

La ricerca sull'outcome

Valutazione della psicoterapia in età evolutiva e adulta

A.A. 2017/2018

Johann R. Kleinbub



Struttura della lezione

- Ripercorriamo i problemi storici (più semplici)
- Vediamo come risolvere quei problemi
- Introduciamo delle tecniche di ricerca
- Arriviamo alle soluzioni moderne
- Ci godiamo i risultati

*Ma funziona
meglio la CBT o
la psicoanalisi?*

Le origini della questione

- Prima metà del novecento, tutta una festa...
- 1950, Eysenck: «La psicoanalisi, e le psicoterapie in generale, non hanno nessun effetto»
- «L'unico principio terapeutico è la remissione spontanea»
- Come potremmo rispondere?



Hans Jürgen **Eysenck**, intento a rovinare la psicoanalisi a tutti.
Circa 1952 – ricolorata

Le pubblicazioni prima di Eysenck



- 1 paziente
- Resoconti clinici
- (i primi registratori in analisi nel 1978)

I limiti

- Dati non **pubblici**
- Osservazioni riflettono i **idiosincrasie** e **pregiudizi** dell'analista
- Resoconti soggetti a **distorsioni mnestiche**
- Tendenza a **generalizzare** basandosi su uno o pochi casi (wallerstein, Sampson, 1971)
- Nessun controllo sui fattori **extra-terapeutici**
- (non solo limiti però...)



I primi tentativi...

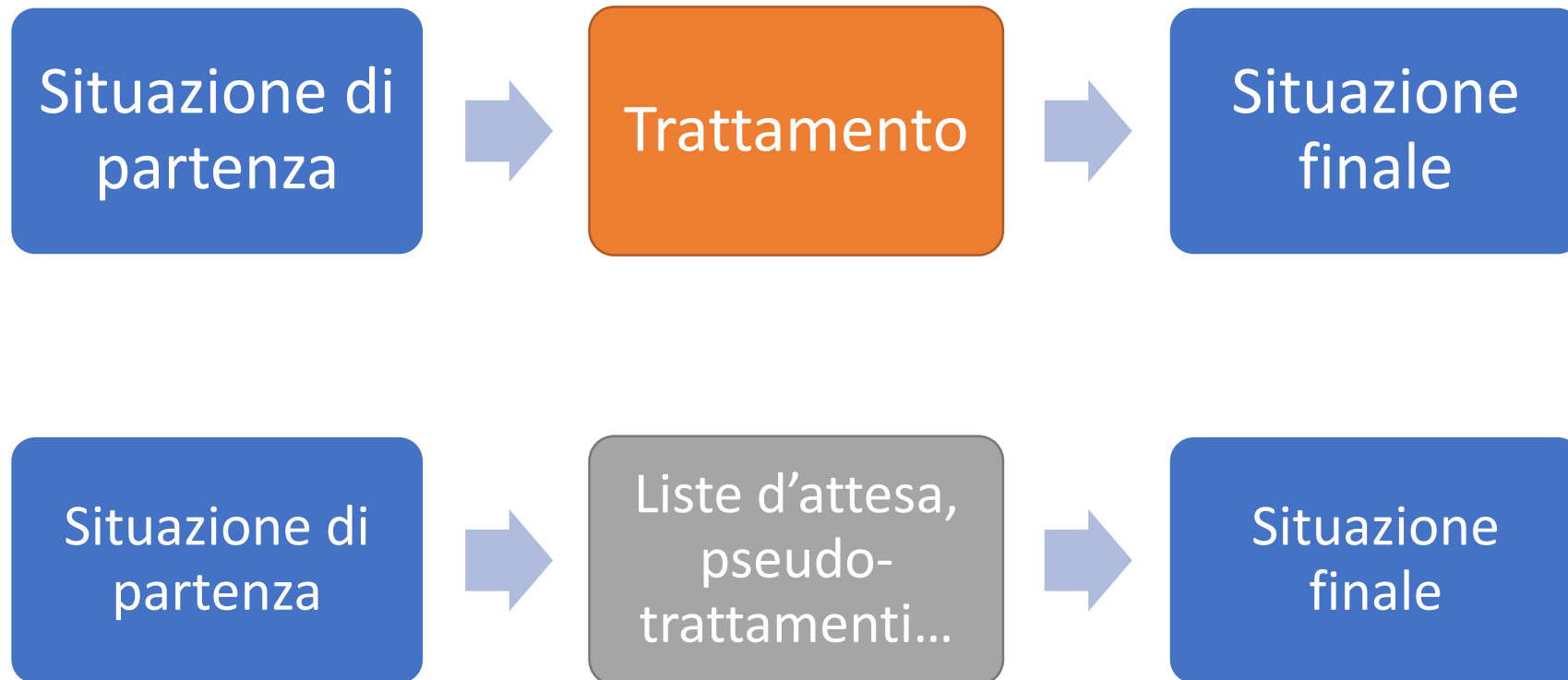
Gruppo «sperimentale»



Gruppo «di controllo»



Negli anni '50





Risultato: **DISASTRO**

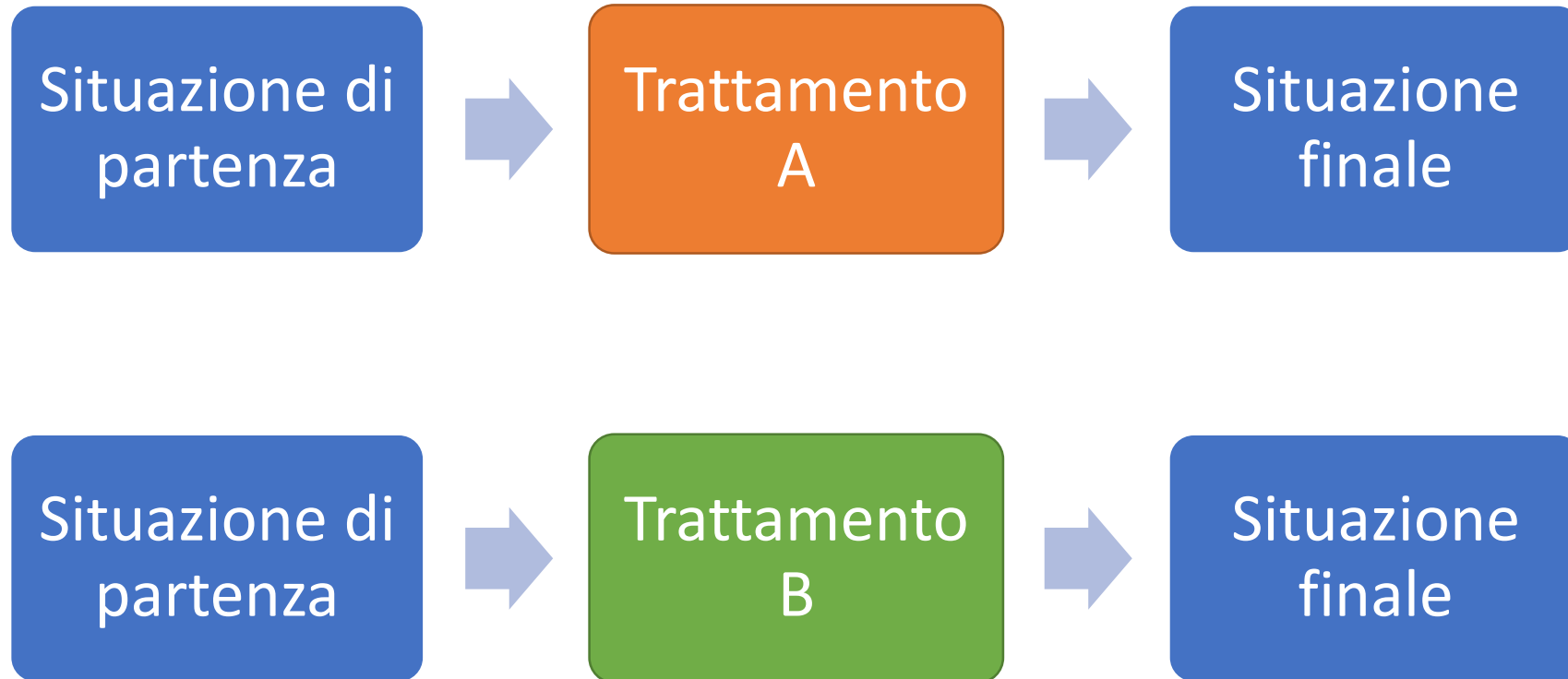
- Risultati contraddittori
- A volte la terapia peggio rispetto ai trattamenti informali!
- 18% dei pazienti migliorava già in lista d'attesa (Gruenbaum, 1986)

Come ce lo spieghiamo?

- Cosa succedeva alle persone nei gruppi di controllo?
- Doppio cieco in psicoterapia?
- Placebo, disturbo o elemento terapeutico?
- Un gruppo non trattato è problematico!

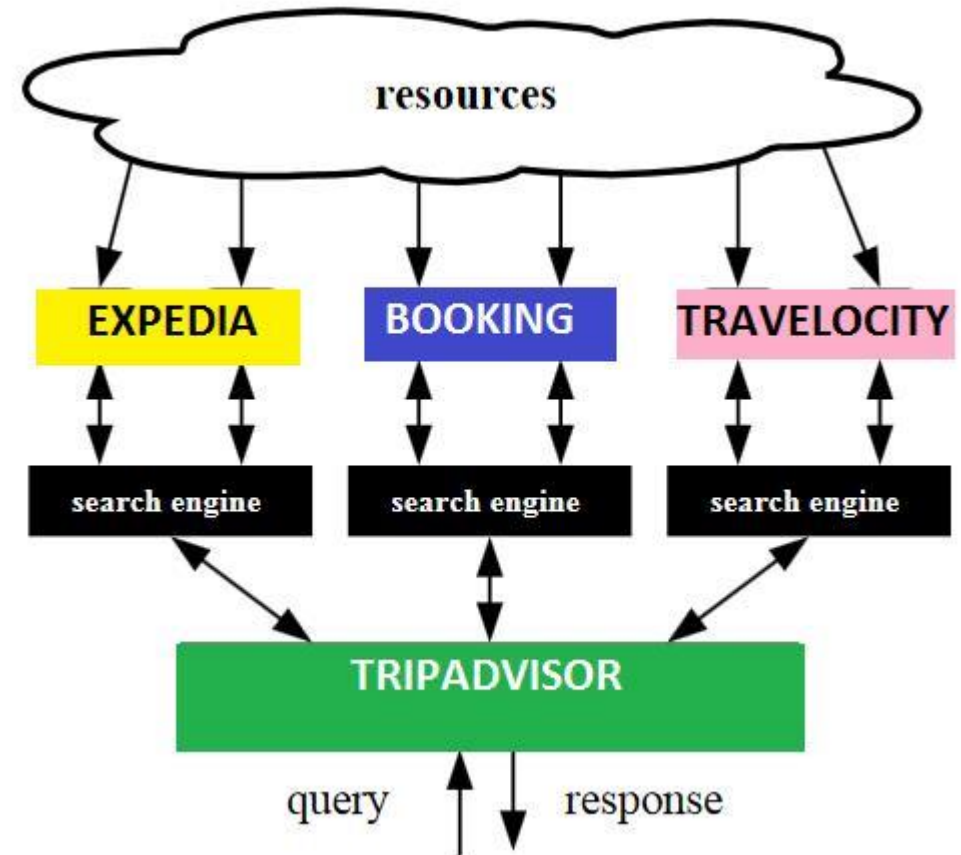


Un approccio migliore



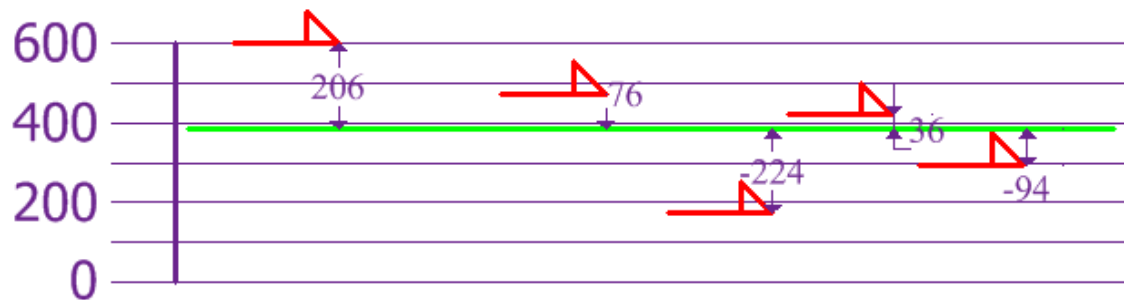
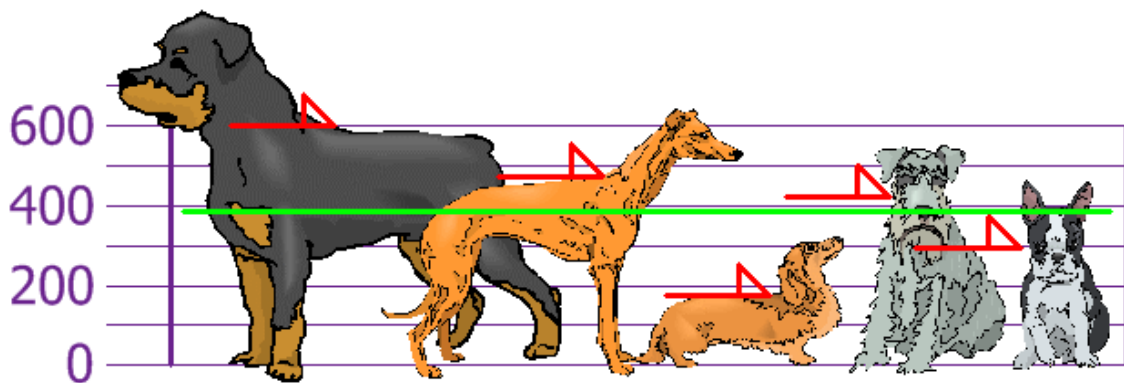
Invece...

- La risposta ad Eysenck → meta-analisi!
- Un po' come cercare un albergo...
- Confronto di *effect size* di centinaia di studi

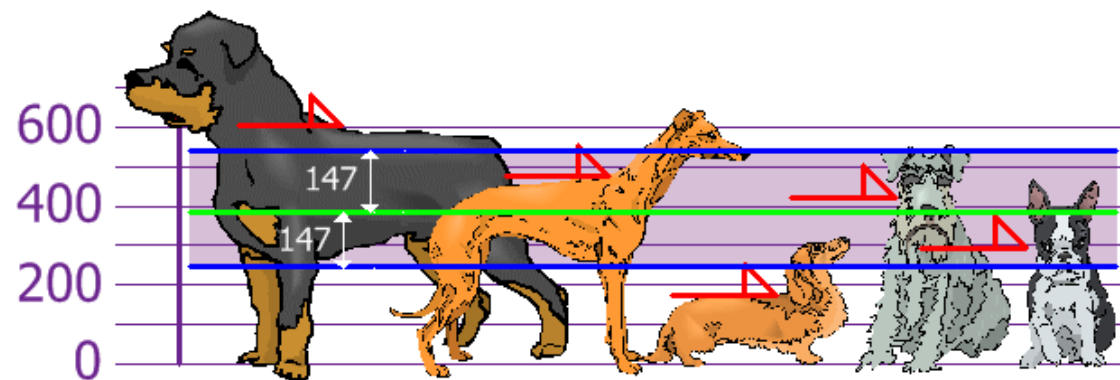
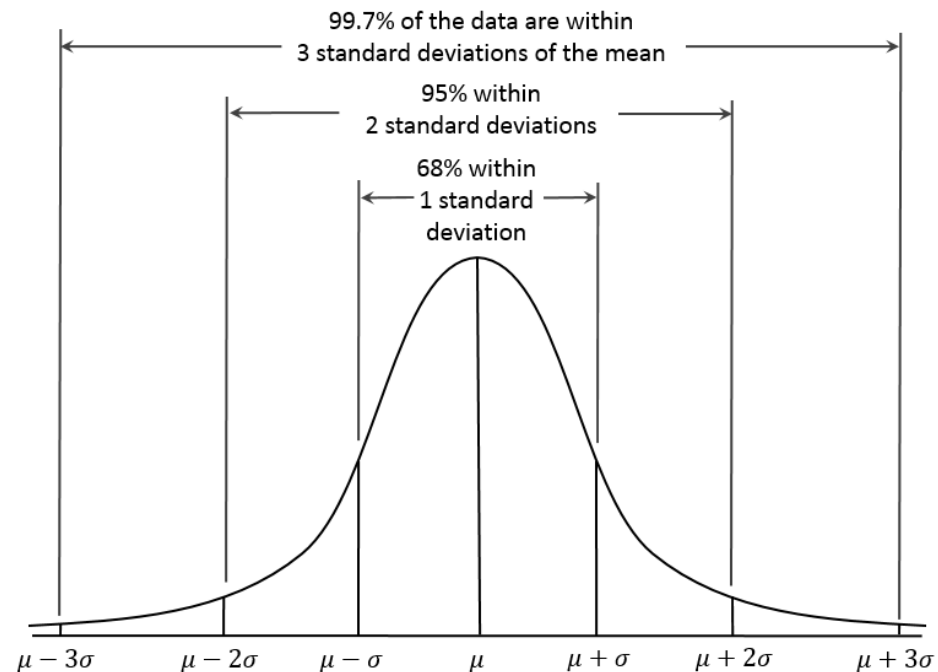


Deviazione standard

<http://www.mathsisfun.com/data/standard-deviation.html>



- Queste distanze al quadrato
- Poi la media e radice quadrata



- Il 68% dei cani sono dentro ± 1 ds dalla media
- Stessa unità di misura originale!

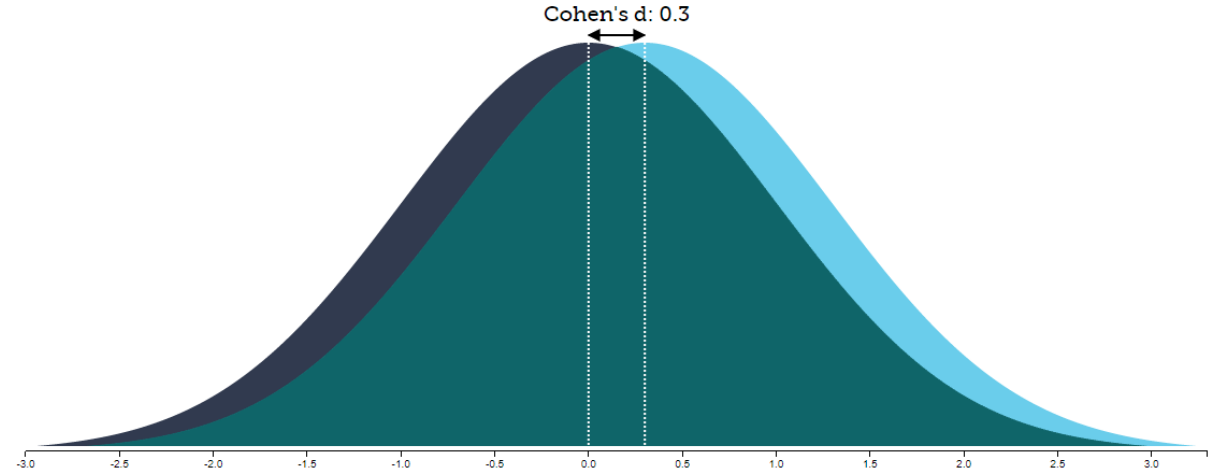
L'effect size

- Termine generico
- Solitamente δ di Cohen

$$\delta = \frac{\text{Media 1} - \text{Media 2}}{\text{deviazione standard}}$$

- $\delta = 1 \rightarrow$ le medie sono distanti 1 ds
- A differenza del *p-value* indica di **quanto** i gruppi sono differenti

Se devi imparare un solo concetto di metodologia, in questo corso, impara questo!



<http://rpsychologist.com/d3/cohend/>

Meta-analisi

- Confronto fra effect size di studi differenti
- Statistiche sofisticate per pesare i vari aspetti
- Se fatte bene...

Studio 1 $\delta = 0.82$

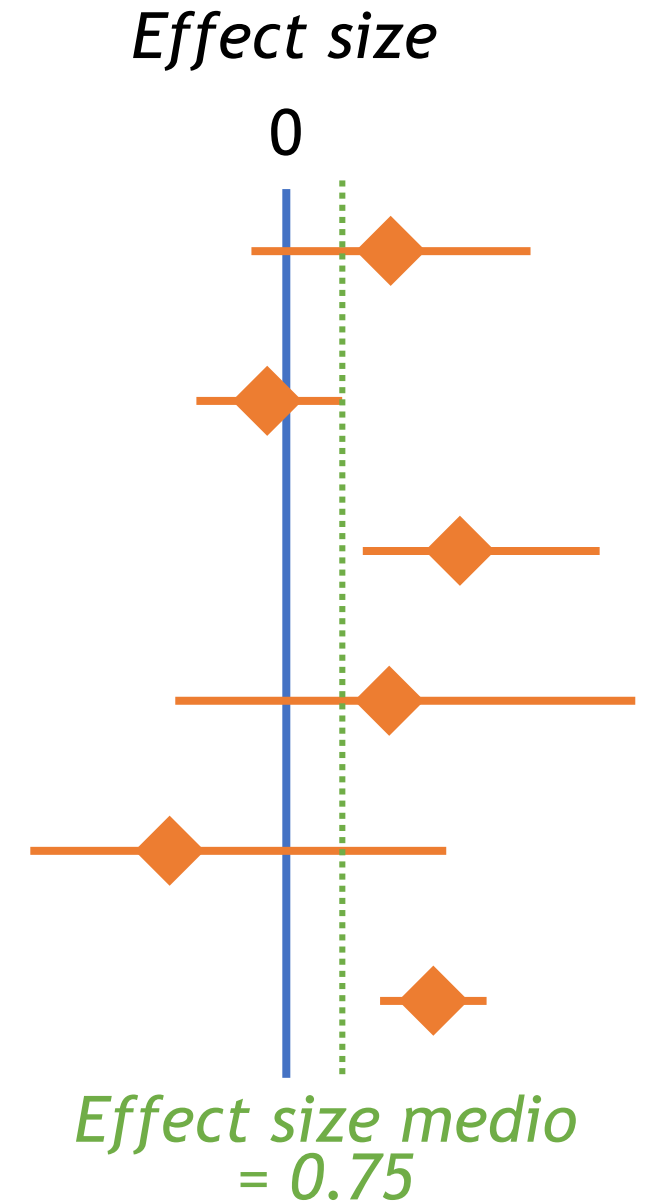
Studio 2 $\delta = -0.12$

Studio 3 $\delta = 1.05$

Studio 4 $\delta = 0.82$

Studio 5 $\delta = -0.74$

Studio 6 $\delta = 0.91$



Meta analisi

vantaggi

- Superare i limiti degli studi individuali
- Risultati molto «certi» ovvero risposte molto chiare
- Insegnano a fare buona ricerca

svantaggi

- La non omogeneità degli studi può minare gli assunti
- Spesso richiede generalizzazioni «brutali»
- Publication bias
- Difficile valutarne la qualità
- La specificità causa di escludere molti lavori

Tornando alla nostra storia...

- Diverse meta-analisi
- Smith & Glass, 1977; Smith, Glass & Miller, 1980; Andrews & Harvey, 1981; Shapiro & Shapiro, 1982; Landman & Dawes, 1982
- Tra 150 e 500 studi ciascuna
- $\delta \approx 0.85$ (*trattati stanno meglio dell'80% dei non trattati*)
- Ma che errore!
- Correggendo per il numero di soggetti $\delta \approx 0.60$ ($U_3=72.6\%$)



Successo!

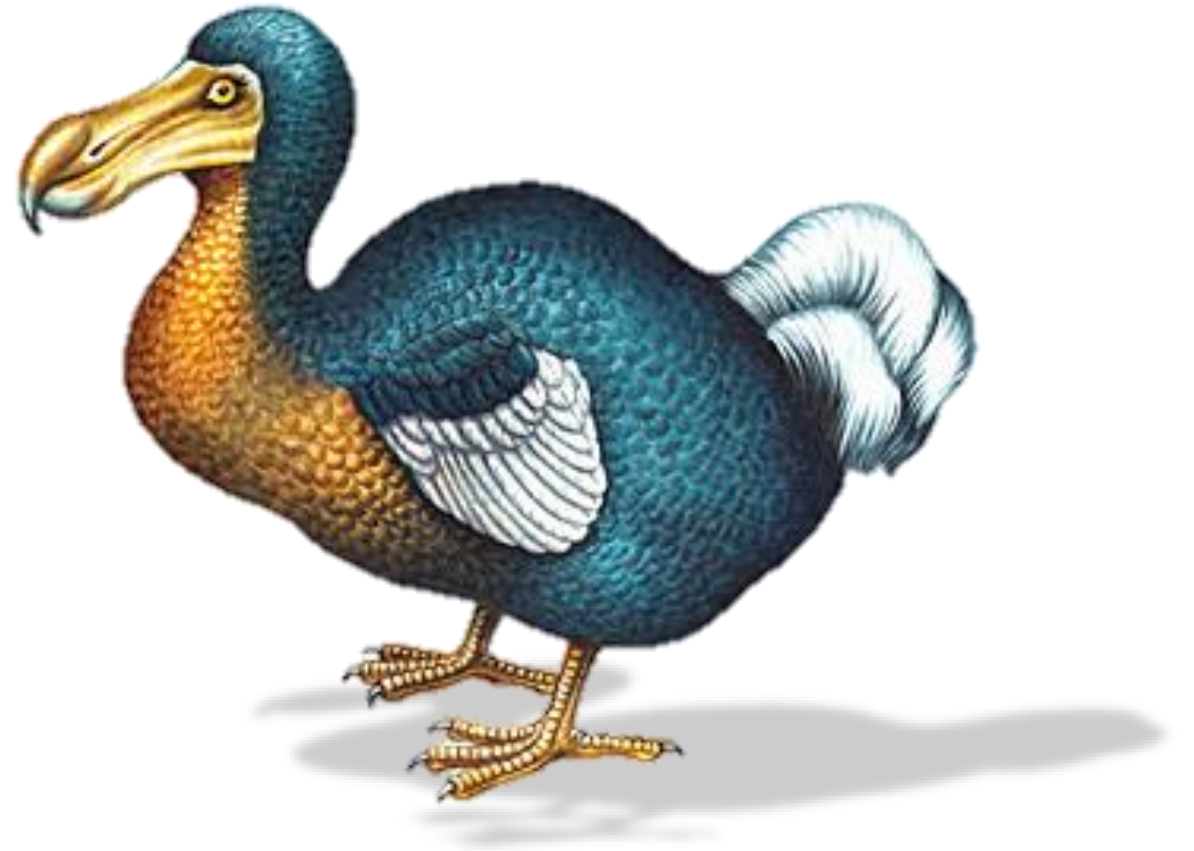
La terapia funziona

Ma...

Il paradosso dell'equivalenza

Dodo ['dəʊ,dəʊ]

1. *A large, flightless bird, *Raphus cucullatus*, related to the pigeon, that is now extinct (since the 1600s) and was native to Mauritius.*
2. *(figuratively) A person or organisation which is very old or has very old-fashioned views or is not willing to change and adapt.*



I risultati in sintesi: più domande!

- La psicoterapia funziona...
- Ma non per le ragioni che pensavamo!
- Fattori aspecifici rilevanti
- Alcuni terapeuti efficaci, altri no (Bergin, 1963)
- Ma cos'è esattamente l'outcome?



Quale esito?

- Negli anni 50: «migliorato»
o «non migliorato»
- Oggi: 1430 misure di
outcome (Hill & Lambert, 2004)
- Diversità o caos?
- Idea generale →
individuare 1 o più costrutti
su cui ci si aspetta un
cambiamento



Caratteristiche di una misura di esito

- Rilevante per il paziente?
- È standardizzata e pubblicata?
 - Attendibilità (Reliability)
 - Validità
 - Oggettività
- È ampiamente utilizzata?



Reliable
Not Valid



Low Validity
Low Reliability



Not Reliable
Not Valid



Both Reliable
and Valid



Vediamo qualche strumento |

Beck depression inventory (BDI)

- Una delle prime misure (1961), poi rivisto nel 1978 e nel 1996
- 21 item a domanda multipla [range: 0-3]
- Usato in più di 2000 studi
- Pro e Contro?

- 2) 0 Non sono particolarmente scoraggiato per il futuro
 - 1 Mi sento scoraggiato per il futuro
 - 2 Ho la sensazione di non desiderare nulla intensamente
 - 3 Ho la sensazione che il futuro sia senza speranza e che le cose non possano migliorare
- 5) 0 Non mi sento particolarmente colpevole
 - 1 Mi sento colpevole per buona parte del tempo
 - 2 Mi sento colpevole per la maggior parte del tempo
 - 3 Mi sento sempre colpevole

Scoring

- 0-13: depressione minima
- 14-19: depressione leggera
- 20-28: depressione moderata
- 29-63: depressione severa

CORE – Outcome Measure (CORE-OM)

- Misura moderna (2000)
- 34 item, scala Likert 1-5
- 4 dimensioni
 - Benessere soggettivo
 - Problemi/sintomi
 - Funzionamento
 - Rischio
- Reliable Change Index: 5
- Pro e contro?

Nell'ultima settimana

	Per nulla	Solo occasiona.	Ogni tanto	Spesso	Molto sp. o sempre
1 Mi sono sentito terribilmente solo e isolato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Mi sono sentito teso, ansioso o nervoso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3 Ho sentito di avere qualcuno a cui rivolgermi per ricevere un sostegno quando ne ho avuto bisogno	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Mi sono sentito a posto con me stesso	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5 Mi sono sentito completamente privo di energia e di entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Sono stato violento fisicamente verso altre persone	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 Mi sono sentito capace di adattarmi in caso di difficoltà	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8 Sono stato disturbato da malesseri, dolori o altri problemi fisici	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 Ho pensato a farmi del male	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Prima di cominciare

- Gruppi di presentazione
 - Tutti in gruppo?
 - Altre esigenze?
 - Sapete chi è chi?
- Caso di letteratura: valutare la fonte
 - Come procediamo?
- Altri problemi sulla ricerca?

“

Buongiorno Dottor 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,*

XXX

Shedler-Western Assessment Procedure (SWAP)

- Valutazione della personalità sana e patologica
- «vocabolario standard» ateorico
- 200 item (Likert 0-7)
- Quattro domini funzionali:
 - Motivazioni, standard ideali, valori morali, paure e conflitti
 - Stili cognitivi, strategie e capacità di regolazione delle emozioni, meccanismi di difesa e risorse psicologiche
 - Rappresentazione di sé, degli altri e delle relazioni
 - Modo in cui questi domini si sono sviluppati nel corso della vita.

SWAP – somministrazione

- Valutazione eseguita dallo psicoterapeuta o da valutatore esperto
- Necessita una conoscenza approfondita del paziente:
 - Min 5 sedute
 - O intervista clinico-diagnostica sistematica (2.5h)
- Si valuta quanto un paziente corrisponde a ciascun item, es:
 - «*sembra avere una gamma di emozioni limitata o ristretta*»
 - «*tende a vedere negli altri sentimenti e impulsi che non accetta in sé stesso*»
 - «*Apprezza e sa rispondere all'umorismo*»

Prototype matching

- Fattore-Q antisociale-psicopatico
 - Fattore-Q schizoide
 - Fattore-Q paranoide
 - Fattore-Q ossessivo
 - Fattore-Q istrionico
 - Fattore-Q narcisistico
 - Fattore-Q emotivamente disregolato
 - Fattore-Q evitante
 - Fattore-Q dipendente-masochista
 - Fattore-Q ostile
 - Fattore-Q ad alto funzionamento
- Riprendono la tassonomia ex-asse II del DSM ma la ridescrivono in modo più ampio e sofisticato per mezzo degli item SWAP;
 - Alle categorie classiche è stato aggiunto un prototipo di alto funzionamento.

5 Corrispondenza molto forte (il paziente è <i>un esempio</i> di questo disturbo)
4 Corrispondenza forte (il paziente <i>ha</i> questo disturbo)
3 Corrispondenza moderata (il paziente <i>ha caratteristiche significative</i> di questo disturbo)
2 Corrispondenza lieve
1 Nessuna corrispondenza (il paziente <i>non ha caratteristiche</i> di questo disturbo)

- **Cluster A – Eccentrico/Bizzarro**
Disturbo Paranoide di Personalità
Disturbo Schizoide di Personalità
Disturbo Schizotipico di Personalità
- **Cluster B – Drammatico/Emotivo/Esplosivo**
Disturbo Antisociale di Personalità
Disturbo Borderline di Personalità
Disturbo Istrionico di Personalità
Disturbo Narcisistico di Personalità
- **Cluster C – Ansioso/Timoroso**
Disturbo Evitante di Personalità
Disturbo Dipendente di Personalità
Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità

SWAP-200

PAZIENTE

SWAP ITEMS

PUNTEGGI E GRAFICI

PHI & RADIO

RISULTATI

SALVA

Seleziona
tipo di
grafico

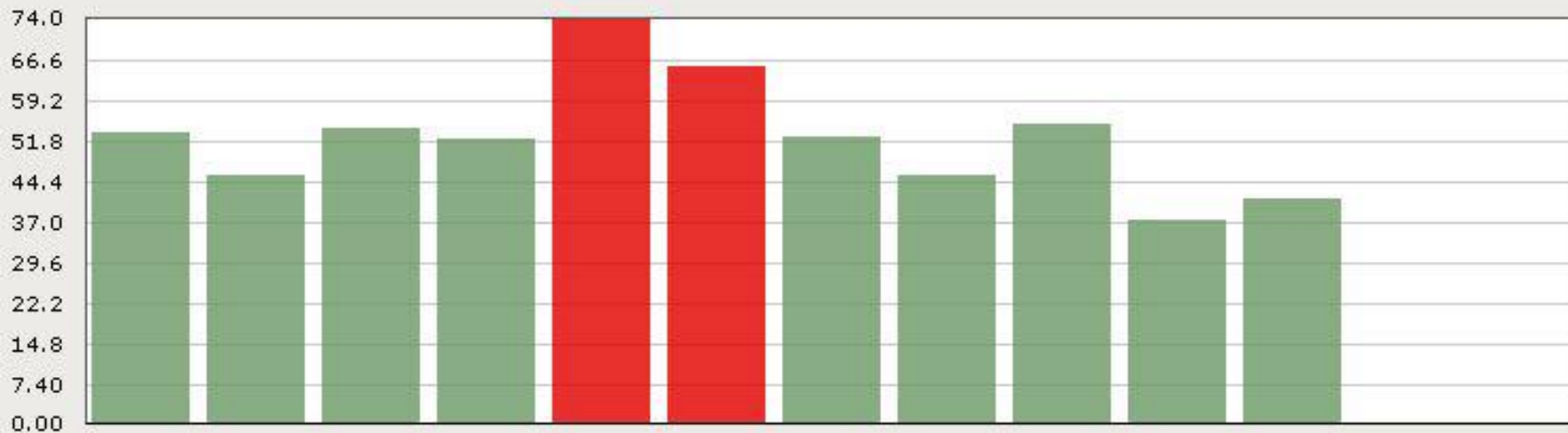
Paziente: Laura

PD-T

Paranoide	Schizoide	Schizotipico	Antisociale	Borderline	Istrionico	Narcisistico	Evitante	Dipendente	Ossessivo	Alto funz.		
53.42	45.41	53.89	52.10	74.03	65.29	52.59	45.32	54.71	37.06	40.96		

Q-T

Antisociale	Schizoide	Paranoide	Ossessivo	Istrionico	Narcisistico	Evitante	Depressivo Alto funz.	Disreg. Emotiv.	Dipendente	Ostile		
53.04	46.39	55.93	37.47	63.28	40.48	42.85	48.52	65.99	62.99	47.70		



CREA

APRI/MODIFICA

CONFRONTA

FATTORI Q

STAMPA

AIUTO

USCITA

Un esempio

Disturbo borderline di personalità

Un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono.
2. Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
3. Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile.
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es. spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).
5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante.
6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es. episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni).
7. Sentimenti cronici di vuoto.
8. Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia (per es. frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.

SWAP-200

[PAZIENTE](#)[SWAP ITEMS](#)[PUNTEGGI E GRAFICI](#)[PHI & RADIO](#)[RISULTATI](#)[SALVA](#)Seleziona
tipo di
grafico

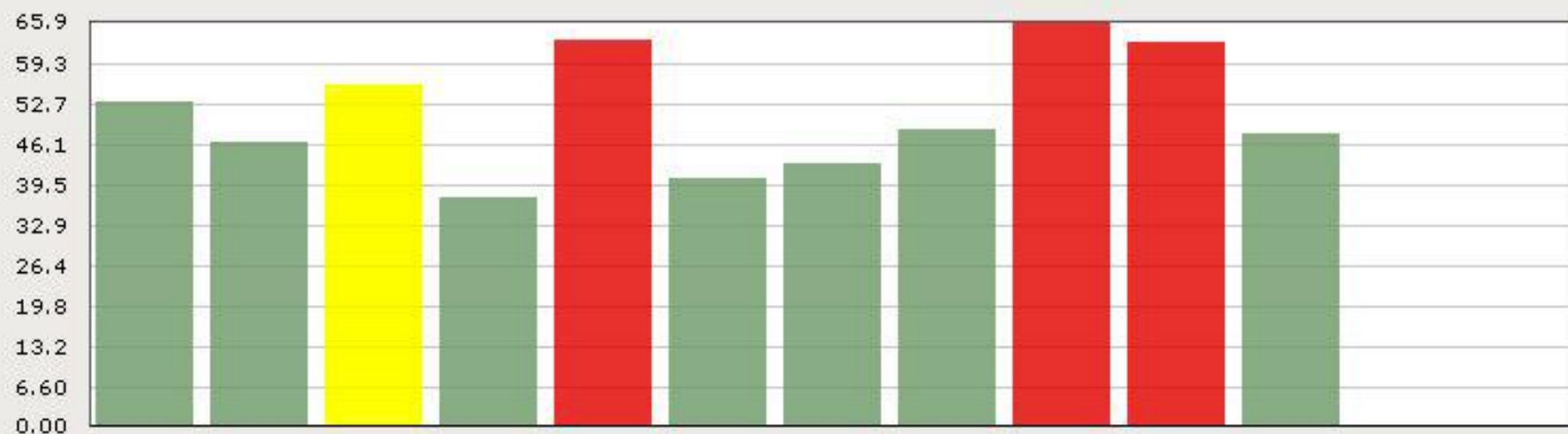
Paziente: Laura

[PD-T](#)

Paranoide	Schizoide	Schizotipico	Antisociale	Borderline	Istrionico	Narcisistico	Evitante	Dipendente	Ossessivo	Alto funz.		
53.42	45.41	53.89	52.10	74.03	65.29	52.59	45.32	54.71	37.06	40.96		

[Q-T](#)

Antisociale	Schizoide	Paranoide	Ossessivo	Istrionico	Narcisistico	Evitante	Depressivo Alto funz.	Disreg. Emotiv.	Dipendente	Ostile		
53.04	46.39	55.93	37.47	63.28	40.48	42.85	48.52	65.99	62.99	47.70		

[CREA](#)[APRI/MODIFICA](#)[CONFRONTA](#)[FATTORI Q](#)[STAMPA](#)[AIUTO](#)[USCITA](#)

Stile di personalità disforico: Emotivamente Disregolato

- Tende a sentire che la sua vita non ha significato.
- Tende a essere "catastrofico": è portato a vedere i problemi come disastrosi, impossibili da risolvere.
- Tende a sentirsi incompreso, maltrattato, vittimizzato.
- Tende a sentirsi infelice, depresso, abbattuto.
- Le emozioni forti tendono a farlo diventare irrazionale, può mostrare un notevole declino del proprio livello di funzionamento abituale.
- Le sue emozioni tendono a crescere vertiginosamente sino a sfuggire al suo controllo, sfociando così in sentimenti estremi di angoscia, tristezza, rabbia, eccitazione, ecc.
- Tende a sentirsi inadeguato, inferiore, fallito.

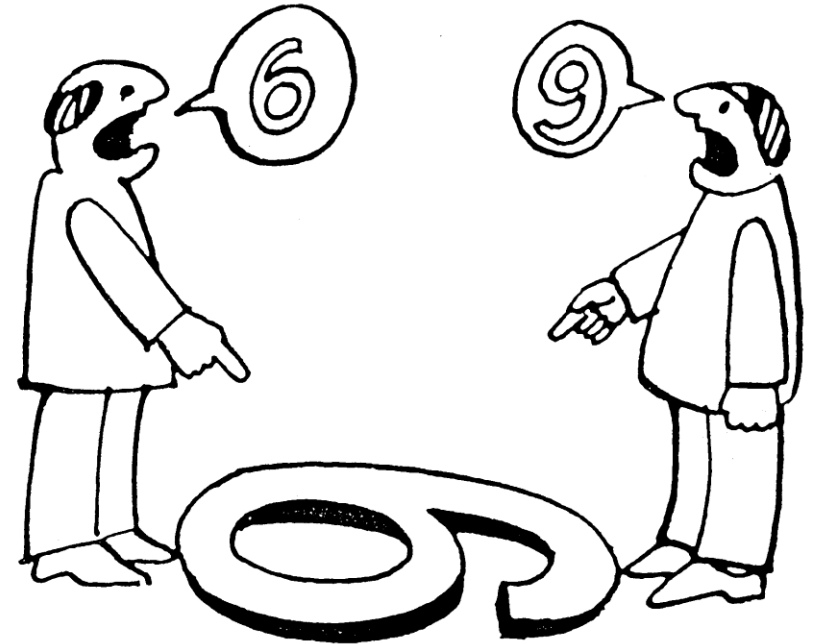
I vantaggi della SWAP

- Scale e prototipi derivati da ampia indagine fra clinici
- Priva di «gergalità» o «shibboleth»
- Clinicamente esaustiva e **QUANTITATIVA**
- **Westen & Shedler, 1999**
 - 797 clinici con ~18 anni di esperienza, diversi orientamenti
 - 73% dicono: «sono stato capace di esprimere molte cose che considero importanti su questo paziente»
- SWAP predice variabili criterio importanti:
 - Storia tentativi di suicidio
 - Comportamenti aggressivi
 - Drop rate
 - Abusi in età infantile

Quali CONTRO?

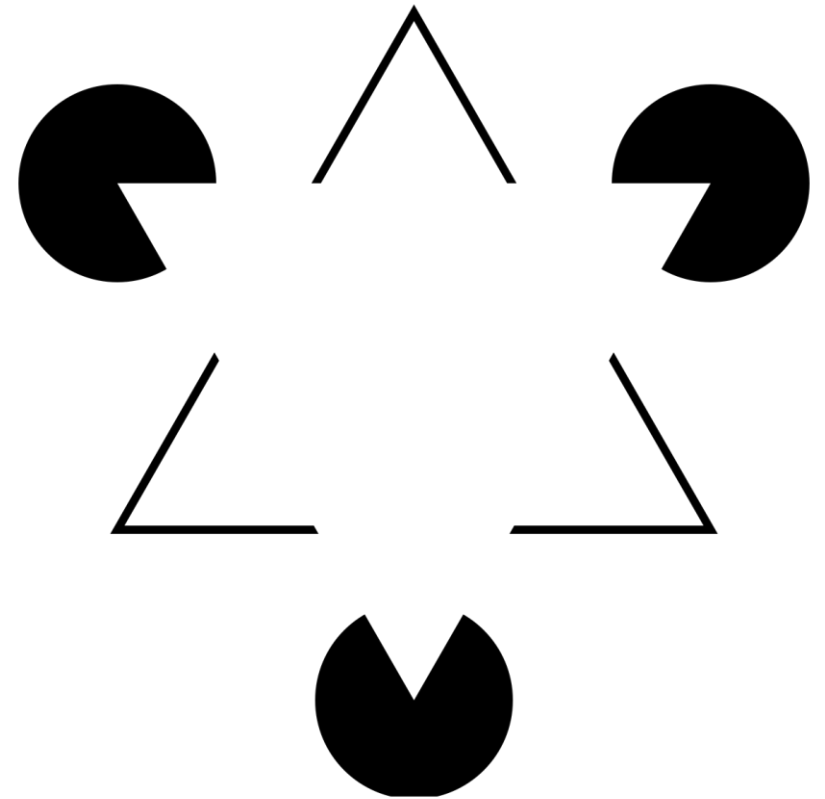
C'è oggettività e oggettività

- Una parola «difficile»
- Ricadute in psicologia:
 - Diagnosi
 - Narrazioni vere/false
 - Scontri culturali
 - «giochi» di potere
- Una questione di contesto



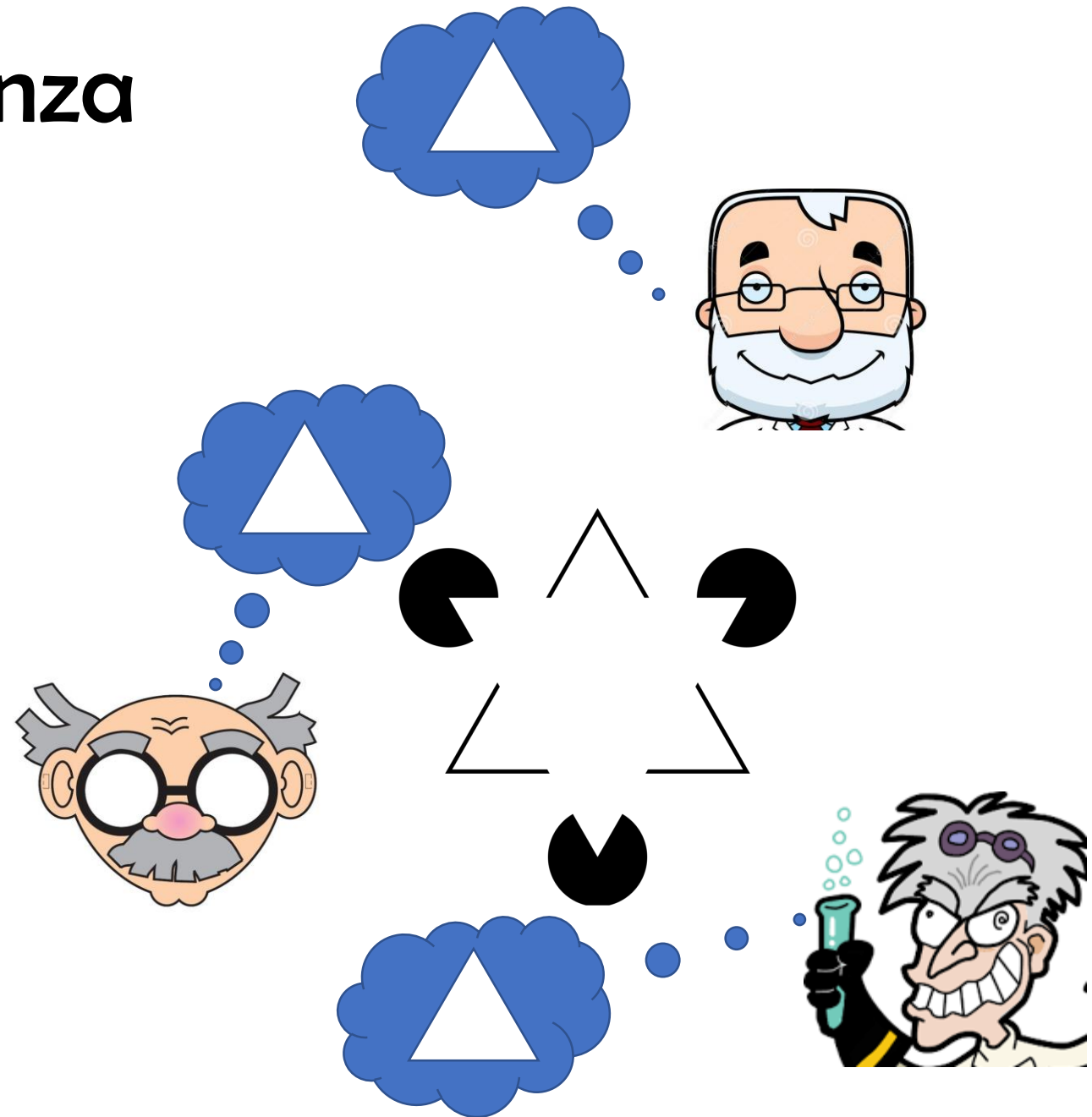
Oggettività in filosofia

- Cosa è vero/esistente al di là delle percezioni?
- Il triangolo bianco è oggettivamente esistente?
- Ci viene in mente un esempio?
- Il vissuto di personalità multiple del paziente ha statuto ontologico di verità?



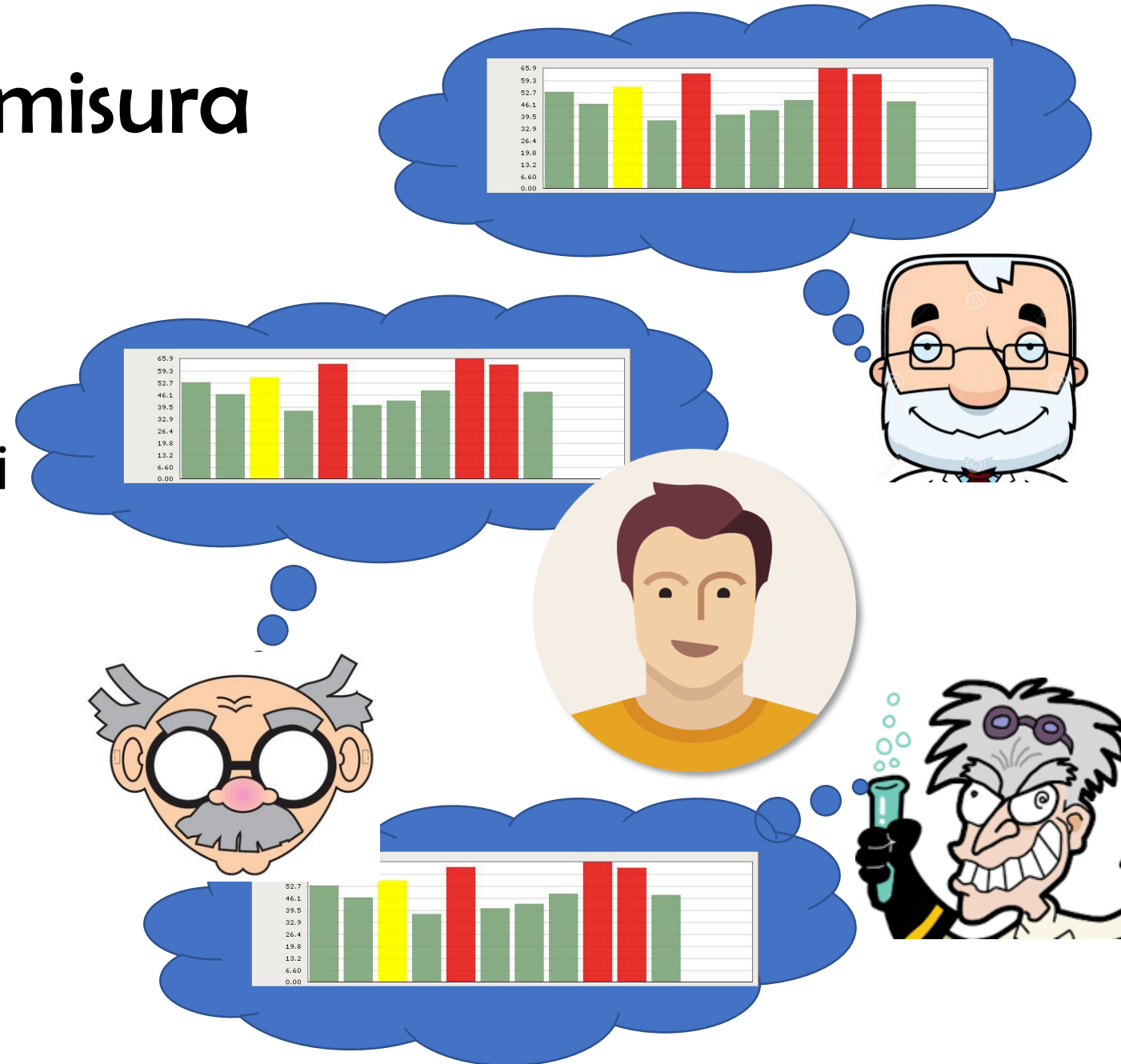
Oggettività nella scienza

- Accuratezza della misurazione indipendentemente da quale scienziato la effettui
- Strettamente connesso con «riproducibilità»
- È limitante?
- Sì ma è l'unico modo per poter arrivare a delle conclusioni valide per tutti



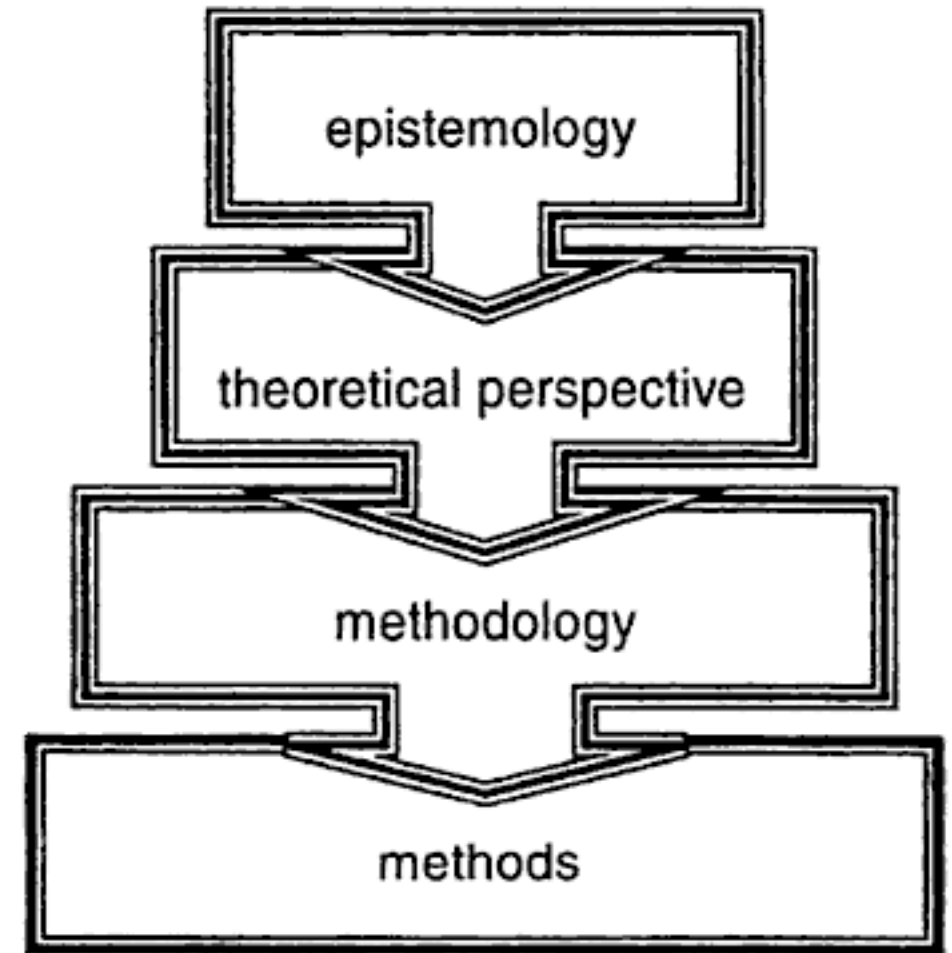
Oggettività in una misura

- Accuratezza della misurazione indipendentemente da quale scienziato la effettui
- Non importa se i costrutti non hanno statuto ontologico
- Es: isteria, omosessualità come patologia, etc.



Epistemologia


- Qualsiasi misurazione ha una implicita fondazione filosofica
- In psicologia, questo si avverte con maggiore chiarezza
- È necessario fidarsi temporaneamente
- E mantenersi (costruttivamente) critici





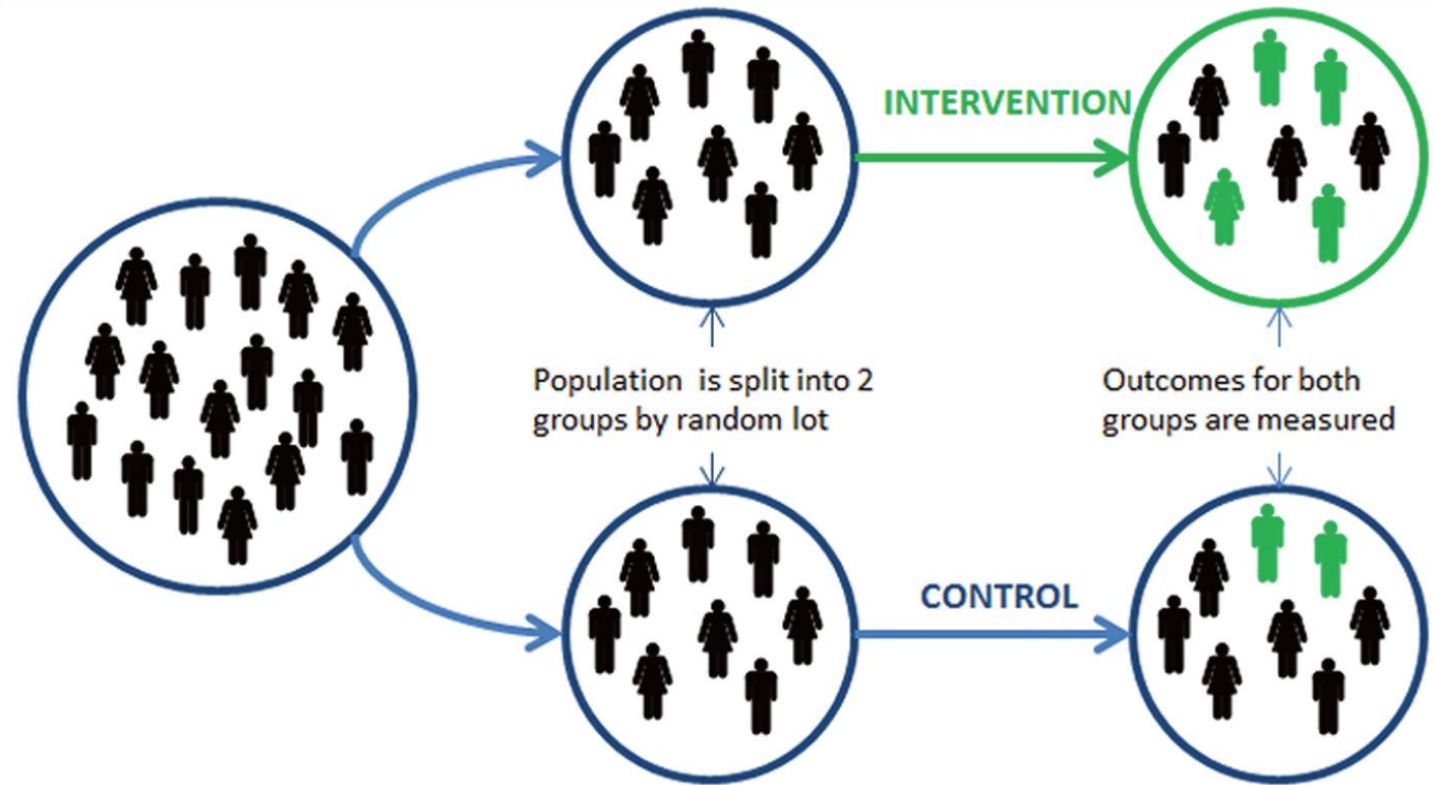
La ricerca sull'outcome nei tempi
moderni |

Problemi di metodologia

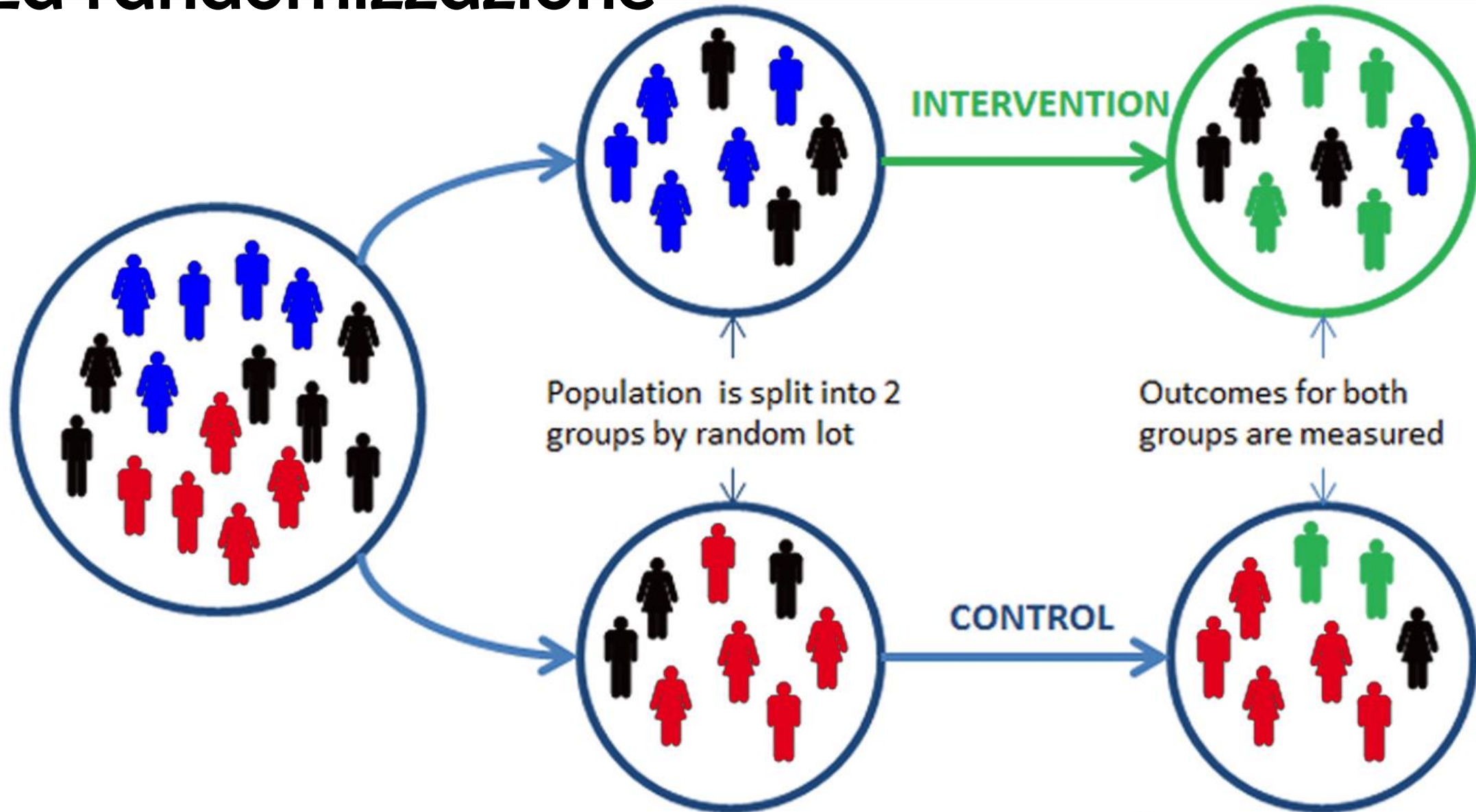
- Negli anni 90 nasce la Evidence Based Medicine
 - “*conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients*” (Sackett et al. 1996)
 - Giudizioso... non un libro di ricette!
 - Necessità di:
 - Ridurre i bias
 - Aumentare credibilità
 - Aumentare affidabilità
- 

Randomised Control Trial

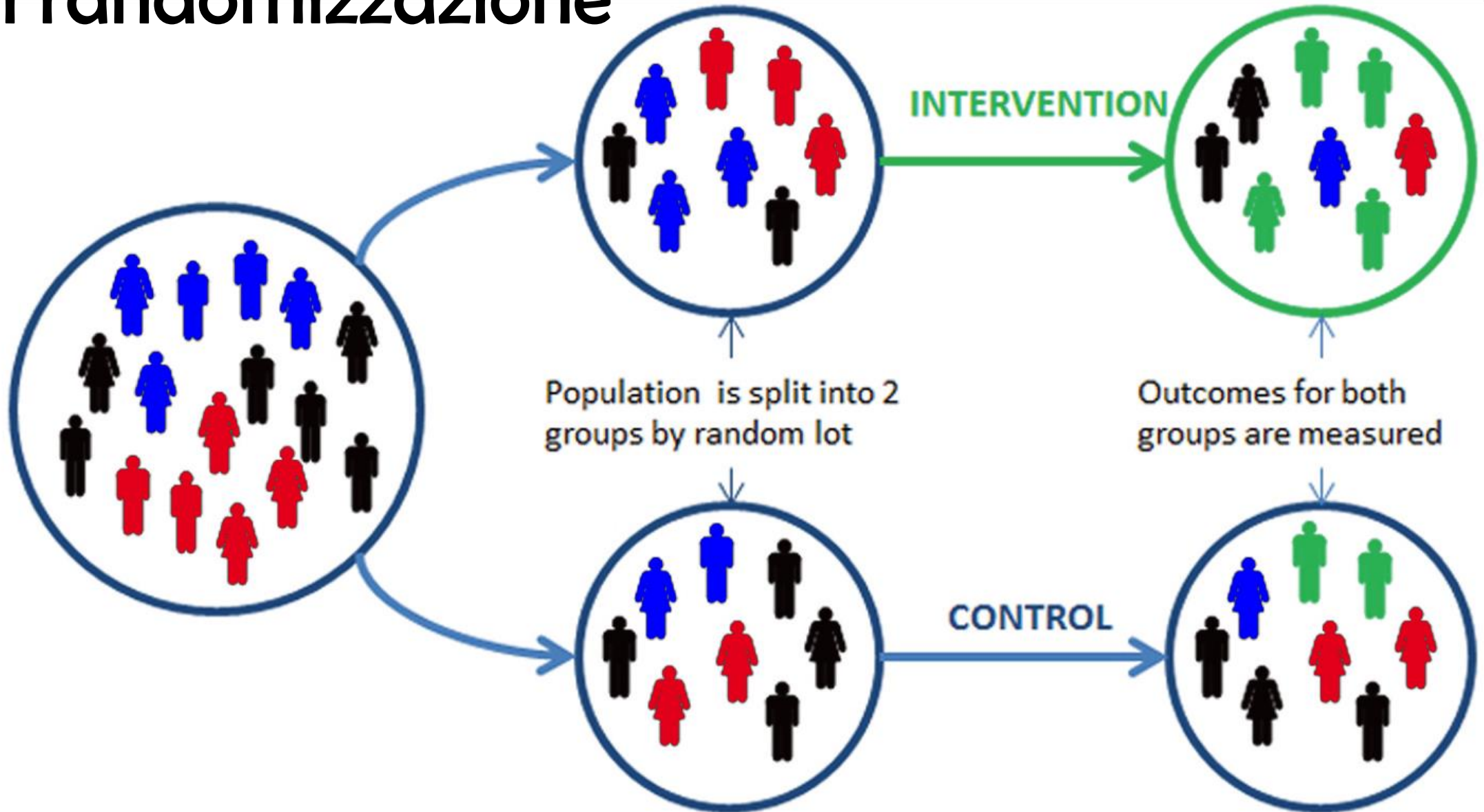
- Un problema di «fattori concomitanti»
- Come evitare questi rischi in maniera sistematica?
- Grandi campioni
- Randomizzazione



Senza randomizzazione



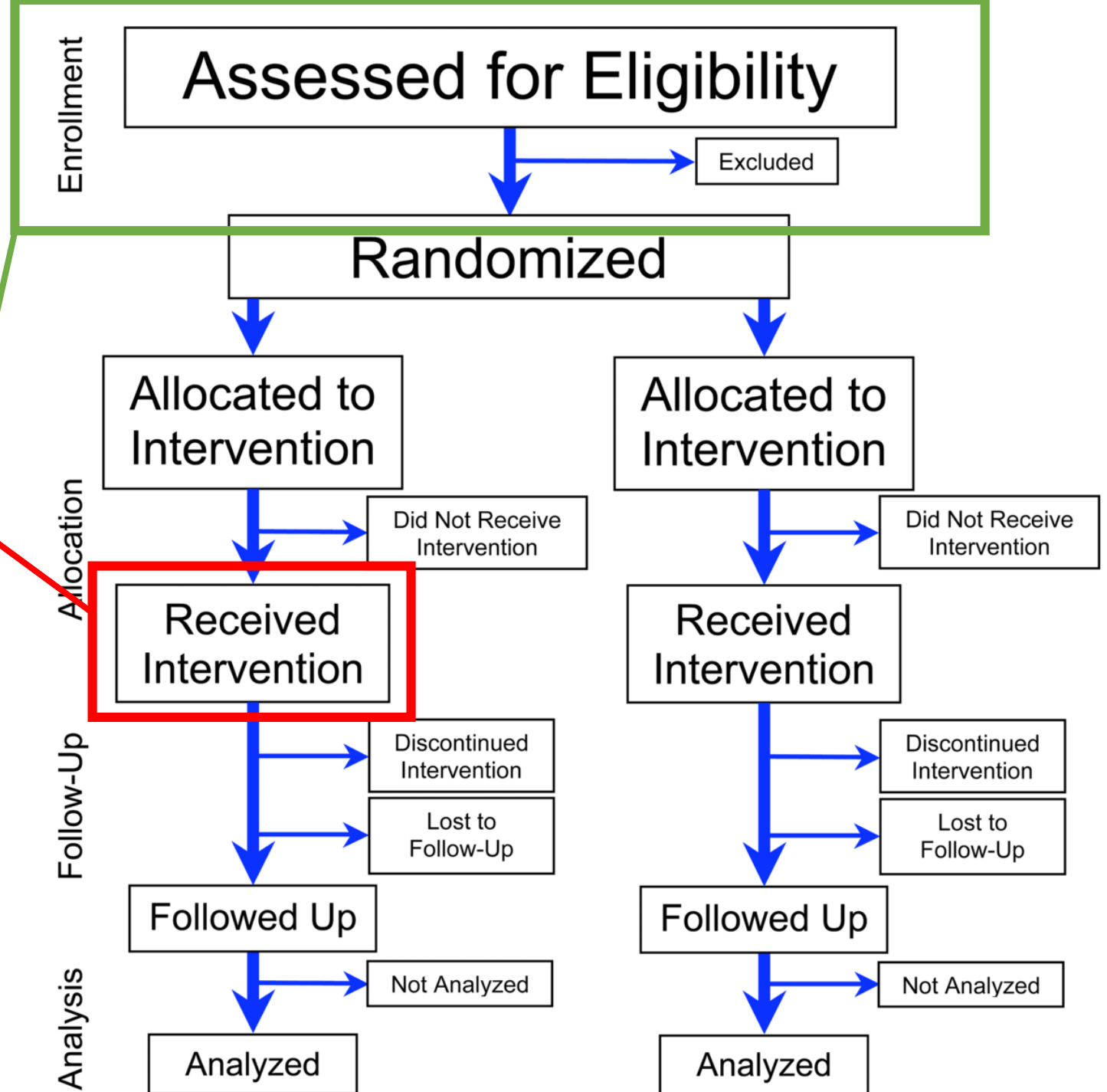
Con randomizzazione



Esempio di struttura RCT

- Ma esattamente... *che* intervento?
- Manualizzazione!
 - Setting, tempi,...
 - Definizione interventi
 - Pro & contro?
- Omogeneità diagnostica
 - Approccio nosografico

Cosa resta della terapia?



RCT in conclusione

Obiettivi:

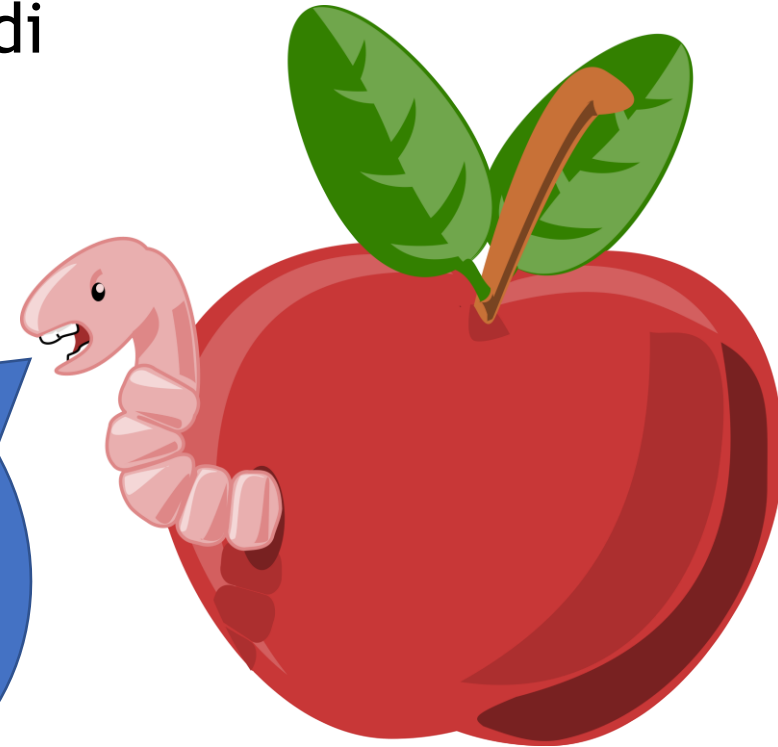
- Validare l'efficacia di un manuale di trattamento
- Apprendere interventi utili, strategie, variabili di processo, paziente e terapeuta che possono influire sull'outcome

vantaggi

- Gold standard di efficacia
- Grande forza **causale** dei risultati
- Permette confronti precisi

svantaggi

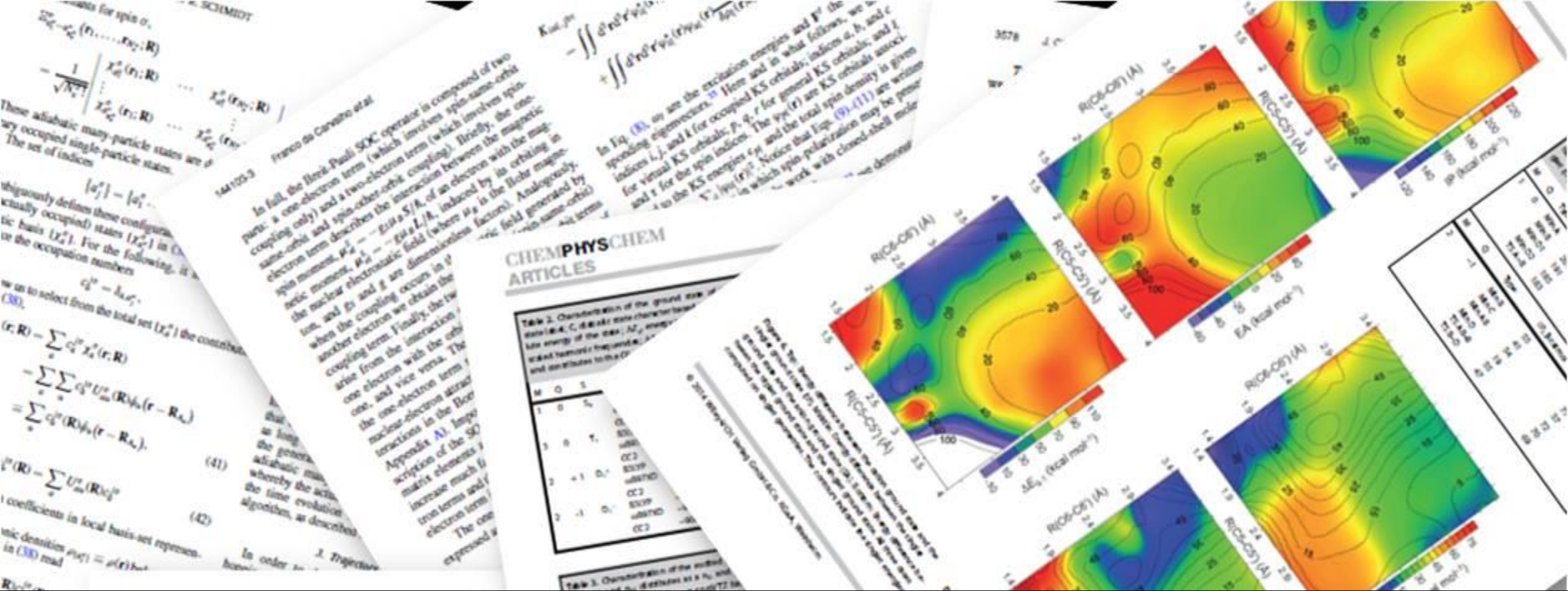
- Lontano dalla realtà clinica!
- Incentrati sul disturbo e non sull'individuo



RCT oltre i limiti

- Manualizzazione così necessaria?
- Possibile pensare ad altri impieghi?
- Varianti dello stesso intervento
 - Confronto fra terapeuti
 - Confronto fra tecniche
 - Confronto fra setting/durata/frequenza
- Pragmatic RCT → effectiveness vs efficacy
- Cosa funziona «sul campo»





Impariamo a leggere una ricerca

Randomized Controlled Trial Comparing Brief Dynamic and Supportive Therapy with Waiting List Condition in Minor Depressive Disorders

Giuseppe Maina Federica Forner Filippo Bogetto

Mood and Anxiety Disorders Unit, Department of Neuroscience, University of Turin, Turin, Italy

KARGER

Journals

Books

Collections

Subject Guide

Journal Home

About This Journal

Guidelines

Journal Contact

Subscr

Psychotherapy and Psychosomatics

Psychotherapy
and Psychosomatics

A unique journal with a top SCI ranking of 8.964

L'autore?

<http://dott-neuroscienze.campusnet.unito.it/do/docenti.pl/Alias?giuseppe.maina#profilo>



The screenshot shows the website for the "Dottorato in Neuroscienze" at the University of Turin. The header includes the university's logo and name, and the school's name. A navigation menu contains "Home", "Faculty", "PhD Students", "Ex Alumni", and "E-Learning". A search bar contains the text "in:docenti". The breadcrumb trail reads "Sei in: Home > Personale > Prof. Giuseppe Maina". Below this, there are tabs for "Profilo", "Didattica", and "Ricerca", with "Profilo" selected. The main content area displays the name "Prof. Giuseppe Maina" in a large font, followed by his title "Professore Associato" and his affiliation: "Dipartimento di Neuroscienze 'Rita Levi Montalcini'" and "SSD: MED/25 - psichiatria". To the right of the text is a portrait photograph of Prof. Maina, a man with glasses wearing a white lab coat over a blue shirt.

Randomized Controlled Trial Comparing Brief Dynamic and Supportive Therapy with Waiting List Condition in Minor Depressive Disorders

Giuseppe Maina Federica Forner Filippo Bogetto

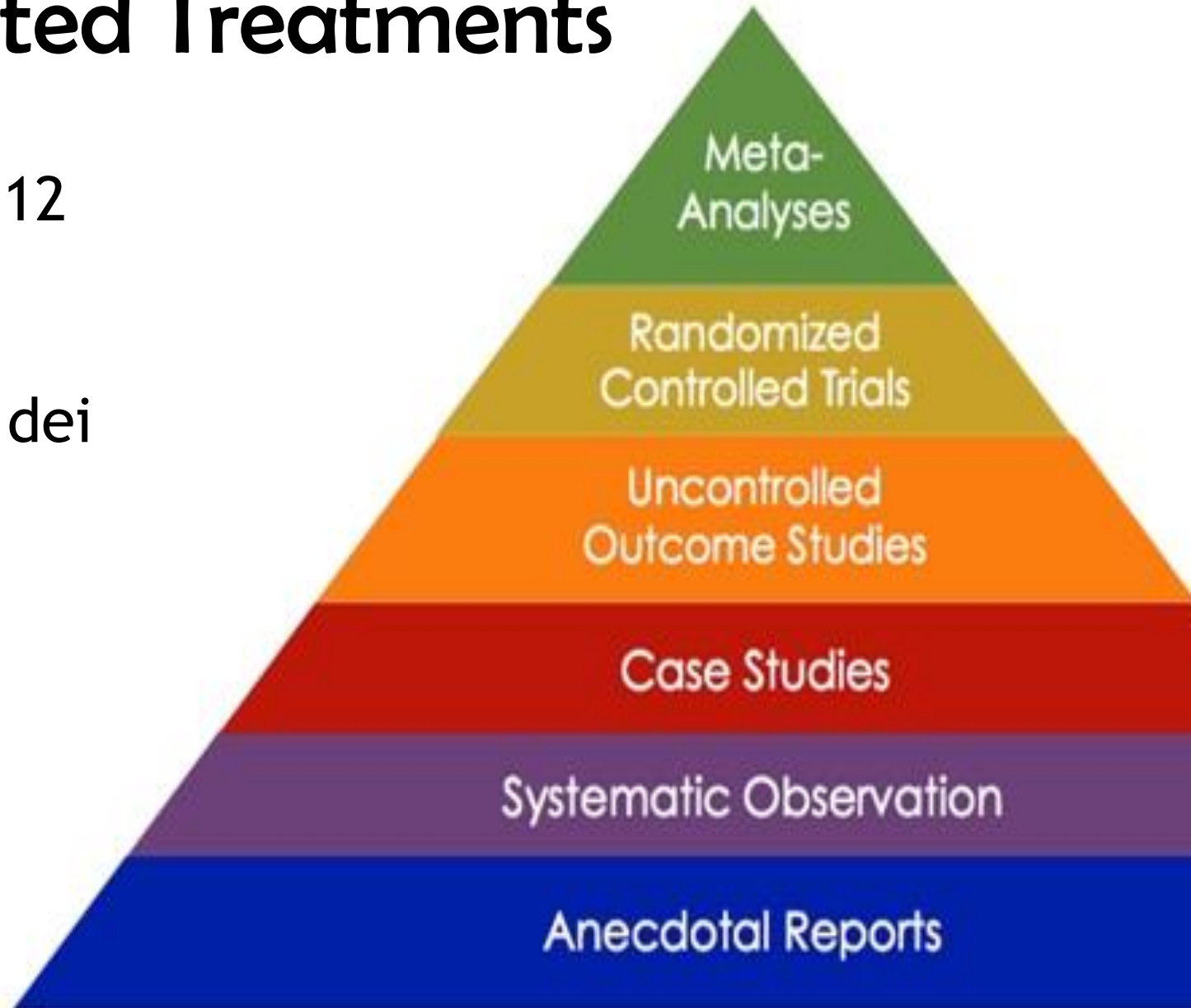
Mood and Anxiety Disorders Unit, Department of Neuroscience, University of Turin, Turin, Italy



E ora un po' di risultati |

Empirically Supported Treatments

- *Task Force* della divisione 12 APA (Society of Clinical Psychology)
- Raccolta e classificazione dei lavori esistenti
- Gerarchia delle evidenze



Quanto è efficace la psicoterapia?

Le meta-analisi indicano effect sizes tra .60 e .80

Antidepressivi ES tra .17 e .30

Trattamento integrato vince sempre

Psychological Medicine (2010), 40, 211–223. © Cambridge University Press 2009
doi:10.1017/S0033291709006114

ORIGINAL ARTICLE

The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size

ES: 0.22

P. Cuijpers^{1,2*}, A. van Straten^{1,2}, E. Bohlmeijer³, S. D. Hollon⁴ and G. Andersson^{5,6}

E la psicoterapia psicodinamica?

- Cochrane meta-analysis (Abass et al., 2006)
 - 23 RCT, 1431 pazienti
 - ES = .97 dopo il trattamento
 - ES = 1.51 al follow up di 9 mesi
- Archives of General Psychiatry (Leichsenring et al., 2004)
 - 17 RCT
 - ES = 1.17



Confronto con la CBT

- Meta analisi (Leichsenring & Leibling, 2003)
 - Disturbi di personalità
 - 14 studi PDT (ultimo follow-up = 1.5y) → ES = 1.46
 - 11 studi CBT (ultimo follow-up = 13 w) → ES = 1.0
 - Confronto tra pre e ultimo follow-up

In generale risultati analoghi,
con differenze specifiche per
disturbo



Le eccellenze della PDT

- I benefici migliorano nel tempo (Abbass et al., 2006; Leichsenring et al., 2004; Leichsenring & Rabung, 2008; Anderson & Lambert, 1995; Gloaguen et al., 1998)
- Benefici stabili nel tempo
 - Es: dopo 5 anni, 13% di borderline contro 87% nei controlli
- Media modifica ai meccanismi psicologici sottesi ai sintomi (Clarkin et al., 2007)

I limiti della ricerca PDT

- Numero di studi esiguo rispetto a CBT
- Poca aderenza tra le ricerche PDT ed i criteri diagnostici DSM
- Risultati chiari solo per:
 - Depressione
 - Lutto patologico
 - Alcuni disturbi d'ansia
 - Disturbi somatoformi
 - Bulimia
 - Alcolismo
 - Disturbo borderline
 - Alcuni altri disturbi di personalità

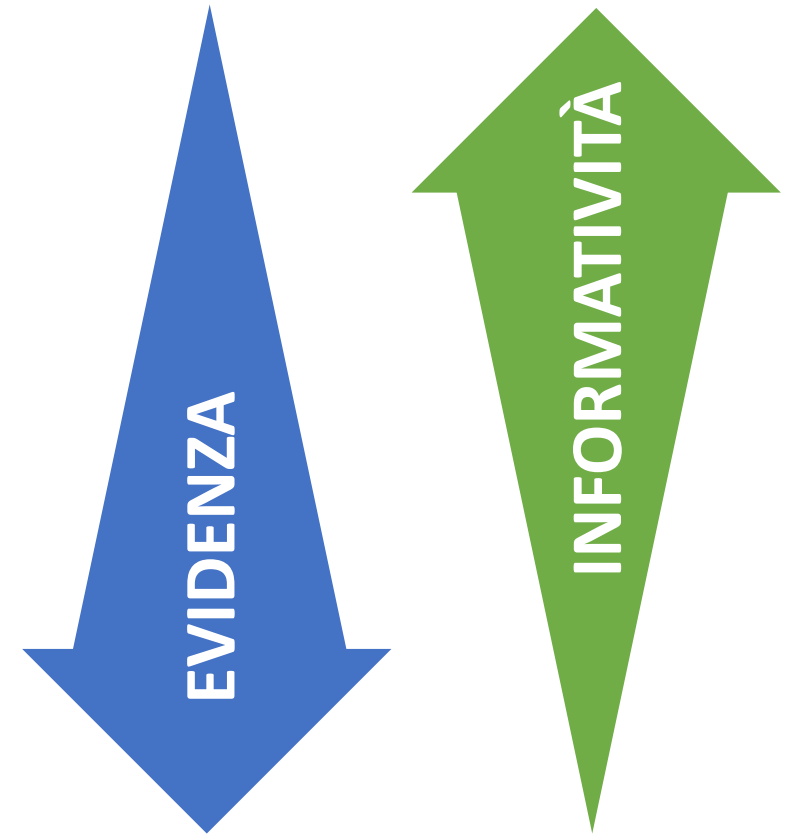


Cosa abbiamo imparato? |

Tipi di disegni (ricerca sull'esito)

Quali pro & contro?

- Case report "informale"
- Disegni quasi-sperimentali pre-post
 - con gruppo sperimentale VS controllo
 - con due (o più) gruppi sperimentali
- RCT
- Meta analisi



Tipi di «outcome»

- Innumerevoli costrutti!
- Domini:
 - Sintomi
 - Livelli di funzionamento
 - Prototipi di patologia
 - Processi della vita quotidiana
 - Fenomeni associati al rischio
 - Fenomeni teoria-specifici

Tipi di misure

- Strumenti self report
- Interviste cliniche
- Ce ne sono molti altri...

**Cosa chiedere
ad una misura?**

- Costrutto rilevante
- Buone proprietà statistiche
- Di facile somministrazione
- Misura condivisa

Gli unici risultati «chiari»

1. T > remissione spontanea
2. T ha effetti **positivi**
3. T ha effetti > controlli placebo
4. Modifica della definizione di placebo
5. I risultati di T variano più in base alle caratteristiche terapeuta



Gli unici risultati «chiari»

6. Relativa equivalenza dei risultati al variare di tecniche e durate
7. Efficacia di alcune terapie per alcuni disturbi specifici
8. Ruolo interattivo e sinergico di farmaci e T
9. Importanza centrale del rapporto paziente-terapeuta
10. Possibili effetti negativi di T e deterioramento del paziente



Insomma...

- Se la terapia funziona, il perché ci è molto poco chiaro
- Il paradosso dell'equivalenza è naufragato in un mare di problemi metodologici
- Tutta la vasta gamma di RCT ha solo esacerbato una delle osservazioni originali: quello che agisce il cambiamento è *fra* le terapie

Dove ci collochiamo?

- Siamo sopravvissuti alla ricerca sull'outcome!
- A cosa ci è servito?
- Poche risposte e tanta sete
- Forse stiamo sbagliando domanda?





Benvenuti nel processo |