi e un gruppo trattato con la psicoanalisi.

PROF: Benissimo, qualche altra idea

COLLEGA: Dei test all’inizio, dopo e durante la terapia

PROF: Benissimo, si

COLLEGA: Oppure parlando in termini psichiatrici si può vedere se durante la terapia c’è un’evoluzione dei disturbi in asse uno e in asse due e come si evolvono nel tempo della terapia.

COLLEGA: La mia era una domanda: il fatto di somministrare un test all’inizio e alla fine della terapia chiaramente ci permette di stabilire una correlazione e non un rapporto causale tra fattori, perché la teoria di Eysenck non sarebbe comunque smentita. Perché sì, è cambiata la risposta ma al questionario ma perché la persona nel corso degli anni ha modificato gli schemi cognitivi o il proprio approccio alla prima esperienza

PROF: Infatti furono le critiche mosse a quelle ricerche iniziali che facevano in maniera molto naif le cose che hai suggerito tu. Nel senso, poiché non c’erano ancora gli assi psichiatrici, ma c’era una descrizione dell’evoluzione del paziente in termini qualitativi, ricade tutto in quella cosa: “Si ok, il pre e post mi ha dato una differenza, però la ragione è verosimilmente il passare del tempo”

COLLEGA: Osservare sistematicamente la terapia per verificare se effettivamente il cambiamento avviene successivamente a un intervento specifico del terapeuta o un insight del paziente che avviene all’interno della terapia e vedere se c’è effettivamente questa corrispondenza tra miglioramento e la terapia.

PROF: Qua un pochino c’è l’idea come se il cambiamento avvenga nella sala del terapeuta, ma potrebbe anche accadere durante la settimana…

COLLEGA: Cioè non deve essere una corrispondenza puntuale, ma osservare se effettivamente c’è una coincidenza a livello di un lasso di tempo molto più ambio, cioè osservare se c’è un percorso simile tra l’evoluzione della terapia e l’evoluzione del paziente

PROF: Come cercare le traiettorie della terapia e le traiettorie del cambiamento del paziente secondo altri criteri un po’ vaghi ma vedere se c’è corrispondenza…

COLLEGA: Io prenderei un gruppo di controllo di pazienti che non vogliono essere trattati con la psicoterapia e li confronterei con i pazienti che invece vengono trattati

PROF: Lei ha proposto di prendere un gruppo di pazienti che non vogliono fare la psicoterapia altrimenti non sarebbe etico, un altro gruppo che la fa e poi confrontare i due gruppi. Qualcuno ci vede una problematica in un disegno di questo tipo?

COLLEGA: Io prima definirei quali sono tipo le variabili da misurare.

PROF: Ooh che bella cosa, ci siamo detti tutti “misuriamo misuriamo”… ma cosa??

COLLEGA: Comunque se uno non vuole fare la terapia ha dei presupposti diversi, cioè ci vorrebbe gente che è in lista per andare in un determinato centro per andare a fare psicoterapia e ancora non ha potuto cominciare, però magari ci vogliono pazienti simili o con struttura di personalità simili.

PROFESSORE: Andiamo piano, perché siamo nella nostra fase psicologica interna da psicoanalisti degli anni 50. Esattamente quello che state descrivendo sono stati gli approcci che sono stati provati.

Prima di Eysenck le pubblicazioni erano fatte cosi: era descritta una situazione di partenza che non era necessariamente l’inizio della terapia (magari la seduta numero 60), poi una descrizione di qualcosa che succedeva in clinica, e poi c’era la descrizione di come si evolveva, come si chiudeva questa cosa che non necessariamente era la fine della terapia, quindi proprio descrizioni per processo. Fate conto che i primi registratori in terapia li porta Rogers alla fine degli anni ‘70, quindi 25 anni dopo la prima pubblicazione di Eysenck, per farvi capire la scala temporale su cui stiamo un po’ ragionando. Vediamo un po’ quali erano i limiti di queste pubblicazioni, ci sono anche altre cose importanti.

La prima cosa da un punto di vista scientifico è che i dati che riguardano il contenuto di una terapia non erano pubblici. L’analista scriveva nel suo resoconto interpretazioni e collegamenti dei contenuti interni, ma questi contenuti interni e collegamenti sono tutte delle cose soggettive del terapeuta, non abbiamo idea se quella cosa è effettivamente stata presente in quella seduta, se un altro terapeuta con lo stesso training sarebbe riuscito a vederla. E la psicoanalisi stessa ci dice che ci sono un sacco di distorsioni mnestiche, un sacco di elementi pregiudiziari, elementi transferali che entrano in ballo nell’esperienza, quindi perché il terapeuta non può essere a sua volta vittima della percezione del reale? Perché dovremmo prendere per vero la sua descrizione, come unico elemento oggettivo di valutazione della terapia?

Infine abbiamo due punti molto importanti: una che in questa letteratura si usava generalizzare in modo indiscriminato, ad esempio: siccome i pazienti isterici hanno risposto allo stesso modo al transfert paterno, allora tutta l’isteria si tratta così, o quantomeno sono questi gli elementi su cui baso la teoria, quando invece sappiamo che la validità delle strutture psicologiche nei pazienti sicuramente è molto grande.

E infine il discorso che non c’è nessun controllo sui fattori extraterapeutici, cioè magari come diceva Eynseck era magari il passare del tempo, magari il mio paziente nel frattempo si è fidanzato con una persona stupenda e questo gli ha cambiato la vita e grazie al cavolo che è migliorato, e non perché viene 4 volte alla settimana in psicoterapia, ma perché gli è successa cosa bellissima e ha costruito una relazione che gli ha permesso di cambiare.

Vedremo poi, siccome come in tutte le cose storiche si procede a cicli, che questo approccio non aveva soltanto dei limiti, questo modo profondamente clinico di guardare il processo clinico avrà tutta una serie di fascinazioni più o meno forti che adesso stanno cominciando a tornare in termini più evoluti, però cominciamo a capire che non è sempre tutto da buttare via.

Ma veniamo a noi, proprio come ce lo eravamo immaginato, gli analisti che risposero ad Eynseck fecero quello che ci siamo detti. Facciamo due gruppi: uno pre e post col trattamento in mezzo e uno di controllo, con una situazione di partenza analoga a qualcos’altro (che non è la psicoterapia) e poi la nostra situazione finale.

Quello che fecero negli anni ‘50 era di rispondere qui dentro un po’ come ci siamo detti noi, cioè con le liste di attesa, ma anche con degli pseudo trattamenti, fatti da undergratuated, studenti o infermieri, quelli diciamo delle cose che avevano la struttura, il setting come la terapia ma i contenuti non c’erano o erano in maniera infinitesimamente ridotta. Facciamo il toto-risultati, cosa pensate che sia uscito da questo tipo di ricerca?

COLLEGA: Problemi etici, tipo mettere in lista d’attesa qualcuno, mettere un infermiere che fa danni…

PROG: “Erano anni in cui ai bambini davano scosse elettriche per causare reazioni paurose. No, non avevano questo tipo di preoccupazioni. Qualcun altro?

COLLEGA: “Magari il fatto che non tutto quello che erano riusciti fin ora ad affermare avesse un riscontro pratico, a volte magari era tutto il contrario, quindi problemi a livello di avere poche persone disponibili a fare ricerche, oppure il fatto che appunto i risultati non erano quelli attesi”

COLLEGA: Non si sa bene cos’è il placebo in psicologia, magari per una scuola una cosa è placebo mentre per un’altra no, quindi non si capisce bene. La soluzione migliore sarebbe quella di usare trattamenti diversi e poi vedere cosa funziona. E poi il paradosso dell’equivalenza..

PROFESSORE: E infatti il risultato è stato un DISASTRO! Nel senso che è venuto fuori che a volte la terapia era pure peggio dei trattamenti informali. Il 18 % dei pazienti migliorava già in lista d’attesa.

Questa è una ricerca successiva degli anni ‘80 che ci dice qualcosa su questo approccio alla ricerca. Se già soltanto metterli in liste d’attesa migliorano, noi cosa confrontiamo con il nostro disegno di prima? Le ragioni ci sono state già parzialmente introdotte dalla vostra collega, e risiedono nelle domande: Cosa succede nelle persone dei gruppi di controllo? È vero come in medicina che se non gli diamo il farmaco con il principio attivo sta comunque succedendo qualcosa? O l’essere preso in carico da uno studente, l’essere invalidato come paziente o come persona che necessita di un supporto o sostegno ha già suscitato qualcosa? Poi c’era un altro problema, ovvero che in psicoterapia è difficile fare il doppio cieco. Qualcuno sa cos’è il doppio cieco??

COLLEGA: Che né il ricercatore/medico e né il paziente sanno a chi è somministrata la pastiglia con il principio attivo o il placebo.

PROF: Esatto, né il paziente (cieco semplice) né il medico o il ricercatore, ma nel nostro caso il medico è lo psicoterapeuta, e allora ci possiamo immaginare uno psicoterapeuta che non sa che tipo di intervento sta portando avanti? È assolutamente impossibile.

E poi c’è il discorso del placebo, che è un discorso gigantesco in cui non entreremo in questo momento. Alcuni autori per esempio sono arrivati a dire che tutta la terapia è placebo, persino il cambiamento ci si basa, ma questo non significa che la terapia è sbagliata, ma che l’effetto placebo è potentissimo, di cui magari gli psicoterapeuti sono a loro insaputa divenuti dei grandi tecnici, perché riuscire a sfruttare da questo effetto l’autocambiamento a volte fa guarire dalle malattie. Nel nostro caso magari è proprio quello che genera il cambiamento psicologico, tant’è che quelli in lista d’attesa, soltanto in lista di attesa, soltanto sperando o in attesa di essere stati presi in carico magari si risolvevano dei sintomi despressivi gravi.

Insomma arriviamo la conclusione che un gruppo non trattato è problematico per il nostro tipo di ricerca, perché un gruppo non trattato è impossibile da ottenere in maniera controllata e sperimentale se stiamo trattando misurando degli effetti psicologici così ricchi.

Un approccio migliore in questo caso, che poi è stato quello utilizzato nella ricerca moderna, non è stato quello di fare un trattamento contro un non-trattamento, ma quello di fare il trattamento A contro il trattamento B, cioè fare un gruppo di psicoterapia psicodinamica e uno cbt, con depressi uguali, e vediamo chi ottiene il beneficio migliore.

Vedremo poi più avanti che uno dei modi con cui si è cercato di risolvere il problema del doppio cieco, è stato quello di rendere inconsapevole il terapeuta sul tipo di trattamento, assegnando casualmente i partecipanti ad uno dei due gruppi, perché il semplice fatto di scegliere il terapeuta in base al suo approccio può cambiare le aspettative o le speranze rispetto all’intervento, può scatenare tutti quei meccanismi placebo. Quindi se invece né il terapeuta né i pazienti sanno dove questi pazienti vengono smistati, abbiamo un po’ di vantaggi a livello di pulizia.

Invece il modo in cui venne risposto a Eynseck, non fu con questo metodo più agile, ma con la metanalisi, e così arriviamo a quella che è una delle prime tecniche che vi voglio presentare di ricerche in psicoterapia, ed è una tecnica che si usa con tutti i tipi di ricerche, e funziona un po’ come quando state cercando un albergo o ristorante su Tripadvisor. Cioè invece di cercare voi su tutti i motori di ricerca, invece di andarvi a guardare nel dettaglio tutti i casi che sono stati trattati, fate un processo meta, cioè fate una ricerca tipo “il miglior albergo di Padova”, e poi questo Tripadvisor cerca su tutti i motori di ricerca, quindi c’è Experda, Booking… e ciascuno di questi ha una serie di ricerche, quindi tutti gli alberghi di Padova non stanno tutti in un sito. Quindi con una metaricerca potete accedere a tutti i risultati già filtrati che stanno tra voi e nel nostro caso la clinica. E in pratica succede che metti che io ho fatto uno studio in cui confronto 10 terapie, il vostro collega ne confronta 30 con 2 gruppi e via discorrendo, una metanalisi è un processo che prende questi 100 studi che hanno già ciascuno all’interno tante terapie, che hanno già fatto ciascuno le analisi, e poi fa un analisi dei risultati di questi nostri studi. In particolare questo confronto avviene su l’effect size.

Deviazione standard:

L’idea è che prendendo le distanze della misurazione della media con una serie di operazioni matematiche di cui non ce ne frega niente, arriviamo ad avere un range, che è più o meno la deviazione standard. Questo range si interpreta tramite delle proprietà MATEMAGICHE (che non ci interessano), e cioè che una deviazione standard, se i nostri dati sono distribuiti in maniera normale, contiene il 68% dei casi. Quindi se noi sappiamo la deviazione stardard di un fenomeno possiamo sapere all’incirca quanti di tutti i casi erano vicini a quella media. Quindi se io ho curato i pazienti con la depressione con il mio trattamento e il trattamento medio ha fatto 10 punti di effetto, se la deviazione standard è 2, il 68% dei pazienti era tra l’8 e il 12, quindi sappiamo grossomodo descrivere cosa cambia. La cosa bella della deviazione standard è che ha la stessa unità di misura dell’originale. Perché è importante questa cosa? Perché l’effect size più famoso (di Cohen) è la differenza tra due medie. Cioè ci dividiamo maschi e femmine: i maschi sono alti mediamente 1,70, le femmine sono alte mediamente 1,60. Facciamo la differenza tra le due medie. Questa è l’idea di base l’effect size, ovvero media 2 - media 1. Una cosa grezzissima. Per renderla un po’ meno grezza facciamo diviso la deviazione standard. Questa operazione ha due effetti:

1) per standardizzare, e

2) fornirci un’interpretazione chiara del risultato, perché se il mio effect size è diviso la deviazione standard, un delta/effect size di 1, i miei due campioni sono distanti 1 deviazione standard, quindi il 34%.

Qui avete un link da aprire per giocare con il d di Cohen. (esempi sul sito)

L’effect size ci da una misurazione molto intuitiva e quantitativa della differenza tra due popolazioni ed è indipendente dalla misura. Considerando l’efficacia del trattamento sulla depressione, e non importa quale misura ho usato, perché quando ho l’effect size lo posso misurare in maniera astratta dalla misura che ho utilizzato.

In psicologia un effect size di 0.1-0.2 è considerato un effetto piccolo, da 0.4-0.5 è considerato un effetto medio, già da 0.6-0.7 a seconda delle letterature di riferimento è considerato un grande effetto. Queste etichette, che orientano a vedere se si è fatto un buon lavoro, ci indicano anche che in qualche misura in psicologia noi ci accontentiamo di effetti che hanno una moderata grandezza.

L’effect size è l’unica cosa che permette di leggere una ricerca.

CI sono tante altre misure di effect size e in tanti altri contesti, con altre formule. Noi qui siamo in un contesto semplice di confronto tra due gruppi e nel 90% delle pubblicazioni si usa il d di Cohen.

COLLEGA: Cosi la deviazione standard è la media tra le deviazioni standard?

PROFESSORE: Ottima osservazione, nel senso è chiaro che i due gruppi potrebbero avere deviazioni standard diverse. Misurata 10 volte la stessa persona o 10 persone diverse, abbiamo deviazioni standard diverse. Ci sono procedimenti statistici per fare il pooling della deviazione standard, cioè si crea una deviazione standard comune, ma non ci interessa. Se vi interessa andate a cercare effect size su Wikipedia.

Quindi una metanalisi è un processo.

Un mio collega fa uno studio: la psicoterapia psicodinamica contro la cbt. Ottengo un effect size di 0,82. La media del gruppo trattato con un trattamento aveva 0.82 deviazioni standard di maggiore beneficio rispetto a l’altro trattamento. Lo studio 2 invece mi da un risultato contrario, con un effect size un po’ più piccolo (0.12). Se avessi solo questi due studi sarei nel dubbio, ma man mano che la gente produce studi, io posso continuare a aggiungere informazioni alla metanalisi e alla fine con procedure statistiche posso calcolare (non è la media, ma per farvi capire) un effect size medio, cioè metto insieme tutti i risultati, gli altri studi, le informazioni (anche le insicurezza). Posso calcolare se uno studio è fatto bene o meno (è chiaro con l’effect size) poi ne estraggo un valore medio, quindi è bellissimo perché se sono fatte bene mi premettono di estrapolare un’informazione molto robusta e solida da tanti studi anche fatti in studi fatti con poca potenza statistica.

È chiaro che ci sono dei vantaggi, la metanalisi permette di superare i limiti degli studi individuali, e permette anche di fare buona ricerca, nel senso che siccome gli studi che vengono pubblicati nelle metanalisi vengono citati tantissimo e diventano famosi, allora tutti cercheranno di fare degli studi cercando di adeguarsi alla qualità minima necessaria per rientrare nelle metanalisi, quindi seguendo una serie di criteri metodologici, migliorando infine il livello globale della ricerca.

Potete già immaginare che ci sono dei problemi nel fare queste generalizzazioni così estese, nel senso che se gli studi non sono proprio omogenei, cioè se uno sta misurando la depressione e uno il miglioramento della qualità di vita, se posso dire che sono due trattamenti psicodinamici però cominciamo ad essere un po’ ai limiti di quello che posso generalizzare, e questa puntualizzazione spesso non è tanto controllabile, nel senso quando vedete una metanalisi, non vi mettete a vedere tutti gli articoli utilizzati per capire la qualità di quella metanalisi, un po’ vi fidate. E questo è un rischio implicito, perché se la metanalisi è fatta bene la risposta che ci da è molto potente e chiara. Se la metanalisi fatta male, è difficile scoprirlo.

Un altro problema è quello del pubblication bias, nel senso che è molto più facile pubblicare un articolo che ha dei risultati positivi rispetto un articolo che non ha risultati. Magari in un confronto tra psicoterapie non c’è differenza in quell’articolo è molto difficile da pubblicare, perché non è sensazionalistico. Quindi è molto più rappresentata la letteratura che presenta differenze rispetto a quella che non le presenta, e questo potenzialmente nelle metanalisi è un problema, perché se già c’è un errore di fondo nella selezione degli articoli in letteratura, nel momento in cui io sono qui e cerco tutti gli articoli magari questi non vengono pubblicati, allora il minor effect size verrà sbilanciato in maniera artificiale.

Infine è richiesta specificità. Se la metanalisi è fatta bene, richiede di escludere molti lavori, magari questi due negativi bastian contrari erano fatti però metodologicamente non ineccepibili, e quindi il metanalista li ha dovuti lasciar fuori e abbiamo un effect size che è sbilanciato in maniera artificiale.