

La pratica basata sulle evidenze nelle strutture di Psicologia del Servizio Sanitario Nazionale

La valutazione di efficacia clinica
della psicoterapia: un ponte tra
ricerca e servizi pubblici

Accountability

*“Parola chiave della democrazia anglosassone.
In Italia non è stata ancora tradotta”*

(Indro Montanelli. Corriere della Sera, 12 aprile 1999).

- Indica il dovere di documentare ciò che si è fatto a chi ci ha dato l’incarico e ci paga lo stipendio o ci ha messo a disposizione le risorse, attraverso:
 - l’obbligo di rendere palese, da parte del servizio o del singolo professionista, i principi, le procedure, i risultati e gli esiti oltre che le risorse materiali impiegate nelle attività, in modo tale da consentire che essi possano essere valutati dalle parti interessate.

Alcuni assunti di partenza

- La pratica basata sulle evidenze sarà istituzionalmente richiesta nel giro di pochi anni.
- Gli psicologi attualmente non sono affatto avvezzi alla necessità di fornire evidenze dell'efficacia del loro lavoro (Mullen & Bacon 2001)
- L'università, attualmente, non fornisce alcuna formazione (Sanderson & Weismann 2001).
- Il futuro appartiene a quelle discipline e professioni che saranno state in grado di adottare modalità di lavoro basate sulle evidenze (Sanderson 2002).

.....Se non si misurano i risultati,
non è possibile distinguere i successi dai fallimenti.

Se non si distinguono i successi,
non è possibile premiarli.

Se non si distinguono i successi,
non si può apprendere dai successi.

Se non è possibile riconoscere gli insuccessi
non è possibile correggerli.

Se si possono dimostrare i risultati,
si può guadagnare la fiducia dell'opinione pubblica.....

L'enigma

?

Valutazione
Efficacia
Clinica

Autoreferenza
Clinica

MARK MCCONNELL

La Pratica basata sulle Evidenze e le Evidenze basate sulla Pratica



Definizioni di Outcome

- I cambiamenti nello stato di salute attuale e futuro del paziente che può essere attribuito ad un precedente intervento sanitario (Donabedian, 1981).
- Il risultato di attività programmate comparato agli obiettivi definiti (U.S. Government Performance and Results Act of 1993).
- Il grado di raggiungimento dei risultati o il grado in cui sono soddisfatti i bisogni del cittadino a seguito della fornitura di servizi. (Governmental Accounting Standards Board).

Altre Definizioni

- **Buona Pratica Clinica:**

- “Non è una specifica pratica ma piuttosto è definita dal livello di consenso intorno alle conoscenze provenienti dai risultati della ricerca ed al come fare ad integrare queste conoscenze nel processo assistenziale reale in cui si opera”.

- **Evidence-Based Practice:**

- “E’ un metodo strutturato di ricerca ed utilizzazione delle conoscenze derivate dalla ricerca al fine di migliorare la propria pratica clinica”

- **Practice-Based Evidence**

- “E’ un metodo strutturato di raccolta dati dell’attività routinaria di Servizio al fine di valutare l’efficacia sul campo delle pratiche cliniche.”

- **Evidenze di Efficacia Ideale (Efficacy)**

- Prova scientificamente rigorosa dei benefici forniti da uno specifico trattamento in circostanze ideali (Randomized Controlled Trial - RCT)

- **Evidenze di Efficacia sul campo (Effectiveness):**

- Prova clinica che un trattamento produce benefici nella pratica clinica routinaria.

Problemi connessi alla misurazione degli outcome

- ***Efficacy (Efficacia ideale)***
Quali sono gli outcome se misurati in contesti altamente controllati?
- ***Effectiveness (Efficacia sul campo)***
Quali sono gli outcome se misurati nella routine lavorativa?
- ***Efficienza***
Massimizzare il miglioramento al minimo costo.
- ***Qualità***
Quanto sono buoni gli outcome se comparati agli standard di buona pratica ?
- ***Equità***
Quanto uniformemente si distribuiscono gli outcome tra i gruppi sociali ?

Efficacy research versus effectiveness research

L'efficacy research risponde alla domanda:

- Utilizzando un metodo sperimentale “ben controllato” è possibile dimostrare che il trattamento influenza l'outcome?
- Permette l'**invalidazione di ipotesi causali alternative.**

L'effectiveness research risponde alla domanda:

- Il trattamento che stiamo valutando, nella realtà dei servizi in cui viene erogato, influenza l'outcome?
- Il suo compito è di **generare nuove ipotesi** piuttosto che di testarle.

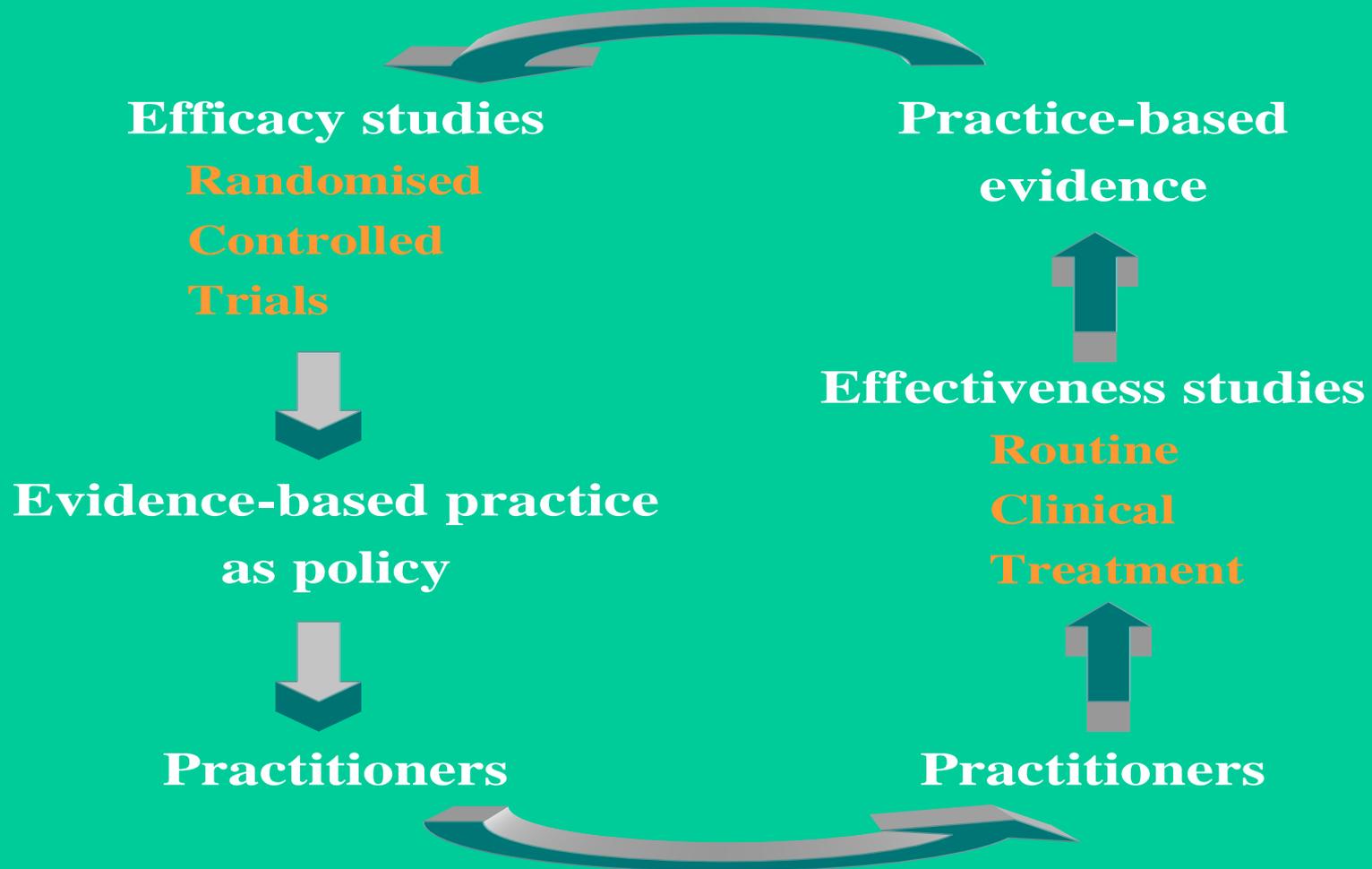
Paradigmi Complementari

Evidence-based Practice



Practice-based Evidence

Paradigmi Complementari



La Pratica basata sulle Evidenze (EBP) &

Le Evidenze basate sulla Pratica (PBE)

- **L'E.B.P.** si basa sugli stessi principi della Evidence based medicine. Esistono differenti livelli di "evidenze scientifiche".
- **Gli RCTs** rappresentano il "gold standard" sebbene pongano parecchi problemi etici e metodologici.
- **L'E.B.P.** può essere implementata attraverso la costruzione e l'uso di linee guida esplicitamente basate sulle metanalisi della letteratura scientifica esistente e sulle buone pratiche cliniche.
- **La P.B.E.**, invece, focalizza la ricerca a livello dell'operatività individuale e del contesto di erogazione dei servizi.
- Il modello include il calcolo dell'attendibilità e significatività statistica e clinica del cambiamento dell'utente. Ciò anche allo scopo di identificare i casi di "**outliers**" il cui processo di cambiamento non rispetta i parametri attesi, e di prevenire il **drop-out**.

Methodological differences between RCTs and Field Trials of effectiveness in clinical practice

	RCT	Field Trial
• Treatment specificity	High	Low
• Diagnostic specificity	High	Low
• Internal validity	High	Low
• Environmental factors	Controlled	Examined
• Working alliance	Ignored	Examined
• Unspecific factors	Controlled out	Examined
• Counsellor variables	Controlled out	Examined
• Patient preference	Not given	Given
• Placebo (active, inactive)	Some attempted	Not attempted
• Generalisability	Low	High
• Representiveness of typical practice	Low	High
• Resources required	High to very high	Medium to low
• Accommodation of dual diagnosis	Rarely	Sometimes

La Significatività Clinica e Statistica



Statistical versus clinical significance

- La **significatività statistica** si riferisce al raggiungimento di un livello probabilistico di base che attesti l'attendibilità degli effetti.
- In psicologia questo livello è rappresentato dal valore di $p < .05$. Questo criterio è stato scelto per minimizzare la possibilità di errore di tipo I, cioè trovare una differenza significativa laddove essa non esista. La significatività statistica è funzione di:
 - L'effect size: l'ampiezza dell'effetto.
 - La grandezza del campione.
 - L'affidabilità dello strumento di misura
 - L'affidabilità dell'effetto
- La **significatività clinica** si riferisce all'efficacia reale del trattamento a livello individuale, descrivendone l'obiettivo come il ritorno al normale funzionamento.
- Un metodo standardizzato per valutare la significatività clinica fa riferimento a due criteri.
 1. Il risultato dovrebbe essere il passaggio della persona da una popolazione disfunzionale ad una funzionale a seguito del trattamento.
 2. Il cambiamento deve essere attendibile: la variazione intercorsa tra pre e post trattamento non deve essere influenzata da errori di misurazione (R.C.I. di Jacobson e Truax).

Significatività statistica e clinica

- **Significatività statistica: esprime la probabilità che la differenza osservata sia dovuta al caso.**
($p < .05$)
- **Significatività clinica: importanza della differenza rilevata negli esiti clinici tra i paziente trattati e non trattati. Farsi domande sul significato clinico dei dati, anche se vi è significatività statistica.**

IL PROFESSIONISTA E' INTERESSATO PRINCIPALMENTE ALLA SIGNIFICATIVITA' CLINICA DEGLI ESITI

- **e cioè ai CRITERI TERAPEUTICI (che rispondono alla domanda se il cambiamento è clinicamente e socialmente importante e se vi è stato un miglioramento nel funzionamento quotidiano del paziente – Riskey, 1970)**

SIGNIFICATIVITA' CLINICA RIFERITA AL SINGOLO PAZIENTE

- **I due modi più semplici per valutare la significatività clinica del cambiamento del singolo paziente sono: il ritorno al di sotto del CUT-OFF (soglia) che delimita la distribuzione dei soggetti normali da quella dei pazienti; la grandezza del cambiamento uguale o superiore al RELIABLE CHANGE INDEX (ampiezza affidabile del cambiamento)**

CUT OFF

viene fissato nel punto in cui è uguale la probabilità che la persona appartenga alla distribuzione funzionale (dei “normali”) o a quella disfunzionale (dei pazienti)

$$\text{Cut off} = \frac{\text{media}_{\text{paz}} * \text{DS}_{\text{norm}} + \text{media}_{\text{norm}} * \text{DS}_{\text{paz}}}{\text{DS}_{\text{norm}} + \text{DS}_{\text{paz}}}$$

RELIABLE CHANGE INDEX – RCI

$$\text{RCI} = \frac{\text{PUNT}_{\text{pre-treatment}} - \text{PUNT}_{\text{post-treatment}}}{\text{DS} \sqrt{1 - r_{\text{xx}}}}$$

DS = deviaz standard del gruppo patologico

r_{xx} = reliability

Clinical vs Statistical Significance

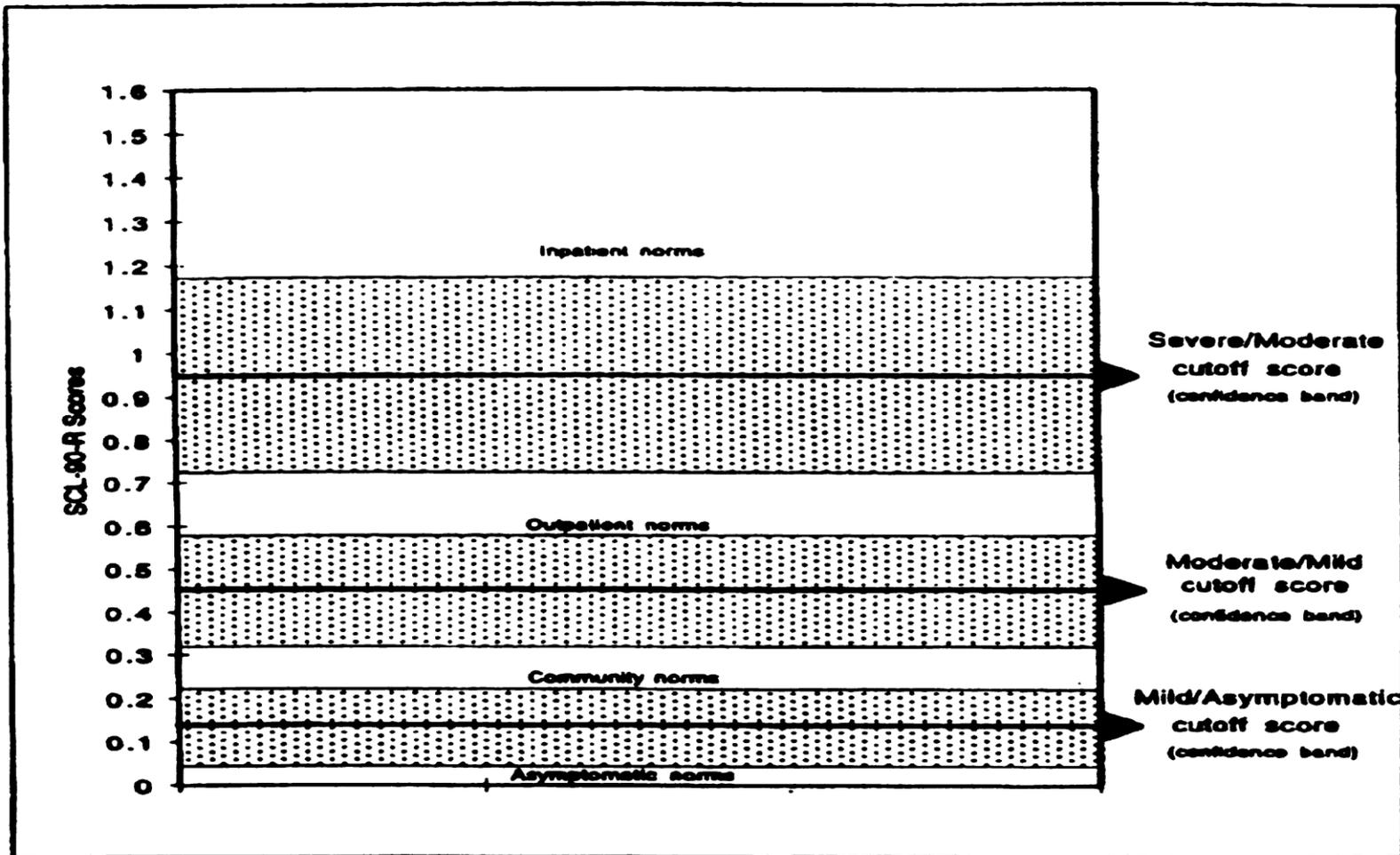


Figure 1. Clinically significant cutoffs and confidence bands for four normative samples.

Clinical vs Statistical Significance

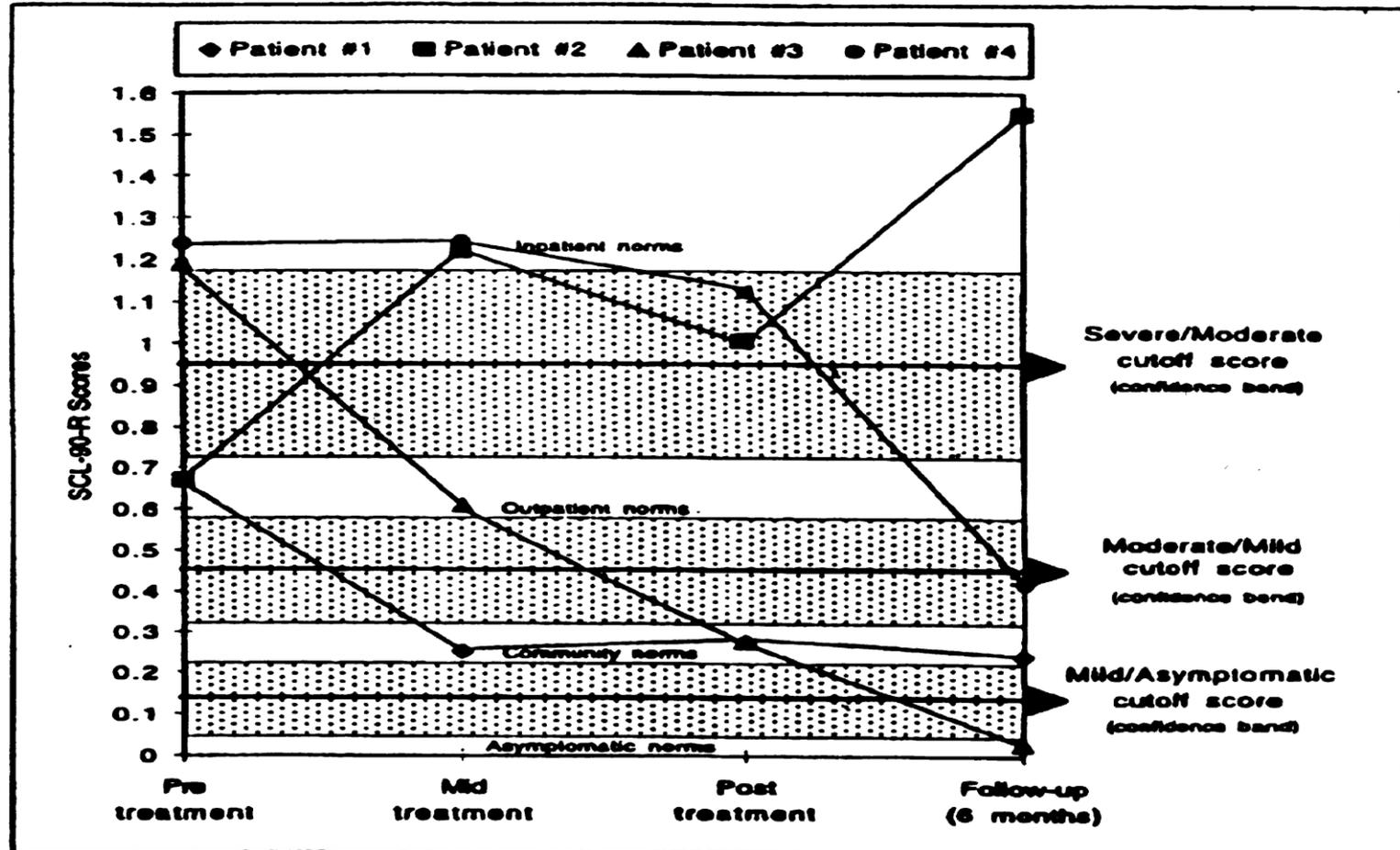


Figure 2. Illustration of clinically significant change patterns for four patients using multiple normative sample cutoffs and repeated measures.

Le Evidenze Basate sulla Pratica



La Valutazione di Efficacia in una Struttura di Psicologia

Modello "Prima – Dopo" (tipo 3)

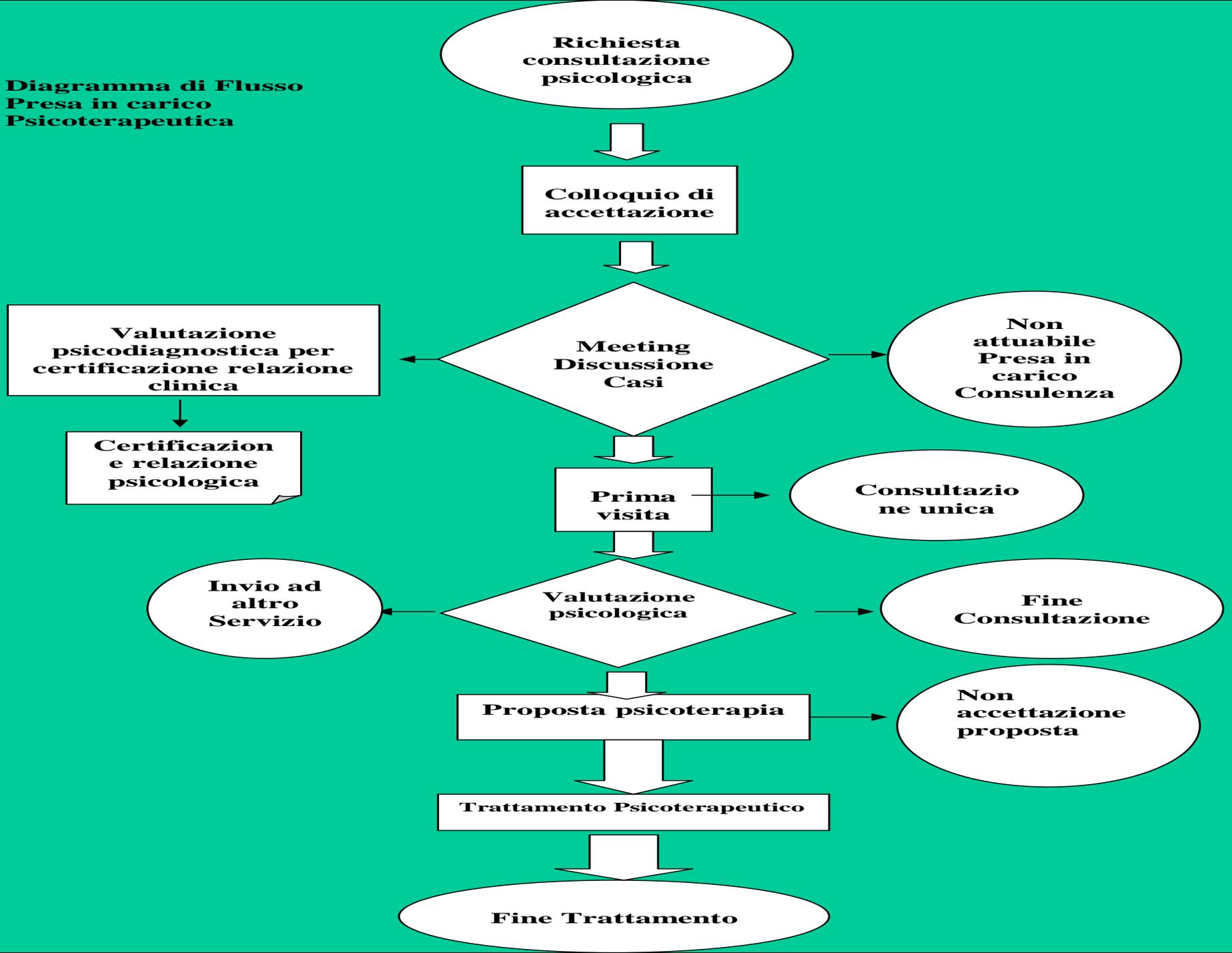
Lo stato "prima" dei target della prestazione viene confrontato con lo stato "dopo"



Caratteristiche degli studi osservazionali

- Non richiedono gruppo di controllo
- Mirano ad osservare *l'effetto* dei trattamenti
- Richiedono una descrizione accurata della casistica e della procedura di intervento
- Richiedono una affidabile valutazione diagnostica
- Consentono la valutazione dell'efficacia nella pratica clinica (*effectiveness*)

**Diagramma di Flusso
Preso in carico
Psicoterapeutica**



Il campione di utenti dell'U.O. Entrata (valutazione T. zero)

14 - 19	84	17%
20 - 29	144	30%
30 - 39	126	26%
40 - 49	91	19%
> 50	38	8%
TOTALE	483	100%

Il campione di utenti dell'U.O.
Uscita (valutazione T. uno)

CLASSI ETA' UTENTI	Nr.	%
14 - 19	30	24%
20 - 29	46	30%
30 - 39	29	20%
40 - 49	28	21%
> 50	6	5%
TOTALE	139	100%

Il campione degli utenti per sede

Valutazione in Entrata

<i>ENTRATA</i>	MASCHI	FEMMINE	TOT
ROVERETO	90 (33%)	181 (67%)	271
RIVA DEL GARDA	76 (35%)	136 (65%)	212
Totale	166 (34%)	317 (66%)	483

Il campione degli utenti per sede

Valutazione in Uscita

<i>USCITA</i>	MASCHI	FEMMINE	TOT
ROVERETO	12 (21%)	45 (79%)	57
RIVA DEL GARDA	20 (24%)	62 (76%)	82
Totale	32 (23%)	107 (77%)	139

S.C.L. 90 – R / Indice Global Symptom Inventory (G.S.I.)

Entrata

SEDE	G.S.I. MEDIO (d.s.) Adulti	G.S.I. MEDIO (d.s.) Adolescenti
ROVERETO	70.14 (8.27)	57.15 (8.97)
RIVA DEL GARDA	66.64 (7.84)	68.76 (9.56)
Totale	68.18 (8.17)	63.73 (10.94)

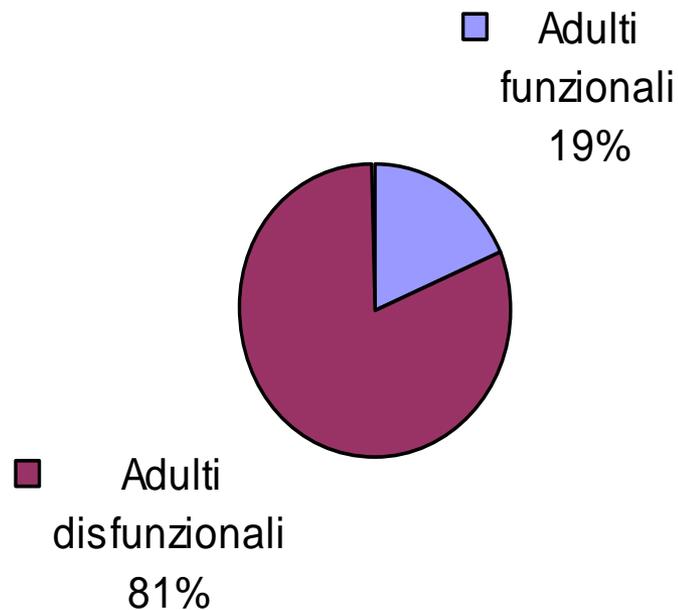
S.C.L. 90 – R (indice G.S.I.)
Confronto valutazione (entrata / uscita)

UTENTI	GSI . ENTRATA (d.s.)	GSI USCITA (d.s.)	Significatività
ADULTI	68.18 (8.17)	57.07 (8.18)	p < 0,01
ADOLESCENTI	63.73 (10.94)	55.57 (10.08)	p < 0,01

Distribuzione Adulti

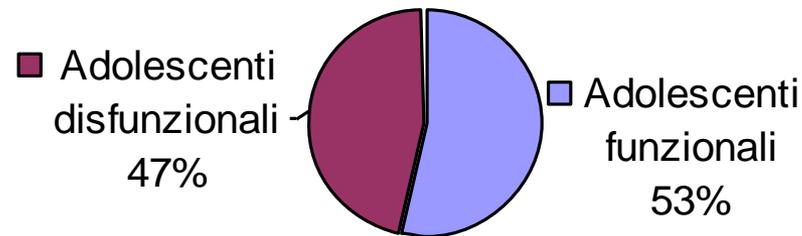
Categorie cliniche

Funzionali (G.S.I. < 63)/Disfunzionali (G.S.I.> 63)



Distribuzione Adolescenti Categorie cliniche

Funzionali (G.S.I. < 63) / Disfunzionali (G.S.I. > 63)



Comparazione

Valutazione Esito per categorie cliniche (Funzionali/Disfunzionali)

UTENTI	GSI Entrata	GSI Uscita	Significatività
ADULTI FUNZIONALI (GSI < 63)	57.74 (6.46)	50.68 (7.26)	p <0,01
ADULTI DISFUNZIONALI (GSI > 63)	70.53 (6.49)	58.80 (7.46)	p <0,01

Comparazione

Valutazione Esito per categorie cliniche (Funzionali/Disfunzionali)

UTENTI	GSI Entrata	GSI Uscita	Significatività
ADOLESCENTI FUNZIONALI(GSI < 63)	55.37 (5.59)	50.00 (6.59)	p = 0,01
ADOLESCENTI DISFUNZIONALI(GSI > 63)	73.28 (7.17)	61.50 (10.80)	p = 0,01

Valutazioni esito categorie cliniche per sede

ADULTI DISFUNZIONALI/SEDE	GSI Entrata	GSI Uscita	Significatività
ADULTI DISFUNZIONALI ROVERETO (GSI > 63)	72.08 (6.60)	59.89 (7.67)	p < 0,01
ADULTI DISFUNZIONALI RIVA (GSI > 63)	69.27 (6.11)	57.88 (7.17)	p < 0,01

Valutazione esito / Indice V.G.F. (D.S.M. IV°)

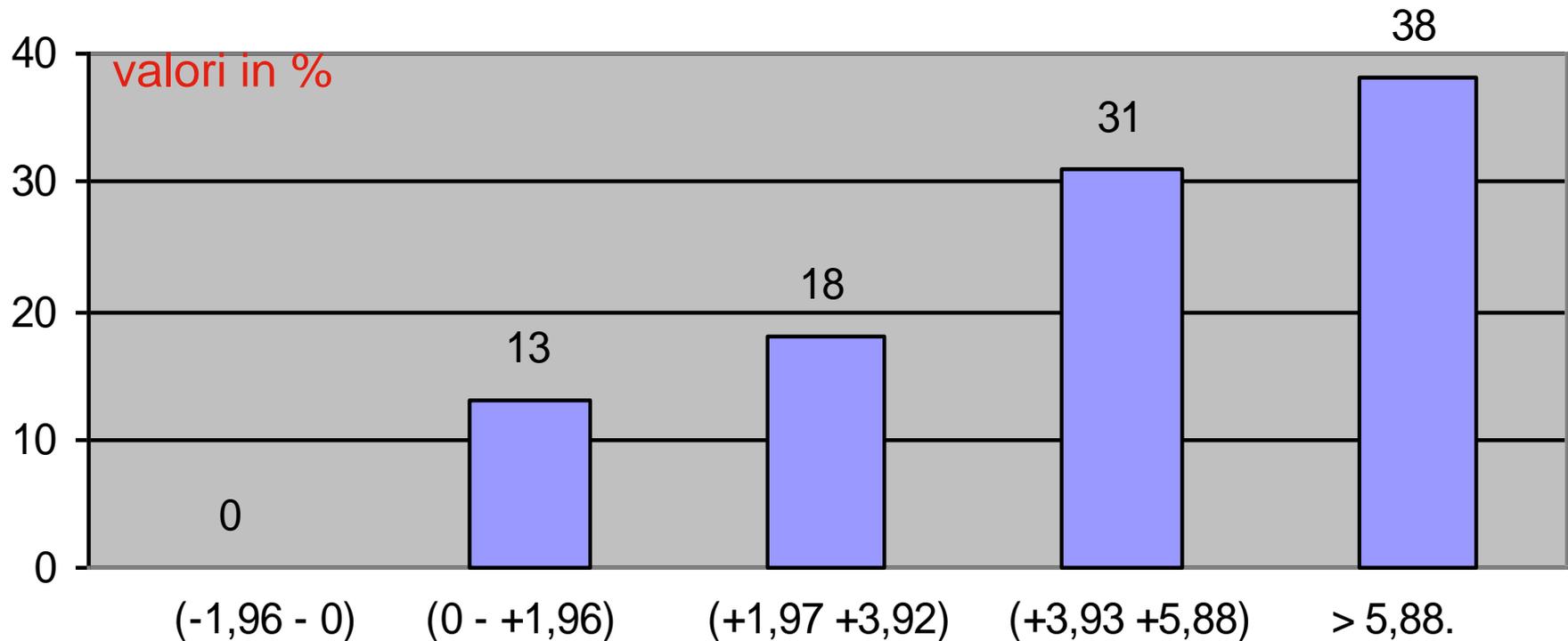
UTENTI	VGF MEDIO ENTRATA	VGF MEDIO USCITA	Significatività
ADULTI	52.33 (6.09)	63.22 (5.70)	p < 0,01
ADOLESCENTI	54.05 (8.01)	62.11 (6.87)	p < 0,01

Reliable Change Index (R.C.I.) Adulti Disfunzionali

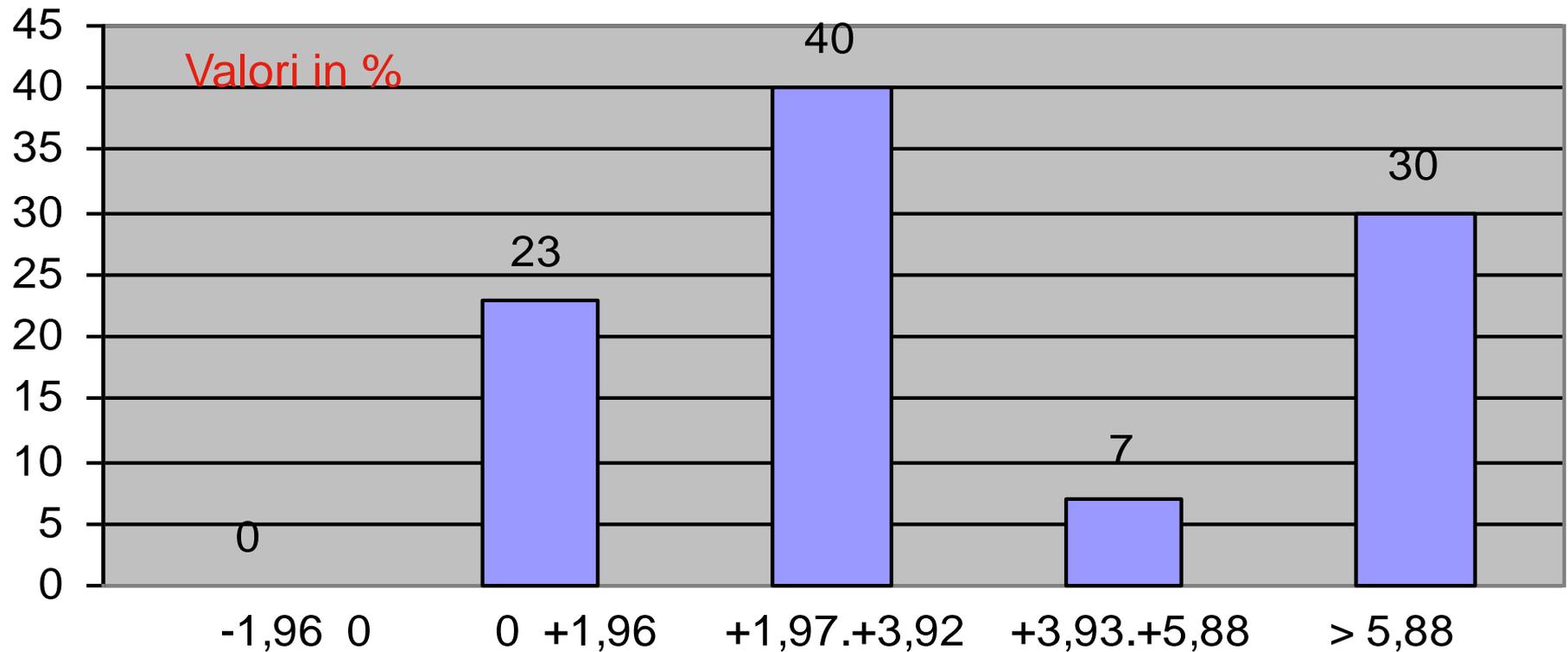
LEGENDA grafici R.C.I.

< -1,96
-1,95 a 0
0 a +1,96
+1,96 >

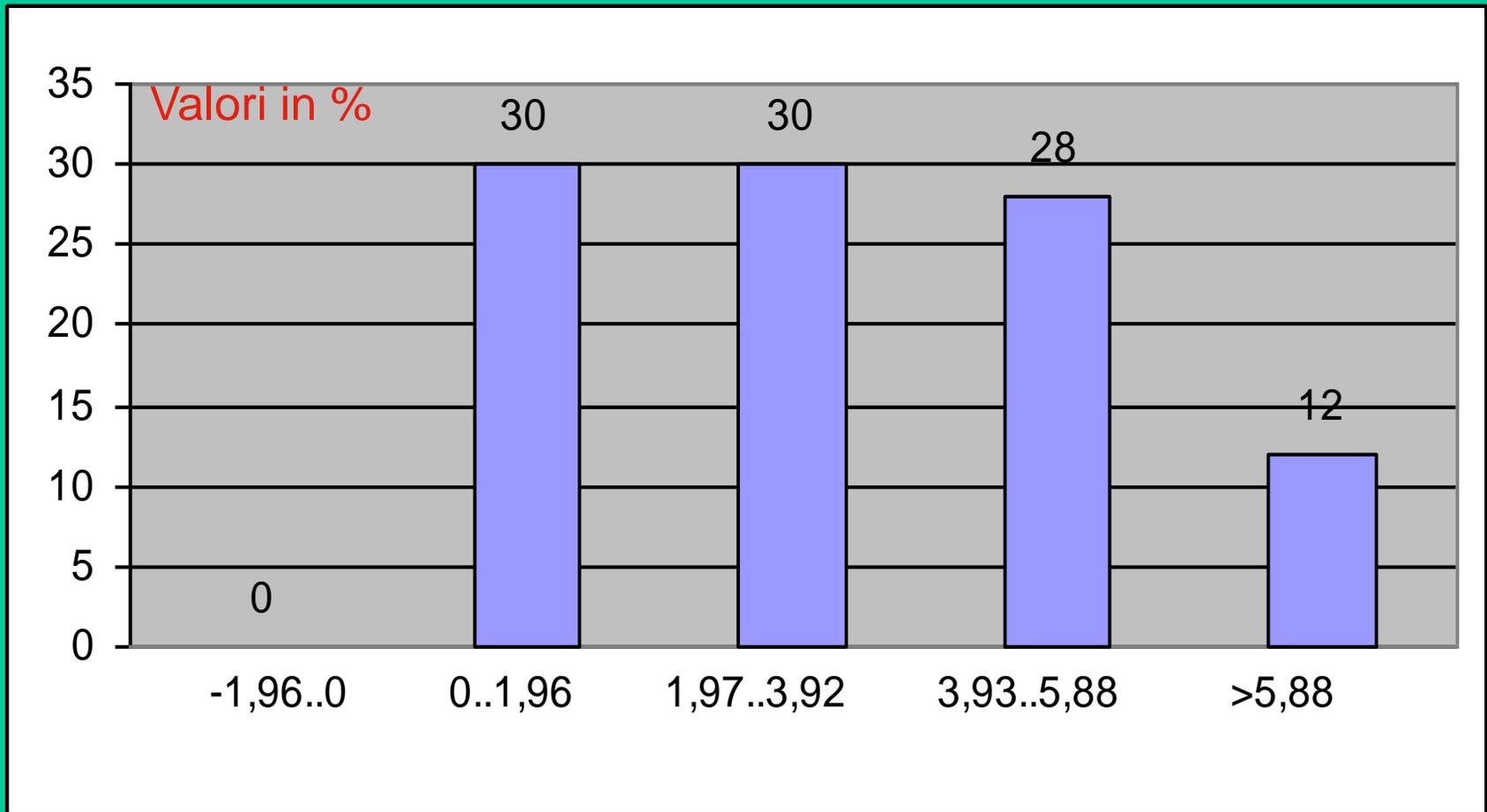
= pegg. significativo
= pegg. non significativo
= miglioramento non significativo
= miglioramento significativo



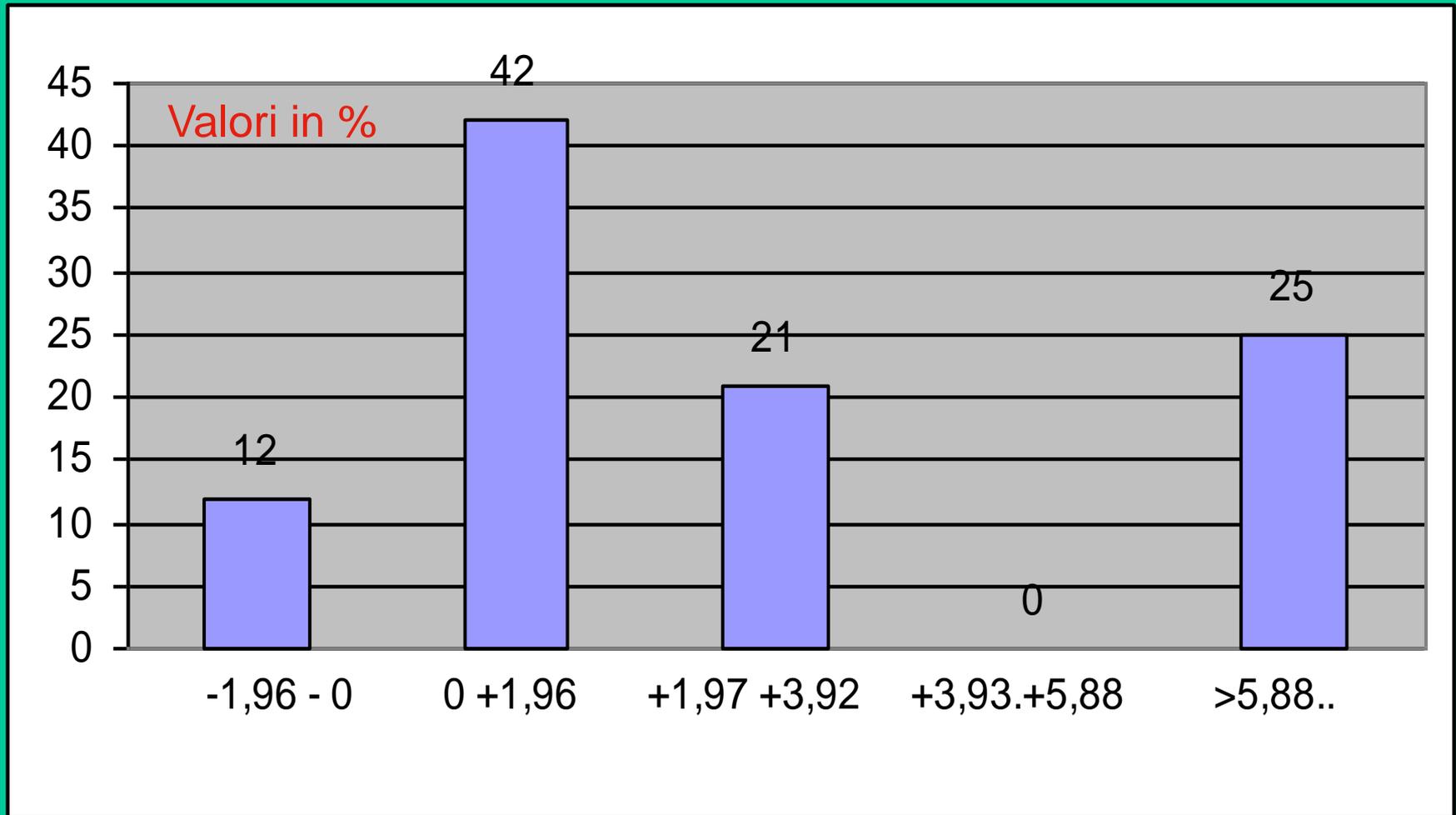
Reliable Change Index (R.C.I.) Adolescenti Disfunzionali



Reliable Change Index (R.C.I.) Adulti Funzionali



Reliable Change Index (R.C.I.) Adolescenti Funzionali

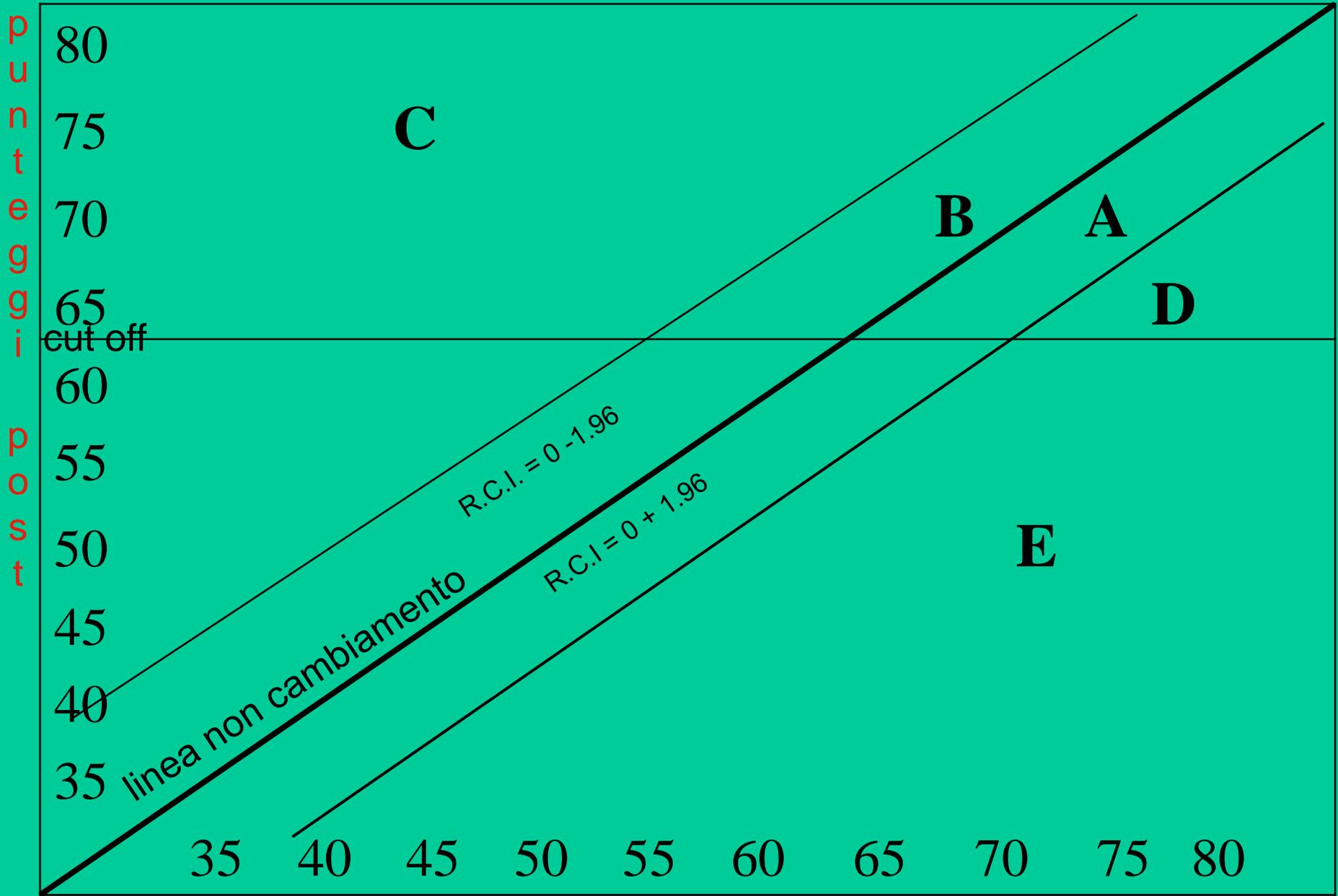


Interventi psicoterapeutici per numero di sedute Effetto dose/beneficio

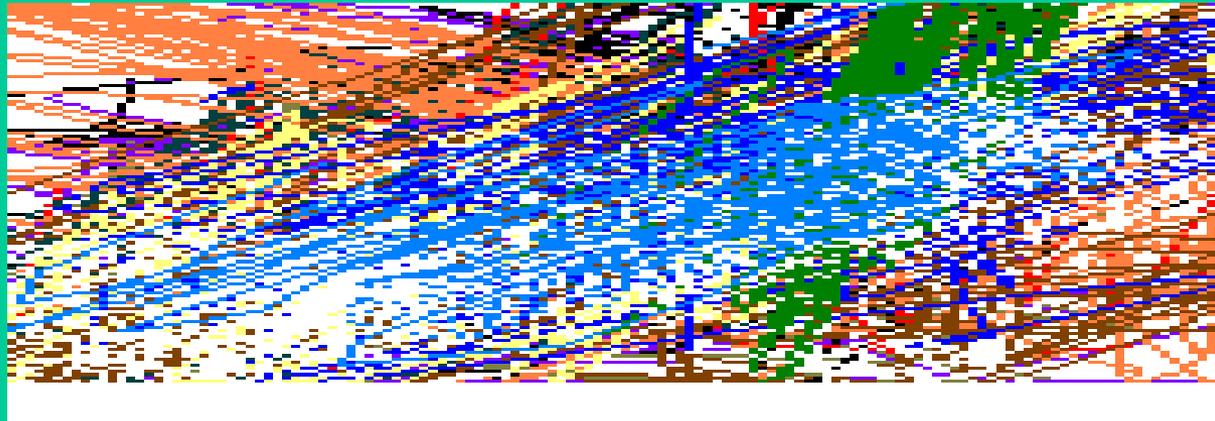
Numero sedute	%	R.C.I. Massimo miglioramento (+ 2 d.s.)
Fino a 4	21 %	25%
Fino a 12	32 %	42%
Fino a 24	28 %	50%
> 24	19 %	58%

Numero sedute/Utenti Disfunzionali

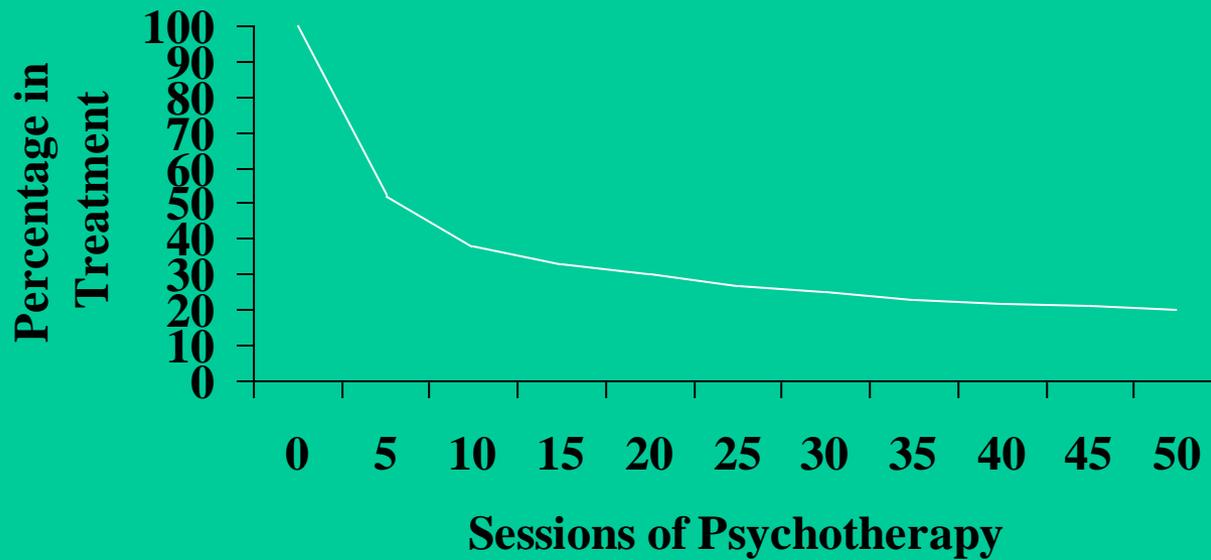
Numero sedute psicoterapia	% Utenti	% Utenti Disfunzionali (G.S.I. >63)
Fino a 4	21 %	50%
Fino a 12	32 %	79%
Fino a 24	28 %	80 %
> 24	19 %	57 %



Metodi per valutare l'Efficacia della Psicoterapia



Treatment Survival Curve



Modelli di Studio degli Outcomes in Psicoterapia

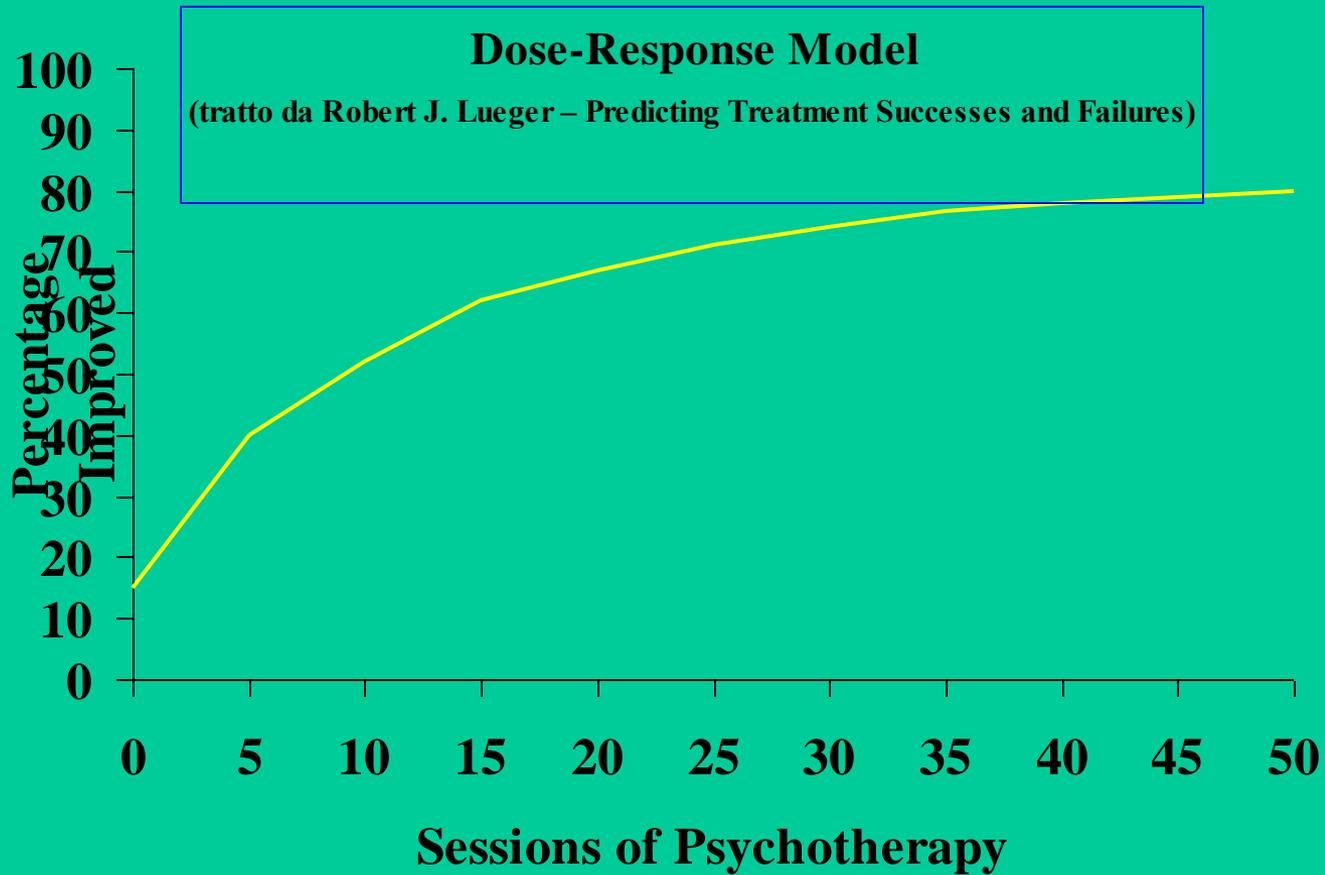
- Modello Dose - Risposta
- Modello delle Fasi
- Risposta Attesa al Trattamento

(tratto da Robert J. Lueger – Predicting Treatment Successes and Failures)

A cosa rispondono I Modelli valutativi dell'Outcome in Psicoterapia ?

- **Modello Dose-Risposta**
 - Patterns/Tassi di Miglioramento
 - Quando una Terapia può essere Sufficiente?
- **Modello della Fase**
 - Differenziazione Temporale degli Outcomes
 - Cosa Cambia Quando?
- **Modello della Risposta Attesa**
 - Questa Psicoterapia Progredisce nel Tempo?

(tratto da Robert J. Lueger – Predicting Treatment Successes and Failures)



Effetto dose-risposta

(Hansen, Lambert, Forman, 2002)

Esame di studi clinici controllati e di studi naturalistici

Sono necessarie da 13 a 18 sedute per ottenere il miglioramento di almeno il 50% dei pazienti (criteri diversi di miglioramento)

Rassegna di 20 studi clinici controllati randomizzati

Lunghezza media del trattamento 12.7 sedute

58 % dei pazienti al termine risulta migliorato
(miglioramento clinicamente significativo)

67% dei pazienti risulta migliorato
(cambiamento statisticamente affidabile)

Phase model of outcome (Howard, Lueger, *Lutz*, Maling, Martinovich, 1993)

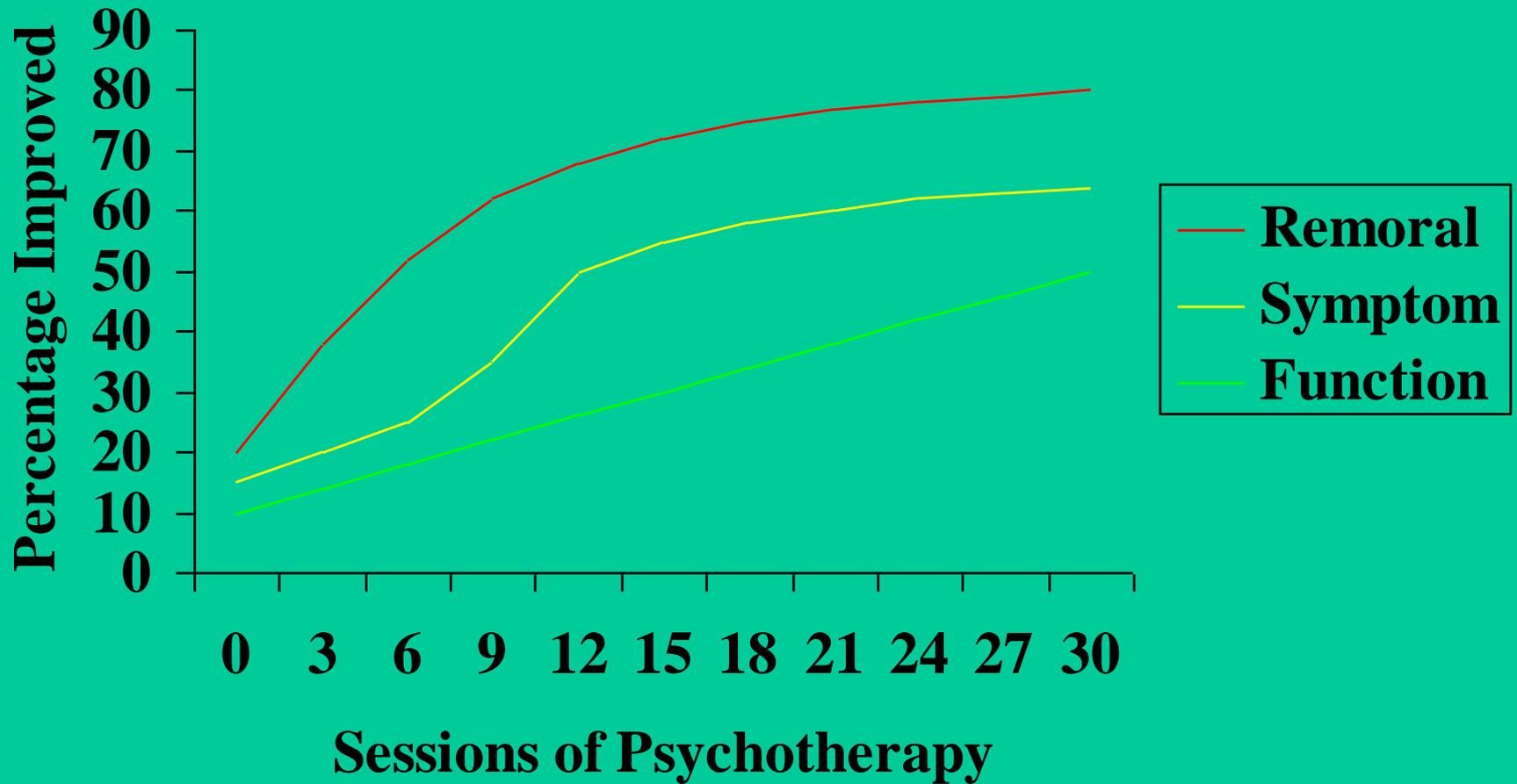
I trattamenti producono miglioramenti sequenziali (ognuno prepara il successivo) in aree diverse:

1. Benessere soggettivo, senso di padronanza, speranza (REMORALIZATION)
2. Riduzione dei sintomi, attivazione delle capacità di coping e soluzione di problemi di vita (REMEDICATION)
3. Funzionamento sociale, abitudini di vita, raggiungimento di nuovi obiettivi (REHABILITATION)

I processi di cambiamento (e le classi di interventi) sono specifiche per ogni fase

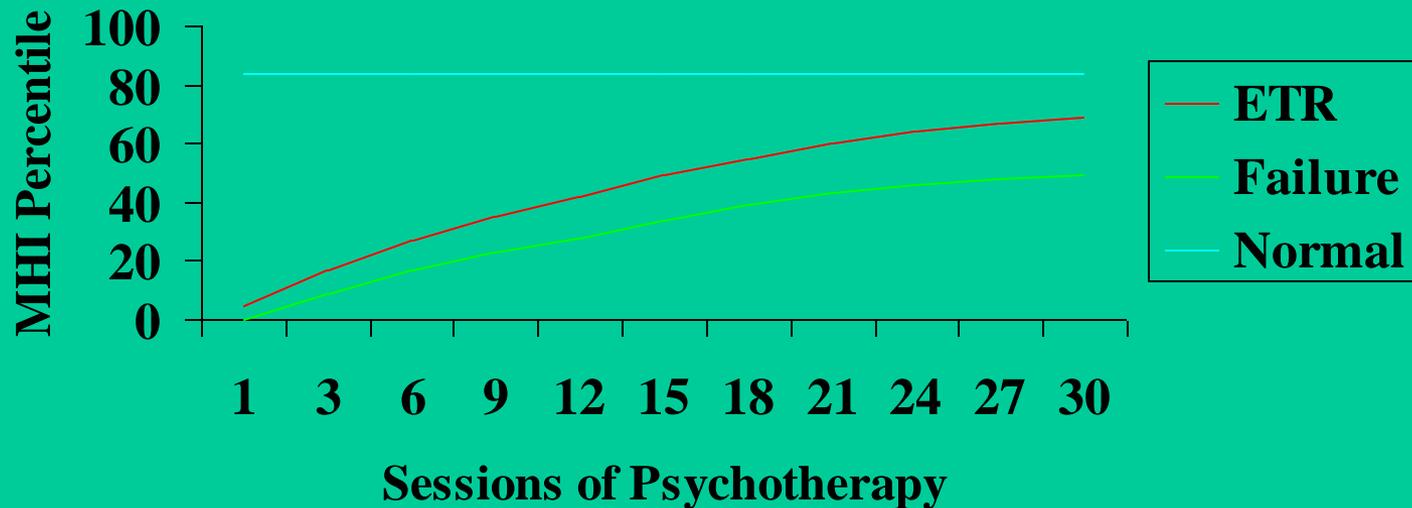
La sommatoria dei cambiamenti sequenziali può spiegare il modello dose-risposta.

Phase Model



Expected Treatment Model

(tratto da Robert J. Lueger – Predicting Treatment Successes and Failures)



Expected treatment response model

**All'inizio consente di formulare una
prognosi del trattamento psicologico
Nel corso del trattamento risponde alla
domanda se esso procede secondo le
attese e in modo efficiente o se è
necessario apportare correzioni**

Expected treatment response model

Predittori considerati:

- *cronicità del problema/ disturbo*
- *fiducia nel trattamento e collaborazione*
- *gravità del disturbo valutata dal clinico*
- *benessere*
- *distress determinato dai sintomi*
- *limitazioni nel funzionamento*

Conclusioni sulle Previsioni di Esito

(tratto da Robert J. Lueger – Predicting Treatment Successes and Failures)

- Il miglior predittore sembra essere il miglioramento sintomatologico entro la dodicesima seduta.
- Il miglior predittore di insuccesso nel trattamento sembra essere costituito dall'assenza di riduzione della sintomatologia entro la dodicesima seduta.

Metodologia utilizzata nelle rassegne

- Eucleazione di un preciso ambito di intervento
- Individuazione di *Key-words*
- Consultazione di Banche Dati Qualificate
- Utilizzo di un indicatore che consenta di comparare fra loro i risultati degli studi riscontrati
- Individuazione dei limiti metodologici degli studi consultati

Caratteristiche delle rassegne sistematiche

- 1. Consultazione di apposite banche dati (Medline, MBASE, Psyclit e Cochrane Library)
- 2. Definizione dei criteri di inclusione ed esclusione dei lavori
- 3. Valutazione della metodologia utilizzata nei vari studi
- 4. Valutazione dell'omogeneità dei risultati e di quanto essi siano generalizzabili

Definizione di meta-analisi

- Per meta-analisi si intende una particolare rassegna sistematica in cui i risultati dei vari lavori considerati vengono combinati con metodi quantitativi per ricavare informazioni di livello più alto e generale, calcolando per ciascuno degli esiti considerati (*end-points*) una stima complessiva dell'effetto (*effect size*) del trattamento in esame.

Metodologia per l'attuazione di meta-analisi

1. Utilizzo di studi rappresentativi (selezionati da Banche Dati quali PsycLIT, Medline, Psycinfo, Current Contents)
2. Numero di studi $\geq 15-20$
3. Individuare tutte le variabili potenzialmente influenti (*Predittori*)
4. Valutare l'esclusione di studi metodologicamente deboli o con risultati *outliers*

EFFECT SIZE (grandezza dell'effetto)

indice più utilizzato nelle meta-analisi, misura la grandezza degli effetti di un trattamento, è indipendente dalla numerosità del campione

l'effect size può essere calcolato fundamentalmente in due modi:

- *come differenza standardizzata tra due medie;*
- *come correlazione (effect size correlation) tra la classificazione secondo la variabile indipendente (dicotomica) e i punteggi individuali nella variabile dipendente (continua)*

esistono molte formule per calcolare l'ES

media (gr.sperim.) - media (gr. controllo)

d di Cohen = -----

dev. standard (gr. sperim. o pooled)

d è, dunque, espresso in punti z

EFFECT SIZE (grandezza dell'effetto)

d può essere calcolato anche sulla base del valore del *t* test della differenza tra i due gruppi

d+ rappresenta la media, che tiene conto della numerosità relativa dei campioni dei diversi studi e di altre caratteristiche

Es. per capire

studio 1 n= 15 studio 2 n= 22 studio 3 n= 40 ...

$d_1 \times 15 + d_2 \times 22 + d_3 \times 40 \dots$

$d_+ = \frac{\dots}{15 + 22 + 40 \dots}$

$15 + 22 + 40 \dots$

*viene anche valutata l'omogeneità dei *d* per verificare se si riferiscono alla stessa popolazione o a popolazioni diverse*

EFFECT SIZE (grandezza dell'effetto)

L'ES può essere interpretato come % di non sovrapposizione dei punteggi del GS e del GC (es. $d = .80$ corrisponde al 47,4% di non sovrapposizione tra le due distribuzioni)

critéri proposti da Jacob Cohen (1977) per interpretare gli effect size:

d attorno a .20 \Rightarrow piccolo

d attorno a .50 \Rightarrow medio

d attorno a .80 \Rightarrow grande

le più recenti meta analisi sui trattamenti psicologici hanno fornito valori vicini a .80

Criteria della Task-Force 12 dell'APA per l'individuazione dei trattamenti psicologici di Provata Efficacia

- **Criterio N. 1** almeno 2 trial che presentano **1A** o **1B**
- **1A** differenza statisticamente significativa del gruppo sperimentale rispetto al gruppo controllo o/a altro trattamento
- **1B** risultati equivalenti del gruppo sperimentale con altro trattamento di già provata efficacia. Il gruppo deve avere $N \geq 30$.

Punti critici e direzioni di sviluppo della Evidence Based Psychology

- **GENERALIZZABILITA'**
 - non sopprimere la complessità e variabilità di una popolazione clinica
 - indicazioni anche da studi non controllati
- **EFFICACIA NEL / IN FUNZIONE DEL TEMPO**
 - follow-up più lunghi (anche 3 anni)

Critiche alla Evidence Based Psychology

- **TRATTAMENTI SPECIFICI PER DISTURBI/PROBLEMI SPECIFICI**
 - manuale limita qualità trattamento
 - limita autonomia del terapeuta
 - nella pratica non è usato
 - manca personalizzazione trattamento
 - focalizzazione sui sintomi
 - trattamento condizionato da setting, caratteristiche del servizio...
 - limiti classificazioni diagnostiche
 - non considerate le caratteristiche di personalità

Caratteristiche dei trattamenti psicologici nella pratica

- 1. non hanno una durata fissa**
- 2. si adattano e si autocorreggono nel procedere**
- 3. i pazienti hanno un ruolo più attivo e scelgono**
- 4. i pazienti hanno problemi e disturbi multipli, non necessariamente riferibili alle categorie DSM-IV**
- 5. si focalizzano sugli obiettivi del paziente e su un miglioramento del funzionamento generale**

Seligman Report
(1994)
Task Force Div.29 A.P.A.
(2001)
ed.... altro



The Consumer Reports Study

- Una delle indagini sui consumatori svolte nel 1994 ha considerato le automobili e la salute mentale.
- 180.000 questionari inviati
- 22.000 questionari compilati e restituiti, tra questi:
- 7.000 compilata la parte sulla salute mentale
- Delle 7.000 persone che dichiarano di aver avuto nel recente passato problemi/ disturbi:
- 2.900 hanno ricevuto aiuto da parenti, amici...
- 1.200 sono stati seguiti solo dal medico di famiglia o da un gruppo/ associazione
- 2.900 sono stati trattati (anche) da un professionista: psicologo (37%), psichiatra (22%), operatore sociale (14%), consulente matrimoniale (9%)

The Consumer Reports Study

- 26 domande riguardavano il trattamento specialistico e in particolare: tipo di professionista, problemi/ disturbi, condizione emotiva iniziale, condizione emotiva attuale, terapia individuale/ di gruppo, durata e frequenza, orientamento terapeutico, costo, copertura assicurativa e limitazioni, competenza del terapeuta, aiuto ricevuto, soddisfazione, motivi della cessazione
- Indicatori di efficacia del trattamento:
 1. Miglioramento specifico (riferito ai problemi/ disturbi)
 2. Soddisfazione per il trattamento
 3. Miglioramento globale

The Consumer Reports Study

- *Analisi statistica: regressione multipla basata principalmente su gravità iniziale e durata del trattamento*
- **RISULTATI**
- **87% delle persone che stavano “molto male” ora stanno “molto bene”/ “bene”/ “così così”**
- **92% delle persone che stavano “male” ora stanno almeno “così così”**
- **i trattamenti di più lunga durata determinano un miglioramento maggiore**
- **non vi è differenza di efficacia tra la psicoterapia da sola e + trattamento farmacologico**

Seligman, 1995

The Consumer Reports Study

- **RISULTATI**
- tutti i professionisti svolgono interventi efficaci, ma non nella stessa misura: massima A.A. (miglioramento globale 0-300: 251), media psichiatri (226), operatori sociali (225) e psicologi (220), minima consulenti matrimoniali (208)
- il medico di famiglia è efficace quanto i professionisti solo nei trattamenti brevi
- nessuna forma di psicoterapia è più efficace delle altre per un qualche tipo di problema/ disturbo
- i pazienti attivi e che scelgono hanno esiti migliori
- i pazienti condizionati da clausole assicurative (scelta del terapeuta, durata...) hanno esiti peggiori

Considerazioni critiche sull'Evidence Based Psychology

- le indagini relative all'efficacia nella pratica mostrano che i pazienti riferiscono miglioramenti (nel 80-90% dei casi), sia specifici che generali, e che non vi sono differenze dovute al tipo di psicoterapia
- una meta-analisi di meta-analisi di studi controllati arriva alle stesse conclusioni (Luborsky e altri, 2002)
- attualmente il quadro delle ricerche non è completo e conclusivo, occorre favorire la sperimentazione
- alcuni disturbi (es. depressione) sembrano avere una buona risposta a molti tipi diversi di trattamento, altri (es. DOC) mostrano un'elevata specificità
- va comunque data adeguata informazione e possibilità di scelta al paziente

Empirically Supported (Therapy) Relationships

- Le Psicoterapie basate sulle Evidenze, pur con nobili intenti, hanno tralasciato di prendere in considerazione almeno tre elementi basilari nel determinare l'efficacia delle psicoterapie:
 - la persona dello psicoterapeuta;
 - la relazione terapeutica;
 - le caratteristiche non – diagnostiche del paziente (non D.S.M.- IV°).

Empirically Supported (Therapy) Relationships

- La Task Force della Div. 29 dell'APA ha prodotto una lista di caratteristiche relazionali basate sulla pratica dimostrate: *efficaci, promettenti, probabilmente efficaci o con non sufficienti elementi per giudicare*
- In sintesi: la relazione terapeutica mostra di fornire un sostanziale e consistente contributo all'esito del trattamento psicoterapeutico indipendentemente dallo specifico tipo di trattamento.

Elementi Specifici della Relazione Terapeutica Dimostratisi Efficaci

- **Efficacia Dimostrata**
 - Alleanza Terapeutica
 - Coesione nella Terapia Gruppale
 - Empatia
 - Condivisione degli Scopi
- **Promettenti e Probabilmente Efficaci**
 - Lo Sguardo Benevolo
 - Congruenza e Genuinità
 - Feedback
 - Riparazioni degli Incidenti dell'Alleanza Terapeutica
 - Disvelamento del Sè
 - Management del Controtransfert
 - Qualità delle Relazioni Interpersonali

Elementi Generali favorenti l'Efficacia Terapeutica

- **Ritagliare su Misura la relazione terapeutica alla specificità dei bisogni e alle caratteristiche non diagnostiche migliora l'efficacia pratica del trattamento.**
- Per esempio, i clienti che presentano una forte resistenza rispondono meglio a metodi terapeutici che sentono di poter controllare; mentre rispondono meno alla direttività del terapeuta.
- I pazienti con un basso livello di resistenza sperimentano outcomes migliori con terapeuti direttivi.

L'Alleanza Terapeutica



Processo Terapeutico ed Esiti

L'Alleanza Terapeutica (Bordin, 1994)

- Si definisce per la presenza di tre caratteristiche nella relazione terapeutica:
 1. Goal - (condivisione nella scelta degli obiettivi terapeutici).
 2. Task - (condivisione degli strumenti terapeutici).
 3. Bonding – (relazione terapeutica caratterizzata da mutuo rispetto, fiducia nelle capacità reciproche e condivisione dei significati di ciò che accade)

Alleanza Terapeutica ed Outcome

Una Misura dell'Alleanza Terapeutica (Bordin,1975)

Tipo 1 Indicatori:

1. Il Pz. sperimenta il T. come caldo e supportivo.
2. Il Pz. sente che il T. lo sta aiutando.
3. Il Pz. si sente cambiato dal trattamento.
4. Il Pz. si sente coinvolto in una relazione con il T.
5. Il Pz. sente il T. rispettoso e valorizzante.
6. Il Pz. attribuisce un valore al trattamento.

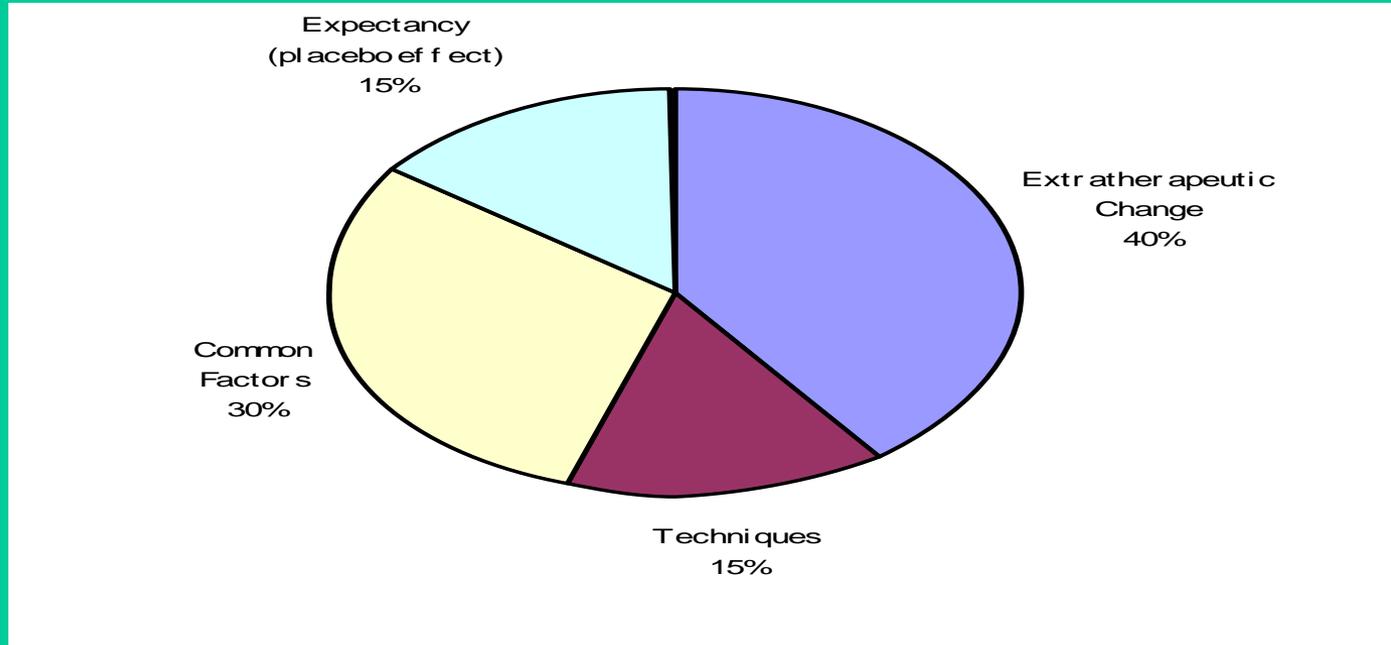
Tipo 2 Indicatori:

1. Il Pz. sperimenta la relazione come un lavorare assieme con uno sforzo comune.
2. Il Pz. condivide col T. alcune convinzioni sull'origine dei suoi problemi.
3. Il Pz. sperimenta una condizione di maggiore consapevolezza di cooperazione con il terapeuta.
4. Il Pz. dimostra di possedere una capacità di **comprensione condivisa con il terapeuta.**

- La ricerca conferma che l'Alleanza Terapeutica è un fattore comune in tutti i successi terapeutici.
- L'Alleanza Terapeutica è essa stessa un fattore terapeutico indipendentemente dal modello di trattamento.
- Lambert & Barley (2002) hanno definito 4 fattori primari di impatto sull'outcome: extra therapeutic factors, common factors, hope and expectancy, and techniques.

- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In John C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-32). Oxford: Oxford University Press.

Da Lambert & Barley, 2002



(Extra-Therapeutic Factors Client's functioning – 40%)

- la forza dell'Io del Pz.
- la capacità di coping
- il contesto di supporto del Pz.
- la teoria mentale del cambiamento del Pz.
 - il grado di disponibilità al cambiamento
 - la tipologia dei problemi attuali
- cambiamenti precedenti al trattamento

Relationship / Common Factors

(Therapist's functioning – 30%)

- l'abilità del terapeuta a stimolare e mantenere l'alleanza terapeutica
 - la capacità di “prendersi cura” da parte del terapeuta
 - la capacità empatica
 - la capacità di sostegno e di incoraggiamento
- la capacità di aiutare la strutturazione dei pensieri e delle emozioni nella relazione

- **Hope and Expectancy Factors (Client's ability to hope – 15%)**
 - preesistenti esperienze di soluzioni positive di problemi da parte del Pz.
 - aspettativa e rappresentazione mentale del cambiamento possibile del Pz.
 - la fiducia del Pz. sulle capacità del terapeuta

- **Model / Technique Factors (Therapist's ability to intervene – 15%)**
 - il modello di trattamento
 - le competenze specifiche del terapeuta
 - la selezione dei pazienti
 - la capacità di monitorare le tecniche

N.I.M.H.

Terapia interpersonale psicodinamica (le 10 più frequenti caratteristiche del processo psicoterapeutico)

1. P's interpersonal relationships are a major theme.*
2. Love or romantic relationships are a topic of discussion.
3. P's current or recent life situation is emphasized in discussion.
4. T. asks for more information or elaboration.*
5. T. is sensitive to the P's feelings, attuned to the P; empathic.
6. T. conveys a sense of non-judgmental acceptance.
7. T. clarifies, restates, or rephrases P's communication.
8. T. adopts supportive stance.*
9. Self-image is a focus of discussion.*
10. T. identifies a recurrent theme in the P's experience or conduct.

Terapia interpersonale psicodinamica (le 10 caratteristiche meno frequenti)

1. T. is distant, aloof (vs. responsive and affectively involved).*
2. Silences occur during the hour.
3. Patient does not initiate topics; is passive.
4. T. is tactless.
5. T. condescends to, or patronizes P.
6. P. does not feel understood by T.
7. P. is provocative, tests limits of therapy relationship. *
8. P is demanding.*
9. P. has difficulty beginning hour.*
10. P. rejects (vs. accepts) T's comments and observations.*

N.I.M.H

Terapia Cognitivo - comportamentale (le 10 caratteristiche di processo più frequenti)

- 1. T. actively exerts control over the interaction.**
- 2. There is discussion of specific tasks for P. to attempt outside of session.**
- 3. Discussion centers on cognitive themes.**
- 4. T. behaves in a teacher-like or didactic manner.**
- 5. P's current or recent life situation is emphasized in discussion.***
- 6. T. gives explicit advice and guidance.**
- 7. Self-image is a focus of discussion.***
- 8. T. asks for more information or elaboration.***
- 9. T. adopts supportive stance.***
- 10. P's interpersonal relationships are a major theme.***

Terapia Cognitivo - comportamentale (le 10 caratteristiche di processo meno frequenti)

- 1. T. is distant, aloof (vs. responsive and affectively involved).***
- 2. T. is neutral**
- 3. P. is controlling.**
- 4. P. is demanding.***
- 5. T. emphasizes P's feelings in order to help him/her experience more deeply.**
- 6. P. is provocative, tests limits of therapy relationship.***
- 7. T interprets warded-off or unconscious wishes, feelings, or ideas.**
- 8. P. rejects (vs. accepts) T's comments and observations.***
- 9. P. has difficulty beginning hour.***
- 10. P. discusses experiences as if distant from his/her feelings.**

Process Correlates of Outcome in Intepersonal and Cognitive-Behavioral Therapy

Positivi (presenti)

- P conveys positive expectations about therapy. .
- P understands the nature of therapy and what is expected. .
- P is committed to the work of therapy. .
- P is clear and organized in self-expression. .
- P is animated or excited. .
- P achieves a new insight or understanding.
- P is introspective, readily explores inner thoughts and feelings.
- P seeks greater intimacy with the T.
- Humor is used. .
- P has cathartic experience.

Negativi (assenti)

- P feels sad or depressed (vs. joyous or cheerful).
- P rejects therapist's comments or observations.
- P does not feel understood by T.
- P feels shy and embarrassed (vs. un-self-conscious and assured).
- P feels inadequate and inferior (vs. effective and superior).
- P feels wary or suspicious (vs. trusting and secure).
- P is anxious or tense (vs. calm and relaxed).
- P verbalizes negative feelings (e.g., criticism, hostility) toward T.
- P experiences discomforting or troublesome (painful) affect.
- P experiences ambivalent or conflicted feelings about the T.

L'Esperienza Inglese (2000) Primary Care Mental Health Service



Il “Primary Care Mental Health Worker Service” (Leeds – G.B.)

- Il Servizio eroga trattamenti psicologici nei confronti di utenti con disturbi ansiosi o depressivi di lieve e/o moderata entità
- Vi afferisce un’alta percentuale di giovani compresi tra 16 e 24 anni
- La valutazione di efficacia mostra dei buoni outcome: il 69% degli utenti trattati con psicoterapia ha avuto un miglioramento clinico

Primary Care Mental Health Worker Service

- I dati di efficacia confermano che gli interventi psicoterapeutici brevi (da 1 a 3 sedute) forniscono buoni risultati
- I dati di flusso mostrano una riduzione dell'invio ai Servizi psicologici per adulti
- Riduzione dei tempi di attesa e del fenomeno del drop – out in prima visita

Dati sull'Accesso

- 6750 invii in quattro anni (2000 – 2003)
- 69% femmine - 31 % maschi
- 95% compreso tra 16 e 64 anni
- Motivi di invio più frequenti:
 - stati depressivi (26%) e stati ansiosi (26%)
- Il 79 % degli utenti era in carico ad altri servizi
- Il 53 % assumeva psicofarmaci

Dati di Processo

- **Ai 6750 utenti inviati al Servizio:**
 - 1387, (20 %) hanno concluso dopo la prima visita
 - dei 5056 a cui è stata proposta una valutazione:
 - * 1083, (21%) non ha proseguito nel processo valutativo
 - dei 3973 utenti valutati:
 - * a 2296, (57%) è stata proposta una psicoterapia breve
 - a coloro i quali è stata proposta una psicoterapia:
 - * il 94% e l'84%, rispettivamente, mostravano un certo grado di sintomi ansiosi e depressivi
 - gli utenti inviati, dopo la valutazione, ad altri servizi specialistici avevano mediamente punteggi al CORE –OM significativamente più alti di quelli a cui è stato proposto un trattamento

Outcome

- In totale il 69% degli utenti ha evidenziato un miglioramento clinicamente attendibile al CORE – OM
- Il 30% non ha manifestato un esito clinicamente significativo
- Solo l'uno per cento è deteriorato dopo l'intervento
- Il massimo vantaggio è stato ottenuto con gli utenti che hanno fruito di tre sedute:
 - * il 75% ha mostrato un miglioramento attendibile e clinicamente valido

CORE - OM

- **C**linical
- **O**utcomes
- **R**outine
- **E**valuation

- **O**utcome
- **M**easure

What is the CORE-OM? (Margison, 2001)

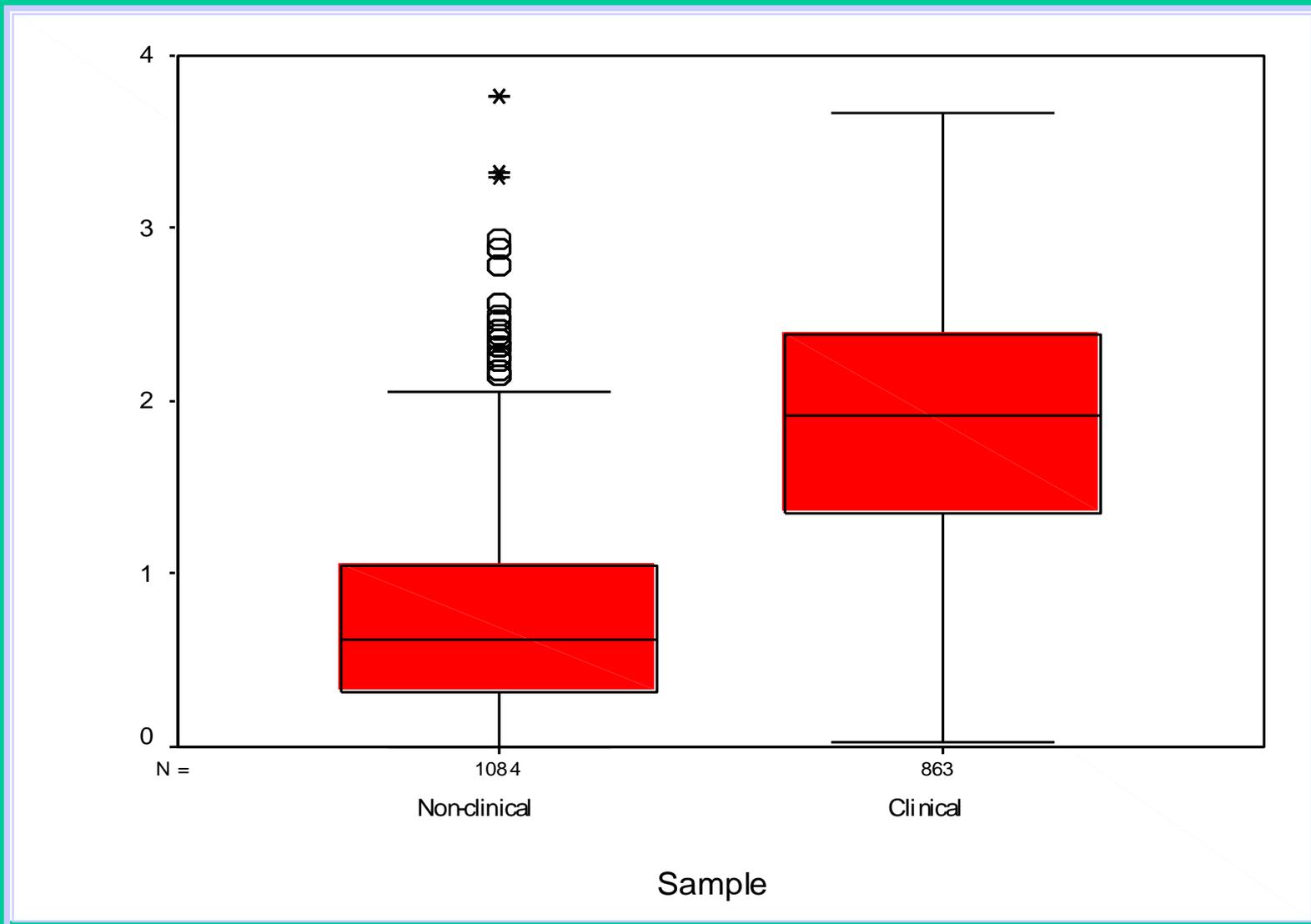
- **34 items on two sides of A4**
- **tick box completion**
- **five response levels (0 to 4)**
- **pan-theoretical (“CORE”)**
- **simple language**
- **hand scorable**
- **computer scannable**
- **short forms available**

What does it measure?

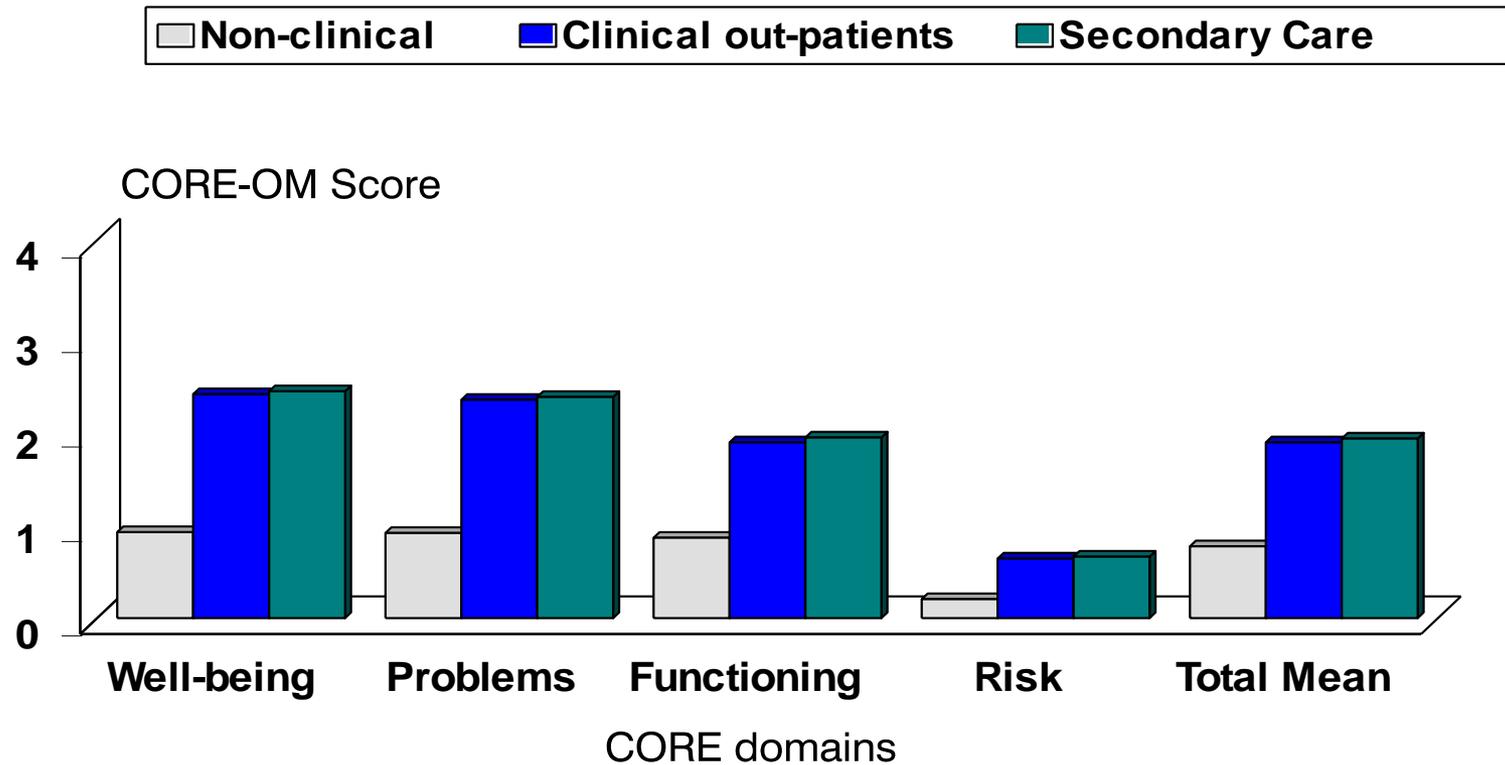
(Margison, 2001)

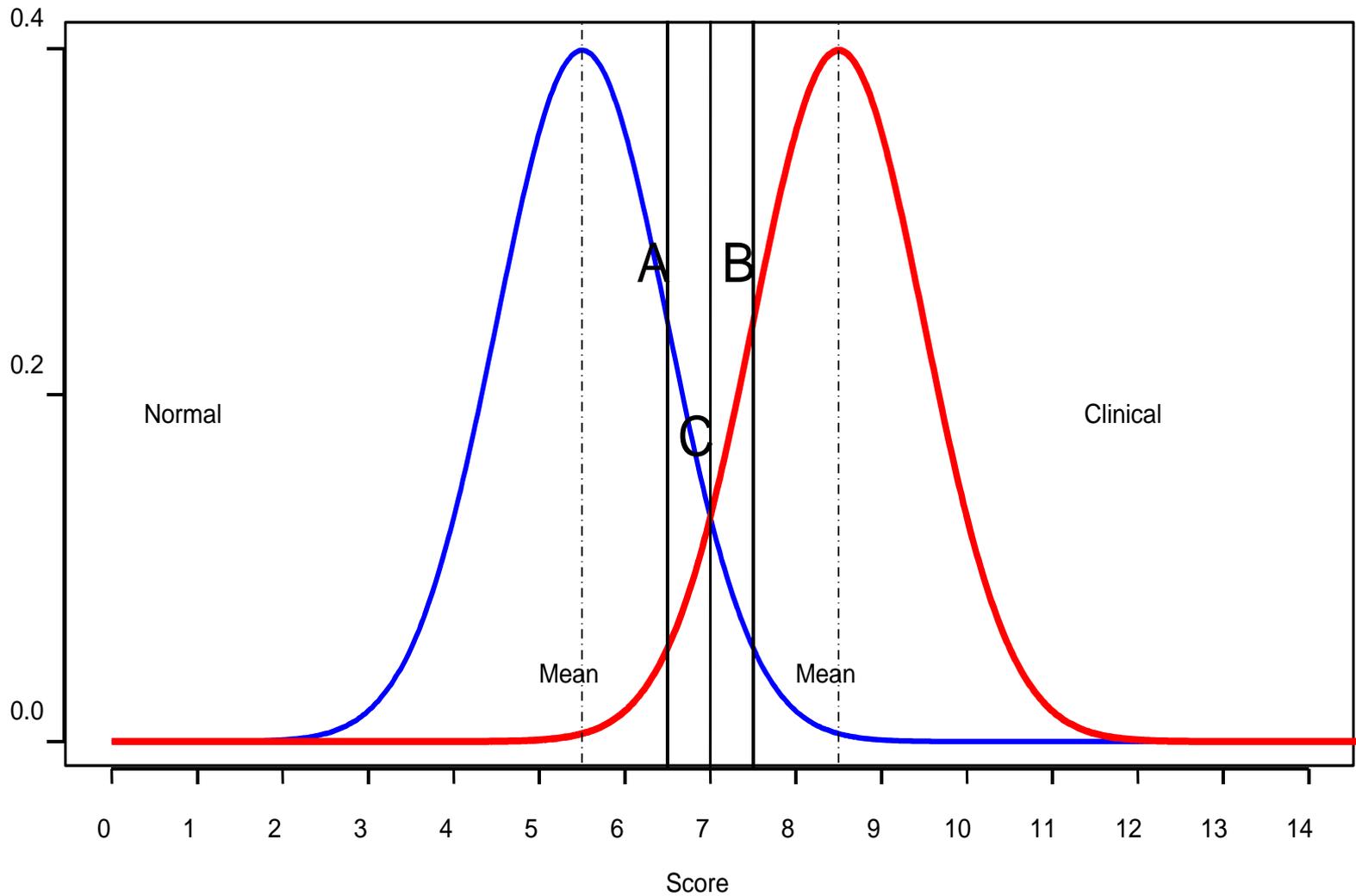
- **Four domains covered**
 - **Subjective well-being**
 - **Social functioning**
 - **Problems/symptoms**
 - **Risk**
 - **to self (harm/suicide)**
 - **to others**
- **Eight items positively keyed**
- **Mixture of high and low threshold items**

Clinical vs. non-clinical

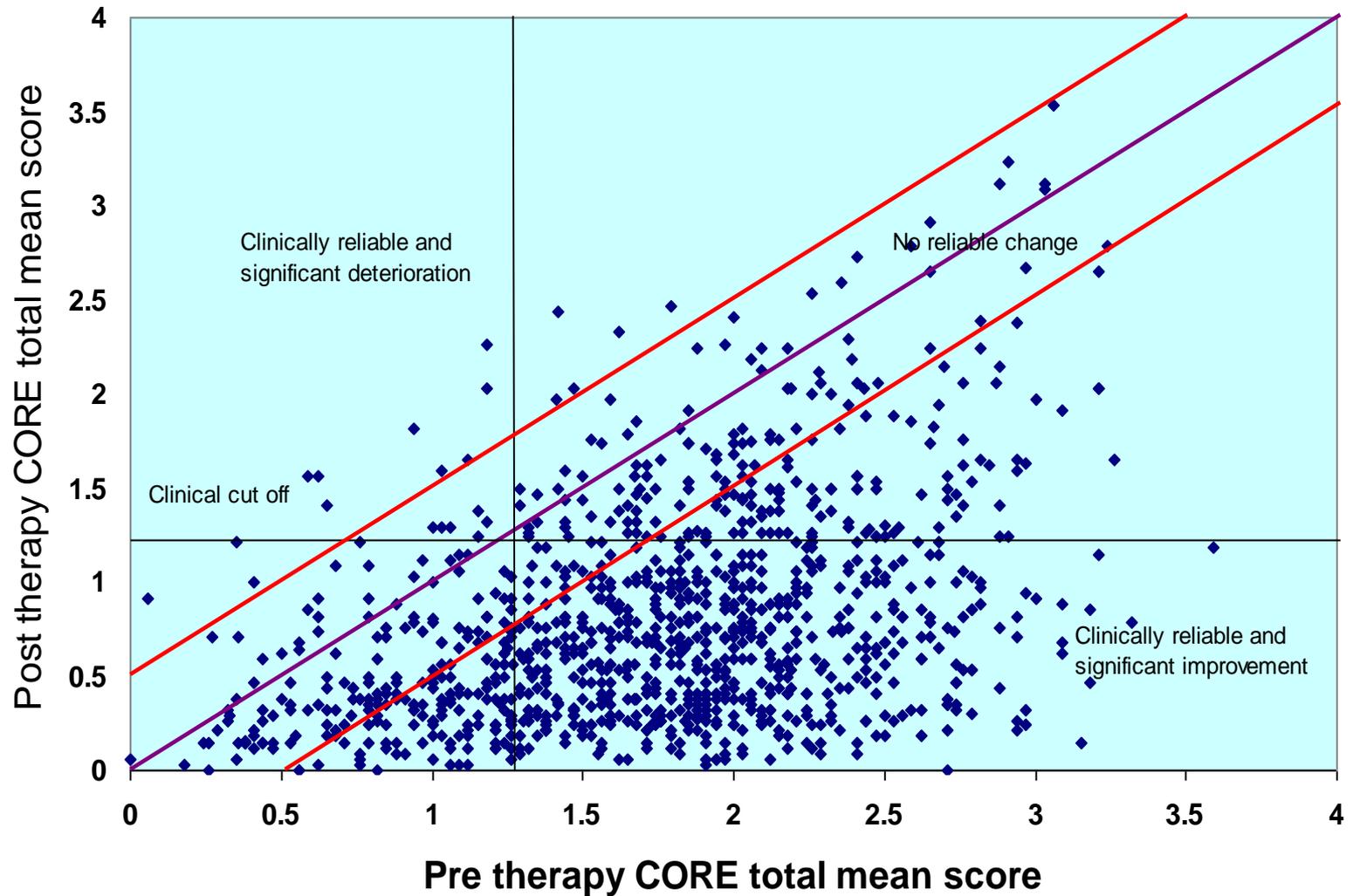


Stability of norms





'Jacobson Plot' showing clinical and reliable change for CORE OM completed pre and post therapy (n=1087)



THE END

Classical Texts Foundation