

SBOBINA LEZIONE VALUTAZIONE DELLA PSICOTERAPIA  
24/10/17 – LA RICERCA SULL'OUTCOME

Allora spero proprio che con oggi riusciamo finalmente chiudere questo argomento un po' tetro sulla ricerca sull'outcome.

Rivediamo un pochino ieri dove siamo rimasti, abbiamo visto come ultima cosa cosa sono i randomized control trial, quindi abbiamo visto che è semplicemente una procedura in cui il nostro campione viene sparpagliato fra diversi gruppi e abbiamo visto che c'ha tutta una serie di problematiche nel senso che, sia a livello della selezione dei partecipanti, sia a livello della selezione degli interventi, l'omogeneizzazione richiesta per poter ottenere quella forza di oggettività in termini di misurazione scientifica richiedono un prezzo pesante su quella che invece è la natura del fenomeno che stiamo studiando .

Per fare un piccolo inciso su questa cosa: nel senso che a qualcuno di voi potrebbe essere venuto in mente di dire “ma se c'è tutto questo prezzo pesante, se ci sono tutti questi compromessi, che senso ha investire tutte queste risorse nella ricerca? La posizione di tanti clinici è quella di dire: perché poi io so che funziona, io vedo nella mia pratica clinica; qui è una questione un po' etica secondo me. Pensate a quelle situazioni dove il l'esito è un po' più chiaro, come per esempio nella cura medica, e quando c'è stato il caso di stamina anche lui diceva “no io vedo le cose funzionano e magari anche alcuni pazienti pure di fronte all' organo di sofferenza vedevano che veniva data una speranza e dicevano: no fatemelo fare, lo voglio fare, ci credo, mi ha aiutato. Il problema è che non era vero e nel momento in cui c'è un una sofferenza e c'è una richiesta economica di fronte alla possibilità di curare quella sofferenza siamo in una situazione eticamente veramente sottile. Allora non è tanto una perversione di dire okay quantifichiamo, numerizziamo, oggettiviamo, e anche la necessità di dare una risposta in coscienza, di dire okay noi ci crediamo come per terapeuti, però come esseri umani siamo di fronte alla possibilità di distorsione percettiva, siamo di fronte alla possibilità di crearci delle illusioni, di costruirci dei mondi nostri; invece tutto questo processo un pochino serve per dire okay mettiamoci di fronte ai nostri limiti di osservatori individuali e cerchiamo di vedere se gli strumenti della metodologia sono in grado di fornirci delle risposte che ci confermano queste nostre sensazioni percezioni che hanno un valore grandissimo però purtroppo il confine tra la l' auto-convinzione di fare una cosa in buona fede e lo sfociare in fare una cosa magari che non ha veramente effetto ma che è più vicina al guaritore o delle cose in buona fede, magari il miracolo, o in cattiva fede, la truffa. La necessità di distinguersi da queste altre forme d'intervento è fondamentale per una professione che si vuole esporre nel mondo occidentale moderno come una forza d'intervento basata su un approccio diverso. Se un approccio che dice che noi facciamo delle cose per dei ragionamenti di causa ed effetto e non sulla base delle sensazioni e quindi nel senso vedetela un po' in questi termini questo tutto questo movimento.

Torniamo ai nostri RCT e abbiamo detto che quindi hanno tutta una serie di vantaggi e una grande forza causale ma ha anche dei banchi la nostra mela. Però alcuni autori si sono chiesti ma non possiamo superare questi problemi del RCT?

Ecco quindi si sono detti ma dobbiamo veramente tagliarci le mani in questo modo? E in particolare è così necessario che noi basiamo i nostri RCT sulla su un processo manualizzato? Cioè ci siamo detti che era importante perché se non abbiamo un intervento omogeneo la nostra conclusione non sarà omogenea non sapremo se esattamente quel trattamento psicodinamico beve con quell'approccio basato sulla interpretazione riformulazione è più efficace di quello specifico trattamento CBT. Non avremo una risposta così chiara non sapremo queste cose. Però è possibile che avremmo comunque una risposta interessante, e questo dibattito ha iniziato a prendere il nome di effectiveness VS efficacy. Nel senso l'efficacy è proprio quello che abbiamo studiato fino adesso, cioè l'efficacia in senso stretto, cioè a causa effetto interpretazione migliorano il cambiamento.

Però appunto la critica che si fa questa RCT è fra tutte queste cose e alla fine il disegno fortissimo che avete ottenuto è completamente distante dalla pratica clinica perché quando io sono veramente un clinico e mi arriva un paziente non mi arriva un paziente selezionato con quella specifica diagnosi senza comorbidità senza trattamento farmaceutico, non non ce l'ho quasi mai quel paziente perfetto e allo stesso modo quando mi trovo a fare un intervento su quel paziente che magari assomiglia al prototipo ma ne è inevitabilmente diverso, io non metterò in atto il comportamento manualizzato come terapeuta, perché il comportamento manualizzato è perfetto per il prototipo ma il mio paziente se ne discosta e quindi nella realtà dei fatti io adatterò se sono un bravo terapeuta il mio agire il mio intervento rispetto alle specificità di quel paziente e questo guardate che è vero sia per gli psicanalisti sia per i CBT più nazisti, cioè se uno è bravo terapeuta di fronte al paziente è in grado di muoversi, di adattarsi e di cambiare il tipo di intervento che fornisce.

Misurare questa cosa qua non ci dirà mai quanto è efficace quello specifico trattamento manualizzato rispetto a quell' altro, però ci dirà quanto un determinato modo di intervenire sul paziente è efficace in senso pratico; quindi avremo delle risposte meno forti da un punto di vista causale, però delle risposte che possono essere utilizzate nella pratica, ovvero che cosa funziona sul campo.

E quindi una volta che queste idee sono iniziate a circolare un po' in un dibattito che andava contro il divismo della evidence based medicine e l'idea di formulare espressamente dei disegni puramente sperimentali per togliere tutte le variabili confondenti e si è detto “non ci interessa di fare l' esperimento nella camera bianca asettico con i camici, ci interessa sapere effettivamente nella realtà dei fatti quanto la nostra terapia incide sui nostri pazienti in un contesto ambulatoriale normale, in un contesto di terapia vera. E quindi si è iniziato a fare degli RCT un pochino diversi, quindi non tanto più basati su queste forme estremamente stringenti di quell' intervento di tipo di paziente, ma per esempio confrontando tanti pazienti di terapeuti diversi; quindi Invece di avere come condizione il tipo di intervento quindi CBT contro sistemica avevamo diversi trapeutiti o per esempio confronto fra tecniche e quindi i due gruppi di intervento psicodinamico uno più supportivo uno che invece è basato sull' interpretazione o terapie a lungo termine terapia breve termine, quindi a cercare di utilizzare questo strumento molto forte della RCT per ottenere le risposte più legate a elementi concreti

concretamente necessari per capire un pochino come muoversi; quindi il fattore del terapeuta, e qui inizia un pochino a venire fuori l'idea della ricerca sul processo cioè

Questa tecnica è efficace in quale caso il setting come pesano cioè comincia a venir fuori l'idea che questi strumenti statistici si possono utilizzare anche per vedere delle cose più vicine all'esperienza dei clinici.

Un'altra cosa importante è che i terapeuti non sappiano il criterio con cui sono stati mandati i pazienti o degli altri; è un po' l'idea del doppio cieco che qui la otteniamo non tanto che il paziente non sa che intervento sta facendo ma il terapeuta non sa che tipologia di pazienti o con quale criterio sono stati inviati, se sapesse che sono tutti i pazienti con una determinata problematica (es: con l'abuso infantile) allora agirebbe in maniera influenzata da questa informazione, invece questa ignoranza resterà aperta e permette di garantire questa casualità, quindi nel momento in cui noi abbiamo dei gruppi randomizzati abbiamo il cieco rispetto all'assegnazione abbiamo un RCT, che per essere un RCT di qualità ha tutta una serie di criteri come la numerosità del campione e il fatto che le procedure siano state fatte con tutti i crismi eccetera eccetera però sempre da RCT si parla.

Allora adesso volevo provare a vedere di toccare con mano con voi un RCT e di provare a vedere così anche per aiutarli se ci dovessero essere dei problemi nella nel vostro lavoro di ricerca a vedere come affrontiamo una pubblicazione.

Allora ho scelto questo articolo. Innanzitutto ci diciamo ma il professore ha scelto una buona pubblicazione? Come rispondiamo?

Il bello della scienza e quello che non ci dobbiamo fidare del professore d'autore o di chi per noi ma che possiamo andare a fare le nostre indagini. Allora per esempio la prima roba che ci chiediamo è ma da dove viene questo articolo nella rivista? Cos'è questa rivista? Perfetto ed è una buona rivista. È assolutamente una buona rivista oltre che su una rivista molto nota per esempio abbiamo sempre il nostro indicatore è un po' farlocco però qualcosa che lo dice e per esempio c'ha un impact factor di 8.96; ora l'impact factor c'ha tutti i suoi limiti come indice però questa è oggettivamente un impact factor più alto, è il secondo delle riviste nel nostro settore disciplinare quindi qualche cosa vorrà pur dire.

L'editore è sempre un editore noto. Però possiamo avere ancora dei dubbi, allora ci possiamo andare a dire ok ma chi è che l'ha scritto questo articolo?

L'ha scritto il signor Giuseppe Maina e allora noi ci possiamo proprio andare a vedere chi è questa gente. Allora cerchiamo Giuseppe Maina sul sito e viene fuori che è un professore associato del dipartimento di neuroscienze Rita Levi Montalcini in Italia, okay allora diciamo che è un professore associato

È questo un po' il processo bello che differenzia la scienza fra le altre cose, che tale informazione cerca di essere il più trasparente possibile. Troviamo anche il curriculum di questi signore: li potete andare a vedere tutte le pubblicazioni che ha fatto oppure potete cercare su Google e si scopre così che è una persona che pubblica frequentemente su riviste di alto livello nel nostro settore, fa tante metanalisi e quindi diciamo caspita sulla base di tutte queste informazioni posso pensare che questo lavoro è stato fatto da un esperto nel campo.

Allora innanzitutto partiamo sempre dall'abstract quando affrontiamo una rivista; abbiamo sempre questa bella struttura dell'abstract che ci permette di capire in velocità di cosa si tratta. Quindi ci dice che ci sono prove che suggeriscono la presenza di fattori terapeutici specifici nella terapia dinamica breve, però non si sa molto bene l'efficacia nel caso della depressione in confronto a quelle altre terapie. Lo scopo di questo studio è quindi determinare se la terapia dinamica breve sia più efficace di quella supportiva, e confrontare tutte queste con la condizione della lista d'attesa. Quindi facciamo RCT con tre gruppi di trattamento, quindi uno per la terapia dinamica breve, uno per quella supportiva e la waiting list, poi c'abbiamo un follow-up a sei mesi.

E c'abbiamo anche già qui risultati volendo: quindi diciamo che i pazienti trattati con entrambi gli approcci psicoterapeutici hanno mostrato un incremento significativo e la terapia dinamica era più efficace alla valutazione di follow up.

Ora come sono strutturati questi lavori? C'è sempre il background in cui o comunque diciamo tutti i vari capitoletti adesso vengono estesi espansi, quindi nel background ci vengono proposte tutta la letteratura che si è occupata di questi argomenti negli anni recenti e quindi per esempio un'informazione interessante che ho evidenziato è che diversi autori che hanno studiato l'efficacia della terapia dinamica breve in trattamenti combinati con gli antidepressivi riportano un miglioramento maggiore comparato con le terapie unicamente basate sui farmaci. Qui vi potete andare tranquillamente a fare un pochino di cultura su perché questi autori pensano che la terapia dinamica breve possa essere comparata con la terapia supportiva.

Veniamo ai metodi. Allora una cosa molto importante: qui dice che i soggetti sono stati reclutati sono stati recuperati da liste di persone che volevano essere trattate dal Dipartimento ta ta ta e ci sono dei criteri. I criteri utilizzati per essere inclusi nella nel trattamento dinamico erano

I seguenti, quindi che il paziente richiedesse un approccio psicoterapeutico; la presenza di un problema focale e di un evento precipitante recente nella sua vita. Poi ci sono dei criteri di esclusione quindi per esempio evidenza di ritardo mentale, storia di danni organici disturbi psicotici. Perché è importante fare queste esclusioni e inclusioni? Sempre per la Regione di avere un po' di omogeneità nel nostro campione.

Categorie diagnostiche. Sono stati selezionati di pazienti che avevano disturbo distimico o disturbo depressivo o non altrimenti specificato, e quindi si parla di diagnosi categoriali del DSM che rappresentano delle depressioni o delle forme depressive croniche ma più leggere rispetto al disturbo depressivo maggiore. Quindi diciamo che il disturbo distimico deve avere una durata da almeno due anni, quindi Si parla di una una forma di depressione costante e meno intensa rispetto a quelle forme acute che possono portare a episodi suicidari o forme autolesive importanti.

Quindi loro individuano 93 soggetti da questa waiting list e vengono inseriti nella speranza di partecipare a questo RCT. Dopo che sono state fatte tutte le procedure di inclusione e non inclusione ne risultano 58 soggetti. Dopo la descrizione completa dello studio 55 danno il loro consenso informato partecipare e poi altri 6 rifiutano il trattamento. Quindi alla fine questi

signori si ritrovano con 45 soggetti disposti a partecipare e decidono di fare tre gruppi di lanciati da dieci soggetti ciascuno, quindi Siamo di fronte a uno dei grandi problemi: che come avevamo visto l'altro giorno nella slide da cui tutte quelle frecce ci sono un sacco di uscite e per tutta una serie di ragioni non ragioni partendo dal cento soggetti alla fine siamo arrivati a riuscire ad includere nello studio soltanto 30.

Allora i pazienti sono stati matchati per diagnosi. Il livello di matchate significa di avere nei vari gruppi elementi dei diversi elementi omogenei per queste caratteristiche. Allora il match è stato fatto per la diagnosi, per il livello di educazione e randomizzati in tre blocchi tecnici. Dopodiché sono stati assegnati sempre randomicamente alle seguenti condizioni BDT, fortemente dinamico trattamento supportivo e non trattamento in lista d'attesa.

Qui c'abbiamo una piccola descrizione di questi tipi di interventi che è interessante, allora per esempio la terapia dinamica breve ha come obiettivo primario di migliorare l'insight del paziente rispetto ai conflitti ripetitivi intrapsichici e intrapersonali ed il trauma che sottostà e sostiene i problemi del paziente, quindi abbiamo un tipo di trattamento molto focalizzato, che ha le idee molto chiare su che cosa vuole andare ad intervenire durante le sedute. Gli strumenti principali della BDT sono l'interpretazione e la chiarificazione.

In confronto alla terapia BDT la CBT è una terapia più richiestiva; dice che è una terapia che genera ansia infatti il terapeuta mette di fronte al paziente questi suoi eventuali traumi e i suoi modalità riproduttive E coattive di ripetizione di uno suo comportamento disfunzionale, quindi vuol dire che ci si aspetta che il paziente abbia un arousal più elevato e sia messo di fronte con maggiore intensità alle esperienze che gli sono critiche.

Mentre invece a contrasto la terapia supportiva ha come obiettivo principale di migliorare l'allontanamento immediato del paziente alla sua situazione di vita e gli strumenti che utilizza sono la rassicurazione e incoraggiamento. Esattamente coinvolge consigli, lodi, enfatizza le forze e le risorse del paziente, quindi l'ansia e la regressione sono minimizzate nelle sedute il terapeuta è attivo ma non interpretativo e non sprona il paziente a smuoversi nella situazione attuale, è appunto supportivo.

Poi vedremo nelle prossime lezioni le diverse tipologie di intervento, quindi interventi espressivi e supportivi e vedremo che queste tipologie di intervento sono una psicoterapia diciamo in senso più più ampio sono sempre presenti entrambe, qui però si parla proprio di terapie focalizzate sull'utilizzo di una o un'altra tecnica di intervento.

Le persone della waiting list ovviamente non avevano nessun tipo di trattamento, erano soltanto contattati telefonicamente ogni settimana per prevenire la loro scomparsa, perché ovviamente quelli in disattesa potrebbero anche decidere di abbandonare lo studio e quindi ne avevamo già soltanto 10 ce ne perdiamo 5 e prendiamo tutto quanto lo buttiamo nel cestino. I pazienti hanno ricevuto una descrizione dello studio e hanno ricevuto una possibilità di scelta, non c'è stato un inganno dietro questa procedura, in questo senso è stata una libera scelta del paziente si dire "ok accetto la partecipazione di questo studio, accetto la possibilità di restare in coda sei mesi perché magari sono anche dei terapeuti molto bravi o comunque non c'è la possibilità che questo centro dia trattamento a tutti nello stesso momento" e se non volevano potevano tranquillamente, come diversi di quei 98 selezionati, dire no io vado da

un altro terapeuta perché c'ho solo bisogno in questo momento, inoltre stiamo parlando anche di una forma patologica che ha un basso livello di rischio. La probabilità di passare da queste tipologie di disturbi a dei disturbi depressivi maggiori sono in letteratura riportate molto basse. Quindi siamo tutto sommato all'interno di una cosa che non ha fatto la commissione. Vediamo adesso nell'assessment se gli autori ci forniscono anche un livello più interessante di valutazione.

Adesso una volta che abbiamo assegnato i pazienti ai tre gruppi A c'è una fase di assessment clinico cioè la nostra vera e propria raccolta di dati (quello di prima era stato soltanto uno screening). E quindi la nostra raccolta dei dati viene fatta all'inizio del trattamento (tempo 0), alla fine del trattamento (tempo 1) e alla fine di un follow up di sei mesi (tempo 2). La lista di controllo è stata fatta soltanto tempo 0 e 1 sennò avremmo dovuto tenerli un anno in lista di attesa.

Le misure che sono state raccolte ad ogni momento di valutazione sono state l'Hamilton Rating Scale che è un questionario famoso per la depressione e per l'ansia l'HMD e l'HMA. Sono simili a quello che abbiamo visto, al Beck Depression Inventory, sono dei questionari che hanno delle domande legate all'ansia e alla depressione nell'ultimo periodo e il paziente le compila. E al tempo 1 è stato anche somministrato il Clinical Global Impression Improvement, che è uno strumento che fondamentalmente ci va ad isolare quello che il paziente ha recepito dall'intervento.

Sempre importante se vogliamo fare le pulci ad un lavoro di analisi statistiche: qui è stata fatta un'analisi della varianza alla nostra amica nova che incontreremo molto spesso, non entriamo in questa sede nei dettagli statistici. L'idea che dovrebbe esservi rimasto dei precedenti esami di metodologia è che quando dobbiamo confrontare due gruppi facciamo il t-test che ci fa il confronto fra le medie, quando dobbiamo confrontare più di due gruppi facciamo la nova che non è altro che l'estensione del t-test per un numero di gruppi maggiore di 2 e infatti poi all'interno di ciascun gruppo è stato fatto un t-test fra le medie pre e le medie post per esempio. Inoltre poi è stata fatta una valutazione qualitativa di comparazione fra le risposte del trattamento calcolando la percentuale di responders in ciascun gruppo e quindi in percentuale i pazienti hanno ridotto del 50% il loro punteggio di Hamilton e Depression.

E abbiamo i nostri risultati: quindi tutti i pazienti trattati con la terapia dinamica e tutti i pazienti trattati con la terapia supportiva hanno completato lo studio; tutti i pazienti nella waiting list non sono stati persi durante la fase del trattamento (e questa qui una botta di culo pazzesca).

Poi una cosa importante: non c'è una differenza significativa tra i gruppi nel pre-test, quindi tutti i gruppi sono partiti con lo stesso livello di ansia e depressione nei gruppi e nessun paziente aveva avuto episodi depressivi maggiori.

I due trattamenti hanno avuto lo stesso numero di sedute e la stessa distanza dal follow up.

E poi ci dice cosa dicono le varie tabelle: volendo ci possiamo andare a vedere le varie tabelle però non ci interessa in questo momento entrare proprio nel dettaglio; vediamo un pochino che a grandi linee cosa evidenziano loro.

Poi ci dice che alla fine del follow up per esempio un gruppo di pazienti trattati con la BDT mostrava un miglioramento ulteriore rispetto a T1 con una riduzione dei sintomi emersi dalla HMD Depression, dell'HMA e anche del questionario di funzionamento globale.

Poi qui abbiamo le varie tabelle che ci dicono tutti i vari anni, il livello di educazione, ci possiamo proprio controllare tutto quello che vogliamo se vogliamo farci le pulci. Abbiamo qui questa linea che è la della terapia dinamica questa con i pallini chiari e quest'altra con i pallini scuri che è la terapia supportiva, quindi quello che vediamo e che poi descrivono anche nell'articolo è che al T1, quindi dopo il trattamento, entrambe le terapie hanno comportato lo stesso effetto, lo stesso miglioramento rispetto ai sintomi depressivi. Quello che dicono è che però guarda un po' a sei mesi di distanza quelli che hanno fatto la terapia dinamica hanno continuato a migliorare, mentre quelli con la terapia supportiva sono rimasti a livello post trattamento.

E questo è un po' quello che dicono nella discussione, quindi la discussione può essere non ci vogliamo andare a passarci risultati proprio perché non ci interessa veramente di vedere il p-value, andiamo a vedere come questi autori interpretano i loro dati, che se vogliamo farne un uso pratico della ricerca sarebbe più che sufficiente.

Quindi ci fanno sempre un po' un ricapitolo di che cosa hanno cercato di vedere e qui ci commentano anche perché non ci sono stati dei drop out che è una cosa veramente sorprendente.

Allora dice che l'assenza dei drop out principalmente è dato dal fatto che si tratta di soggetti che hanno richiesto un approccio psicoterapeutico erano inclusi nello studio, quindi le alte aspettative e motivazioni dei pazienti avevano ridotto il rischio dei drop out; questo naturalmente ci dice anche che avevano potenzialmente influenzato l'esito della ricerca.

Ad ogni modo le conclusioni sono queste: alla fine del trattamento i soggetti trattati con la terapia dinamica e con la terapia supportiva hanno mostrato un miglioramento significativo in confronto con i pazienti non trattati.

Sono emersi due altri risultati importanti. Il primo: non c'è stata nessuna differenza nell'efficacia tra i due trattamenti, e il secondo: dei due campioni di pazienti trattati con le terapie i re di successo dopo il trattamento non era notevole, quindi c'è stato un 50% di risposta nel gruppo dinamico e un 40% di risposta nel gruppo di supporto, quindi soltanto il 50% dei pazienti assegnati a questo gruppo ha diminuito del 50% sul punteggio iniziale.

E quindi qui commentano un po' questi risultati: il primo, quindi il paradosso dell'equivalenza, dice che la terapia dinamica consiste principalmente in un utilizzo di fattori specifici, quindi l'interpretazione e la chiarificazione, l'imitazione temporale, l'esplorazione focale, poi magari nei prossimi giorni vedremo cosa sono; mentre invece la terapia supportiva consiste più che altro in fattori aspecifici.

Poi cominciano il processo di impacchettamento che fondamentale in questi casi dice nonostante il limitato potere statistico di questo studio dato il piccolo campione, la mancanza di differenza fra questi due gruppi ci dice che probabilmente quello che funziona quello che ha curato questi pazienti sono stati gli aspetti aspecifici che erano presenti in entrambe le terapie, perché è chiaro che tutti i processi di relazione ai processi di presa in carico, il

processo di ascolto, sono presenti anche nella terapia dinamica, nonostante poi faccia uso di strumenti specifici. Quindi se una terapia che c'ha relazione + chiarificazione, una terapia che c'è solo relazione hanno lo stesso risultato mi risulta che la chiarificazione non ha portato un grande beneficio, mentre invece ha portato sicuramente un incremento di aspetti ansiosi e di presa di messa in discussione del paziente.

E quindi dice che si potrebbe concludere che la specificità della terapia dinamica breve può essere considerata dubbia o inutile. Inoltre nonostante sia scelto un cut-off restrittivo è stato trovato un basso rate di miglioramento, quindi dice questo risultato è difficile da spiegare sulla base delle caratteristiche della popolazione dello studio. Si potrebbe concludere che i risultati siano state influenzate dal tipo di trattamento per esempio un trattamento supportivo avrebbe avuto bisogno di un maggior numero di sedute; invece rispetto al trattamento dinamico breve si potrebbe concludere che non è sufficientemente efficace per trattare questo tipo di disturbi depressivi.

Tuttavia c'abbiamo quest'altro risultato, che dice che a T1 dice nel gruppo della terapia c'è stato un ulteriore incremento nei pazienti che hanno risposto alla terapia. E quindi diciamo se da un lato abbiamo visto che l'efficacia della PDT non è così impressionante data la sua specificità, nell'altro abbiamo che pesa dall'altra parte, e quindi a favore della PDT, il fatto che ci sia stato un ulteriore decremento dei sintomi nei pazienti trattati con questo intervento. Infine fanno un po' di discussione sulle differenze di genere che non vengono trovate. E nelle informazioni qualitative fatte intervistando i pazienti trattati la terapia dinamica breve è percepita come una terapia maggiormente utile nonostante i pazienti sembravano apprezzare meglio il trattamento supportivo; questo dicono non è una sorpresa, perché il trattamento dinamico è più richiestivo e genera più ansia.

In conclusione la terapia dinamica è un trattamento promettente per questo tipo di disturbi. Suggerisce anche che la terapia dinamica è più efficace della terapia supportiva nel migliorare l'outcome a lungo termine nei disturbi depressivi; ma studi più lunghi con follow up più lunghi e con più soggetti devono essere condotti per confermare questi risultati.

Quindi ci siamo proprio fatti dall'alfa all'omega delle nostre lezioni precedenti condensate in questo lavoro. Quindi tante domande, tanto metodo, tanta applicazione, poche risposte.

Però è importante perché questo qui non è lo studietto pubblicato sulla rivista del Gazzettino, è lo studio fatto da uno degli esperti del settore pubblicato sulle riviste migliori del settore, e non è nemmeno tanto vecchio, del 2005. Quindi ci dice un pochino ancora a che livello di sofferenza è per la comunità la ricerca in psicoterapia riuscire a fornire delle risposte chiare rispetto a questi che sono i problemi che mi avete detto all'inizio del corso.

Siamo ancora ad un livello di conoscenza ancora un pochino arretrato rispetto alle risposte chiare.

Però adesso ci godiamo un pochino di risultati. Allora innanzitutto l'ultima idea che c'è dietro a questi grandi lavori di metaanalisi è che questa task force degli psicologi clinici dell'APA si sono messi a classificare tutti quanti questi lavori, tutte queste pubblicazioni, questi RCT, e hanno costruito una gerarchia dell'evidenza, e quindi hanno detto alla luce di tutti i pro e contro metodologici quanta fiducia possiamo attribuire ai diversi tipi di studio? E questo è il

loro risultato: quindi loro dicono le metanalisi nel bene e nel male sono una cosa che ci danno la maggiore evidenza, cioè la maggiore sicurezza rispetto alla risposta; sotto quella c'abbiamo gli RCT.

Poi abbiamo tutta la fascia di studi non controllati, quindi tutti i nostri pre e post che siamo descritti all'inizio con semplicemente un gruppo di controllo non randomizzato rientrano in questa categoria qui. Poi c'abbiamo i case studies, quindi vi descrive un caso con quello che succede; osservazioni sistematiche, il mio paziente è migliorato dopo che gli ho chiesto se avesse problemi con la relazione con sua madre; e infine i report quindi ogni volta che c'è un clinico che scrive un articolo scappa una frase che dice nella mia lunga esperienza questo tipo di intervento con il borderline non da nessun effetto. Quindi non è che buttiamo via queste informazioni, sono informazioni aneddotiche e però sono alla base della nostra piramide dell'evidenza.

Tutta questa impostazione è stata messa sotto lo scrutinio di una discussione tutt'ora da parte della comunità scientifica, perché ormai noi siamo esperti di queste metodologie di ricerca siamo consapevoli che anche se mettiamo in cima la metanalisi al RCT sono una piramide costruita su pietre un po' di sabbia.

Quindi alla nostra domanda quanto efficace la terapia rispondiamo con un effect size di 3.6 e 3.8. Per fare un confronto possiamo dire che per esempio la maggior parte degli studi sugli antidepressivi mostrano un effects size che arrivano a .30/.33 o più bassi, però non è che si può fare proprio un'equivalenza diretta tra questi due tipi di risultati perché ci sono spesso anche una ricerca medica insieme alla ricerca psicologica delle metodologie un po' diverse, una costruzione un po' diversa degli RCT e quindi non sono proprio comparabili.

E infatti gli studi che comparano direttamente l'equivalenza tra psicofarmaci e psicoterapia tendenzialmente trovano di nuovo il nostro paradosso dell'equivalenza, cioè psicoterapia o farmaco di solito danno lo stesso rate di miglioramento. Naturalmente la psicoterapia costa di più al breve termine, in effetti collaterali, però è più difficile da somministrare quindi ci sono ancora un sacco di battaglie in questo senso.

Quello che emerge invece con sicurezza da tutte le ricerche è che il trattamento integrato ha sempre una spanna in più in un certo senso e quindi anche se la terapia c'ha la stessa efficacia del farmaco, il trattamento integrato fra terapia farmaco di solito è più efficace dei due trattamenti forniti individualmente.

È anche sempre un po' difficile leggere questi risultati perché l'effetto del ricercatore è sempre presente e quindi se io sono un ricercatore dinamico e cercherò di dimostrare che la terapia è più efficace del farmaco, se sono psichiatra cercherò di dire che il farmaco è più efficace della terapia.

E già solo questo, come imposto, come oriento, il mio sguardo porta ad una lettura dei risultati che spesso è un po' un po' di parte.

Vediamo ora una metanalisi che viene da Cochrane. E quindi è una metanalisi su 23 RCT che copre in totale 1431 pazienti trattati con terapia psicodinamica. Si ottiene i seguenti effect size: quindi .97 dopo il trattamento e 1.51 (finalmente vediamo degli effect size più grandi di

1) quindi vuol dire una deviazione standard e mezza rispetto al pre o rispetto al gruppo di controllo.

Poi c'abbiamo un altro tema bellissimo un po' becero però a livello di curiosità e non solo: p confronto con la CBT, come la terapia dinamica si confronta con la terapia cognitiva e qui io vi porto questi dati in maniera partigiana, perché se guardiamo invece le riviste se noi guardiamo le metanalisi che confrontano la psicoterapia dinamica con la cognitiva troviamo questi risultati quindi effect size paragonabili ma leggera maggiore efficacia della psicoterapia dinamica.

Se invece guardiamo gli studi comparano la cognitiva-comportamentale con le altre terapie, tendenzialmente si trovano dei risultati che danno invece più credito alla terapia cognitiva.

Com'è questa cosa è un po' così, c'è un po' di bias del dell'intenzione, perché allora magari se sono cognitivista conosco meglio la letteratura riesco a trovare più lavori, c'è sempre un po' di influenza quindi è sempre bene guardare tutta la letteratura.

Però una cosa emerge con relativa chiarezza: che ci sono di solito dei risultati analoghi tra questi due interventi, con alcune differenze specifiche per alcune tipologie di intervento e quindi per esempio alcuni alcuni disturbi molto specifici magari possono beneficiare del trattamento specifico, però generalmente soprattutto per quanto riguarda i disturbi di personalità siamo all'interno di una generale equivalenza; ci sono delle delle eccellenze dei risultati della psicoterapia dinamica che emergono più o meno da diverse ricerche in forme più o meno forti, più o meno evidenti, però si può parlare un pochino di una tendenza in questa direzione e che a differenza delle altre forme di intervento la terapia dinamica fornisce una migliore continuazione dell'efficacia ai follow-up a lungo termine. Anche questo sembra un po' di bias di ricerca perché noi come o quantomeno i dinamici hanno come idea quella che è la loro terapia poi è un cambiamento strutturale che permette al paziente di continuare a cambiare e quindi quando fanno le ricerche fanno anche delle misurazioni di follow-up molto più lunghe invece i cognitivi che proprio come visione epistemologica magari hanno quella del dire ti ho somministrato la terapia e tu sei migliorato non si pongono nemmeno il problema veramente dire ma come stai fra due anni e quindi vediamo queste eccellenze della PDT ma ancora non sappiamo benissimo se perché il cognitivi non la studiano e noi sì, oppure se invece è effettivamente una specificità della terapia, così come la maggiore efficacia che i cognitivi vantano è perché loro hanno iniziato a fare gli RCT, si sono adattati a questa idea e hanno iniziato a farne tantissimi e quindi nel momento in cui in una metanalisi metti 2 studi e in un'altra metanalisi ne metti 200 il risultato diviene molto più forte.

Ci sono dei limiti nella ricerca, gli abbiamo detti, rispetto alle CBT abbiamo fatto molti pochi studi come dinamici, anche perché non ci piace tanto quest' idea dell'evidence based e quindi abbiamo generato meno ricerca in questa direzione. Ma guardate che è un problema perché poi nel momento in cui magari un servizio sanitario deve scegliere di implementare a livello nazionale il trattamento psicoterapico sul pagato dal servizio sanitario difficilmente sceglierà in base alla ricchezza dell'approccio epistemologico, di solito sono dei ragionieri che scelgono in base al risparmio fornito dal Servizio sanitario in base all'efficacia dimostrata, e quindi proprio per una ragione di sopravvivenza è importante che anche le frange più amanti della

qualitatività del processo si impegnino a costruire una letteratura dell'evidenza dei propri trattamenti.

C'è poca poca aderenza inoltre tra le ricerche dinamiche e i criteri del DSM come ci siamo già detti, e quindi il problema è proprio quello che è il momento in cui la ricerca diventa molto dinamica e quindi molto ricca sul piano dell'arricchimento teorico diventa poco comunicabile e quindi diventa difficile fare un confronto per esempio in una metanalisi fra uno studio che c'era una diagnosi di DSM e uno studio dove c'era una diagnosi dinamica. E però ci sono e c'è al momento soltanto una chiarezza dei risultati rispetto a questi tipi di disturbo; per gli altri non ci sono evidenze forti in senso stretto.

Negli ultimi cinque minuti vediamo un pochino che cosa abbiamo imparato: quindi abbiamo visto diversi tipi di ricerca, diversi tipi di disegno, i case report informali dei primi anni '50 che però ancora oggi viene pubblicato, disegni quasi sperimentali, pre post con diversi tipi di controllo, RCT, metanalisi. Spero che vi sia rimasta l'idea che all'aumentare dell'evidenza, quindi all'aumentare della forza dell'evidenza si riduce l'informatività, la specificità dell'informazione. Nel caso singolo su tutto il paziente con tutti i crismi nella metanalisi c'ho la punta di diamante, però insomma tutta la miniera è rimasta da un'altra parte.

Abbiamo visto che ci sono diverse tipologie di outcome, quindi quando ci chiediamo una terapia efficace ci dobbiamo anche chiedere cosa intendiamo con efficacia e quindi abbiamo visto che ci sono diversi domini quindi possiamo intenderla nel senso di sintomi, nel senso del livello di funzionamento, nel senso di prototipi, di patologia, e possiamo anche integrare tutti questi domini uno con l'altro per avere delle visioni delle ricerche più forti. Abbiamo visto che ci sono diversi tipi di misure: strumenti self-report, interviste cliniche, ce ne sono molti altri che magari vedremo se vi interessa, magari qualcosa sicuramente dovremmo col professor Benelli.

Poi arriviamo al punto: la terapia è meglio della remissione spontanea, ha effetti positivi, effetti che sono maggiori del placebo.

I risultati variano in realtà più in base alle caratteristiche del terapeuta rispetto alla nostra tipologia di intervento, questi sono i risultati che emergono da tutti questi RCT. C'è un'equivalenza relativa tra i risultati al variare delle tecniche, al variare delle durate, al variare dei setting. A parte alcuni casi specifici che abbiamo visto. C'è un ruolo interattivo e sinergico fra i farmaci per la terapia ed emerge quello che sarà il tema delle nostre prossime lezioni e cioè che alla fine della fiera a conti fatti è quello che succede nella terapia ad essere cruciale e quindi capita questa cosa anche i ricercatori si sono detti ehi dobbiamo andare lì. Quindi se la terapia funziona il perché ci è molto poco chiaro e all'interno di tutti questi problemi all'interno di tutte queste varie definizioni ci siamo un pochino persi quelle che erano le nostre domande esistenziali che avevamo all'inizio del corso e che avevamo negli anni Cinquanta, cioè come possiamo fare del bene al nostro paziente? Quindi dove siamo a questo punto del corso di valutazione della psicoterapia? Siamo sulla china di questa duna che è il deserto della ricerca sull'esito. Un deserto perché ci ha dato poche risposte. C'ha dato forse una legittimità come identità di sì stiamo facendo stiamo facendo parte di una comunità scientifica e non siamo dei maneggioni, non siamo dei maghi. Però forse stiamo sbagliando la domanda

fondamentale, che non è tanto quella di chiederci adesso se la terapia funziona facendo gli studi sofisticatissimi, ma è di capire: esattamente ritrovare quelle cause ed effetto che portano il cambiamento del nostro paziente e quindi di utilizzare questa forza della ricerca per scremare, per destinare, per ottenere dei meccanismi di cambiamento veramente efficaci, veramente basati su delle teorie che sono coerenti con il paziente che abbiamo di fronte; quando avremo fatto questo forse poi potremmo tornare a fare delle ricerche sull'esito in maniera molto più ordinata.

E quindi dalla prossima lezione entreremo nel giardino del processo, in cui invece di tanto dolore metodologico avremo tanto contenuto e vedremo che troveremo molte più soddisfazioni, sia come ricerca perché potremmo chiederci “ma fare questa cosa com' è collegata al benessere del paziente?” E sia come clinica perché cominceremo a vedere quali sono tutte le varie possibilità di cose che succedono durante la terapia, come possiamo usare e quali modelli teorici ci aiutano a vedere questa dinamica tra paziente e terapeuta e a darci degli strumenti concreti con cui fare leva e cercare di andare verso il cambiamento del paziente.