Questo è un caso di un vostro collega che mi ha scritto la seguente cosa, un dubbio sulla valutazione delle fonti. Ho pensato che sarebbe stato interessante provare a dare una risposta in aula per tutti quanti. Mi scrive:

“Buongiorno Dott. Kleinbub,

Le invio un articolo da me trovato riguardante i fattori predittivi di cambiamento terapeutico nella psicoterapia psicodinamica della schizofrenia. Il tema è interessante e centrale per la nostra presentazione, mi chiedevo però se la fonte sia sufficientemente affidabile, considerando che lo studio è stato svolto in Repubblica Ceca.

Cordiali saluti.”

Sulla base di quello che abbiamo visto e quello che sappiamo, come potremmo rispondere al nostro collega?

S: *Bisogna vedere l’articolo, da dove è stato tirato fuori.*

Perfetto! L’articolo da dove è stato tirato fuori.

L’articolo è questo. Quindi qual è la prima cosa che vi viene in mente di controllare?

S: *La rivista scientifica.*

Ok, la rivista scientifica su cui è pubblicato.

S: *È del 2017 quindi potrebbe essere una fonte nuova. Quindi ancora potrebbe non aver avuto successo tra virgolette, ma potrebbe comunque essere buona.*

Ok, la rivista la sappiamo tutti identificare sul paper? È questa: “Psychology and Psychoterapy: therory, research and practice”. E allora come facciamo a vedere se è una buona rivista o non è una buona rivista?

S: *L’impact factor.*

L’impact factor per esempio è uno degli strumenti. Un altro vi viene in mente?

S: *Le citazioni.*

Le citazioni della rivista, certo.

S: *Dell’articolo.*

Dell’articolo, però come diceva la collega è del 2017: potrebbe essere un po’ difficile. Allora quello che andiamo a fare è per esempio di andare a cercare la nostra rivista su Google. Di solito il primo risultato è quello buono. Ci proviamo, quanto meno.

S: *Ma già il fatto che sia inserito all’interno della Wiley Library non potrebbe essere un indice di una buona rivista? La Wiley è abbastanza affidabile di solito.*

Eccellente! Gli altri indicatori che abbiamo visto sono: chi è l’editore, se l’editore è un editore scientifico affidabile e se la rivista è inserita all’interno di banche dati che sono comunque riconosciute e affidabili. È chiaro che la conoscenza voi non ce l’avete ancora, non tutti tra di voi sanno quali sono gli editori e le banche dati affidabili, però la Wiley Online Library vi salterà fuori tante volte che farete ricerca e comincerete a riconoscerla e comincerete a dire: “Ok, questa è una delle fonti scientifiche”. Comunque qui l’altro indicatore che abbiamo è l’impact factor. È di 1,5 ma come ci siamo già detti, già il fatto che ci sia un impact factor indica che la rivista è considerata, è indicizzata, è studiata, e addirittura che ogni articolo che scrivono ha almeno un paio di citazioni.

S: *Io non riesco ancora a riconoscere il valore assoluto, il quando è buono, il quando non è buono.*

Qualcuno risponde al collega che chiede qual è il valore assoluto dell’impact factor? Quand’è che è buono e quand’è che non è buono?

S: *Non c’è un valore assoluto però in psicologia più o meno è buono sopra al 4? Ma già che ci sia è una buona cosa.*

Soprattutto questo. Buono sopra il 4 è un criterio estremamente selettivo che la vostra collega si è scelta ma se teniamo solo sopra al 4 togliamo l’80% delle riviste in psicologia. Quindi lo 0,1 è un buon impact factor, nel senso che c’è. Che cosa vuol dire poi? Dipende ovviamente dalle necessità. Se lei vuole costruire una carriera accademica dimostrando di pubblicare sulle migliori riviste, 0,1 non le basta. Se lei sta cercando delle fonti attendibili su cui fare una ricerca o su cui approfondire un determinato argomento, il fatto che ci sia anche un minuscolo impact factor è già una garanzia di qualità perché non tutte le riviste vengono impattate. Quindi solo quelle che sono più frequentemente studiate, solo quelle che hanno più impatto, vengono inserite in queste banche dati, vengono studiate, vengono misurate le citazioni…quindi già il fatto che ci sia questo processo ci dice che siamo all’interno di una dimensione di letteratura scientifica dignitosa, e ci accontentiamo.

Cos’altro potremmo fare per vedere se questa è una buona pubblicazione? Sappiamo che quanto meno la rivista ha detto: “Sì, io mi fido di questo lavoro”, la rivista è buona e quindi già sulla base di questo potremmo fidarci anche noi. Però potremmo essere ancora più dubbiosi, “investigatosi”, d’altro canto si sa che la scienza in Repubblica Ceca viene fatta con i piedi (\*risate\*). Assolutamente no. Però potremmo avere dei dubbi per tutta una serie di ragioni. Abbiamo i nomi della gente, ok? Quindi volendo potremmo andarci a vedere che cos’altro ha pubblicato il signor Ondrej Pec. E abbiamo un’altra cosa importante che sono le affiliazioni degli autori quindi potremmo dire: “Vabbé, questo Ondrej Pec non l’ho mai sentito, però lavora nel centro per la ricerca neuropsichiatrica sullo stress traumatico, dipartimento blablabla dell’Università tal dei tali a Praga”. Ora, a meno che questa non sia un’Università privata a pagamento fatta da qualche banda di mattacchioni, cosa improbabile, lavorare nell’Università di Praga verosimilmente è altrettanto prestigioso che lavorare nell’Università di Roma. Volendo potremmo andarci a vedere, potremmo cercare, per esempio posso andare a fare una ricerca velocissima su Scholar e cercare come autore Ondrej Pec. E quindi possiamo dire che questo autore ha pubblicato in queste riviste.

E se proprio siamo dubbiosi possiamo andare a scavare fino proprio ad essere investigatori privati e sapere esattamente su quali riviste ha pubblicato. Ci facciamo un’idea e se ha sempre pubblicato su riviste predatorie, non impattate, a pagamento, magari è una persona un po’ losca. Già che ha quattro o cinque pubblicazioni su riviste verosimilmente scientifiche…Il signor Pec verosimilmente lavora a livello scientifico, scrive su una rivista impattata, che decisione prendiamo su questa pubblicazione? Ci fidiamo! Fidarci della bontà della fonte non significa che questo studio è fatto bene o che i risultati di questo studio sono veri, mi raccomando. Significa che ci possiamo fidare invece di perdere magari altre ore a valutare se questo articolo è stato fatto proprio con tutti i crismi e queste cose, diciamo: “Io per economia faccio un salto. Tante altre persone di cui mi fido hanno giudicato questa cosa come buona; per questioni di tempo posso fare anch’io questa cosa.”

L’ultima volta ci eravamo lasciati guardando un pochini di strumenti self report. Avevamo visto il BDI e avevamo visto il CORE-OM. Avevamo visto che erano basati sul chiedere al paziente come si sentiva rispetto a determinati costrutti. Il BDI era monofattoriale, questo vuol dire che indagava soltanto un costrutto unitario, la depressione. Si può discutere sul fatto che sia un costrutto realmente unitario la depressione, ma nell’idea di chi ha costruito quello strumento la depressione è una cosa unitaria e quello strumento andava a misurare vari aspetti di questa sensazione. Il secondo strumento invece era multifattoriale, aveva diverse sottoscale che andavano ad indagare non un costrutto specifico ma delle aree di funzionamento del paziente.

La SWAP è uno strumento un po’ diverso rispetto a quelli che abbiamo visto fino ad adesso. Innanzitutto è una valutazione non solo di un funzionamento patologico ma anche di un funzionamento sano. Questa è già una cosa abbastanza sorprendente. Vi faccio vedere la SWAP perché è molto interessante in quanto si distanzia, si differenzia un po’ dalla maggior parte del mainstream degli strumenti. È questo è già uno dei punti interessanti: già il fatto che ci sia nella possibilità di avere una valutazione SWAP un risultato di paziente sano, non è per nulla scontato anche se dovrebbe esserlo. Questo strumento ha un’altra caratteristica interessante: è fatto con un vocabolario che non è basato sulla teoria. Questi signori si sono fatti diciotto anni di ricerca con i trascritti, di studio delle valutazioni di un paziente, single cases, e hanno cercato di estrapolare un linguaggio che fosse ateorico, nel senso che descrivesse il paziente in maniera vicina all’esperienza sia del clinico cognitivo, sia dello psicoanalista. Quindi usando delle descrizioni molto vicine al fenomeno, alla realtà, e questo con lo scopo di poter utilizzare questa Shedler-Western – che sono gli autori – Assesment Procedure in quante più possibili psicoterapie. Com’è strutturata?

Sono 200 item, infatti si chiama SWAP-200. Sono 200 item su una scala likert da 0 a 7 che pero, attenziuone, non vengono compilati dal paziente ma vengono compilati dal terapeuta. Questi item sono su quattro domini. Vediamo che i quattro domini sono:

* motivazioni, standard ideali, valori morali, paure e conflitti
* stili cognitivi, strategie e capacità di regolazione delle emozioni, meccanismi di difesa e risorse psicologiche

Vedete come all’interno di ciascuna delle aree ci sono un po’ di parole chiave di destra e di sinistra, di un lato e dell’altro. Perché è chiaro che gli sviluppi teorici che ci dicono che cosa succede in psicoterapia sono teorici, e quindi sono colorati da una determinata scuola. D’altro canto ci immaginiamo che l’essere umano che si presenta in una terapia è lo stesso, sia cha vada a vare la psicoanalisi, sia che vada a fare la CBT. Uso sempre queste due perché sono un po’ i poli, però è chiaro che questo mio discorso si estende a tutte le centinaia di sfumature di vari interventi diversi. E quindi un pochino i nomi dei costrutti cercano di pescare un po’ dai diversi contesti teorici. Poi abbiamo:

* rappresentazione di sé, degli altri e delle relazioni

Vedete come a differenza di quelli che abbiamo visto prima sono delle aree estremamente ampie, perché ci sono 200 item che vanno a pesare su queste aree ampie. E infine:

* modo in cui questi domini si sono sviluppati nel corso della vita.

Quindi c’è anche un’idea di evoluzione nei costrutti che questa misura va a misurare.

Allora vediamo un pochino come si somministra. Innanzitutto abbiamo detto che questa misura non viene compilata dal paziente ma viene compilata dal terapeuta, ma può anche essere compilata da un valutatore esperto. Quindi se volgiamo fare una ricerca a regola d’arte e non vogliamo magari che sia il terapeuta a valutare il suo stesso paziente, abbiamo una persona che ha fatto un training specifico sulla somministrazione di questo strumento e invece di vederlo in seduta gli può fare un’intervista semi-strutturata che è caratterizzata per essere clinico-diagnostica, quindi ha una componente di comprensione di quello che sta succedendo nel paziente nel processo clinico ed una componente diagnostica più propriamente detta, cioè assessment dei sintomi, valutazione del funzionamento ecc. Questa intervista dura 2 ore e mezza. In alternativa il terapeuta può somministrare la SWAP dopo almeno la quinta seduta, quindi è uno strumento che necessita di una comprensione del paziente, di una conoscenza approfondita di quello che c’è davanti. Vediamo già la differenza tra il self report o tra il questionario di 10 domande che possiamo somministrare al terapeuta alla fine della seduta, rispetto ad una misura così immersiva, così intensiva. Questi item sono mirati a valutare appunto quanto ciascun paziente è vicino o è caratterizzato dalla frase che questo item descrive. Qui ve ne ho riportati alcuni, per esempio:

*«sembra avere una gamma di emozioni limitata o ristretta»*

Abbiamo detto, likert da 0 a7.

*«tende a vedere negli altri sentimenti e impulsi che non accetta in sé stesso»*

*«apprezza e sa rispondere all’umorismo»*

Per esempio questa qui è una di quelle domande che va a pesare su quello che sarà l’idea di un funzionamento sano di un paziento. Come funziona poi? Come vengono utilizzati questi 200 item? Vengono utilizzati attraverso una funzione di prototype matching, cioè ci sono una serie di prototipi di paziente e alla fine ci sarà la possibilità che il paziente non abbia nessuna corrispondenza, che sia un pochino aderente a questi prototipo oppure che sia estremamente coerente con questo prototipo, o addirittura potrebbe essere un esempio di questo disturbo. È chiaro che qui c’è una difficoltà, nel senso che mentre una misura vorrebbe misurare esattamente un paziente, qui stiamo dicendo quanto il nostro paziente assomiglia a dei pazienti prototipici, a dei disturbi. Che per altro non so se qualcuno ha già avuto la buona idea di insegnarvi il DSM, però questi sono abbastanza aderenti a quelli che sono alcuni disturbi codificati dal manuale psichiatrico americano. E non è che sia una buona idea insegnarvelo perché sia necessariamente uno strumento buono per la clinica, anzi. Però è un’ottima idea insegnarvelo perché è uno strumento che viene utilizzato a 360 gradi in tutto il mondo per la comunicazione scientifica e clinica attraverso le varie aree di alcune informazioni piuttosto superficiali ma che permettono di avere un linguaggio comune. Quindi nel bene o nel male, buono o cattivo, fatto bene o fatto male è il vocabolario che viene utilizzato per inquadrare grosso modo determinate caratteristiche di patologia nei pazienti, e non a caso questo strumento, che seppur partendo da una visone così ateorica, partendo da una visione per determinati versi anche piuttosto psicodinamica nella forma se non nel contenuto, utilizza dei prototipi che sono aderenti a questi disturbi del DSM. Ve li riporto qui, sono quello che nel DSM-4 era l’asse II.

S: *Cosa vuol dire fattore-Q?*

Li chiamano così, sono i prototipi della SWAP. Li chiamano fattore-Q. Perché sono simili, però non è un’aderenza 1 a 1 tra i disturbi del DSM ed i prototipi della SWAP.

Perché è importante avere una definizione nosografica, categoriale. Da un lato è ovviamente svalutante per il paziente, siamo d’accordo? Nel senso, io ho davanti a me un paziente, non ho davanti a me un fattore-Q altamente disregolato o un disturbo schizotipico di personalità. D’altro canto io come terapeuta di fronte all’immensità dei possibili pazienti, di fronte alla difficoltà di fare ricerca, l’utilizzo di categorie mi permette di tendenzialmente orientare il mio sguardo, mi permette di dire: Ok, se questa persona ha tutte quelle caratteristiche che vengono solitamente descritte in quello che è il disturbo borderline di personalità, e so che la mia terapia ha un sacco di studi che dimostrano che pazienti con quelle caratteristiche possono essere curati in maniera efficace, è chiaro che non ho la ricetta per quel paziente, ma ho tutta una serie di orientamenti, di speranze, di certezze, di ipotesi verso cui andare a guardare. Perché sono psicodinamico, ho un paziente borderline, mi posso cominciare a fare delle raffigurazioni su qual è la natura, la causa del suo possibile malessere, e quindi posso cominciare ad investigare. La diagnosi però è una diagnosi che è in continua evoluzione: la categoria non è il limite, non è la fine del mio processo, è l’inizio. Quindi la categoria è molto utile, come tutti gli strumenti, se è utilizzata in modo adeguato. Se uso la mia chiave inglese per allentare un bullone sto facendo un buon lavoro, se la uso per farmela cadere sul piede, no. Le categorie, il DSM, i self-report, i questionari, sono tutti degli strumenti con i loro limiti e le loro potenzialità. Sta a noi utilizzarli per il bene nel verso giusto e non in maniera controproducente.

Una cosa che assolutamente manca nei nostri cluster del DSM è il fattore-Q ad alto funzionamento, che è stato messo qui.

Adesso vediamo un esempio. La SWAP si può fare a carta e matita ma si può anche utilizzare con il software che viene fornito e una volta che abbiamo codificato tutti i nostri 200 item e gli abbiamo inseriti nel nostro software, ci viene fuori questa bellissima schermata. Qui abbiamo i diversi fattori-Q, qui abbiamo i disturbi id personalità e qui abbiamo sulla scala della misura il peso che il nostro paziente ha rispetto ai vari prototipi. Quindi già vediamo una cosa interessante, che non è prevista l’aderenza ad un prototipo unico, quindi non è che la mia paziente deve essere per forza o antisociale o istrionica, però abbiamo un punteggio su tutti i diversi fattori. Quello che possiamo fare è vedere per esempio rispetto ai disturbi di personalità su quali il mio paziente è particolarmente prototipico. Qui addirittura ne abbiamo due: vediamo che è borderline e istrionico. Nel DSM non è previsto che tu sia borderline e istrionico, qui invece ci dice che il paziente sta in quell’area, in quella direzione, mentre invece schizoide è molto basso. Purtroppo anche alto funzionamento è abbastanza basso. Quindi vuol dire che siamo di fronte ad un paziente che ha alcuni aspetti, altri aspetti di funzionamento mediamente basso, quindi siamo di fronte ad una situazione di alta sofferenza. E che cosa possiamo fare a questo punto? Possiamo prenderci i nostri disturbi di personalità e possiamo andarci a vedere tutta la descrizione. Ci prendiamo il nostro manuale diagnostico di riferimento: ce ne sono di psichiatrici, ce ne sono di psicodinamici, ce ne sono diversi, per ogni scuola c’è un’idea di diagnosi diversa. L’idea è che grosso modo tutte in qualche modo ed in qualche momento riescano a fare un aggancio con queste definizioni più comuni. E quindi noi ci possiamo andare a prendere l’elenco della descrizione un po’ asettica che ci fa per esempio il DSM. E iniziamo a collocare il nostro paziente.

Poi c’è la valutazione sui fattori-Q, appunto più specifico. Quindi lo SWAP ci fa già il collegamento e ci pesa come questi fattori-Q propri dello strumento sono rappresentati poi nelle diagnosi DSM. Qui avevamo detto che non c’era corrispondenza 1 a 1 tra i fattori-Q ed i cluster diagnostici, e non dobbiamo nemmeno pensare noi a quel è la relazione 1 a 1 perché ce la fa lui, ci dice già: una valutazione di cluster è questa, una valutazione a livello diagnostico secondo i cluster del DSM è lì sopra. E quindi la SWAP a seconda dei fattori-Q che emergono, a seconda di una diversa configurazione, escono fuori dei pacchetti, dei prototipi, delle descrizioni. Quindi per esempio questa configurazione prende il nome di disregolazione emotiva e quindi c’è tutta una descrizione diagnostica propria di questo tipo di paziente.

Il bello di questo lavoro è che questi risultati sono stati ottenuti sulla base di tantissima ricerca. Sono vent’anni di raffinazione, sono stati presi tantissimi casi e sono stati fatti questi collegamenti fra gli item della SWAP, le diagnosi classiche e la descrizione clinica del paziente.

Nel vostro libro avete sempre una descrizione dei diversi disturbi e degli item esemplificativi, quindi per esempio qui la paziente aveva un peso forte su borderline e uno degli item che potrebbe essere prototipico per questo tipo di disturbo è: “le sue emozioni tendono a cambiare rapidamente e in modo imprevedibile” oppure “le sue emozioni tendono a crescere vertiginosamente fino a sfuggire al suo controllo sfociando così in sentimenti estremi di angoscia, tristezza, rabbia, eccitazione”. Questo è un’item: vedete com’è da un lato complesso, sfumato, dall’altro piuttosto ateorico. Si tratta di una descrizione di una cosa che può succedere in terapia ed in tutti i casi.

S: *Ma una volta quindi che abbiamo nei risultati due valutazioni diverse tra virgoletto, una fa più riferimento alla classificazione classica, mentre l’altro a quella del questionario, noi prendiamo un po’ tutto per farci un’idea oppure seguiamo solo una linea?*

La risposta è naturalmente: perché stiamo utilizzando questo strumento? Se siamo dei clinici che hanno bisogno di approfondire la comprensione del paziente in modo da capire che tipo di intervento costruire, usiamo tutta l’informazione e la integriamo in tutto il resto dell’informazione che è l’aver visto la paziente, averla annusata, averla percepita, aver guardato nei suoi occhi. Siamo dei ricercatori che vogliono fare un RCT per vedere se determinati tipi di terapia hanno un esito rispetto ad altri? Possiamo scegliere di basarci per esempio soltanto sui fattori-Q perché sono fatti con tanto amore, tanta cura e quindi sono una buona misura di esito. Ed useremo magari più che altro i risultati numerici, mentre come clinici saremo più interessati a capire la costellazione. E questa secondo me è una delle ragioni per cui vi ho portato questa misura tra le tante che esistono, perché è piuttosto impegnativa però è una misura molto versatile che può essere utilizzata con tanti obiettivi una volta che i dati sono stati raccolti.

Quindi ricapitolando queste scale sono state costruite attraverso un consensus di clinici, quindi non è il signor Shedler che se le è inventate, ma il signor Shedler ha passato la sua vita a cercare di mettere d’accordo clinici di diverse fazioni, e gli ha detto: “Senti ma tu questo paziente lo descriveresti così o lo descriveresti cosà? Sei d’accordo con questa categoria”. È riuscito a costruirla con un linguaggio il più possibile indipendente dai modelli. È appunto sia esaustiva da un punto di vista clinico, che esaustiva da un punto di vista quantitativo perché io posso utilizzare i valori numerici di quest’outcome così come posso utilizzare le informazioni cliniche che mi offre. E poi ha tanta ricerca che sostiene la usa forza, per esempio sono state fatte molte applicazioni della SWAP in cui poi il ricercatore chiedeva al clinico: “Senti, cosa te ne è parso? Ti è sembrata utile questa valutazione? Ti è sembrata capace di cogliere l’essenza del tuo paziente? Ti sembrava che faceva solo una casella sulla categoria diagnostica o ti sembrava che riuscivamo a cogliere le cose che poi erano importanti per te in terapia?”. E tendenzialmente i clinici hanno dato risposte favorevoli. Questi sono dati pubblicati che potete andare a trovare e ci sono sicuramente anche nel libro i riferimenti.

L’altra cosa importante è che, come abbiamo visto, anche nei giorni scorsi, tutto bello se i clinici sono d’accordo tra di loro nel dire che questa misura è tanto bella. Però non ci basta. Quello che la SWAP ha di forte è che è in grado di prevedere dei comportamenti. Questa è un’altra cosa importante: se siamo tutti d’accordo nel dire che questa misura è perfetta per la depressione ma poi i risultati che mi dà non sono in grado di predire i tentativi di suicidio, c’è un problema. E invece tutta un’altra area della validazione degli strumenti è quella di dire: ma questo strumento, quanto mi è in grado di informare su anche poi al di là delle teorie, dei modelli, delle diagnosi, sui comportamenti che il mio paziente metterà in atto? E in particolare ci sono diverse variabili criterio predette dalla SWAP, per esempio i suicidi, l’instaurarsi di comportamenti aggressivi, il drop rate in terapia e la probabilità che ci siano stati degli abusi in età infantile a motore delle patologie o dei comportamenti di sofferenza che il paziente mette in atto.

S: *Ma è uno strumento compilato più volte lungo la terapia? Magari a distanza di tre anni…nel mezzo…anche a livello della valutazione di come sta andando la terapia del nostro paziente.*

Nessuno me lo vieta, anzi. Posso usare questo strumento come pre e post. Posso dire: il mio paziente è entrato con questa gamma di problemi, dopo un anno di terapia io rifaccio la SWAP, se non mi fido della mia valutazione la faccio fare al mio valutatore esperto e vedo che disregolazione emotiva, dipendente e istrionico sono scesi del 20%. Oppure vedo che paranoico mi è salito del 20% e dico: accidenti, devo aver mosso qualcosa. O magari la posso fare dopo 6 mesi e vedere se sono riuscito a creare un qualche tipo di movimento. Chiaro che non è un tipo di misura che faccio ogni settimana perché abbiamo il discorso della reliability, quanto mi varia per fluttuazioni spontanee.

S: *Nell’altra slide non ho capito la parola shibboleth.*

Shibboleth è una parola che Freud utilizzava per definire il gergo della psicoanalisi che è indubbiamente un gergo particolarmente colorito rispetto a quello delle altre forme di psicoterapia e per lui questa idea di shibboleth era un’idea di lingua che definiva la psicoanalisi in senso anche poi di come la psicoanalisi agiva, quindi non soltanto in termini descrittivi teorici ma anche in termini di utilizzare questo linguaggio in forma attiva. E poi nel tempo ha preso diversamente: mentre gli psicoanalisti la considerano ragione d’orgoglio, tutti gli altri la considerano una innecessaria volgarità, però nel bene e nel male è una delle prototipiche forme in cui un linguaggio scientifico diventa incomprensibile al di fuori della comunità che lo sviluppa. E quindi voi da psicologi saprete che questo da un lato crea identità, crea cultura, permette una focalizzazione delle conoscenze molto specifiche, d’altro canto chiude e rende una sottosezione di una particolare frangia di clinici o di ricercatori più difficilmente interagibile con gli altri, con i pro e i contro. Poi un giorno magari ne parleremo della terminologia della psicoanalisi.

Poi, chiuso questo argomento, volevo fare un piccolo approfondimento su l’idea di oggettività nel senso che l’ultima volta, all’ultima lezione, c’erano state un po’ di turbolenze quando avevamo introdotto l’idea di misura oggettiva. Allora volevo un attimo fare una piccola focalizzazione e in particolare in psicologia l’oggettività è una parola che ha dei problemi perché naturalmente quando noi cominciamo a dire: “Ok, siamo una scienza oggettiva, facciamo una valutazione oggettiva, siamo degli psicologi che si basano sull’oggettività” andiamo in contro a dei problemi molto seri perché quello che noi facciamo è qualcosa che con l’oggettività molto poco ha a che fare. Noi ci sediamo di fronte a dei pazienti, ci parliamo e in teoria poi ci aspettiamo per tutta una serie di ipotesi che la vita di queste persone funzioni meglio. Questo è quello che facciamo è poi quello che invece ci viene chiesto è quello di dire: siamo esattamente come il fisico che misura la gravità di quest’oggetto, o quanto meno ci viene chiesto di farlo all’interno dello stesso contesto, farlo con gli stessi termini. La stessa scienza che muove la fisica classica dovrebbe essere la stessa scienza che muove la ricerca in psicoterapia, e quindi: ripetibilità, ecc. ma noi siamo di fronte ad un fenomeno incorporeo, impalpabile. Nel momento in cui il nostro paziente ci dice che ha visto la Madonna, noi siamo di fronte ad un problema, perché quella è la sua narrazione, è tutto il fenomeno su cui possiamo lavorare. Il libro che cade è il fenomeno del fisico, la Madonna che appare al nostro paziente è il nostro fenomeno. E allora come si fa, con gli stessi criteri a valutare, a misurare uno e a misurare l’altro. E inoltre c’è tutto l’altro grandissimo problema e cioè che la psiche è un processo di costruzione di significati, questo è un dato estremamente assodato dalla ricerca e dagli sviluppi teorici. Ormai è accettato, in tutti i vari modelli vi è l’accettazione dell’idea che i contenuti, le forme, si costruiscono e si co-costruiscono attraverso la relazione. E quindi le difficoltà che ci possono essere a livello culturale, di diverse provenienze, di diversi sottogruppi culturali, può portare a costruzioni psicologiche radicalmente diverse, e trovare un’oggettività all’interno di queste diverse modalità di formazione di elementi è veramente una cosa difficile che può portare a dei rischi. Perché se io, come magari era agli inizi il processo psicoterapeutico, sono convinto di essere il depositario della realtà oggettiva del funzionamento della mente e quindi sono io che dico che cosa una mente è giusto che faccia, come è giusto che sia, e lo dico in forza di una mia oggettività presunta, sono in una posizione molto rischiosa in cui posso fare violenza al mio paziente, piuttosto che aiutarlo a trovare una sua forza interiore, un suo cambiamento. Però la parola oggettività è anche una parola che ha una difficoltà diversa a seconda del contesto in cui la stiamo utilizzando e quindi vedremo che dovremo trovare il modo giusto per approcciarci senza restare paralizzati di fronte a questa cosa. Quindi per esempio i filosofi, quando parlano di oggettività stanno facendo una domanda molto radicale, stanno chiedendo: questa bottiglia esiste o questa bottiglia non esiste. E vi assicuro che è una domanda che forse anche oggi qualcuno non sarebbe pronto a rispondere con velocità. Perché la questione è: che cosa esiste al di là della mia percezione. Io posso percepire questa bottiglia, la percepite tranquillamente tutti voi spero, ma non posso essere sicuro che questa mia percezione sia universale. Quindi la natura dell’oggettività: questo mio rosso è il vostro rosso, magari voi lo vedete giallo ma siccome tutti l’hanno sempre chiamato rosso pensate che questo qui sia rosso e invece è giallo, e viceversa. Così come questa bottiglia esiste: siccome io la posso percepire, do per scontato di sì, ma non è necessariamente così scontato se pensiamo al nostro paziente che vede magari il diavolo che gli dice di cavarsi gli occhi, buon Dio. Quindi, la domanda se il famoso triangolo di Kanizsa esiste o non esiste, se è oggettivamente esistente. Noi lo percepiamo, noi percepiamo la linea bianca che collega questi segmenti; se esiste o non esiste è tutto un altro problema. Ci vengono in mente altri esempi? Ne abbiamo già fatti abbondanti. Abbiamo per esempio il vissuto di personalità multipla, un altro esempio.

La questione è: questo livello di oggettività, a noi come clinici ci interessa? Vediamo altri livelli di oggettività. Per esempio nella scienza tutto questo tipo di problema è un pochino più astratto: quello che la scienza chiama oggettivo è più che altro il fatto che ci possa essere un’accuratezza nell’osservazione indipendentemente dall’individuo che fa la valutazione. Quindi, se adesso tutti quanti ci diciamo: noi qui ci dichiariamo scienziati alla pari e facciamo un esperimento di osservazione del triangolo bianco. Allora uno si mette un po’ di lato, l’altro in fondo lo vede da lontano, uno daltonico. Tutti quanti però dicono di vedere il triangolo bianco. Questo significa che la mia iniziale osservazione era di dire “io ho costruito un triangolo bianco”, viene confermata indipendentemente dal fatto che io sia io. Quindi non è che io ho allucinazioni di triangoli bianchi, quindi questo triangolo bianco è ripetibile: quante volte io presenti questa slide, tante volte otterrò la rappresentazione di un triangolo bianco in ciascuna delle vostre menti. Siamo già ad un livello un po’ più astratto: non ci stiamo chiedendo se quel triangolo bianco esiste ontologicamente, cioè se è nel mondo delle idee o nel mondo delle cose, fenomeno o noumeno. No, ci stiamo semplicemente dicendo: questo triangolo bianco è misurabile nello stesso modo da diverse persone. È limitante ovviamente questo tipo di definizione di oggettività perché noi vorremmo sapere se la depressione del nostro paziente, se la Madonna del nostro paziente, esiste ontologicamente, se è vero. Come devo agire io? Devo considerarla una fantasia, un’allucinazione, un disturbo, un danno neurologico? Io vorrei sapere anche l’altra risposta, però è un desiderio che spesso resta non risposto perché sono domande molto profonde che i filosofi si fanno da migliaia di anni e probabilmente non ci arriveremo alla fine ad una risposta conclusiva nella nostra vita, però dobbiamo comunque essere dei buoni clinici, essere dei buoni ricercatori e cercare di ottenere delle risposte nel frattempo. Allora già il fatto di utilizzare un’idea un po’ più debole di oggettività – cioè più debole tra virgolette – quella che la scienza si pone ci permette di andare un pochino avanti. Siamo quattro psicoterapeuti, siamo alla pari, il nostro paziente vede la Madonna, noi non la vediamo, cominciamo a dirci: è possibile che questo fenomeno dell’apparizione fantasmagorica sia un po’ meno forte dell’apparizione di questa bottiglia.

S: *A questo punto non avrebbe senso parlare di consenso e non di oggettività?*

Vuole specificare?

S: *Se non possiamo sapere veramente se un oggetto esiste o no, e non ci interessa neanche perché parliamo di una percezione condivisa, cioè che tutti noi vediamo questa bottiglia, la potremmo percepire se la toccassimo, ci interessa molto di più se abbiamo delle visioni condivise. E ci interessa molto di più se una persona non condivide questa percezione perché viene vista come anormale o patologica. Il termine oggettività non ci serve.*

C’è un problema di linguaggio. Nel senso che ci sono anche delle ragioni storiche ma adesso non entriamo proprio nella storia della scienza. Indubbiamente ci sono stati dei momenti nella storia in cui poter dire che una misurazione era oggettiva e invece una realtà storica, una verità di fede o una verità di popolo non lo fosse, è stato importante per progredire in maniera spedita di fronte a delle resistenze anche molto forti, anche perpetrate in maniera piuttosto violenta. Poi purtroppo in ogni momento in cui le convinzioni diventano molto radicalizzate, spesso anche i comportamenti violenti sono stati perpetrati anche in nome dell’oggettività. Però noi in questo momento non vogliamo entrare nella problematica storica, noi vogliamo restare all’interno della problematica pratica, guardare verso un futuro luminoso di progressione della conoscenza e quindi ci interessa di riuscire ad utilizzare questo termine “oggettività” in maniera non problematica, ma in maniera costruttiva. Sicuramente chiamarlo consenso potrebbe in alcuni aspetti, specialmente quello della visione allucinatoria, potrebbe essere una questione di consenso: noi non lo vediamo, magari una comunità etnica in uno specifico stato di incoscienza dato da un rituale di tamburi invece ce l’ha e magari se io sono da solo in quel rituale di tamburi sono io che ho un’allucinazione negativa perché tutti gli altri stanno vedendo l’Orisha che si manifesta o la divinità. Quindi siamo sicuramente in una scienza che ha a che fare con degli oggetti più sfumati. Però, siccome questo termine “oggettività” ce l’abbiamo nel nostro DNA, nella nostra letteratura, l’importante è che sappiamo utilizzarlo e leggerlo in maniera agile, quindi non facendoci limitare dall’idea “ma l’oggettività è un problema perché in realtà noi non possiamo mai dire che il disturbo esiste con la stessa certezza con cui possiamo dire che questa bottiglia cade”. Però possiamo dire: possiamo dire con certezza che il disturbo esiste perché tanti ci dicono che i sintomi di quella persona sono simili e quella persona manifesta una sofferenza, tutte le nostre misurazioni convergono in questa direzione. È sufficientemente oggettivo, potremmo metterci un “sufficiente” lì davanti. Inoltre c’è un’ulteriore livello di astrazione che è quello dell’oggettività nella misura. Mentre già nell’oggettività della scienza ci interessa se la cosa che stiamo misurando ha senso, nell’oggettività della misura questa domanda è anni luce indietro. Qui ci semplicemente ci stiamo dicendo: il mio righello ha le tacche che hanno la stessa distanza con le tue? Quindi se io faccio la SWAP alla stessa persona a cui tu hai fatto la SWAP, ottengo grosso modo gli stessi punteggi? E qui non c’è più nessun riferimento alla validità del costrutto. Quella era una domanda che mi dovevo fare molto prima. Se io la SWAP la facevo se il mio paziente è sexy o non è sexy, avevo scelto un costrutto che non aveva nessun senso però poi a questo livello di oggettività mi sto chiedendo se tutte le mie SWAP misurano la stessa sexyness. Non importa se i costrutti hanno statuto ontologico, a questo livello. È chiaro che se utilizzo una misura che ha una grandissima oggettività di misura ma su un costrutto debole, stiamo facendo un’ottima misurazione ma di una roba che non serve o di una roba che non ha senso. E questa cosa è importante anche perché nella scienza l’idea di quale costrutto ha senso o non ha senso è cambiata, pensiamo per esempio ad alcune diagnosi che in un determinato periodo storico sono state considerate patologiche e adesso non lo sono più, per esempio l’omosessualità. Allora, l’idea che l’omosessualità sia un funzionamento patologico, che sia un funzionamento normale, che sia una manifestazione culturale, è tutta tra qui e qui. Quando io sto misurando tutte queste cose sono ad un altro livello di oggettività ma l’oggettività che mi interessa è quella di dire: ok, siamo riusciti tutti quanti ad inquadrare lo stesso fenomeno, e poi naturalmente lo strumento lo posso usare in un sacco di modi. Lo posso usare per propugnare delle visioni retrograde sul fatto che l’omosessualità è peccato o lo poso usare per dire che l’omosessualità è ancora elemento di pregiudizio che quindi porta ad essere trattati peggio in azienda. Lo strumento lo posso usare bene o male, ma è importante che il mio strumento misuri una cosa su cui possiamo poi portare avanti una discussione. Quando parliamo di oggettività in una misura, tutto il resto è dietro, e noi ci stiamo concentrando solo sull’accuratezza.

Epistemologia: questa è la parola un po’ diabolica di tutto questo discorso, perché è chiaro che “epistemologia” è la filosofia della scienza, la filosofia della conoscenza ancora prima, di come noi costruiamo le nostre rappresentazioni mentali, i nostri modelli teorici. E vedete a che punto sta. Sta prima delle prospettive teoriche, che stanno a loro volta prima della metodologia, che sta a sua volta prima dei metodi. Quando noi parliamo di oggettività di una misura stiamo dicendo: ok, oggettività qui dentro. È chiaro che ci sono tutta una serie di domande su che cos’è reale e che cosa non è reale, che cosa è costruzione e che cosa è sintomo, che mi portano a passare dal livello filosofico al livello teorico. Quindi se sono psicoanalista ho tutta un’idea di cosa è sintomo, se sono costruttivista o interazionista o cognitivista ho tutta un’altra epistemologia che mi porta delle prospettive teoriche differenti, che mi porteranno a loro volta a sviluppare dei metodi di ricerca particolari e poi alla fine arriviamo allo strumento di misura che ha dietro tutti questi impliciti, ce li ha e sono dei limiti, perché se io mi dimentico dei limiti dei contenuti impliciti dei miei strumenti allora faccio la diagnosi basata sul DSM e semplicemente poi scelgo quale farmaco darti o se farti una CBT bianca o una CBT rossa, da manuale, senza nemmeno preoccuparmi che tu hai appena subito un lutto. È chiaro che questo problema in psicologia è molto più forte che in altre scienze e quindi magari anche in altri corsi ci saranno state delle discussioni interessanti su questo argomento. Quello che io vi invito a fare è di pensare al fatto che c’è un trade off tra mettere in discussione tutta la catena e dare per scontata tutta la catena. Perché se io devo mettere su famiglia mi devo ad un certo punto fidare del mio partner e dire: beh, per un po’ mi sarai fedele, per un po’ percorrerai questa strada con me, non ce l’ho la certezza che l’epistemologia del mio partner sia completamente fondata, però per quello che ne so posso idre per un po’ ci fidiamo. Questa poi secondo me è la metafora che funziona nel momento in cui la scienza poi deve diventare pratica, e cioè ci dobbiamo temporaneamente fidare di un’ontologia, il più sofisticata possibile, per poter agire nel mondo. E quindi possiamo fare una diagnosi consapevoli di tutti i dati per scontati, consapevoli di tutti i limiti, magari poi li integriamo con altri elementi, e poi però facciamo un intervento. Perché noi non possiamo aspettare la risposta dei filosofi definitiva o dei fisici quantistici sulla natura dell’universo prima di trattare il nostro paziente. Noi dobbiamo agire col meglio delle conoscenze che ci sono disponibili nel 2017. Quindi ci fidiamo temporaneamente con la riserva che da scienziati possiamo mettere in discussione tutta la catena all’indietro, possiamo costruire degli strumenti migliori, possiamo costruire delle teorie migliori, le possiamo fare avanzare, possiamo addirittura diventare epistemologi e cominciare ad interrogarci se non serve mettere più cognizione culturale nella valutazione diagnostica perché siamo forti delle ricerche che ci dicono che se io valuto il disturbo psichiatrico di un africano probabilmente starò sbagliando perché non ho dentro di me i costrutti e le categorie necessarie per capire che cosa sta succedendo nella sua testa. Però questa cosa secondo me va fatta in maniera costruttiva, cioè va fatta con lo scopo di costruire, di migliorare, non con lo scopo di distruggere questa catena.

Siamo arrivati alla nostra piccola conclusione di questa carrellata sulla metodologia della ricerca sull’outcome, quindi sull’esito. Quindi avevamo il nostro uovo, da cui non sapevamo esattamente che cosa sarebbe uscito e quali sono un pochino i concetti che ci sono rimasti? Che cos’è che è importante considerare nella ricerca sull’esito?

S: *(incomprensibile)*

L’effect size come misura statistica dell’effetto di una ricerca.

A me verrebbe da dire sicuramente chiederci quale esito. Questo forse è stato un po’ il passaggio, ci sono tanto ragionamenti metodologici abbiamo visto, ma la cosa che un pochino resta è: con quale esito? Che cosa è cambiato? Che cosa siamo riusciti a fare con i nostri interventi? Funzionano? Adesso vediamo la risposta, però come guardiamo questo problema, cambia completamente il problema. Se noi riusciamo a chiarirci molto le idee su cosa stiamo misurando e come lo stiamo misurando, poi otteniamo una risposta che è altrettanto chiara. È un problema molto difficile. Allora anche qui spero di non avervi spaventato con queste cose, nel senso che da un lato è un problema molto difficile ma siamo sempre nel contesto di fare il meglio di quello che abbiamo a disposizione. Quindi già le prime risposte da Eysenck negli anni ’50 erano delle buone risposte negli anni ’50, che hanno galvanizzato i ricercatori a fare più ricerca, che hanno spinto i clinici a migliorare la loro terapia. E questo processo andrà avanti fino al 2200 quando avremo esattamente i correlati neurali specifici di ogni intervento terapeutico e sapremo esattamente meccanicisticamente, se sarà così, che cosa cambia cosa o avremo completamente disconfermato i modelli meccanicisti e saremo semplicemente capaci di entrare in comunicazione in maniera stupenda. Però la cosa importante è appunto avere in questo momento storico questa chiarezza, anche per imparare a leggere i risultati.

Adesso, abbiamo visto la parte storica, vediamo invece come si fa la ricerca sull’esito al giorno d’oggi. E in particolare il giorno d’oggi inizia con gli anni ’90, quando tutte queste idee di scienza un pochino si radicalizzano e soprattutto la medicina comincia ad avere nel 900 un grande exploit di conoscenze, di perfezionamento, di scientificizzazione, e quindi noi psicologi che arriviamo sempre un pochino in ritardo abbiamo detto: anche i nostri interventi devono essere basati sulle evidenze. Quindi ci siamo già fatti tante domande però ora i medici sanno esattamente che percentuale c’è di sopravvivere a questo trapianto, noi vogliamo sapere esattamente che percentuale c’è di sopravvivere a questa depressione. E nasce un po’ un fenomeno di cultura della ricerca, di cultura della clinica e c’è una definizione che vi riporto di che cos’è una evidence based medicine, che è: l’utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso dell’attuale migliore evidenza nel far decisioni rispetto alla presa in carico di un paziente individuale. Proviamo a scomporre un po’ questa frase. Allora, intanto c’è l’idea di presa in carico di un paziente individuale che è già una cosa molto bella, nel senso che non è la presa in carico di una categoria di pazienti, almeno nella definizione. E poi dice di fare la migliore decisione per la presa in carico di questo paziente, ma come? Come può essere fatta questa migliore decisione? Dev’essere fatta basata sulla attuale best evidence, cioè sulle migliori evidenze, sulle migliori prove che abbiamo attualmente. Quindi rivediamo quest’idea di fare il meglio di quello che abbiamo a disposizione. E poi ci sono questi tre aggettivi che sono coscienziosa, esplicita e giudiziosa. E qui c’è un pochino un’idea teorica che c’è dietro a questi signori, e dice: da un lato dev’essere esplicita, nel senso che affinché si possa procedere in maniera basata sull’evidenza il paziente dev’essere a conoscenza di quest’evidenza. Così come quando il paziente va incontro a un trattamento farmacologico, un trattamento chirurgico, il paziente viene informato esattamente di tutto quanto, può scegliere se fare il parto così o il parto cosà, o l’operazione così o l’operazione cosà, allo stesso modo il nostro scopo è quello di fornire i bugiardini delle varie psicoterapie e fornire al paziente gli strumenti per scegliere in maniera esplicita il proprio trattamento. Spieghiamo che queste osservazioni nascono da un contesto che ancora oggi tanti psicoterapeuti fanno la presa in carico senza fornire al paziente le informazioni sulle sue opzioni. Mi trovo un analista, non è che l’analista mi dice: guarda facciamo due sedute di diagnosi, vediamo l’assessment e poi ti dico che secondo me è meglio che tu vada da un CBT perché hai un disturbo fobico che si può trattare sintomatologicamente in maniera molto efficace. No, ti dice: benvenuto, mi parli, mi dica, si metta sul lettino, definiamo un attimo il setting. Allo stesso modo tranquillamente è un comportamento che viene fatto da alcuni terapeuti cognitivisti o da altre scuole, non c’è veramente la cultura di offrire la scelta al paziente. E quindi questo era uno dei cavalli di battaglia di questo movimento. Poi abbiamo “coscienzioso” e abbiamo “giudizioso”. Quindi “coscienzioso” è riferito all’etica del ricercatore, del clinico, e cioè di fare, proporre dei trattamenti che non siano basati su intuizioni o forme non ripetibili o esoteriche di conoscenza ma che fossero fatte in coscienza quindi in piena coscienza di portare aventi una cosa in forma scientifica con tutti i significati di questa parola che abbiamo vista. E “giudiziosa”, sempre un po’ il discorso medico di dire: non nuocere, quindi fornire quel trattamento nella misura strettamente necessaria a fare un cambiamento, né di più né di meno e quindi siamo estremamente misurati e succinti. E anche in giudizioso c’è l’idea che non è un libro di ricette, che abbiamo quindi la CBT, 3 grammi di CBT e 2 manciate di psicoanalisi, ma che questo processo di presa in carico sia fatto anche guidando il paziente fornendo la minor quantità di trattamento che sia massimamente utile per prendere in carico quell’individuale paziente. Questa cosa, questo filone nasce da delle necessita che sono quella di ridurre i bias, quindi di ridurre gli errori percettivi da parte della comunità dei clinici rispetto alla somministrazione dei trattamenti o della presa in carico, a seconda di quale tipo di definizione vi piace di più, quella di aumentare la credibilità dei propri interventi e l’affidabilità. Lo usiamo nello stesso modo in cui abbiamo visto nei test, e cioè la capacità di essere sempre più efficaci, cioè non che il 20% dei pazienti dal trattamento cambiano, ma che il 100% dei pazienti dal trattamento cambino, idealmente, e in maniera sempre più solida, credibile e condivisibile. Tutto questo porta a chiedersi: ma come facciamo? Le nostre misure sono così deboli, abbiamo il self report, abbiamo il problema che non possiamo fare il doppio cieco, abbiamo il placebo, le meta analisi ci dicono tanto, però non possiamo continuare a fare studi deboli e poi metterli nel calderone delle meta analisi, perché anche la meta analisi ha i suoi limiti. E quindi i nostri eroi degli anni ’90 iniziano a costruire questa grandissima istituzione che è quella del Randomised Control Trial, che già c’era in medicina ed anche in alcune ricerche in psicologia, ma questi signori della evidence based medicine portano il RCT ad essere il golden standard, cioè la migliore possibile forma di ricerca per rispondere a queste necessità, per avere queste risposte. E allora vediamo un pochino nel dettaglio che cos’è.

S: *Mi sono un attimo confusa se stiamo seguendo il corso della medicina, delle scienze in generale o della psicologia.*

Stiamo seguendo il percorso della psicologia, che a sua volta si ispira al percorso della medicina che è stato un pochino più veloce della psicologia ad adottare questo tipo di cose, anche perché la medicina si occupa di un livello di oggetti più vicino alla bottiglia che non al processo mentale, quindi è ben più facile rispondere a queste necessità di riduzione dei bias, aumento di credibilità, aumento di affidabilità, trattando su una materia fisica piuttosto che farlo a livello psicologico. Quindi ci siamo arrivati a fare nostre queste idee un pochino dopo, nel bene e nel male come vedremo. Quindi nel dettaglio questo RCT non è altro che una procedura piuttosto semplice che ha dietro l’idea di evitare che i nostri risultati non vengano dal trattamento ma vengano da altri fattori concomitanti. Per esempio, poniamo il caso che voglio fare la differenza tra psicoanalisi e CBT classico. Allora ho due cliniche, una psicoanalitica che è in pieno centro storico in un bellissimo attico che da sulle piazze, e poi ho un centro di CBT in Arcella, un ambulatorio polifunzionale, con dei bravissimi terapeuti da un lato, bravissimi terapeuti dall’altro e poi dico ai pazienti: va bene potete scegliete tra una di queste terapie. Allora i pazienti magari dicono: “Vabbè io scelgo quella che ho più vicino a casa”. I pazienti che mi sono magari più vicini allo studio psicoanalitico però sono tutti benestanti perché hanno tutti la casa in centro, quindi vengono tutti da uno status socio-economico più elevato, hanno magari una formazione più alta, mentre invece i pazienti che mi vanno più vicini al coso dell’Arcella magari sono pazienti che vengono da un tessuto sociale più degradato. Però se io prendo soltanto la differenza fra l’intervento 1 e l’intervento 2, ho il problema che questi qui magari migliorano ma solo perché avevano un sacco di risorse in più rispetto a quegli altri, perché hanno un sacco di soldi, stanno bene, hanno avuto una famiglia che li ha curati, mentre gli altri magari vengono da storie di abusi infantili e lo stesso trattamento fighissimo magari avrebbe dato dei risultanti deludenti, come vediamo in questo caso. Però noi non sapendo questi fattori sottostanti diciamo: beh io a un gruppo ho fatto il trattamento 1, all’altro gruppo ho fatto il trattamento 2, e il trattamento 1 ha funzionato molto di più e quindi traggo una conclusione completamente sbagliata. Quindi come si fanno ad evitare i rischi in maniera sistematica? Ovviamente il primo grande approccio che possiamo fare è quello del grande campione: se io prendo 1000 pazienti nella clinica psicoanalitica e 1000 pazienti in quella CBT, buon Dio, può essere che tutti questi fattori un pochino si sfumino perché fra 1000 persone mi capiterà un po’ di tutti. Però fare 2000 terapie non è sempre una cosa fattibile in questo tipo di ricerche è quindi si adotta lo strumento della randomizzazione. Quindi nella randomizzazione siamo al livello dell’esempio che abbiamo detto: abbiamo i pazienti blu che vengono da uno status sociale buono o comunque che hanno un fattore ignoto che promuove il cambiamento, i pazienti rossi che hanno un fattore ignoto di resistenza, per esempio uno status socio economico basso. Vengono dividi nei due gruppi e poi viene misurato l’intervento. Quindi per esempio un sacco dei pazienti blu cambiano, pochi dei pazienti rossi cambiano, senza randomizzazione siamo nel caso in cui abbiamo un errore, un bias di attribuzione. Se io invece assegno casualmente i pazienti di tutto il mio campione ai gruppi, in maniera completamente casuale, allora in teoria, a questo punto, l’effetto della mia variabile latente, del mio fattore sottostante rosso o blu, si dovrebbe sfumare perché avrò il 50% dei pazienti rossi qui e il 50% dei pazienti rossi là e quindi quello che andrò a vedere è l’effetto dei due interventi sui pazienti blu e rossi e sui pazienti blu e rossi. Quindi il risultato sarà molto più pulito rispetto alla mia manipolazione sperimentale. È chiaro che non abbiamo soltanto il blu e il rosso, quanti colori ha il paziente? Quanti sono gli elementi sottostanti che potremmo controllare? Sono infiniti. Il paziente mi è entrato in una relazione con un partner estremamente costruttiva, a un paziente gli è morto il padre, un paziente ha iniziato a fare uso di sostanze, un paziente aveva una storia di parenti morti per una specifica patologia… Le caratteristiche che possono cambiare la manifestazione di una stessa patologia, tanti depressi però quante storie sotto, possono essere infinite. Quindi già qui con solo due colori ce la facciamo, per riuscire a controllare 50 colori o 100 colori abbiamo bisogno anche di avere questi gruppi molto molto grandi comunque, perché qui dentro ci devono essere un po’ di gialli, un po’ di verdi, un po’ di blu, un po’ di indaco, così come qui. Quindi il discorso della randomizzazione ci migliora la dipendenza dalla dimensionalità ma non ce la risolve. Quindi un RCT deve fare randomizzazione e deve avere comunque grandi campioni.

Questo è un esempio classico di struttura di un RCT che potete trovare in una pubblicazione. Quindi senza che vi spaventate, quando vedete una cosa di questo tipo è semplicemente il grafichetto che vi dice, come quello che abbiamo visto ma senza le figurine amichevoli ma con il processo. Quindi prima vengono scelti i pazienti che sono all’interno dei criteri di inclusione, quindi i pazienti che per tutta una serie di ragioni è interessante che entrino nello studio, e vengono esclusi quelli che magari fanno già uso di psicofarmaci, o quelli che magari hanno dei disturbi che non sono interessanti. Poi vengono randomizzati e allocati all’interno di due tipologie di intervento. E quindi c’è tutto il diagramma di flusso: quelli allocati ma che per strane ragioni non ricevono l’intervento, quelli che ricevono l’intervento, quelli che hanno lasciato l’intervento a metà, quelli che hanno lasciato le misurazioni quindi non sono rientrati nei follow-up, hanno finito la terapia però poi hanno detto: “ragazzi ciao non vi seguo per altri 3 anni a fare i questionari”, quelli che hanno fatto il follow-up, quelli del follow-up che per strane ragioni non sono potuti essere analizzati perché non lo so, nel frattempo era successa una cosa che li ha completamente sconvolti da una situazione iniziale e quindi non rientrano più nella casistica, e alla fine gli analizzati. Quindi vedete che da qui, che magari troviamo 1000 partecipanti, vedete quanto possibilità di perdere questi pazienti ci sono, poi alla fine arriviamo agli analizzati dei due gruppi che sono quelli su cui possiamo trarre le nostre conclusioni. Ovviamente ci dobbiamo chiedere che intervento. Perché di nuovo qui se volgiamo fare le cose pulite pulite è chiaro che tutti i pazienti che sono in questo ramo noi gli dobbiamo fare lo stesso intervento se poi vogliamo trarre le stesse conclusioni. Perché mettiamo il caso che facciamo il nostro intervento CBT contro psicoanalisi, però se mi fai la psicanalisi secondo Freud o se mi fai la psicanalisi secondo Lacan magari c’è un mondo di differenza. Sono giustificato a mettere nello stesso calderone interventi diversi? Non tanto se voglio avere dei buoni risultati.

S: *(non si capisce bene ma di base viene sollevato il problema che al di là del modello anche gli stessi terapeuti di uno stesso orientamento hanno approcci diversi)*

Esatto, come si fa? Si fa con la manualizzazione. E cioè si prende un bel libro e si scrive: tu terapeuta se ti arriva il paziente così poniti in questo modo, tieni le spalle così. Adesso gioco un po’ però dice: costruisci un setting così, instaura una relazione positiva, basata sull’empatia, fai un intervento così, assegna questo compito per casa, interpreta in questo modo in questo momento. Quindi affinché l’effetto del terapeuta e l’effetto della particolare formazione del terapeuta venga il più possibile annullato, abbiamo bisogno di una manualizzazione radicale o quanto meno il più precisa possibile di tutto il trattamento.

S: *è impossibile!*

S: *Più che altro non c’è il rischio di andare incontro ad un risultato inverso*

S: *Chi è che concretamente controlla che poi il manuale venga rispettato?*

Perfetto! Abbiamo fatto la trinità dei problemi della manualizzazione. “Cioè ma scusa cosa??”: prima reazione; secondo: ma questo mi può andare contro agli obiettivi del paziente; e terza: ma come si può anche solo pensare di controllare questa cosa?

Ovviamente le risposte sono: non si può, non si può e non si può.

La verità dei fatti è che poi questa manualizzazione si scopre essere tendenzialmente poco rispettata, poco efficace e poco controllabile. È di fatto una distorsione del processo clinico a favore di una omogenizzazione del tipo di trattamento. Quindi ci sono alcuni tipi di trattamento che sono più manualizzabili, per esempio i trattamenti cognitivi comportamentali sono dei trattamenti fortemente manualizzati. Poi non immaginate che questi manuali siano veramente una cosa che trasforma il terapeuta in un automa: nel manuale c’è scritto “sii empatico, accogli l’intervento del pazienta in maniera accettante e cerca di riportarlo ad una strategia di pensiero tipica”, quindi non è che stiamo facendo il libro Game quando abbiamo un trattamento manualizzato. Tuttavia è comunque una limitazione, e poi vedremo nelle prossime lezioni come in realtà tutti questi trattamenti manualizzati, poi nei terapeuti efficaci vengano un po’ messi da parte e vengono messe in atto tutte una serie di strategie – spoiler – molto più vicine alla psicologia dinamica e ai suoi tipi di intervento. Però questo è quello che la teoria vorrebbe nell’RCT. E poi abbiamo di nuovo il problema della diagnosi: affinché i pazienti rientrino in questo grande calderone, in questo gioco metodologico, abbiamo bisogno che siano pazienti omogenei.

Se io metto insieme quelli che hanno la fobia, quelli che hanno la depressione, quelli che hanno la schizofrenia nello stesso calderone ed applico lo stesso trattamento, otterrò dei risultati ben poco significativi. E quindi il bisogno di avere dei pazienti omogenei mi pone di fronte a dei problemi molto virulenti sul piano di come faccio ad ottenere questa omogeneità perché allora si entra nel discorso della diagnosi, si entra nel discorso dell’approccio nosografico, si entra nel discorso del dire: ti metto depresso però hai anche le allucinazioni, ti metto di qua o di là. La comorbidità è fortissima in tutti i tipi di disturbo: inquadrare un paziente in una direzione o nell’altra è una cosa molto problematica. E quindi ci potremmo chiedere: ok alla fine dopo aver fatto tutte queste omogenizzazioni, aver messo tutto quanto nel nostro mixer, che cosa resta della nostra terapia?

Molto velocemente, prima di salutarci, ci diciamo quali sono gli obiettivi di un RCT. Sono di validare l’efficacia di un manuale di trattamento, a questo punto se un manuale è il punto fermo noi possiamo dire: questo manuale funziona o non funziona. Possiamo apprendere delle strategie, degli interventi, delle variabili di processo che possono influire sull’outcome. Poi magari nelle nostre misurazioni vedremo che cosa effettivamente ha permesso un cambiamento oppure no, per esempio è stato il trattamento? No. È stata l’empatia? Sì.

Ha dei vantaggi: è il gold standard per misurare l’efficacia, ci pulisce quanto più possibile da tutti gli effetti casuali, dalle variabili latenti, dalle varie dimensioni incontrollabili. Ha una grande forza causale, nel senso che è la cosa con maggior forza causale. Ci sono tutti quei problemi, è chiaro. Però è la cosa che ci permette di dire “questo trattamento ha funzionato più di questo” con la maggior forza causale che ci è data a livello di ricercatori in psicoterapia. E permette dei confronti precisi perché al netto di tutte quelle debolezze, di tutti quei casini, di tutte quelle omogenizzazioni, di tutte quelle pastorizzazioni, salassi alla bontà della nostra terapia, permette di confrontare precisamente le cose nella maniera più controllata possibile. Però è una mela bacata, e questa è la critica più grande che viene mossa all’interno della comunità dei clinici, alla comunità degli evidence based research, perché è un procedimento che allontana dalla realtà clinica e sono tutto un modo di pensare incentrato sul disturbo piuttosto che sul paziente, piuttosto che sul individuo. Noi prima ti abbiamo schiaffato in una categoria, poi ti abbiamo rifilato e imboccato un trattamento precotto e poi alla fine sì misuriamo quale dei due omogenizzati era meglio, però dove sei rimasto tu paziente? Dov’è rimasta la tua idea di diventare una persona sana? Diciamo che ci siamo concentrati tanto sul disturbo, e questo ovviamente ha i pro e i contro.