



Efficacia della psicoanalisi nella cura: i contributi delle origini -- le conoscenze attuali

Maria Moscara

Psichiatra AUSL-Modena

Psicoterapeuta, Psicoanalista Società Psicoanalitica Italiana

Ricerca bibliografica

- ▶ **PUBMED**
- ▶ **Parole chiave:** psychoanalysis and validity, and efficacy, and effectiveness
- ▶ **aa:** 2005-2014
- ▶ **Filtri:** meta-analisi, systematic review, review, RCT; published in the last 10 years; humans

Risultati: 28 studi: 2 metanalisi, 5 revisioni sistematiche, 7 RCT, 14 revisioni

Dalla ricerca iniziale sono stati ricavati ulteriori 29 articoli.

Complessivamente pubblicati su 18 riviste diverse

**Nazionalità dei gruppi di ricerca: USA (11), Brasile (2);
per l'Europa: Olanda (5), Germania (4), Francia (2), Finlandia (2), Svezia (1),
Inghilterra (1).**

► Per la ricerca sistematica:

Harvard Review of Psychiatry (2009; 2013), Clinical psychology review (2012), Psychiatry (2010), Revista brasileira de psiquiatria (2009), Journal of the America Psychoanalytic Association (2009; 2012), Canadian Journal of psychiatry (2005), The psychiatric clinic of North America (2012); Psycodinamic Psychiatry (2012); The American Psychologist (2010); The psychoanalytic quarterly (2010); The international journal of psychoanalysis (2008); Nature clinical practice. Rheumatology (2006);

Altri articoli:

L'Interesse per questo tema

1990: l'APA promuove una task force per studiare l'opportunità /necessità di scrivere «linee guida» per la psicoterapia (Safran 2001)

1991: Review su «efficacia della psicoanalisi» (Bachrach 1991)

1995: report sulle linee guida dei modelli di psicoterapia supportati da evidenza empirica: dei 22 modelli di psicoterapia esaminati, solo 1 era ad indirizzo psicodinamico (APA, 1995)

2001: overview «sull'evidenza empirica delle psicoterapie psicoanalitiche e la psicoanalisi» (Doidge 2001)

Ai giorni nostri...

Alcuni AA (Shedler 2010; Busch 2013) evidenziano uno iato tra l'alto numero e buona qualità dei lavori scientifici sull'evidenza dell'efficacia della psicoterapia psicodinamica e conoscenza diffusa tra i professionisti

I quesiti emergenti

Gli RCT sono applicabili?

Problema di:

- ▶ assegnazione random: caso / controllo
- ▶ casi eccessivamente «selezionati» (Blatt 2001)
- ▶ trattamento «gold standard»
- ▶ «placebo»
- ▶ «effetti collaterali»
- ▶ non-responders
- ▶ pazienti in «lista da attesa»
- ▶ pazienti con «trattamento usuale»

S
I

I quesiti emergenti: Gli RCT sono applicabili?

N
O

Complessità riguardo:

- ▶ problemi etici
- ▶ mancanza di gruppo di controllo (Knekt 2011)
- ▶ assegnazione random non applicabile alla psicoterapia
- ▶ critica *radicale* agli RCT (Leichsenring 2005)
- ▶ strumenti per valutare la «qualità» degli RCT in altri ambiti medici non sono applicabili alla psicoterapia.

Il metodo **CONSORT** (Consolidated Standards of Reporting Trials) per valutare la qualità del report di un articolo scientifico non è applicabile allo studio delle psicoterapie (mancano items su: formazione, supervisione del clinico, assessment iniziale, valutazioni psicometriche, aderenza al trattamento, etc).

Il CONSORT per i trials non-farmacologici revisionato non è specifico.

I quesiti emergenti

Nel 2004 l'APA costituì un «ad hoc Subcommittee for Evaluation of the Evidence Base for Psychodynamic Psychotherapy» di 93 psichiatri con diversa formazione che hanno costruito uno strumento apposito: **RCT-PQRS (Physician Quality Reporting System)** (scala di 25 items per valutare la qualità degli studi RCT di psicoterapia) (Gerber 2011)

Con la RCT-PQRS hanno valutato 94 Studi degli ultimi 20 anni trovando che:

- ▶ la qualità degli studi è migliorata nel tempo (Busch 2013)
- ▶ anche per gli studi di alta qualità, non c'è evidenza degli outcomes manca la:
 - ❖ diagnosi condivisa
 - ❖ descrizione dei risultati
 - ❖ descrizione degli effetti collaterali
- ▶ non hanno trovato RCT per la psicoanalisi classica (4 sedute settimanali) (de Maat 2013)

Cosa studiare

Processo terapeutico:

problemi inerenti a molteplici variabili del paziente e del clinico:

- ▶ la durata del trattamento viene correlata con un più alto numero di variabili nelle terapie di lunga durata (Seligman 1995; Wallerstein 1999)
- ▶ le variabili vengono considerate meno numerose nelle terapie short-term o focali
- ▶ è concettualmente difficile correlare il cambiamento terapeutico alla **sola** variabile del trattamento effettuato (validità interna)

Esiti (outcomes) condivisione di:

- ▶ esito clinico tra: paziente, terapeuta e professionisti «terzi»
- ▶ diagnosi: descrizione dettagliata dei sintomi
- ▶ indicazioni terapeutiche

Atteggiamenti dei clinici ad orientamento psicodinamico

Fiducia
(Barber 2009;
De Maat 2009)



“Fede”

Sfiducia
(Busch 2013)



Diffidenza
(Coleman 2014)

Confronto ineludibile



Autocritica
rispetto al passato
(Cortina 2010)

Schachter J., 2011: «ineludibile il misurarsi con l'effectiveness della psicoanalisi sia rispetto al grande pubblico che alla comunità scientifica»

Atteggiamenti emersi

- ▶ Fino all'inizio del 2000 si evidenzia un'enfasi sulle Medicina Basata sull'Evidenza
- ▶ Alcuni AA (Boesky, 2002) criticano la definizione di evidenza, affermando che siamo in un'epoca di epistemologia «post- moderna»
- ▶ Nei lavori dal 2012 in poi (Busch, 2013) emerge un ridimensionamento delle aspettative e «speranze» sulla applicazione degli RCT agli studi di psicoterapia

Le proposte presenti in letteratura

Studiare le psicoterapie con metodiche differenti dagli RCT:

- ▶ **Studi empirici**, validati con l'esperienza clinica «sul campo» (Shadish 2000)
La metodologia della ricerca empirica che si è molto sviluppata è applicabile alla ricerca psicoanalitica? (Safran 2001)
 - coorti dei pazienti pre-esistenti
 - problemi della validità interna
- ▶ **Studi «quasi-sperimentali»** (Campbell e Stanley 1963; Shadish 2002; Leichsenring 2005)
caratterizzati da:
 - manipolazione controllata delle variabili esaminate
 - ricerca su gruppi già esistenti e precostituiti (assegnazione non-random) di cui non è garantita a priori l'equivalenza in quanto non casualizzati in fase di campionamento
 - ipotesi per lo più in forma di nesso relazionale fra variabili di tipo associativo (covariazione) manipolazione controllata delle variabili esaminate
 - il ricercatore non ha facoltà di creare i gruppi secondo un piano di campionamento e assegnazione preordinato, ma opera su gruppi precostituiti, non avendo dunque la garanzia che tali gruppi possano considerarsi equivalenti. La non equivalenza dei gruppi comporterà delle conclusioni più deboli (caratterizzate fra l'altro da un maggior grado di incertezza) rispetto a quelle di un esperimento vero e proprio, cioè con un minor grado di validità interna. Anche le ipotesi di un disegno quasi sperimentale sono in genere più deboli rispetto a quelle dei veri esperimenti (semplice associazione fra variabili piuttosto che nessi causali).

Manualizzazione

Per Luborsky (1984) il manuale è : lo «strumentario» del terapeuta che deve avere 3 elementi:

1. specificazione dei criteri per poter applicare il trattamento
2. chiarezza su principi del trattamento e competenze del terapeuta
3. scale di valutazione per misurare l'aderenza del trattamento reale al metodo dichiarato

Si sottolinea la coerenza tra pratica clinica e principi teorici di base

Il primo step per costruire i manuali consiste nel definire gli elementi caratteristici di un particolare metodo di terapia

è raccomandata una **cornice** e **ruoli definiti**

questi elementi permettono di valutare l'azione terapeutica.

Dal 1980 ad oggi si è avuto un aumento considerevole dei trattamenti psicodinamici manualizzati (Seybert 2012).

Critiche alla manualizzazione

I contributi più recenti criticano l'enfasi sulla manualizzazione per:

- ▶ eccessiva rigidità che ne limita l'applicazione nei casi «reali», **Lemma (2013)** sottolinea **l'importanza di coniugare l'uso del manuale con l'esperienza clinica per decidere cosa fare o non fare, o cosa fare di esplicitamente diverso dal manuale**
- ▶ scarsa attenzione ai dubbi clinici
- ▶ timore della maggior parte dei terapeuti psicotrasferenziali che la manualizzazione diminuisca la libertà e spontaneità nella pratica clinica

Le 3 domande più ricorrenti sono:

- 1) c'è evidenza che l'intervento manualizzato aumenti l'efficacia?
- 2) ruolo dell'esperienza clinica nel determinare gli esiti
- 3) l'esperienza clinica ha un peso maggiore della manualizzazione nell'influenzare i risultati ottenuti (Kachele 2013)

Le terapie manualizzate e validate

- ▶ Bateman e Fonagy: **MBT** terapia della mentalizzazione
- ▶ Busch e Milrod: Disturbi di panico e conflitti di separazione
- ▶ Diamond, Kernberg: **TFP** per i disturbi di personalità
- ▶ De Jonghe et al.: **SPSP** Terapia psicoanalitica breve di tipo supportivo per il trattamento della depressione
- ▶ Lemma, Target e Fonagy: **DIT** Terapia Dinamica Interpersonale indirizzata ai comportamenti distruttivi e al trattamento della depressione
- ▶ Vinnars, Dixon, Barber e Lurbosky: **CCRT** Core conflictual relationship theme, orientata attualmente ai disturbi di personalità (DSM IV)

Queste psicoterapie sono manualizzate, accettano come base delle linee guida, la loro struttura permette la riproducibilità del trattamento (Busch 2013; Kachele 2013).

Efficacia della psicoterapia psicodinamica

- ▶ la psicoterapia psicodinamica raggiunge gli obiettivi terapeutici che si confermano nei follow up a lungo termine (Shedler 2010; de Maat 2013)
- ▶ studi di follow up a 13 mesi mostrano un ulteriore miglioramento; l'ipotesi: la psicoterapia psicodinamica favorisce processi psicologici che portano ad un cambiamento che continua dopo la conclusione della terapia; lo studio di Leichsenring (2004) mostra un miglioramento del 92 % dei pazienti trattati
- ▶ lo studio successivo (Leichsenring 2008) conferma i dati in un follow up a 23 mesi
- ▶ gli studi successivi su casi con moderato o severo disturbo di personalità mostrano un miglioramento sintomatologico nei follow up a 3,2 anni e a 5,2 anni (de Maat 2009)
- ▶ Ipotesi: la terapia psicodinamica migliora i sintomi e porta ad un cambiamento dei processi intrapsichici che mediano il miglioramento sintomatologico e le funzioni riflesse, permettendo la modifica degli stili di attaccamento (Levy 2006)

Efficacia delle psicoterapie psicoanalitiche a lungo termine

- ▶ la definizione di «long» non è univoca; per alcuni AA: «almeno 50 sedute o almeno 1 anno di terapia» (de Maat 2009)
- ▶ esistono differenze ampie tra alcuni Paesi Europei e gli USA
- ▶ le terapie a medio–lungo termine hanno un alto n° di variabili (paziente / clinico) più difficilmente controllabili nel tempo riguardo a:
 - ❖ gestione del processo di cura
 - ❖ individuazione delle variabili di sicura efficacia per determinare il cambiamento sintomatologico:
 - accuratezza dell'interpretazione
 - significatività della relazione terapeutica
 - vissuto del paziente di “sentirsi riconosciuto”
 - vissuto di viverci come partner attivo nella relazione di cura
 - aumento della competenza auto-osservativa (Bateman e Fonagy 2013).

Indicazioni per le terapie a lungo termine

- ▶ Leichsenring (2005); Milrod (2007):
 - depressione
 - ansia-panico
 - disturbi somatoformi
 - disturbi alimentari
 - disturbi da abuso di sostanze
 - disturbi di personalità
- ▶ Summers e Barber (2010) individuano 6 problemi chiave:
 - depressione
 - disturbi ossessivi
 - paura dell'abbandono
 - ansia e panico
 - bassa autostima
 - traumi
- ▶ Leichsenring e Rabung (2011)
 - Disturbi Mentali complessi

Efficacia della psicoanalisi

Knekt 2011:

- ▶ la psicoanalisi è più efficace rispetto alle psicoterapie brevi o lunghe negli studi di follow up di lungo periodo (a 5 aa) con pazienti depressi e ansiosi; migliorano i sintomi, le abilità lavorative e le capacità funzionali
- ▶ si producono generi di cambiamento differenti in modo corrispettivo alla durata del trattamento: **«concetto di dose-efficacia»**
- ▶ la psicoanalisi con la sua durata e il processo intensivo ha maggiore potenzialità di produrre effetti più ampi
- ▶ la critica: non c'è possibilità di gruppi di controllo con pazienti non-trattati

Berghout 2010: in uno studio costi /efficacia compara psicoanalisi versus psicoterapie a lungo termine concludendo che:

- ▶ entrambe hanno un effetto clinicamente rilevante
- ▶ la psicoanalisi è più costosa, ma più efficace nella prospettiva di «salute» correlata alla qualità di vita (misurata in QALY)

Efficacia delle psicoterapie focali e/o «brevi»

- ▶ le psicoterapie psicodinamiche / psicoanalitiche «brevi» comprendono un alto n° di «metodi» differenti (Vinnars 2013)
- ▶ non c'è consenso sulla definizione di «short» / «brief»
- ▶ c'è maggiore consenso sulla definizione di «focus» (Gabbard 2004)
- ▶ le terapie brevi e/o focali sono più idonee ad essere manualizzate e validate (De Jonghe 2013; Kachele 2013; Summers e Barber 2009)
- ▶ il terapeuta oltre ad acquisire le tecniche e le strategie specifiche deve avere una **conoscenza consolidata del modello psicodinamico nel suo complesso (Lemma 2013)**
- ▶ problemi aperti nella ricerca: condivisione della diagnosi e descrizione dei sintomi
- ▶ risultati raggiunti nel più breve periodo, meno duraturi nei follow up a lungo termine: migliorano precocemente soprattutto i sintomi depressivi
- ▶ le terapie «brevi» sono più spesso associate con altri trattamenti (Knekt 2011)

Efficacia delle psicoterapie focali e/o «brevi»

Le terapie brevi enfatizzano alcuni elementi comuni essenziali:

- ▶ atteggiamento attivo del clinico
- ▶ enfasi sulla valutazione iniziale
- ▶ enfasi sul contratto iniziale col paziente
- ▶ indicazioni per il paziente che non ha tratti disadattivi di personalità
- ▶ indicazioni per il paziente con una competenza ad instaurare precocemente un'alleanza terapeutica
- ▶ “focus” sul qui ed ora e sul futuro, attenzione al passato come fonte di informazioni /esperienza (Gislon... , De Jonghe 2013)

Considerazioni che emergono in letteratura

- ▶ Nelle metanalisi è difficile comparare gli studi perché fortemente eterogenei (de Maat 2013)
- ▶ Migliorare gli studi (de Maat 2013)
 - ❖ effettuando studi con la diagnosi in termini psicanalitici e di DSM
 - ❖ descrivendo il trattamento in dettaglio
 - ❖ effettuando follow up a lungo termine
 - ❖ monitorando i dropout
 - ❖ costruendo questionari su fattori considerati rilevanti per gli psicoanalisti
- ▶ Difficoltà a comparare le psicoterapie psicodinamiche con le psicoterapie di altri modelli
- ▶ Problematiche di politica sanitaria: costi, sostenibilità, libertà di cura (Berghout 2010)
- ▶ Ricerche costose per la necessità di lunghi follow up (de Maat 2013)

Conclusioni

- ▶ I risultati della psicoanalisi sono sostanziali negli studi pre/post trattamento e negli studi di follow up in pazienti con disturbi mentali complessi
- ▶ La critica: i risultati derivano da ricerche con un piccolo numero di studi di coorte pre /post trattamento, che per la EBM hanno un moderato significato scientifico (de Maat 2013)
- ▶ Negli studi dove gli outcomes erano valutati da paziente, osservatore terzo ed analista, contrariamente a quanto si poteva ipotizzare, il terapeuta non sovrastima il proprio lavoro (de Maat 2013)
- ▶ E' necessario coniugare ricerca scientifica, pratica clinica e formazione dei clinici delle nuove generazioni (Boesky 2002; Schachter 2011)