VALUTAZIONE\_17/10/2017\_OUTCOME 2

Trascritto da: Caterina Melega

Prof: Va bene, cominciamo. Buongiorno a tutti (sta entrando dal retro). Allora, vediamo un po’. Come vi è sembrato quello che abbiamo visto ieri, comprensibile? È stato tutto, qualcuno alza la mano se c’è qualcosa che non era particolarmente chiaro, se non c’è qualche domanda particolare su ciò che abbiamo visto. Ok, allora quindi ricapitolando un po’, abbiamo cominciato a vedere, partendo da una prospettiva un pochino storica, come i problemi legati a capire se la psicoterapia funziona, come la psicoterapia funziona, sono stati affrontati, no? E allora, il primo istinto che abbiamo avuto tutti quanti di dire è stato: bè, il modo per affrontare questo problema di dirci se la psicoterapia ha effettivamente un effetto è quello di fare un gruppo con la psicoterapia e un gruppo con un trattamento, o con uno pseudo trattamento, e abbiamo visto come questa cosa si è rivelata problematica. Qualcuno mi vuole ricordare perché questa cosa è stata problematica? Tipoo, tu!

Studente: Io? [Prof: Sì] Si è rivelata problematica perché quando poi è stato effettuato lo studio si è visto che il risultato è stato disastroso e tra i 2 gruppi, il gruppo del trattamento e dello pseudo trattamento, non ci sono state differenze sostanziali, cosa che ha …

Prof: ok, perché abbiamo visto perché c è stato questo risultato contradditorio, qualcun altro? Tipo, là in fondo, quelle teste chine, sì sì sì sì! [Studente: perché il risultato è contraddittorio?] sì sì, cioè che problema c’è nel fare questi tipi di confronti?

Studente: c’è stata una, cioè in alcuni pazienti che non erano in cura si sono sentiti meglio anche rispetto ai paziente che erano in cura.

Prof: eeh perché?

Studente: (non si capisce)

Prof: non ho sentito.

Studente: perché c’è l’effetto placebo.

Prof: c’è l’effetto placebo… e non solo, no? C’è anche il problema dell’incapacità di controllare per tutti quegli effetti che non fanno parte della psicoterapia, no? Che è il problema del doppio cieco, no, perché in medicina si fa il doppio cieco? Perché già anche solo il fatto di sapere o di poter scegliere il tipo di trattamento, il tipo, o il terapeuta, sapere che uno guarirà più probabilmente e l’altro no, genera tutta una serie di effetti che possono influenzare il nostro risultato. E quindi questi studi che erano con piccoli campioni, che non controllavano per il placebo, che non controllavano per gli altri effetti sperimentali, risultavano estremamente sfalsati con dei risultati contraddittori. E qual è stata, quale abbiamo visto essere la strategia che poi invece c’ ha permesso di avere una risposta più chiara?

Studente: confrontare diversi trattamenti

Prof: confrontare diversi trattamenti, sicuramente è un modo più agile, no? Però poi abbiamo visto una tecnica particolare…sì?

Studente: fare in modo che il paziente e il terapeuta non si scelgano a vicenda perché un paziente che sceglie un determinato terapeuta e determinato orientamento comunque va incontro a degli effetti che comunque non sono controllabili nella valutazione della psicoterapia; quindi è un po’ il doppio cieco, però più che in versione medica, in versione psicoterapica in questo senso.

Prof: ook, sì?

Studente: la metanalisi.

Prof: abbiamo visto anche la metanalisi come possibile tecnica, giusto? Ci è chiaro a tutti come funziona la metanalisi? Questo discorso, siamo andati un po’ veloci forse ieri, però è molto importante che questa idea di metanalisi e di effect size sia chiara, ok? Quindi chi non ha perfettamente chiaro che cos’è l’effect size mi alza la mano per favore? Ok, quindi l’abbiamo capito bene… perché adesso cerchiamo di tirare un pochino le fila di queste cose che ci siamo detti ieri, no? Ehm ok, per i timidi l’idea era che recuperiamo gli effect size dei vari studi individuali e che riusciamo ad estrarre un indice complessivo da questi valori. E abbiamo visto che questo è uno strumento estremamente potente se fatto bene ma che ha una serie di possibili criticità ok? Ribadisco questo punto perché è importante per capire i risultati che andremo a vedere oggi. Mettere insieme tanti studi diversi da un lato potenzia gli studi individuali dall’altro in qualche modo necessita una ipergeneralizzazione, ok? Già nel momento in cui facciamo uno studio di ricerca individuale, che mettiamo insieme 20 pazienti depressi, stiamo operando una generalizzazione molto importante, no, perché sappiamo che ogni paziente ha la sua storia, c’è sempre una comorbilità di disturbi quindi già nel momento in cui c’è un processo di generalizzazione. Qui immaginate mettere insieme centinaia di studi, ok? Quindi l’idea è sempre quella che randomizzando, che mettendo insieme tante cose diverse, tutti gli effetti secondari sfumano e quello che emerge è l’effetto centrale, l’effetto principale che dovrebbe essere la terapia, no? Però ci rendiamo anche conto che stiamo buttando via il 90% di quello che succede in terapia e stiamo tenendo come risultato una cosa molo piccola, molto puntuale, in maniera molto forte. Ok, torniamo un pochino alla nostra storia della ricerca in psicoterapia. Quindi eravamo arrivati che appunto negli anni ‘70 si comincia a cercare di rispondere a Eysenck in maniera più strutturata, e quindi con la produzione di queste prime metanalisi, e ne sono state fatte diverse a dire la verità, con centinaia veramente di studi…qui ve ne ho riportata qualcuna e i risultati, avevano appunto tra i 150 e 500 studi, e i risultati sono stati incredibilmente positivi, che finalmente con una metodologia più raffinata e che una diciamo competenza statistica molto più matura rispetto agli studi che precedevano gli anni ‘50, siamo riuscitati a calcolare quant’è l’effetto della nostra psicoterapia. Quindi ci ricordiamo che il nostro effect size è un numero che rappresenta quante deviazioni standard il mio trattamento fa migliorare, ok? Ci siamo detti che appunto 0.2 è un effect size piccolo, o che 0.5 è un effect size medio, 0.8 è un effect size grande. Ok? Secondo voi che effect size hanno restituito queste metanalisi? Qual è l’effetto di una psicoterapia? Chi vota per uno 0.2, alza la mano! Chi vota per uno 0 5… chi vota per uno 0 8? Chi vota per un 1? Ok. Chi vota per 1.5? Bè non è che ci si ferma a 1 deviazione standard: se abbiamo un trattamento molto molto efficace, possiamo avere anche 2-3 deviazioni standard d’effetto. Comunque i risultati sono stati questi. Il nostro delta è stato di 0.8. Ok, sempre per ribadire l’importanza di questo risultato, andiamoci a vedere esattamente che cosa significa un effect size di 0.85, ok? Che è sempre… Ah no, non lo vedete voi vero? Ook…vai, più o meno 0.8, ok? Quindi l’effetto della psicoterapia come viene misurato nelle metanalisi degli anni 70 era questo, quindi di nuovo noi possiamo chiamarlo un effect size grande, perché per quanto riguarda la nostra letteratura, 0 8 è un grande effect size. Ma quello che significa grande è né più né meno di questo, ok? Questi erano i pazienti non trattati o con trattamenti, pseudo trattamenti, o con altri trattamenti diciamo ‘standard’, e questi erano i pazienti trattati con la psicoterapia, ok? Sì?

Studente: ma quindi in questo caso i pazienti non trattati avevano comunque, cioè venivano controllate determinate variabili o era come nel primo caso, che ci aveva descritto lei?

Prof: ok, questa è una buona domanda. Nel senso, per amore di generalizzazione sono andato un po’ superficiale su quest’aspetto. È chiaro che queste metanalisi che sono state fatte in questo periodo, avevano sicuramente nei 500 studi che prendevano in considerazione, c’erano degli studi un po’ più moderni che confrontavano diversi tipi di trattamento però c erano ancora tutti quegli studi precedenti che erano basati su un approccio un po’ più naif, no, quindi il fatto di esser riusciti a trovare un risultato è stato proprio per il fatto di aver messo insieme tutti quegli studi, con tutti quei limiti metodologici e di riuscire a distillare un’informazione che superasse quei limiti metodologici. Sì?

Studente: ma non ho ben capito, quindi la parte in mezzo, il valore medio, sarebbe di chi, sia di chi è stato sottoposto a trattamento sia che non è stato sottoposto?

Prof: l’idea è che qui queste linee bianche sono le medie dei 2 gruppi, quindi diciamo che c’è un grandissimo gruppo dei ‘non trattati’ e un grandissimo gruppo dei ‘trattati’, e hanno una media che ha questa distanza qui. Ok? Quindi cosa ci rappresenta, che se io sono un nuovo paziente e devo scegliere se fare una psicoterapia o se fare un trattamento placebo, allora io ho una probabilità di finire da qualche parte in questa curva, in questa campana. La maggior parte dei pazienti trattati cadrà vicino alla media dei pazienti trattati, perché è questo che ci rappresenta la media: ci dice che la maggior parte dei pazienti è lì vicino. Quindi se io faccio un trattamento ho una certa probabilità di essere qui intorno; se invece faccio trattamento, ‘placebo’, ho una certa probabilità di essere qua intorno. Quindi tutti quelli, tutta l’area sovrapposta delle campane, è quell’area di probabilità che mi rappresenta il fatto che, sia che sia stato trattato sia che non sia stato trattato, ottengo lo stesso outcome, ok? Quindi è chiaro che anche chi non è trattato magari perché si innamora e c’ ha una storia d’amore bellissima o perché si riappacifica con i suoi genitori, o perché vince la lotteria e gli cambia la vita, o perché semplicemente perché c’aveva un sacco di risorse che riesce a mobilitare, può ottenere un cambiamento fortissimo anche senza trattamento. Perché, vedete, la campana nera arriva fino a qui, un cambiamento enorme…però sono molto pochi, ok? La probabilità di avere un cambiamento senza il trattamento è diciamo questa parte degradante della curva. Se invece ricevo una psicoterapia, è chiaro che tutta la mia probabilità è spostata un po’ più a destra però non siamo in una situazione così, no? Che, se, come non so, se...se c’ ho un’infezione, se prendo l’antibiotico mi passa, se non prendo l’antibiotico non mi passa. Non è una cosa 100%/0%. C’è un determinato lasso di sovrapposizione. E capire la dimensione dell’effect size ci permette di capire esattamente di cosa stiamo parlando, non un po’ a spanne, o grande o piccolo. Questo è l’effect size di 0.8. E questa probabilità, sono anche facili da calcolare, visto che abbiamo il calcolatore che ce lo fa in automatico. Allora abbiamo la U di Cohen… sono tutti indici derivati delle formule facili che, se siete curiosi, sono le formule molto piccole che sono riportate qui sotto. Ci dice che percentuale di pazienti trattati è più grande della media di pazienti non trattati, quindi diciamo questa area di campana qui, ok? Quindi come dire, se io non vengo trattato, c’ho una media di cambiamento che è zero, posso migliorare o peggiorare un po’ a caso. Il 78% dei paziente che ricevono una psicoterapia alla fine del trattamento stavano meglio di tutta questa parte di pazienti non trattati qui, ok? Quindi meglio della media dei paziente non trattati, ok? Tuttavia il 68% dei pazienti era sovrapposto, ok? Quindi per il 68% delle persone, i due trattamenti sono analoghi, ok. Quindi quello che ci dice questo indice, che poi ci possiamo… io vi consiglio di aprirvi questa pagina web a casa e di giocare un po’ con lo slider. Qui c’è anche un test molto carino che vi ripete quel che vi sto dicendo io e vi aiuta a capire. Nel momento in cui riuscite a capire intuitivamente questa misura, riuscite a capire perfettamente tutti i vari risultati e confronti di efficacia.

Studente: non ho capito, il 68% di pazienti che stava meglio quindi poteva appartenere indipendentemente a quel gruppo che…

Prof: no attenzione, non il 68% dei pazienti che stavano meglio. Il 68% dei paziente, a prescindere. Vede anche, ci sono anche dei pazienti blu che hanno dei valori negativi. Diciamo che sotto lo zero questa parte della curva sono quelli che sono peggiorati, quello sopra lo zero sono quelli che sono migliorati. Anche dei pazienti che hanno ricevuto la psicoterapia sono peggiorati. Quindi il 68% ci dice soltanto che sono, è la percentuale di pazienti sovrapposti, ok? Possiamo estrarre un altro numero da questo D di Cohen, che è il numero trattato, il numero necessario per essere trattato che è 3.53; e cosa ci dice questo, ci dice che se avessimo, che diciamo ogni 3,5 persone ce ne abbiamo uno in più che ha avuto beneficio dal trattamento. Ok? Più o meno…ok va bene, torniamo a noi. Quindi questo 0.85 è un risultato figo, soddisfacente, o un risultato mee?

Studente: buono

Prof: è un ottimo risultato. Però stiamo sempre parlando di un fenomeno molto sfumato. Ok? Non possiamo pensare che la nostra psicoterapia è una pillola. C’è la metafora della pillola della resurrezione, no? Cioè: se una persona è morta, noi sappiamo che la probabilità che questa persona torna in vita è esattamente dello zero %; se noi gli diamo la pillola della resurrezione e questa persona resuscita, sappiamo che la pillola funziona al 100%. I burloni della metodologia della ricerca usano queste metafore. È chiaro che non siamo in un ambito del genere, siamo in un ambito in cui ci sono centinaia di migliaia di cose che succedono nelle vite dei nostri pazienti e riuscire già a cambiarne una percentuale così grande, a determinarne una così ampia percentuale di successo, è un risultato che è stato molto rassicurante per tutti in quel periodo storico. Sì?

Studente: quindi, solo per conferma, l’effect size non va da 0 a 1 ma ...

Prof: va da meno infinito a più infinito.

Studente: quindi 0.85 non è un buon numero rispetto a 1…

Prof: 0.85 è più basso di 1…però come dire, ricordiamoci cos’è: è il numero di deviazioni standard della differenza delle medie. Lei deve sempre pensare alla differenza tra le medie: m1 - m2. Poi lo normalizziamo. Quindi se il mio gruppo di controllo ha migliorato 100 e il gruppo normale ha migliorato 10, c’è una differenza di 90 tra le medie. Ok? È chiaro che il mio gruppo potenzialmente può migliorare o peggiorare all’infinito. Se si suicidano tutti c’ho un effect size di meno 100. Però per quanto riguarda le nostre scienze, mediche e psicologiche, si considera un effect size di 0.8 già grande perché siamo… è chiaro che dipende un po’ da gli interventi che abbiamo…in fisica è molto piccolo 0.8 perché se il mio esperimento è ‘se lascio cadere questo cade oppure resta in aria’, avere una differenza di mezza deviazione standard è ridicolo. Abbiamo ipotesi molto più forti. Nel caso delle scienze mediche e psicologiche siamo abituati a dire 0.8 mi rappresenta un intervento. Vedremo poi che troveremo risultati più grandi di 0.8. Ok. Tuttavia, questo risultato era sbagliato. E nel senso che, come vi dicevo prima, fare metanalisi è un procedimento che comporta tutta una serie di problematiche metodologiche. E negli anni 70 erano le prime che facevano e non erano così scaffatissimi da saperle tutte quante bene. Infatti fecero un errore. E cioè, torniamo al nostro, alla nostra metanalisi. Ok. Allora qui per esempio, tutti questi studi danno dei risultato diversi, ma non è detto che tutti questi studi siano fatti con la stessa qualità, giusto, cioè magari questo qui è uno studio fatto con 1000 pazienti tutto molto ben controllato con tutti i crismi con tutte le cose. Lo Studio 2 o lo studio 5 è uno studio che è stato fatto su 20 pazienti o addirittura 5 a volte, no? E magari è stato fatto con delle osservazioni un po’ più qualitative, un po’ più dubbie e quindi quello che non venne fatto in quel periodo fu di pesare ciascuno studio per il numero dei soggetti per esempio, no? E quindi la nostra confidenza che possiamo avere sul valore di ciascuno studio deve naturalmente poter variare in base alla qualità e alla potenza statistica, cioè che in questo caso, semplificando il numero dei soggetti. E infatti correggendo, gli studiosi successivi fecero le adeguate correzioni sulle analisi originali e ottennero un valore un po’ più modesto, cioè 0.6 che però considerando come erano stati fatti quegli studi in maniera un po’ così, considerando il fatto che erano i primi tentativi, considerando che 0.6 è comunque un effetto medio, diciamo che questo non cambia il nostro ottimismo, no? E quindi finalmente gli psicoanalisti, gli psicoterapeuti dell’epoca, diciamo 25 anni ormai dopo la provocazione di Eysenck, cominciarono a tirare sospiri di sollievo: ‘ah ok dai, in fondo l’abbiamo sempre saputo, la psicoterapia funziona e adesso anche quei rompiscatole dei metodologi si possono mettere l’anima in pace. No! Ok? Il nostro successo venne incrinato da questi risultati, perché? Perché la terapia si era dimostrata che funzionava, più del passare del tempo, ma da questi risultati era emersa un'altra cosa sconcertante e cioè che come ci dice il nostro animaletto, la nostra mascotte della ricerca in psicoterapia, successe che ovviamente non si trovò una differenza tra i diversi tipi di approccio e quindi come dire, sì, tutti miglioravano 0.8, 0.6, wow…ma sia gli interventi cognitivi, che psicoanalitici, sia psicodinamici, tutte le varie ramificazioni minori, no? Sì?

Studente: (trascrizione imprecisa perché si capisce poco) ma questo tipo di risultato non poteva essere spiegato dal fatto che chiaramente all’interno di un campione ci sono individui che richiedono, magari rispetto alla loro casistica, un intervento piuttosto che un altro...e quindi la media viene diciamo ottenuta da questa rappresentatività di tutte le problematiche e le applicazioni di tutte le varie terapie portava dunque al miglioramento complessivo dato dalla rappresentatività do una casistica molto varia di pazienti all’interno del campione…?

Prof: cioè quindi lei sta dicendo siccome di fatto ogni terapia funziona meglio con un tipo di disturbo, adesso semplifico, siccome ogni disturbo c’ha la sua terapia di lezione, mettiamola così il fatto di aver applicato un po’ indiscriminatamente, tutte le terapie su tutti i disturbi, ha portato ad ottenere un risultato uguale. Ma invece se avessimo fatto soltanto la psicoanalisi sui disturbi di personalità e la CBT sul disturbo ossessivo compulsivo, avremmo ottenuto degli effect size molto potenti relativamente a questi disturbi e molto più bassi rispetto ad un altro disturbo. È un ottima ipotesi. Vedremo che poi ci saranno nello svolgimento di questo tipo di ricerca proprio questo tipo di domande. Ok, in questa fase però un’ipotesi del genere non era tanto sostenibile perché c’erano già degli studi monodiagnostici, ok? E anche in quelli non si trovò una differenza, in senso, non è che c’erano, non si trovò questa relazione tra patologia, tra disturbo e trattamento, il che ovviamente è da chiedersi se fosse una risposta vera o un limite metodologico perché già oggi c’ abbiamo una confusione incredibile se parliamo di fare diagnosi di un paziente, come ci mettiamo d accordo? Usiamo il DSM? No. Allora figuriamoci, ok, naturalmente è un risultato da prendere con le pinze. La preoccupazione che però travolse in po’ gli studiosi di quel periodo non fu di migliorare approccio metodologico, ma fu quella che se realizziamo, se ammettiamo il fatto che le diverse terapie funzionano con lo stesso disturbo, siamo di fronte a un problema grave. Perché io applico una psicoterapia partendo da un modello teorico, da un modello di funzionamento della mente, io dico ‘c’è un inconscio, c’è un conscio, ci sono delle pulsioni, ci sono degli oggetti’, e se il mio paziente ha questi problemi è perché il suo la sua struttura psichica è disregolata in questo e quest’altro modo e io come terapeuta costruisco degli interventi che mi vanno a ricollegare questo elemento con quell’altro, mi vanno a un’evoluzione; o sono un cognitivo, ti insegno delle strategie, ti faccio adottare delle strategie di coping più efficienti, tu quando impari tu poi stai meglio… quindi non è che partivano con un approccio del tipo ‘ ma si provo a fare qualcosa e funziona’ e quindi erano contenti che funzionavano tutti. Erano 70-80 anni che si lavorava duramente su costruire dei modelli di rappresentazione mentale e quindi ad agire delle psicoterapie che agissero in maniera meccanicistica. Come dire, tu hai la struttura disregolata così, io applico la tecnica, tu migliori. Ma se funziona sia la cbt che la psicoanalisi, scusatemi, ma questa cosa qui comincia a essere messa in discussione, no, e quindi questo fu uno degli elementi di scoramento, ok? Che venne descritto ma mi sembra che l’abbiamo già accennato da Luborsky con il famoso verdetto di dodo: quindi questo personaggio di Alice nel paese delle meraviglie, siccome sono tutti bagnati perché erano caduti in acqua, si devono sciugare; allora indice questa corsa, dice ‘facciamo questa corsa in cui corriamo tutti intorno, partite quando volete, arrivate quando volete, facciamo la forma della corsa che volete; così tutti quanto cominciano a correre; ad un certo punto poi il dodo dice ‘la corsa è finita’ e gli altri animali gli chiedono ‘ma chi ha vinto?’ e lui dice ‘abbiamo vinto tutti e tutti devono ricevere un premio’. Quindi questa è la storiella del nostro dodo che da allora poi ha preso piede perché appunto ai ricercatori piacciono queste metafore buffe, quindi non trovate un libro di psicoterapia che non cita questo verdetto. È interessante che tra le varie definizioni della parola dodo, che c’è nella lingua inglese, una è che è una pessima organizzazione che è molto vecchia, che ha delle liste un po’ retro e che non è volenteroso al cambiamento, ad adattarsi, perché il dodo sapete tutti che è un animale che si è istinto. Ecco allora a pensare ad alcuni orientamenti psicoanalitici, o cose del genere, mi fa sorridere perché spesso questo verdetto del dodo può avere un’implicazione diversa. Comunque un’altra possibile implicazione più vicina a quella che ci ha suggerito la collega, è che ovviamente se la nostra ricerca non discrimina tra cose così diverse, come è possibile che attaccare le stelline su un calendario mi dà lo stesso risultato che parlare di mia madre?! È anche possibile che stiamo pensando male. Ok? Quindi proviamo a sintetizzare i risultati che abbiamo trovato fino ad ora. Fondamentalmente siamo arrivati con qualche piccola risposta e tante più domande, quindi sicuramente la psicoterapia funziona, ok? E questo già ci rassicura. Ma non abbiamo idea del perché, ok? Quindi adesso abbandoniamo il nostro excursus storico e cominciamo ad andare un po’ più nel cercare di capire questa ricerca sull’outcome questa ricerca sull’esito…di che cosa esattamente stiamo parlando? Ok? Perché è chiaro che questo tipo di risultati, questo paradosso dell’equivalenza, ci dice un'altra cosa, ci dice che magari non è tanto quello che facciamo rispetto al nostro modello magari ci sono delle altre cose quindi siamo stati fortunati di (non si capisce) così che le nostre psicoterapie funzionano. Però magari non è assolutamente l’interpretazione a generare il cambiamento, magari è semplicemente il fatto che ci sediamo in 2 in delle stanzette piccole, o il fatto che intavoliamo un processo relazionale, come poi vediamo essere la risposta. Quindi diciamo, questa fase della ricerca in psicoterapia, si chiude un po’ con questa grande apertura e cioè con la scoperta, o le luci della ribalta per quelli che sono i fattori aspecifici e cioè tutti quei fattori comuni fra le diverse terapie e che si studieranno e si scopriranno essere quei fattori che determinano la gran parte della varianza del cambiamento, ok. Inoltre da questi studi usciva un altro risultato interessante un po’ controverso e cioè che alcuni terapeuti erano efficaci e altri no, indipendentemente dal modello che applicavano, ok, quindi un po’ l’idea che ‘tutti bravi’ decade o che semplicemente si applica una cosa fatta...io faccio la CBT, come c’è scritto di fare la CBT ...non è questo il caso. Quindi fondamentalmente iniziarono a chiedersi, ma che cos’è che rende un terapeuta un bravo terapeuta e qui si apre tutto un filone di ricerca che è simile a quello dei fattori aspecifici perché chiaro che ci sono gli elementi concomitanti, ma c’è ancora la domanda di ricerca su quelle che sono le caratteristiche del terapeuta efficace, finora c’eravamo chiesti solo il contrario, quali sono le caratteristiche del paziente efficace, quale paziente è in grado di cambiare, quali sono le caratteristiche che predispongono il paziente al cambiamento. Se c’hai questa diagnosi puoi cambiare se c’hai quest’ altra no, se c’hai le risorse sì, no…Invece qui si apre una voragine e dire ‘ok stiamo guardando soltanto una faccia della medaglia’. E poi un altro problema gravissimo che si apre in questa fase, in realtà si era già aperto prima ma noi per il momento l’abbiamo dato per scontato; ok, noi finora abbiamo parlato di efficacia, abbiamo detto i pazienti migliorano e i pazienti non migliorano. Ma esattamente di che cosa stiamo parlando? ok? Cioè che cosa vuol dire ‘esito’, che cosa vuol dire ‘outcome? Mm? C’è …è come se abbiamo un paziente che abbiamo, che arriva, come un uovo, un uovo in cui non sappiamo cosa c’è dentro e poi pian piano lo coviamo con la nostra terapia lo culliamo, lo riscaldiamo, poi alla fine si dischiude e per sapere se la nostra operazione maieutica ha avuto effetto dobbiamo avere un aspettativa su che tipo di cambiamento ci aspettiamo che il nostro intervento abbia portato; e quindi potrebbe uscire qualsiasi cosa dal nostro uovo; ma negli anni 50 avevano soltanto un’aspettativa, come quella che ci siamo detti noi: cioè c’era lo psichiatra o lo psicoanalisi che diceva “il paziente è migliorato”, proprio come ce lo siamo detti noi, perché è sensato, perché è intuitivo è un approccio semplice al problema, che aveva la sua efficacia. È chiaro dal momento in cui cominciamo ad approcciarci in maniera più sofisticata al problema della ricerca in psicoterapia, questo tipo di risposta non va più bene, perché siamo un po’ di nuovo negli stessi problemi che avevamo rispetto alla metodologia della ricerca. ‘Migliorato’ intanto è soggettivo. Dopo che ti ho tenuto 3 anni in analisi 4 volte alla settimana, perché stiamo parlando di setting di questo tipo, mi hai lasciato giù un fracco di soldi incredibile e io ho investito la mia autorità professionale per 4 anni a trattarti e sono un grande psicoanalista prestigioso e importante, cosa dirò che sei migliorato oppure no? Magari sono estremamente onesto e dico di no, però capite che c’è tutta una problematica di investimenti personali del paziente terapeuta, dell’ego di uno e dell’altro, di soldi, di tempo, che è possibile che possa portar a delle deformazioni di queste valutazioni. Sì?

Studente: quindi è in base a questo che queste analisi stabilivano se era migliorato o non era migliorato, cioè in base, fosse mi son perso un passaggio, in base a cosa scriveva il terapeuta ‘paziente X è migliorato’ e ‘non è ‘migliorato’, e dopo sono state fatte le metanalisi in base a questo?

Prof: fino agli anni 50 più o meno era questa la strategia dominante nelle pubblicazioni; dagli 50 alle fine degli anni 70 quando sono uscite le metanalisi che vi ho presentato, già si è iniziato a riflettere su questo tema e si è iniziato ad introdurre delle misure differenti, ok? Quindi quello che si trova in quelle metanalisi è un po’ un ensemble un po’ di tutto. Ok. Che cosa succede, che però non appena ci si rende conto che questa cosa non è sufficiente, tutti i ricercatori del mondo cominciano a impazzire dicono ‘aspetta aspetta, io voglio misurare esattamente la depressione, l’aspettativa del cambiamento… quante volte appoggio la fronte sulla mano durante il giorno, voglio misurare quanti tentativi di suicidio faccio al mese…’ e quindi siamo arrivati che di questa dicotomia degli anni 50 ad oggi abbiamo all’incirca 1430 differenti misure di outcome, ok… cioè siamo passati alla follia opposta, ok, perché è chiaro che i modi con cui io posso descrivere i cambiamenti del mio paziente sono indubbiamente innumerevoli. Per esempio, in un RCT sulla schizofrenia, sul trattamento psicoterapeutico nella schizofrenia, sono stati trovati tipo 640 differenti misure di outcome, soltanto per l’esito di un disturbo, ok, quindi probabilmente questa stima di 1430 che hanno fatto i L. [non si capisce il nome] anche molto, diciamo, stretta. Ok. E quindi perdo un po’ il discorso ma questo aprire così tanto sulle differenti misure è un elemento di diversità, quindi elemento buono che ci permette di diversificare le diverse forme di outcome, di qualità o è elemento di caos, perché è chiaro che se io c’ho 10 studi su trattamenti sul DOC, con 2 trattamenti diversi e tutte mi usano misura di outcome diverso, io poi come faccio a trarre conclusione?! Sì, posso semplicemente calcolare l’effect size e dire ‘sono stati efficaci’. Però se voglio dire veramente ‘questo tipo di intervento è adeguato per ridurre il mio, il numero di rituali, le frequenze di comportamenti ritualistici’, io ho bisogno di essere relativamente sicuro che queste misure di outcome misurano la stessa cosa stesso costrutto; quindi diciamo che, siamo passati un po’ da una semplificazione esagerata al fatto che mettere insieme le ricerche oggi è un processo un po’ doloroso. Ok? L’idea generale è che una misura di outcome è una misura che deve individuare e misurare un costrutto, ok? Quindi per esempio come ci siamo detti io posso considerare la depressione, un costrutto, e sviluppare uno strumento che mi misura l’intensità, la forza di questo costrutto, magari all’inizio della terapia o alla fine della terapia, ok? Ci sono degli strumenti che misurano più costrutti, le famose scale o sottoscale… immagino che vi ci siate già imbattuti. Chi non sa cos’è una sottoscala? Ok, perfetto. Vediamo velocemente quali sono delle caratteristiche desiderabili per una misura di esito. Allora, intanto la cosa più importante di tutte, come magari ci è già venuto in mente pensando come è usata una ricerca, è che sia una misura che ha senso. Se io sviluppo una misura della qualità di vita sui paziente sani e poi pretendo di usarla per valutare un paziente schizoide, è chiaro che una misura che non mi darà dei risultati gratificanti perché per un paziente schizoide riuscire ad uscire un giorno è un risultato stupendo mentre invece per una persona normale è un risultato limitante… ok…quindi nel momento in cui si va a scegliere si va costruire, si va a valutare una misura di outcome, bisogna chiedersi: è una misura che va bene per il tipo di paziente che sto trattando? Ha senso per il mio trattamento? Perché anche quello se faccio una terapia psicodinamica, magari a lungo termine e vado a valutare dei costrutti, delle strategie di coping, che ci azzecca? Ok? Poi ci sono delle proprietà statistiche che sono importanti. Qui cerchiamo di capirle in maniera intuitiva. Che sono intanto: l’attendibilità, che trovate più spesso col termine inglese di reliability; ci dice: se io somministro lo stesso test tante volte alla stessa persona senza che cambi niente, mi viene sempre lo stesso risultato? Come dire, se adesso prendo uno di voi e gli misuro l’altezza, poi lo faccio sedere e il giorno dopo lo faccio tornare e gli misuro l’altezza, io mi aspetto di ottenere grosso modo lo stesso risultato, siamo d accordo? Quindi per esempio, se questo qui è il caso, facciamo finta che questi sono i nostri possibili esiti: allora ogni pallino, ogni sparo, è una misurazione. In questo caso tutti gli spari sono vicini, vuol dire che la mia mira è buona, l’attendibilità al mio strumento è alta. Cioè tutte le volte che lo misuro ottengo un valore relativamente simile. È chiaro che magari non avremo sempre lo stesso valore. Le nostre misure psicologiche non sono come un metro. Per esempio, all’ inizio del corso vi ho somministrato un questionario un po’ buffo sulla valutazione delle vostre aspettative rispetto questo corso e magari se ve lo somministravo anche il giorno dopo, che non è che c’era stato tanto tempo per cambiare le vostre aspettative, magari avreste dato grosso modo le stesse risposte sulla scala Likert avreste messo 6 invece di 7, o 5 invece di 6, no… difficilmente avreste messo il polo opposto. Capire se uno strumento permette di ottenere sempre la stessa misurazione [non si capisce la parola] le condizioni ci permette di valutare quanto uno strumento è affidabile, ok, e questa cosa è estremamente importante, perché noi vogliamo vedere un cambiamento a fine trattamento, giusto? Quindi se il nostro strumento è così che ogni volta che misuro in paziente ottengo un risultato opposto. Se all’inizio del trattamento misuro qua e alla fine misuro qua, posso dire veramente che questa distanza è data dal trattamento? No! perché ogni volta che misuro il paziente ottengo risultato diverso, invece se la mia misura è molto precisa, se alla fine del trattamento ottengo un risultato molto diverso tipo qui, allora posso dire ‘la mia variabilità naturale dello strumento è piccola’ e il mio cambiamento invece è stato molto più grande di questa variabilità naturale e quindi dico ‘il mio cambiamento è attendibile. Questa cosa c’ha un nome specifico che si chiama Reliable Change Index, cioè indice di cambiamento attendibile. Ed è una statistica presente, un indicatore, presente in tutti gli strumenti più moderni o che è stato calcolato in quelli più classici, ed è una statistica molto importante perché, per esempio, poniamo caso di avere paziente depresso; gli somministriamo un questionario che ci dà come risultato, all’ ingresso il paziente, quando arriva in terapia, c’ ha 20 di punteggio, quando esce dalla terapia c’ha 14. Noi diciamo ‘vabbè il punteggio gli è sceso’. Però se non sappiamo qual è il RCI, di questo strumento, non sappiamo dire se più o meno 6 è un’oscillazione spontanea, che magari anche se glielo facevamo a metà trattamento c’aveva quel valore lì, se glielo facevamo una settimana dopo c’ha 25… ok, se invece sappiamo che il RCI di questo strumento è 3 e il nostro paziente è migliorato di 6 punti, noi possiamo dire che il nostro paziente è migliorato 2 volte il RCI, cioè ha avuto 2 scatti di cambiamento e quindi abbiamo una risposta come clinici. Ci diciamo ‘sì, il mio trattamento su questa persona o senza generalizzare troppo, come clinici abbiamo delle risposte più spicce rispetto ai ricercatori: ‘sì, questo paziente sta meglio, è fuori discussione.

Studente: ma quindi è come se fosse tipo una deviazione standard dalla media?

Prof: eh sì tipo, possiamo dire una cosa del genere, si calcola in un altro modo perché abbiamo una struttura un po’ più complicata perché abbiamo tanti item, per esempio, e quindi di solito una misura di reliability è l’ alpha di Cronbach, che avete sicuramente già sentito nominare; non entrerei, a meno che non mi dite che siete estremamente interessati su come si calcola. L’ idea è che misura è proprio questa, è che è un indice della dispersione dei punteggi alla ripetizione, proprio come una deviazione standard, soltanto invece che essere tra soggetti diversi è fra misurazioni diverse. Però l’intuizione è proprio quella della dispersione della deviazione standard. Sì?

Studente: volevo una conferma, questo RCI quindi è l’indice di variabilità dal totale, cioè dello strumento?

Prof: ehm è un indice che ci dice di oltre quale soglia il cambiamento non è dovuto al caso o al semplice fatto di aver somministrato il test più volte ma oltre quale soglia quel cambiamento è da inferirsi all’effetto che stiamo studiando quindi al trattamento, ok? Poi abbiamo un altro problema che è quello della variabilità, ok, nel senso noi possiamo avere lo strumento più attendibile dell’universo che però se misura una cosa diversa da quella che ci siamo proposti di studiare; andiamo incontro ad un problema, per esempio, posso fare uno studio sull’empatia, quindi quanto il paziente trova il terapeuta empatico; però magari per come lo formulo, per come lo somministro, alla fine in realtà, che ne so, il questionario identifica più che altro se il mio paziente è attratto esteticamente dal mio terapeuta, perché magari gli faccio domande del tipo ‘ti piace il terapeuta?‘. Avendo in testa l’empatia e invece sbaglio a formulare. Quindi sì, i miei spari sono tutti vicini ma sono lontani dal bersaglio. Chiaro? Come si misura questo, questo è un po’ più difficile da misurare, perché mentre la Reliability basta somministrare lo stesso questionario più volte senza fare il trattamento e vedere se le misure sono vicine. Qui abbiamo un problema e un paradosso: perché cosa si fa, come si fa per misurare la validità? Eh di solito si somministra questo questionario nuovo insieme ad un altro questionario che misura lo stesso costrutto, per esempio sviluppo un nuovo questionario sull’empatia e somministro il mio questionario insieme all’IRI di Davis, che è un questionario classico sull’empatia. Se i miei punteggi sono vicini a quelli di ieri dico ‘yeah ho misurato l’empatia!’... è chiaro che è un po’ ridondante. Ci sono anche un po’ di strumenti statistici che mi aiutano a raffinare questo tipo di osservazioni però è chiaro che siamo in un ambito in cui purtroppo la matematica non mi può dare una risposta univoca ma è una valutazione che posso fare soltanto con la mia sensibilità di scienziato, facendo tanti controlli. Ok? Poi abbiamo l'altro aspetto che è l’oggettività, ok? E qui che cosa vuol dire oggettività? Vuol dire che la mia misura non è dipendente dalle valutazioni individuali di un soggetto ma se io e il mio collega applichiamo la stessa valutazione allo stesso paziente, otteniamo lo stesso risultato ok? Se voglio sviluppare uno strumento diagnostico, non voglio che sia dipendente dalle mie aspettative, ok? Allora io magari applico lo strumento, applico che ne so, il rorschach, e mi esce un panorama, quindi secondo me il paziente è tendenzialmente depresso con degli aspetti di dipendenza così e cosà; se un mio collega applica lo stesso rorschach, io voglio che ottenga lo stesso risultato, magari con piccole variazioni, però deve essere d’accordo con i miei risultati; se invece gli esce che è un paziente borderline con dei, non lo so eh, siamo di fronte a un problema di mancanza di oggettività. Detto questo, vi dico che la maggior parte degli strumenti che si usano sono self report e quindi ci facciamo due conti sull’oggettività. Uno strumento self report è uno strumento in cui il paziente esprime la sua autopercezione, ok…quindi questi sono degli indici, degli indicatori ideali a cui dovremmo tendere. Nella realtà dei fatti della ricerca vediamo tutt’altro. Sì?

Studente: se io ho 2 costrutti differenti di empatia, ad esempio entrambi con dei test che hanno un’alta attendibilità nella questione della validità, qual è che scelgo? Qual è il costrutto migliore? Come faccio a sapere qual è il costrutto più valido per misurare realmente quello che mi serve per il (non si capisce)

Prof: è un ottima domanda. Farei un esempio. Allora poniamo il caso che io c’ho il costrutto di empatia, che per me l’empatica è sentire quello che sente l'altro in maniera mimetica, cioè l'altro è triste, io sono triste; il mio collega ha l’idea di empatia, cioè il costrutto di empatia come comportamento prosociale, cioè l’empatia è fare delle azioni per l'altro; sono due costrutti un po’ estremi di empatia che non rispecchiano i costrutti normalmente usati. Però è per rendere più chiaro l’esempio. Allora, io sviluppo il mio questionario dicendo ‘ti capita di sentirti come esattamente la persona che hai di fronte , ‘ti capita di non riuscire a controllare le tue emozioni’ e lui invece farà un questionario ‘quando ti senti in difficoltà ti viene da agire , ‘quando puoi fare qualcosa per un altro la fai senza esitare ; quindi arriveremo a sviluppare due questionari diversi e li chiameremo tutti e 2 ‘empathy questionnaire the best in the world’…ed è effettivamente quello che succede in letteratura. Poi io faccio una ricerca in cui dico che il correlato neurale è nell’ ipotalamo, e lui mi dice ‘no il correlato neurale dell’empatia è nel lobo frontale …sì vabbè, avete capito… Andiamo di fronte ad una cacofonia pazzesca e ad una letteratura che non riesce a comunicare. Questo è un problema che c’è. Qual è la soluzione? La soluzione è che noi, tutta questa differenza nasce che avevamo delle ipotesi diverse. Cioè la abbiamo chiamata ‘empatia’ ma abbiamo sbagliato a chiamarla ‘empatia’. Ma erano 2 costrutti diversi. Allora tu avresti dovuto chiamarla ‘comportamento prosociale o ‘effetto camaleonte. Quindi come faccio a scegliere poi uno strumento? Dipende a quel punto da che cosa mi serve nel trattamento. Voglio fare trattamento che migliora il comportamento prosociale al mio paziente antisociale o voglio fare un trattamento che riduce effetto camaleonte nel mio paziente ansioso. Quindi, l’individuazione di un costrutto è l’elemento cruciale per fare buona valutazione di outcome. È tutto lì, e dobbiamo avere anche un po’ la forza di andare oltre l’etichetta del costrutto e dire ‘bè sì, voglio misurare l’empatia’. Ci sono tante definizioni di empatia purtroppo, ci sono tanti costrutti sottostanti empatia. Individuare quello giusto per il mio paziente come clinico può essere fare la scelta giusta per valutare il mio outcome. Come ricercatore, utilizzare uno strumento che ha un costrutto chiaro e c’ha attendibilità, validità, oggettività, può essere quello che mi permette di avere una ricerca potente.

Studente: ma a quel punto come si fa a non dipendere da me clinico il test che sto effettuando sul mio paziente per l’outcome a cui voglio arrivare, partendo dalle mie ipotesi, siccome parlavamo di oggettività?

Prof: allora attenzione, ci sono 2 livelli: uno è la selezione dello strumento. Tipo, io che strumento voglio misurare? E questa è una mia scelta di clinico o una mia scelta di ricercatore. Se ho un paziente depresso utilizzerò degli strumenti che sono mirati ai costrutti della depressione; ciò detto, una volta che ho scelto che misura usare, io voglio che quella misura sia oggettiva, ok, e quindi, che sia che il questionario sia self report che sia che sia io a fare la valutazione, o che sia il mio collega che guarda il video, ottengo lo stesso risultato perché se no vuol dire che io non sto misurando bene, vuol dire che sto facendo una stima spannometrica. Lei quanto è alta? 1.60, però uno che è da quest’altra prospettiva, 2 passi avanti, dice ‘mm quanto è alta? 1.80?’ non va bene, non stiamo misurando bene il costrutto della depressione. Però la scelta di quale costrutto è una scelta che invece non può essere fatta matematicamente, è una scelta che dev’essere basata su obiettivi clinici, obiettivi di ricerca… ho risposto? Sìsì, sì, mi dica…

Studente: sono un po’ confusa al momento, però…

Prof: ok

Studente2: se può aiutare magari, data l’oggettività (non si capisce) la misura dello strumento, quindi è l’oggettività relativa alla soggettività della scelta di intervento. Se io soggettivamente ovvero da clinico, (non si capisce) strumento più opportuno utilizzare (non si capisce)

Prof: cioè l’oggettività è una proprietà matematica di uno strumento, vuol dire se io e lei usiamo lo stesso metro otteniamo la stessa misurazione

Studente: sì che va a misurare variabili psicologiche

Prof. Esatto. Allora, facciamo, facciamo un esempio. Bè, dopo ci sono degli esempi di strumento e rimandiamo questa cosa quando o abbiamo visti così li possiamo applicare su un concreto. C’erano delle altre mani alzate? Ok. Un altro elemento importante è che lo strumento che scelgo sia una misura ampiamente utilizzata…e qui di nuovo entriamo un po’ nel discorso, non dovrei scegliere la misura migliore? Da un lato sì, dall’altro avere misura ampiamente utilizzata mi permette di poter confrontare i risultati e quindi mi permette di poter confrontare con altri campioni, mi permette di arricchire la conoscere che la comunità scientifica clinica hanno su quel determinato costrutto. Allora se Io faccio uno studio grandissimo su 100 pazienti per vedere come la psicoterapia psicodinamica migliora l’empatia, se uso lo stesso questionario che usano tutti per l’empatia, magari c’ho un costrutto più debole, però posso dare risposta a tanta gente; se invece uso uno strumento che usa il mio personalissimo costrutto di empatia che ho sviluppato, allora io avrò un a risposta molto bella su 200 soggetti tutti migliorano però su cosa? Su quale outcome? Su un outcome molto privato, su un outcom che mi sono inventato io, che ho sviluppato io …quindi la mia risposta sarà poco utile a tutto il resto della comunità che magari è abituata a usare costrutto. Io non vorrei che voi faceste confusione su questi elementi. Perché abbiamo aperto un po’ abbiamo detto. Ok non c’è solo ‘migliorato/peggiorato’ ma ci sono tantissime sfaccettature della personalità, del funzionamento che possiamo andar a misurare e queste come si misurano? Si misurano con strumenti che hanno diverse proprietà ed è chiaro che dipende da cosa ce ne facciamo cioè se siamo clinici la nostra misura di outcome ci serve per avere delle risposte, stiamo lavorando bene, se siamo ricercatori le misure di outcome ci servono per rispondere ad Eysenck ancora, però sono obiettivi diversi e quindi che determinano scelte diverse

Studente: per ricollegarmi anche un po’ alla domanda della collega, chiaramente stiamo parlando di modelli diversi all’interno della psicoterapia, quindi ogni modello una propria definizione del proprio costrutto, del proprio oggetto di indagine, chiaramente non c’è accordo rispetto a come si va a definire un determinato costrutto, quindi l’oggettività è pertinente, permette di accordarsi all’ interno di un determinato modello poi quell’oggettività non è esportabile in altri modelli.

Prof: allora l’oggettività è una proprietà di uno strumento, quindi poniamo il caso, il rorschach lo conoscete tutti? di fama? Allora, vi faccio vedere delle macchie, voi date delle risposte e poi c’ho delle griglie contenutistiche che mi permettono di codificare la vostra struttura di personalità o i vostri elementi patologici. Ora il rorschach è stato sviluppato secondo delle teorie, secondo dei modelli e verrà utilizzato da terapeuti afferenti ad alcune scuole, non da altri. Questo non è importante per quanto riguarda l oggettività perchè l’oggettività è semplicemente un indicatore che mi dice: ‘se 10 persone che hanno fatto il training sul rorschach somministrano il rorschach alla stessa persona, arrivano o non arrivano alle stesse conclusioni?’ ok? Quindi sono 2 livelli diversi. Uno è un livello di ‘sono un clinico psicodinamico, non ti faccio un questionario sulle strategie di coping; e tu invece che sei CBT e mi valuti lo stesso paziente, sceglierai costrutti diversi’. Ma questo è un livello di oggettività scientifica, qui siamo a livello di oggettività matematica: date le stesse condizioni, persone diverse, usando lo stesso metro, ottengono lo stesso risultato? Ok, allora adesso per cercare di consolidare un po’ queste informazioni, vi faccio vedere qualche strumento proprio a carrellata, così. Non mi ci soffermerei troppo, ve le do un po’ cosi come insight giusto per riuscire ad attaccare queste idee a qualcosa di concreto, magari più avanti, se siete interessati, possiamo provare anche a vedere in maniera un po’ più approfondita alcune misure, anche con l’idea di applicarle a dei paziente, perché no, se vi capiterà in un tirocinio. Il primo che vediamo è uno strumento classico, ok: è il Back Depression Inventory. Questo qui è lo strumento, uno degli strumenti, diciamo, che da cui non si scappa se state facendo uno studio sulla depressione. È stato sviluppato come vedete, proprio nel periodo caldo del filone di ricerca di cui stiamo parlando, anni 60, quindi verosimilmente molti degli studi che sono entrati in quella metanalisi che abbiamo visto avevano dentro come misura di outcome il BDI. Ci sono 21 domande in questo strumento che sono a scelta multipla, che possono andare da 0 a 3. Allora, ecco, qui ho parlato dei power point che si sballano (non si capisce. Per esempio, qui l’item 2 permette di dire, si riferisce all’ultimo periodo: ‘non sono particolarmente scoraggiato per il futuro’ oppure ‘mi sento scoraggiato per il futuro’ oppure ‘ho la sensazione di non desiderare nulla intensamente ‘ oppure ‘ho la sensazione che il futuro sia senza speranza e che le cose non possano migliorare’. Ok, è una cosa semplice, no? Cioè ci sono delle esperienze prototipiche: ‘non mi sento particolarmente colpevole’, ‘mi sento colpevole per buona parte’, ‘mi sento colpevole per la maggior parte del tempo’, ‘mi sento sempre colpevole’... Anni 60. La depressione è una cosa monolitica e ci possiamo tranquillamente fidare del fatto che il paziente, siglando una delle sue posizioni su questi 21 item, alla fine rende conto dei suoi stati d’animo, depressivo o meno. Come si interpreta poi? È molto semplice, come si fa lo scoring? Si fa la somma tra tutti i punteggi. Qui ho messo 3, qui 2. 3+2=5 e qui c è la tabellina. Nel senso, se ho totalizzato da 0 a 13 punti (come i quiz di Cioè), c’ho una depressione minima (o di topolino); se invece c’ho da 29 a 63, c’ho una depressione severa. Questo strumento è utilizzato in più di 2000 studi, è veramente uno dei più diffusi per questo costrutto. Proviamo a pensare a quali possono essere dei possibili limiti o dei possibili vantaggi di uno strumento come questo.

Studente: ma quindi ogni persona che fa questo (non si capisce) non può scappare da essere depresso perché se anche ha un punteggio di zero ha una depressione…

Prof: ahaha bè sì, esatto esatto, questa è una cosa interessante sul concetto di, che spesso la ricerca in psicologia e in psichiatria si dimentica un po’ del soggetto sano, no, cioè in qualche misura, non lo so, anche in tanti modelli di intervento psicoterapeutico non c’è l’idea di sano, ma ci sono patologie più o meno marcate, quindi poi nel momento in cui usare i miei sintomi in maniera efficace allora la psicoterapia è finita. Diciamo che tendenzialmente avere una depressione minima significa che qui siamo ancora in un approccio un po’ psichiatrico, un po’ medico di intendere, cioè: a me non interessa niente se sei sano, perché se sei sano non sei qui in terapia, quindi se tu alla fine del trattamento sei sotto il 13, ciao a casa, e se sei triste guardati una puntata di Friends, non so come dire. Invece mi interessi se cominci ad essere oltre una determinata soglia, ok…però indubbiamente ci dice tanto su quelli che sono i presupposti, un po’ di concentrarsi sulla patologia. Qualcun altro c’ha un'altra idea, sì?

Studente: non mi ricordo tutti gli item, però qualcosa che non c’entra però da questo test, un test del genere, io potrei avere lo stesso risultato di lei e magari io non riesco a pendere un autobus, a uscir di casa e lei riesce, anche se passa la maggior parte del tempo, pensa di uccidersi, sì però non è, non mi misura poi proprio tutto (non si capisce)

Prof: per esempio, ci sono degli item sulle intenzioni suicidarie ovviamente, però è uno strumento generico. Ok? Quindi misura un costrutto ampio e mette un po’ tutto nel calderone e potrebbe essere che invece io che mi sento semplicemente molto colpevole perché la mamma mi diceva sempre che ero un fallito, che era colpa mia e ottengo lo stesso punteggio di una che invece ha messo tutto 0 ma che ha messo istinti suicidari al massimo e quindi se mi baso solo su punteggio magari posso fare degli errori di valutazione clinica. Ok? A me verrebbe da dire che questo è uno strumento eccezionale se voglio semplicemente dire quanto sei depresso. E non mi interessa perché, come, cosa posso fare per aiutarti. Però questo qui è proprio un po’ ignorante, mi dice: quanto sono depresso d 1 a 63 rispetto ai comportamenti che metto in atto.

Studente: sì abbastanza grezzo, nel senso… Mi può dare misura del cambiamento, cioè se uno arriva da depressione severa a minima, c’è stato un cambiamento importante ma non sono in grado di dire quanto è stato attribuito a quello che ho fatto io se non un’analisi qualitativa del suo modo di essere depresso e di cosa io ho lavorato.

Prof: assolutamente. Sì?

Studente: c’è la scala Lie in questo…?

Prof: no, non penso proprio. La collega si riferisce proprio alla scala Lie che in alcuni strumenti è inserita che permette, diciamo, con domande più o meno a trabocchetto o domande che ripetono lo stesso costrutto a posizione diversa dello strumento, permettono in qualche misura di cercare di identificare se il paziente sta cercando di manipolare le risposte cercando, non lo so, di farsi apparire più forte perché non vuole essere dipendente dal terapeuta, cercando di apparire più bello dicendo che non ha istinti di uccidere tutti quelli che gli passano davanti e invece ce li ha, quindi ci sono degli artifizi di costruzione, degli strumenti che cercano di smussare questo limite di forte oggettività che hanno gli strumenti self report . Ok, quindi in conclusione direi che questo è strumento molto buono per fare una quantificazione un po’ grezza un po’ignorante sul quanto che, per esempio, in una ricerca sull’ outcome, su 1000 paziente depressi mi può anche andare alla grande grande, invece se voglio usare questo strumento come clinico magari si mi può essere utile alla lunga, tanto sono 21 domande, si compila in 10 minuti nemmeno, 5, quindi magari me lo metto in cartella clinica così alla fine dei 10 anni posso farmi la mia storia di come come ho trattato i pazienti. Però non mi dice molto su quello che posso fare come clinico. Sì?

Studente: ad esempio, se io sono parecchio megalomane e mi sento causa di tutto quello che mi succede attorno: ‘sono io’, ‘sono stato io perché ho potere così forte che (non si capisce)’, ‘mi sento colpevole in buona parte per tutto il tempo’. Quindi ‘colpevole’, io segnerei mi sento molto colpevole perché comunque (non si capisce) sono tutti, entrambi dentro al mio concetto di ho potere su mondo. Cosa succede in questo caso qua?

Prof: bè sa eh questo è…

Studente: magari (si sovrappongono) non viene fatto il BDI a quel paziente che tende ad essere un po’ megalomane

Prof: non è che possiamo fare il BDI…perché comunque questa è una domanda su 21. Magari lei risponde ‘massima colpevolezza’ non per una ragione depressiva ma per una ragione di ipertrofia dell’Io narcisistica; però magari non mi metterà che la sensazione che il futuro sia senza speranza e che le cose non possano migliore perché, buon dio, lei è il padrone dell’universo quindi c’avrà pur una speranza grandiosa di riuscir a migliorare la sua situazione solo col pensiero. Quindi diciamo questa è l’idea della scala, no del costrutto, dell’ aderenza alla scala. Se tutte le domande convergono sul mio costrutto, anche se in una o 2 domande io metto un punteggio selvaggio perché mi sono stufato e quindi rispondo un numero a caso o perché c’ho degli altri tratti particolari che mi portano per ragioni mie che non sono legate alla depressione a dare un punteggio alto, basso in uno degli item non importa perché tutte, i 21 item convergono, battono su quello stesso chiodo. Ok? Se noi invece che 21 item avessimo 7 sottoscale, a ‘depressione vissuta’, ‘depressione corporea’, ‘forza fisica’, ‘la qualità di vita’, ‘la qualità delle relazioni interpersonali’, no? Ci Posso mettere tante scale in uno strumento. A quel punto ho soltanto 3 item per scala ed è chiaro che in questo caso se io comincio a rispondere male a uno o 2 per delle ragioni esterne, il punteggio di quella scala comincia a deviare paurosamente, no. Infatti l’assunzione di monodimensionalità di uno strumento come in questo caso il BDI è stato sviluppato per misurare una sola cosa, la depressione, vengono spesso messe in discussione, ok, e tentativi di rianalisi statistica a volte dicono ma a volte il BDI misura 2 cose, si fa analisi fattoriale, si chiama, e magari sì, dalle proprietà matematiche dei punteggi dei vari item si riesce a capire che in realtà c’è, non lo so, atteggiamenti ehm un energia dell’ Io e comportamenti autolesivi, 2 sottoscale implicite. Però per il momento restiamo con quest’ idea che le scale misurano un costrutto. Vediamo un altro strumento (CORE –OM). Questo è uno strumento che m piace molto ed è uno strumento relativamente moderno è stato sviluppato fine anni 90, pubblicato nel 2000 e c’ha un, è uno strumento che è stato sviluppato da un’equipe, da una task force inglese proprio con lo scopo di costruire una misura di outcome. Ok, infatti ‘core’ perché se la tirano, ‘om’ sta per ‘outcome measure’ (dare dei nomi altisonanti ai questionari è una moda). E questo strumento è un po’ più lungo, c’ha 34 item su una scala Likert. Sapete tutti cos’è una scala Likert? Likert perché Likert è un tizio. E quindi per esempio, si chiede ‘nell’ultima settimana mi sono sentito terribilmente solo e isolato’, ‘mi sono sentito teso, ansioso, nervoso’, ‘ho sentito di avere qualcuno a cui rivolgermi per ricevere un sostegno quando ne avevo bisogno’, ‘mi sono sentito a posto con me stesso’, ‘mi sono sentito completamente privo di energie e entusiasmo’, ‘sono stato violento fisicamente verso altre persone’, ‘mi sono sentito capace di adattarmi in caso di difficoltà’, ‘sono stato disturbato da malesseri dolori e altri problemi fisici’, ‘ho pensato a farmi del male’.

Studente: io, pensavamo a questo punto, non sarebbe più corretto, nel senso, io penso che appunto vadano presi con le pinze in generale i questionari perché alla fine non (non si capisce) il paziente depresso o quanto si sente depresso o si sente migliorato

Prof: assolutamente. Ci sono dei problemi nella somministrazione self report: uno è quello della dispercezione, però una cosa interessante è che le ricerche hanno evidenziato come di solito paziente sia più preciso nel valutare se stesso rispetto al terapeuta che tende sempre a...c’è un effetto molto forte di sopravvalutazione del proprio intervento. Un risultato interessante. Il problema che ci può essere è quello più che altro della compliance, come dire lì, è il grande terapeuta, io sono il paziente che voglio gratificarla e quindi anche se in realtà mi sento una merda dentro dico che sono migliorato perché voglio farla stare bene, c’è questo tipo di atteggiamento molto spesso. Ok. Queste domande abbiamo visto, sono molto più sfumate rispetto a quelle che c’erano nel BDI. E non sono monofattoriali, ma coprono 4 diverse dimensioni. Ok? Quindi qui abbiamo 34, diviso 4 non è divisibile, quindi ci sarà qualche scala con un po’ più di item ma ad ogni modo ci sono tra 8 e 10 domande che vanno a mirare al benessere soggettivo. (Secondo voi si può anche fare lo zoom? No…ahaha). Ok. Altre domande che identificano il quadro sintomatologico del paziente, quindi non lo so, ‘ho pensato a farmi del male’, ‘mi sono sentito teso, ansioso, nervoso’; delle domande che vanno a indagare funzionamento nella vita quotidiana, quindi ‘sono riuscito a uscire di casa’, ‘riesco a mantenere un’igiene’; domande di proprio di funzionamento; e domande di rischio, ‘forse ho pensato a farmi del male’, che probabilmente rientrano nella scala del rischio. E che tipo di informazione ci esce dalla somministrazione del CORE-OM? Mentre col BDI avevamo una info precisa e puntuale su una dimensione patologica specifica, la depressione, qui abbiamo 4 informazioni che ci vanno a coprire in maniera più generica 4 aree del nostro paziente e quindi diciamo che come clinici siamo già molto più interessati ad una cosa del genere. Perché ci dice: ‘Ok, il mio paziente è depresso ma che rischio c’ho che si tagli?’ Vi dice come sta procedendo il suo funzionamento, man mano che la terapia va avanti, vi dice come vanno i sintomi per aver un’informazione di ricerca… ok. Quindi è già più interessante. Ah vediamo una cosa. Qui i punti vanno da 0 a 4 e si fa la media delle diverse scale. E qui per esempio, questa è una misura moderna e vediamo che esce con il suo RCI che è di 5, quindi se alla fine come punteggio globale sono riuscito a salire o scendere di 5 punti, c’è stato un cambiamento positivo o negativo, ok? Pro e contro un pochino li abbiamo visti, c’è qualcuno che vuole aggiungere qualcosa, c’è qualche domanda su questo strumento?

Studente: ma quindi, per capire se ho capito: se è superiore a 5 in questo strumento qua, allora è attendibile se no non lo è?

Prof: Allora, ipotizziamo che io somministro lo strumento adesso e lei mi dà come risultato 20. Poi glielo somministro a fine terapia e ha come risultato 24, cioè il suo benessere è aumentato di 4 punti. Come faccio a sapere se questo miglioramento è dato dal semplice errore di misura dello strumento? Perché non è che se non fosse successo niente avrei sempre 20, 20, 20; lei ogni tanto mi risponde 3 e ogni tanto 4 a seconda di come si sveglia la mattina. Quindi come faccio a sapere se quei 4 punti erano cambiamenti o erano errori di misura? Il RCI che mi dice cambiamento minimo per considerare il cambiamento soddisfacente, è di 5. Quindi se io da 20 la porto a 24, non posso dire di aver fatto qualcosa. Se da 20, la porto a 26, cioè ho più di 5 punti di distanza sì, quindi lei è cambiata merito mio o merito della vita attorno…non lo sappiamo perché siamo in un single case, però lei sta meglio.

Studente: e lo stesso vale al contrario?

Prof: o il contrario certo, se lei mi arriva a 14 è meglio che la passo ad un collega perché evidente sto facendo danno. Sì?

Studente: è stato deciso questo 5 o è arbitrario?

Prof: no assolutamente non arbitrario, è stato calcolato, somministrato questo questionario a tantissime persone sia in ambito sano sia in ambito patologico. Nel momento in cui si fa la validazione di uno strumento si somministra in tanti contesti (per esempio sui pazienti, su persone “sane”, sulla popolazione normale...) e si calcolano dei valori normativi. Sulla base di questi, si riesce a vedere variabilità naturale dello strumento. E quindi si riesce a dire ‘se il tuo pre- post va oltre la variabilità naturale dello strumento con la popolazione sana, con la popolazione patologica allora possiamo essere sicuri.

Studente: mi sembra molto… c’è non lo so, 5 proprio…(non si capisce) metti caso che il paziente magari, riflette molto magari sugli item, quindi prima di dire che è cambiato ci mette un po’, magari continua a scrivere 3 anche se si sente verso 4, allora il c’è 4… quindi il terapeuta dice ‘eh non ho fatto un buon lavoro’. Solo che in realtà, è perché il paziente è stato certosino, diciamo…

Prof: bè allora diciamo intanto quello che vorrei che fosse chiaro è che non è che noi usiamo gli strumenti come dei dittatori della nostra pratica clinica o di ricerca, uno strumento è uno strumento. Se io sono un medico, le faccio le analisi del sangue e trovo che il valore dei globuli bianchi è cambiato del 5%, mi posso sempre chiedere ‘ il mio trattamento di potenziamento immunitario speravo che glielo cambiasse del 50 %; magari non è stato un trattamento così efficace’. Posso prendere questa informazione per farci tante cose. Posso dire ‘Bè forse serve ancora un po’ di tempo’; posso prendere questa informazione per chiedere al paziente ‘ma le ha prese le pillole tutti i giorni?’ Che nel nostro caso è ‘ma, lei mi ha messo lo stesso punteggio della settimana scorsa, invece mi era sembrato che in terapia fossimo riusciti toccare argomenti importanti…mi potrebbe dire come mai?’ e allora magari risponde ‘eh bè, mi sembra di aver fatto passo avanti ma in alcuni giorni mi sento piuttosto giù e quindi ho pensato di dare stesso punteggio’. Quindi nel senso, come poi usiamo questa informazione è un mondo completamente diverso.

Studente: però magari, è stato richiesto da un servizio che vuole vedere se funziona (non si capisce)

Prof: sì sì e guardi, però da un lato lei ha ragione, nel senso che la valutazione di un self report è imprecisa per tutte le ragioni che abbiamo visto, ma il RCI no, nel senso che tutti gli errori, problemi di misura sono precedenti è che non ci possiamo fidare tanto al self report, magari i miei costrutti no sono definiti bene ma una volta problemi ammessi, il RCI ci dice se la differenza misurata è attribuibile a un errore di misura, dati tutti gli errori che sappiamo, o se attribuibile a qualcos’altro, perché è sempre una probabilità, ci diciamo, con certo grado di confidenza… è chiaro che se ho 5.1, prenderò questo risultato con cautela, se ho 10 dirò siamo ben oltre’. Quindi sempre vanno usati bene gli strumenti, cioè con intelligenza. Ok? Magari approfondiamo questa cosa settimana prossima e vediamo un altro strumento, che è la SWAP- 200, che invece è uno strumento che viene somministrato dal terapeuta e lo vediamo un po’ più in profondità e vedere come lo possiamo somministrare e poi settimana prossima vi prometto che vediamo i risultati moderni di confronto tra le psicoterapie. Ok? Grazie e passatemi il foglio firme per favore.