

Evidence Based Psychology

Paolo Michielin

DSM - Azienda ULSS n. 9 - Treviso

Facoltà di Psicologia - Università di
Padova



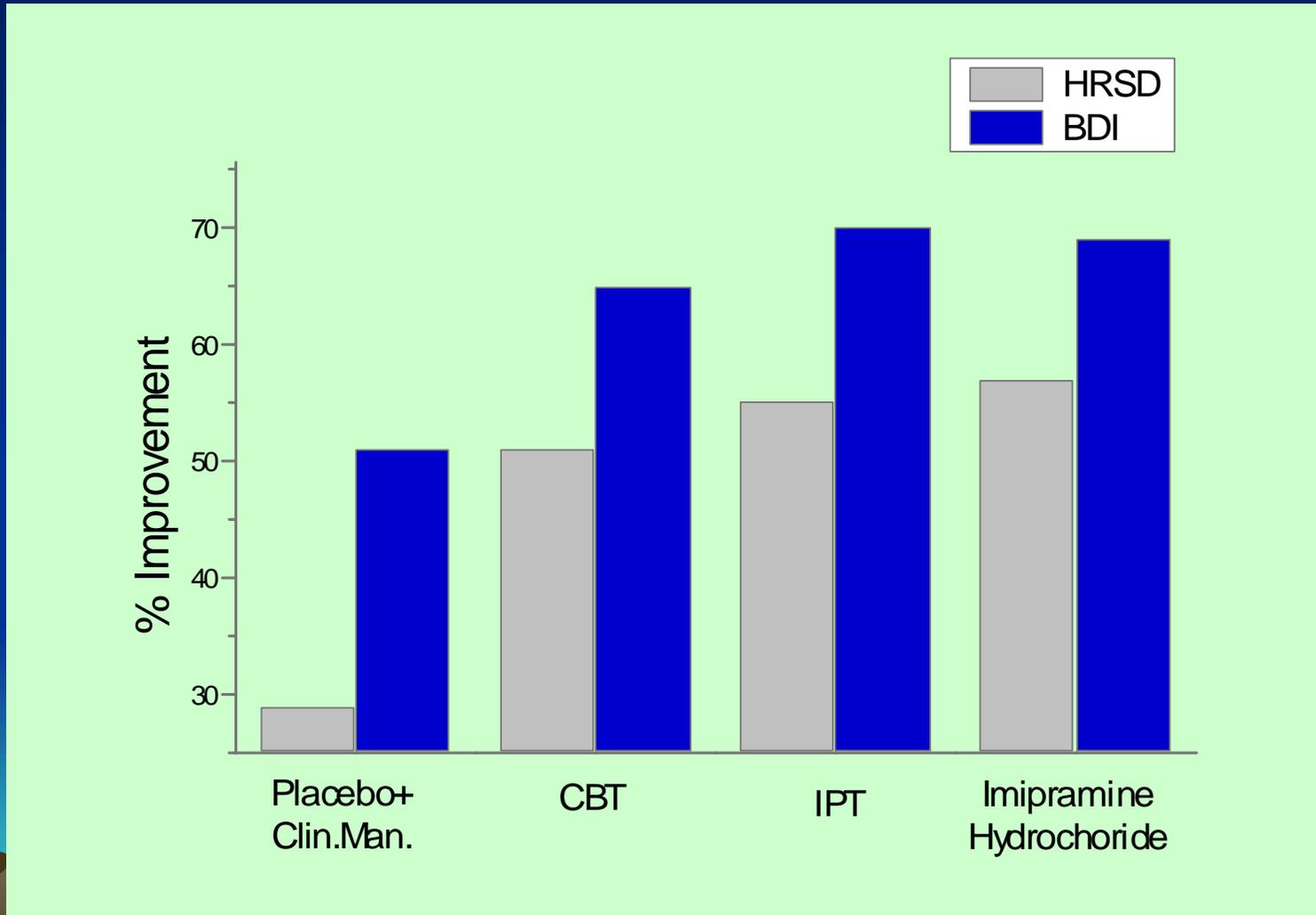
Fattori che riducono l'attendibilità del giudizio dello psicologo sull'efficacia dei trattamenti effettuati

- **Miglioramento o remissione spontanei**
molti disturbi migliorano spontaneamente
- **Effetto placebo**
i miglioramenti possono dipendere dal fatto che il paziente si sente curato
- **Regressione verso la media**
- **Selezione dei casi** non è possibile sapere quanto il caso sia rappresentativo della casistica trattata
- **Soggettività nell'interpretazione dei risultati** il terapeuta può valutare gli esiti in modo più favorevole



NIMH-TDCRP

National Institute of Mental Health TREATMENT OF DEPRESSION COLLABORATIVE RESEARCH PROGRAM



Requisiti per la valutazione dell'efficacia di un intervento psicologico

1. Confronto

L'efficacia di una psicoterapia deve essere confrontata con i risultati di pazienti trattati in modo diverso. I casi singoli possono essere trattati in modo rigoroso con i disegni A-B-A-B.

2. **Confrontabilità dei gruppi** ovvero la loro omogeneità

3. **Confrontabilità delle rilevazioni:** i risultati devono essere obiettivati con strumenti affidabili

4. **Rilevanza dei risultati** sul funzionamento sociale e sulla qualità di vita della persona

Requisiti per la valutazione dell'efficacia di un intervento psicologico

5. Completezza del follow-up i pazienti devono essere seguiti nel tempo. *E' importantissimo che si sappia di quanti pazienti trattati non si conoscono i risultati.*

6. Adeguatezza della descrizione dei trattamenti ovvero devono poter essere replicabili. *Importanza di controllare i cosiddetti co-interventi*

7. Analisi statistica dei dati per accertarsi che le differenze non siano state dovute al caso

Esempi di manuali in lingua italiana

Terapia cognitiva
della depressione

Beck AT e Rush AJ (1987)
*Terapia cognitiva della
depressione.* Astrolabio

Terapia interpersonale
della depressione

Klerman G e Weissman M
(1984) *Psicoterapia
Interpersonale della
depressione.* Boringhieri

Terapia cognitivo-comp.
della bulimia

Fairburn CG (1996) *Come
vincere le abbuffate.*
Positive Press

VALUTAZIONI PSICOLOGICHE DI ESITO

- si possono dividere per contenuto:
intrapersonali,
interpersonali, sociali
- per modalità: valutative,
descrittive, osservative,
rilevaz. di stati
fisiologici
- per fonte: autoreferito,
osservatore, altro
significativo, terapeuta,
strumentazione,
istituzionale

➤ Le 10 misure più usate nelle ricerche sono:

Beck D.I., STAI,
Hamilton R.S. for
Depression, SCL 90 e
90-R, Locke Wallace
Marital Adjustment
Scale, pressione
arteriosa, frequenza
cardiaca, MMPI

VARIABILI DI ESITO O CHE LO POSSONO INFLUENZARE

- **Indici generali di disagio/ psicopatologia o di benessere psicologico**
- **Qualità della vita**
- **Funzionamento sociale**
- **Soddisfazione per il trattamento ricevuto**
- **Soddisfacimento delle aspettative e delle richieste del paziente**
- **Alleanza terapeutica**
- **Caratteristiche del paziente e del terapeuta**
- **Rilevanza e utilità delle singole sedute**



Caratteristiche degli studi clinici controllati

- **Condizione 1**

- *Studio Controllato*

- ovvero vi sono più gruppi, omogenei fra loro, a confronto (sperimentale o trattato vs gruppo non trattato)

- **Condizione 2**

- *Randomizzazione*

- ovvero l'assegnazione dei pazienti ai trattamenti è casuale

Caratteristiche degli studi clinici controllati

- **Condizione 3**

Uno studio controllato randomizzato esegue la cosiddetta “*intention to treat*”, cioè attribuisce, nelle valutazioni finali, i pazienti al gruppo a cui sono stati assegnati all’inizio, indipendentemente o meno dal fatto che abbiano ricevuto l’intero trattamento.



Studi clinici controllati

ALTRE CONDIZIONI

4. Studio eticamente accettabile
5. Pazienti informati
6. Descrizione della casistica e dei criteri di inclusione/esclusione
7. Accuratezza ed affidabilità della valutazione diagnostica
8. Descrizione dettagliata della procedura e dei risultati



**CHE TIPO DI
TRATTAMENTO**

riferimento teorico
manualizzazione
addestramento e
monitoraggio

**PER CHE TIPO DI
DISTURBO**

diagnosi DSM-IV
cut-off di strumenti validi
controllo delle variabili
potenzialmente influenti
(comorbidità, personalità,
risorse e coping)

E' EFFICACE ?

non solo self-report
esposizione di tutte le
misure previste (+ QdV,
funzionamento sociale)



Introduzione alle rassegne bibliografiche

- Le rassegne sono articoli in cui esperti fanno il punto su quanto si sa in un determinato campo, commentando i lavori usciti sull'argomento.
- Le rassegne considerate scientificamente rilevanti sono denominate *sistematiche*



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.

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 fondamentalmente 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

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*

Significatività statistica e clinica

- **Significatività statistica:** esprime la probabilità che la differenza osservata sia dovuta al caso.
($p \leq \underline{.05}$)
- **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 – Risley, 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)
- Per gli strumenti di valutazione più diffusi esistono riferimenti sicuri sia relativamente al cut-off che al RC (ad esempio per il Beck D.I. essi sono rispettivamente uguali a 14 e a 7 – Ogles e Lunnen, 1996)

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

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

DS = deviaz standard del gruppo patologico
rxx = reliability

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 $N \geq 30$.

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

Criterio N. 2 ampia serie di casi su soggetto singolo ($N \geq 9$) che dimostrino l'efficacia del trattamento intrapreso

2A1 Necessità di un buon disegno sperimentale

2A2 comparazione caso singolo come per 1A

Criteria aggiuntivi ai criteri 1 e 2

- 3. Corrispondenza dei trattamenti erogati ai contenuti e alle norme procedurali indicate nei rispettivi manuali**
- 4. Caratteristiche dei campioni chiaramente e accuratamente descritte**
- 5. Effetti dei trattamenti valutati da 2 differenti operatori esperti o da uno specifico team**



Trattamenti di probabile efficacia richiedono la presenza di almeno 1 dei seguenti criteri:

- **1.** N = 2 esperimenti che evidenzino che i cambiamenti indotti da un trattamento sono più efficace rispetto ai cambiamenti intercorsi in un gruppo di controllo o in lista d'attesa
- **2.** Presenza di esperimenti che presentino i criteri **1A** o **1B**, **III**, **IV**, ma non il **V** (controllo indipendente dei risultati)
- **3.** Serie di Casi Singoli ($n \geq 3$) con Presenza Criteri **II**, **III**; **IV** dei trattamenti di buona efficacia

Le psicoterapie su cui è stato possibile condurre meta-analisi

- **Psicoterapia dinamica**
- **Psicoterapia interpersonale**
- **Psicoterapia comportamentale e cognitivo-comportamentale**
- **Psicoterapia strategica**
- **Psicoterapia sistemico-relazionale**
- **Psicoterapie supportive ed esperienziali**
- **Terapie di gruppo**

Interventi psicoterapeutici efficaci per il trattamento in acuto del Disturbo Depressivo Maggiore

- Terapia cognitiva (+++)
- Terapia comportamentale
- Terapia interpersonale (*Klerman, Weissman e al. 1984*)
- Psicoterapia dinamica (++)
- Terapia sistemico-relazionale

Interventi psicologici efficaci per la prevenzione delle ricadute nel D. Depressivo Maggiore

- Terapia cognitivo-comportamentale completata dalla Terapia del Benessere (basata sul modello di Ryff: promozione di autoaccettazione, relazione positive con gli altri, autonomia, padronanza sull'ambiente, scopi di vita e crescita personale, *Fava e al. 1998*)
- Terapia interpersonale



Interventi farmacologici (triciclici e serotoninergici) per la prevenzione delle ricadute nel D. Depressivo Maggiore

80% dei pazienti dopo il 1° episodio depressivo ha almeno una ricaduta

50% ha una ricaduta entro un anno

persistono manifestazioni subcliniche nei periodi liberi



terapia farmacologica prolungata (o a vita)

SVANTAGGI:

perdita di efficacia (ricadute durante il trattamento prolungato 9 - 57%)

sindrome d'astinenza ("da discontinuazione")

peggior esito post-terapia (ricadute entro 6 mesi dalla sospensione: 37% dopo 4-7 settimane di trattamento, 48% dopo 2-8 mesi, 57% dopo più di 12 mesi)

può aumentare la ciclicizzazione nel disturbo bipolare

MODELLO SEQUENZIALE

(Terapia cognitivo-comportamentale completata dalla
Terapia del Benessere, Fava e altri 1998)

nella fase acuta: uso di farmaci antidepressivi

nella fase residua (dopo 3 mesi): terapia cognitivo-
comportamentale completata dalla terapia del
benessere, riduzione graduale e sospensione dei
farmaci

10 sedute di 30' a cadenza settimanale e poi bisettimanale
(la terapia C-C senza trattamento farmacologico
richiede 15-20 sedute di 50' svolte da terapeuti molto
preparati ed esperti)

RISULTATI ai follow-up di 2 anni (e 6 anni): % p.ti ricaduti

TRATTAMENTO SEQUENZIALE 25% (40%)

CLINICAL MANAGEMENT 80% (90%)

Trattamenti psicologici e psico-sociali efficaci nella Schizofrenia

- Addestramento alle abilità sociali e tecniche comportamentali di base +++
- Trattamenti psico-educativi familiari
- Inserimento lavorativo supportato
- PACT – Programs of Assertive Community Training (*Marx, Test e Stein, 1973*)
- TCC dei sintomi psicotici resistenti ai farmaci
- Riabilitazione neurocognitiva (*es. IPT di Brenner, Rodel e al, 1997*) ++
- Interventi precoci (*McGorry, 1996*)

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)**
**es. psicoterapia
interpersonale per
bulimia (Fairburn. 1993)**

Punti critici e direzioni di sviluppo della Evidence Based Psychology

APPLICAZIONE

maggiore facilità applicativa in strutture specializzate

accettazione e preferenze del paziente es. esposizione in vivo vs desensibilizzazione

facilità di disseminazione

poco accessibile la formazione

es. pazienti “resistenti” rispondono meglio a trattamenti non direttivi (Beutler e al, 1991, Shohan e al, 1995)

l'esperienza del terapeuta influenza l'efficienza ma non l'efficacia

INTERAZIONE TRA CARATTERISTICHE DEL P.TE E TRATTAMENTO CARATTERISTICHE DEL TERAPEUTA E TRATTAMENTO

Critiche alla Evidence Based Psychology

convinzioni diffuse:

psicoterapie efficaci per tutti i problemi/disturbi

importanza dei fattori non specifici

**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**

Esplicitazione e critica degli assunti di base della ricerca Evidence Based Psychology (Westen e Morrison, 2001)

1. i processi psicologici sono altamente “malleabili”
2. la maggior parte dei pazienti hanno un disturbo specifico o possono essere trattati come se lo avessero
3. i disturbi psicologici possono essere trattati indipendentemente dalla personalità di chi li presenta
4. i pazienti sono capaci e disponibili a riferire all’inizio della terapia qual è il loro problema
5. gli elementi di un trattamento efficace sono separabili tra loro e possono essere sommati
6. gli elementi efficaci di un trattamento possono essere manualizzati e sono causalmente correlati all’esito



Seligman, 1995

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%)**

Seligman, 1995

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**

Seligman, 1995

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 AA (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

IMPORTANZA DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA (APA Division 29 Psychotherapy)

“La relazione terapeutica porta un sostanziale contributo all’esito della psicoterapia indipendentemente dal tipo di tecnica utilizzata”

ELEMENTI GENERALI DELLA RELAZIONE SICURAMENTE EFFICACI

- **alleanza terapeutica**
- **empatia**
- **consenso sugli obiettivi e collaborazione**
- **coesione del gruppo nelle terapie di gruppo**

IMPORTANZA DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA (APA Division 29 Psychotherapy)

ELEMENTI GENERALI DELLA RELAZIONE PROBABILMENTE EFFICACI

- **rispetto e considerazione positiva per il p.te**
- **congruenza e genuinità**
- **feedback**
- **autoapertura**
- **recupero delle rotture nell'alleanza**
- **gestione del controtransfert**
- **qualità delle interpretazioni relazionali**

CAPACITA' DI ADATTARE LO STILE TERAPEUTICO ALLE CARATTERISTICHE DEL P.TE

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*)



Valutazione degli esiti dei trattamenti nella pratica dei servizi (Reitano, 2001)

*Valutazione di tutte le prestazioni psicoterapeutiche
(55% dell'attività rivolta all'utenza) erogate dalle
UU.OO. di Psicologia dell'A.S. Trentina*

SCOPI: descrivere le caratteristiche dell'utenza,
valutare i cambiamenti prima/dopo, analizzare i
risultati del processo terapeutico

RACCOLTA DATI:

Codice utenti e anagrafica (sistema informativo)

Diagnosi (ICD10)

Risultato dei test specifici per problema/ disturbo

Proposta di trattamento (durata)

Trattamento effettuato

Valutazione nella pratica dei servizi

Valutazione ai tempi 0 (prima del trattamento), 1 (al termine) e 2 (follow up a 3-6 mesi)

DEI COSTRUTTI

- Sintomatologia
- Funzionamento sociale
- Abilità di coping

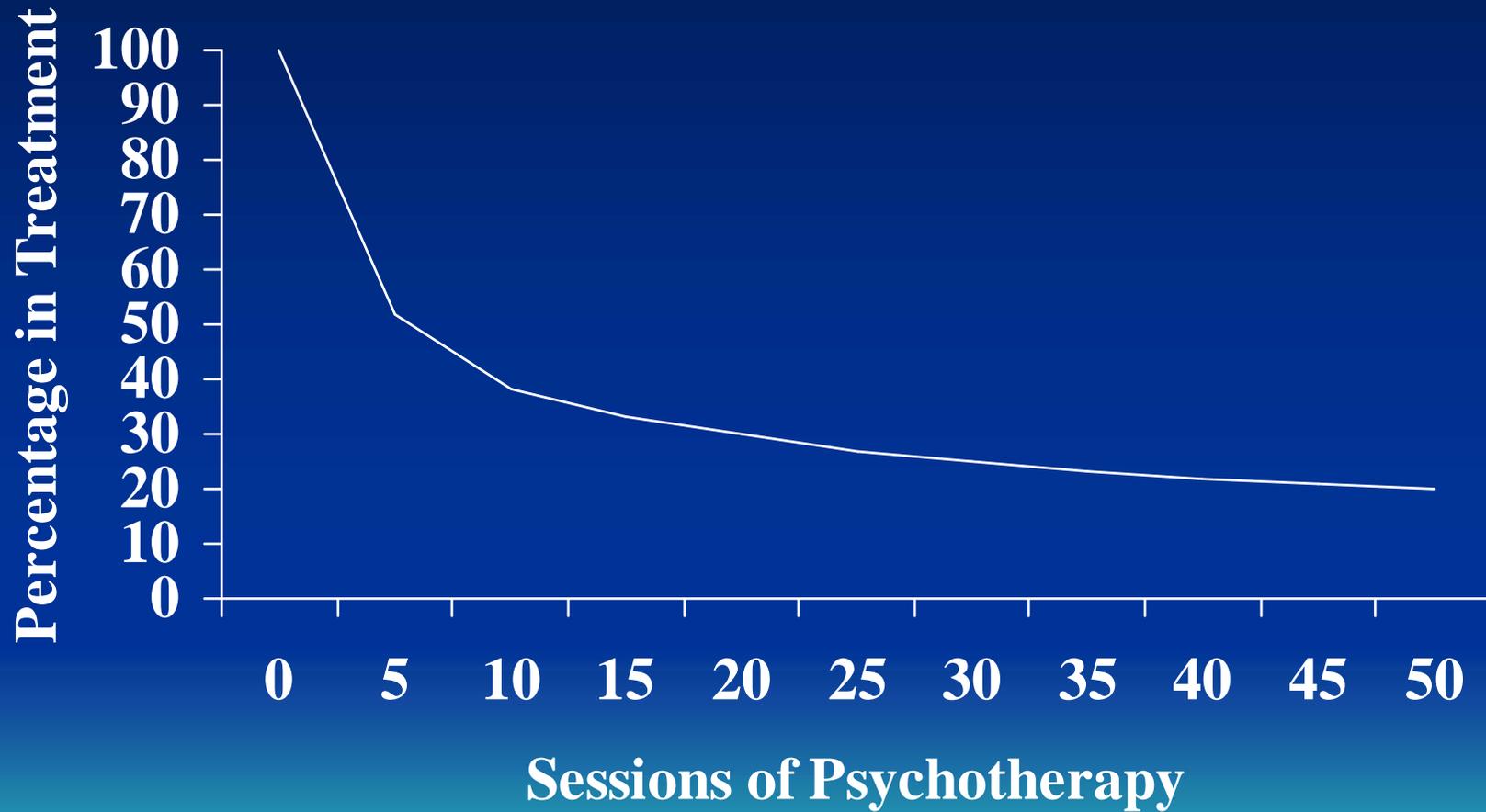
CON GLI STRUMENTI

- SCL 90 di Derogatis (1983)
- VGF del DSM IV
- PSI di Heppner

DISTRIBUZIONE PER DURATA DEL TRATTAMENTO

<i>0-4 sedute</i>	<i>48-52%</i>	<i>5-12 sedute</i>	<i>27-37%</i>
<i>13-24 sedute</i>	<i>14-11%</i>	<i>oltre 24 sedute</i>	<i>4-11%</i>

Treatment Survival Curve



Valutazione nella pratica dei servizi (Reitano, 2003)

**DISTRIBUZIONE
PER ETA'**
(in anni)

14- 19	20- 29	30- 39	40- 49	50 e più
17%	30%	26%	19%	8%

Valutazione nella pratica dei servizi (Reitano, 2003)

RISULTATI DELLE VALUTAZIONI NEGLI ADULTI

Indice GSI del SCL 90-R punti T (cut-off => 63)	T0 Media 68,2	T0 DS 8,2	T1 Media 57,1	T1 DS 8,2
VFG del DSM IV	Media 52,3	DS 6,1	Media 63,2	DS 5,7

Valutazione nella pratica dei servizi (Reitano, 2003)

RAPPORTO DOSE-BENEFICIO

SEDUTE SVOLTE	% pazienti	RCI massimo miglioramento (> 2 DS)
0 - 4	21	25
5 - 12	32	42
13 - 24	28	50
più di 24	19	58

Il trattamento è efficace *con questo specifico paziente?*

Il paziente migliora?

Quanto e in che tempi?

Quali aspetti e in che sequenza?

Secondo le aspettative oppure è
necessario correggere il
programma?

Dose-response model

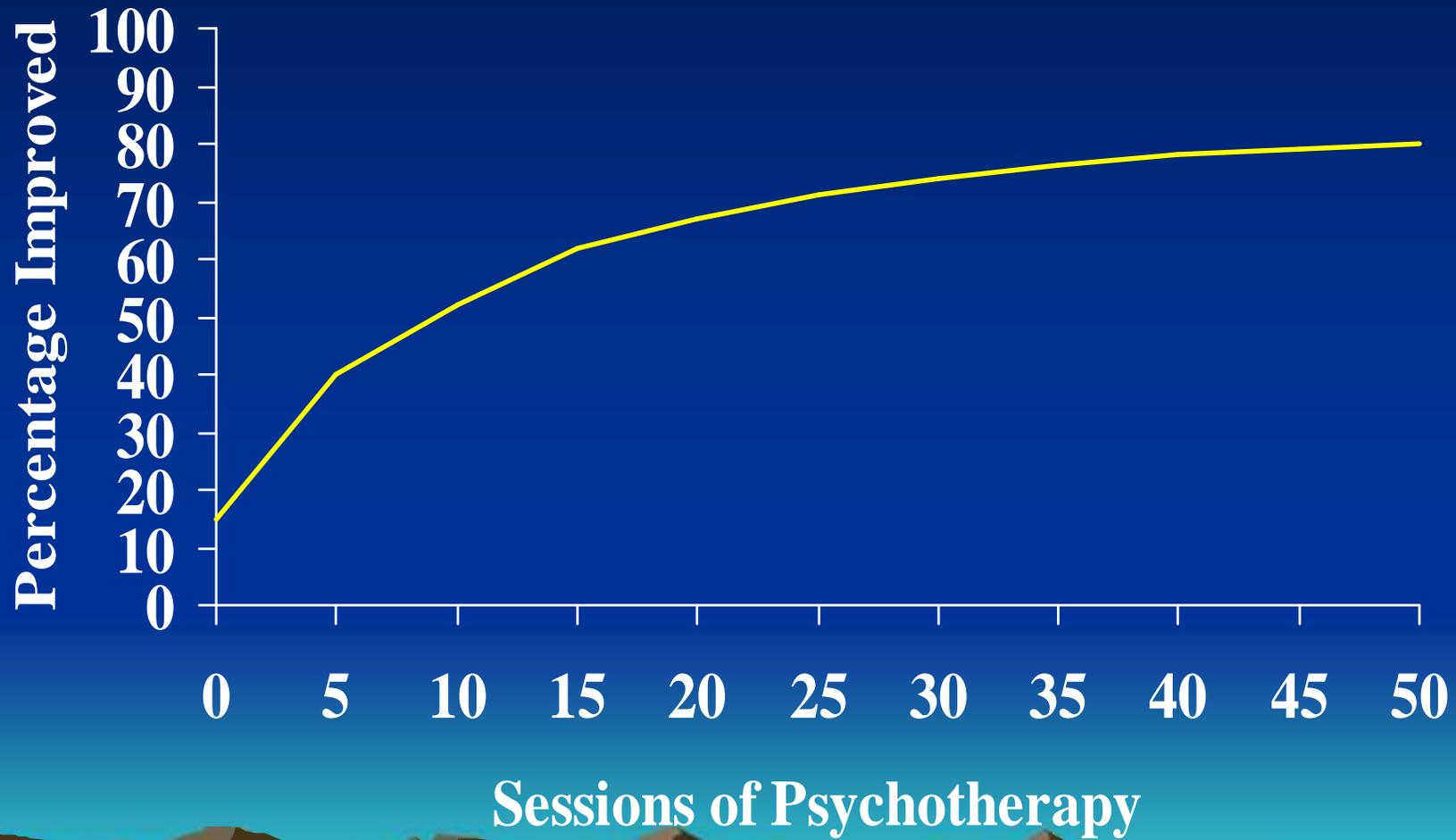
(Howard, Kopka, Krause, Orlinsky, 1986)

Descrive un pattern generale di evoluzione nel tempo degli esiti attribuibili al trattamento (la dose corrisponde al numero di sedute)

Sulla base di una meta-analisi Howard e al. concludono che la risposta del paziente al trattamento tende a seguire una curva logaritmica, con un rapido miglioramento nelle sedute iniziali e una successiva, graduale, riduzione degli ulteriori cambiamenti

E' importante per decidere la durata del trattamento e per le valutazioni di costo-efficacia

Dose-Response Model



Curva dose-risposta nei trattamenti brevi erogati nei servizi (Draper e al, 2000)

42 centri di counseling negli USA 1.698 pazienti
1-10 sedute (numeri troppo piccoli oltre 10 sedute)

seduta conclusiva

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MIGLIORATI*	29.0	37.9	38.8	47.5	46.3	49.5	42.7	36.8	41.2	54.5
PEGGIORATI	6.7	6.4	10.3	6.8	7.4	7.4	7.8	13.2	13.7	9.1
INVARIATI	64.2	55.7	50.9	45.8	46.3	43.2	49.5	50.0	45.1	36.4

* miglioramento statisticamente affidabile (RCI) nell'OQ45

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)

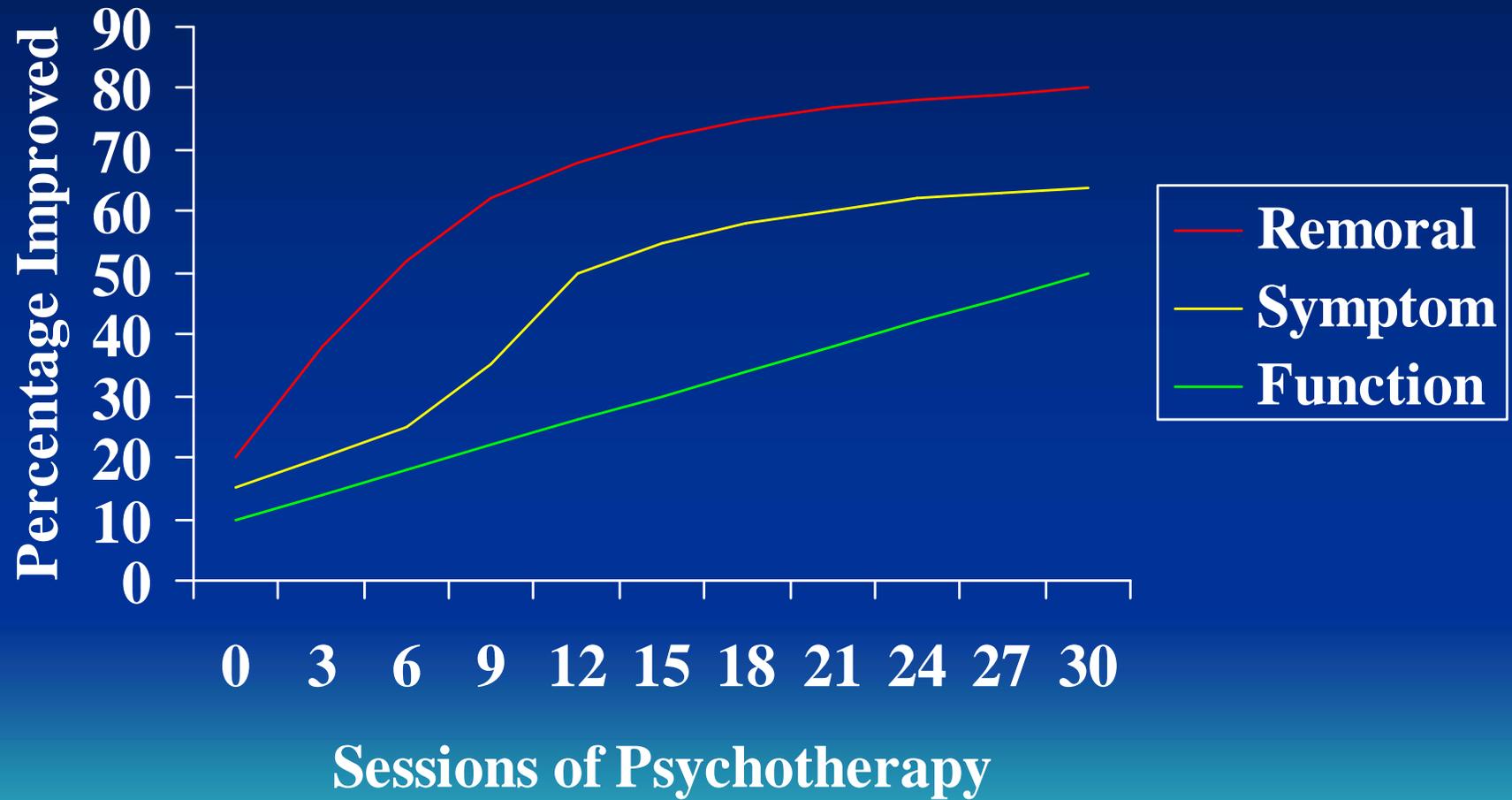
I trattamenti producono miglioramenti sequenziali (ognuno prepara il successivo) in aree diverse:

1. **Benessere soggettivo, senso di padronanza, speranza (REMORALIZATION)**
2. **Riduzione dei sintomi, attivazione delle capacità di coping e soluzione di problemi di vita (REMEDIATION)**
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 response model

Al'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*



Expected treatment response model

CATEGORIE DI ESITI:

SUCCESSO – miglioramento affidabile (RCI) e rientro nei limiti (cut-off) della norma

RISPOSTA – solo miglioramento affidabile

NON RISPOSTA – non miglioramento affidabile

FALLIMENTO – peggioramento affidabile

Il miglior predittore di successo è la riduzione della sintomatologia entro le prime 12 sedute; il miglior predittore di insuccesso è la mancata riduzione della sintomatologia nelle prime 12 sedute



VALUTAZIONI DI COSTO-EFFICACIA

QUALE E' IL COSTO SOCIALE DEL DISAGIO/ DISTURBI PSICOLOGICI?

Circa il 10% della popolazione ha disturbi psicologico/ psichiatrici gravi e questo determina un costo stimabile per l'Italia in 30.000 milioni di euro all'anno, la metà dei quali per perdita di produttività

Uno studio della durata di 3 anni sui dipendenti di una grande multinazionale ha rivelato che il 60% dell'assenteismo è dovuto a problemi psicologici

I disturbi psicologici/ psichiatrici possono avere effetti invalidanti pari a quelli dei più gravi disturbi fisici

Nel corso della vita il 25% della popolazione soffre di un DA e il 20% di un DD, ma solo il 10-20% riceve uno specifico trattamento e solo il 5% da specialisti

VALUTAZIONI DI COSTO-EFFICACIA

Gli studi sono stati svolti prevalentemente da mutue e assicurazioni private (es. aziendali) con un platea di assistiti da 200.000 a diversi milioni di persone

QUANDO L'ASSISTENZA PSICOLOGICA E' DIVENTATA ACCESSIBILE SI SONO DETERMINATI I SEGUENTI RISULTATI:

- **diminuiscono le spese per ricoveri e per prestazioni mediche e chirurgiche del 30,7% (GHA del Kansas, 1993), del 48,9% (Kennecott Copper C., 1993)**
- **diminuisce la durata delle ospedalizzazioni del 77,9%, i ricorsi al PS del 45,3%, le visite mediche del 48,6%, il numero delle prescrizioni del 48,6% (Kaiser Permanente s., 1993)**

VALUTAZIONI DI COSTO-EFFICACIA

Per ogni dollaro investito in prestazioni psicologiche si risparmiano 5,78 (solo spese sanitarie) – 11,54 (anche altri costi, es. incarcerazioni) dollari

- Il trattamento per 2 anni con farmaci antidepressivi (Prozac) costa il 33% in più della terapia C-C
- La rassegna di Chiles (1999) basata su 91 studi mostra **un risparmio medio del 20% sulle altre spese sanitarie**; analoghi risultati evidenzia la meta-analisi di Mumford (1984)
- Una rassegna di 35 studi (Gabbard, 1997) mostra nel 90% dei casi un risparmio derivante dall'aggiunta del trattamento psicoterapeutico

LA DISPONIBILITA' DI TRATTAMENTI PSICOLOGICI
NON DETERMINA UN'ESPLOSIONE DEI COSTI PER
GLI STESSI TRATTAMENTI

Implicazioni dell'Evidence B.P. nella pratica professionale di tutti gli psicologi

- obbligo di documentare lo svolgimento, i contenuti e gli esiti del trattamento
per motivi professionali, deontologici e legali, soprattutto nei servizi pubblici
- necessità di differenziare il trattamento (tecniche, modalità, tempi...) in base ai disturbi/ problemi e alle caratteristiche del paziente
almeno nei disturbi con alta specificità di risposta
- importanza di informare il paziente e di promuovere la sua contrattualità, la scelta e l'adesione consapevole



PARLANDO DI PSICOTERAPIA CON LA SOCIETA' (APA divisione 29)

- **LA PSICOTERAPIA E' EFFICACE NELLA MAGGIOR PARTE DEI PROBLEMI/ DISTURBI PSICOLOGICI. Mediamente il 75% dei pazienti ricava benefici apprezzabili (i benefici sono minori nella schizofrenia e nel disturbo bipolare)**
- **PER MOLTI DISTURBI ESSA DOVREBBE ESSERE IL TRATTAMENTO DI PRIMA SCELTA, risultando più efficace e con meno effetti dannosi dei farmaci**
- **LA PSICOTERAPIA E' PIU' EFFICACE DEL PLACEBO E DEL SOSTEGNO INFORMALE**
- **GLI EFFETTI DELLA PSICOTERAPIA SONO SOSTANZIALI, riguardano molte aree di funzionamento e sono stati documentati secondo metodi e fonti diverse (self-report, giudizio clinico, dei familiari..., misure psicofisiologiche, dati sul lavoro, i ricoveri, le incarcerazioni...)**

PARLANDO DI PSICOTERAPIA CON LA SOCIETA' (APA divisione 29)

- **GLI EFFETTI SI MANTENGONO NEL TEMPO**, almeno per 1 anno e fino a 5 anni
- **L'EFFICACIA E' LEGATA ALLA DURATA**. Non sono giustificate limitazioni legali/ contrattuali della durata sotto le 20 sedute e circa il 25% dei p.ti necessita di 50 o + sedute
- **Il 15-25% dei pazienti non mostra benefici e il 5-10% peggiora**, queste percentuali possono essere ridotte **MIGLIORANDO LA QUALIFICAZIONE DEI TERAPEUTI E LE CONDIZIONI DI TRATTAMENTO**
- **POCHE AREE DELLA MEDICINA** presentano così ampie e solide documentazioni di efficacia
- **La psicoterapia e i trattamenti psicologici permettono di RIDURRE DI CIRCA IL 20% GLI ALTRI COSTI SANITARI**