

Evidenze della efficacia della psicoterapia nei DCA

G. Martinotti

*Addictive Behaviours Unit
Istituto di Psichiatria e Psicologia
Università Cattolica del Sacro Cuore Roma*

L'outcome in psicoterapia

- La valutazione degli esiti (outcome) in psicoterapia è fondamentale per aumentare il grado di conoscenza su come fornire prestazioni sempre più appropriate, in risposta a bisogni assistenziali e di cura.
- Già nel 2000 Margison auspicava la raccolta sistematica di dati di buona qualità effettuata routinariamente nei servizi ai fini di ridurre il gap tra Università e Servizi (Margison, 2000).

L'outcome in psicoterapia

- Negli ultimi anni si è assistito a una progressiva integrazione della pratica basata sull'evidenza (Evidence based practice), che si avvale principalmente dei trial clinici randomizzati e controllati, con l'evidenza basata sulla pratica (Practice based evidence).
- La psicoterapia è un processo notoriamente difficile da misurare e si è spesso manifestata la necessità di utilizzare una batteria di strumenti (Strupp et al., 1997). A oggi vengono usati molti strumenti diversi rendendo la comparabilità molto difficile.

L'outcome in psicoterapia

- Uno studio americano basato sulla disamina della letteratura ha contato ben 1430 misure di outcome, di cui 830 utilizzate soltanto una volta (Froyd, 1996). In questi studi l'outcome spesso si riferisce a un particolare problema (come ad esempio nei disturbi del comportamento alimentare), trascurando altri aspetti di cambiamento.
- La pratica clinica richiede sempre di più strumenti che valutino sia la parte sintomatologica che di funzionamento: utili in questo senso anche per confrontare diverse psicoterapie. Molte scale hanno pochi dati riferiti alla validazione, in particolare quelle che vengono tradotte da altre lingue.

L'outcome in psicoterapia

- Spesso non hanno dati riferiti all'accettabilità per diversi gruppi etnici o rispetto a lingue diverse, rischiando così di determinare grossi bias nella misurazione.
- Lo strumento ideale dovrebbe essere relativamente breve, adatto a somministrazioni ripetute, accettabile da tipologie di pazienti e di setting diversi. Dovrebbe inoltre non essere troppo lungo e sostanzialmente accettabile sia dai ricercatori che dai clinici.
- Un tale strumento può trovare utilità sia a livello individuale, per valutare i cambiamenti del paziente nel corso del trattamento, sia a livello di Servizio per delinearne il profilo, il tipo di utenza, per confrontarlo con altri Servizi e quindi monitorarne la qualità.

II CORE-OM

- Gli strumenti che ad oggi rispondono maggiormente a questi requisiti sono il CORE-OM (CORE System Group, 1998; Evans et al. 2000) e l'OQ-45 (Lambert et al., 2004).
- CORE è un acronimo che sta per Clinical Outcomes in Routine Evaluation. E' stato messo a punto nel 1998 da un gruppo di ricercatori e clinici, sull'onda del nuovo paradigma dell'evidenza basata sulla pratica con la finalità di valutare in modo obiettivo le psicoterapie, con la possibilità di confronti tra diversi servizi di psicologia e di counselling.

II CORE-OM

- Secondo gli autori tale strumento dovrebbe misurare "...the core domains of problems" (Evans, 2002), il cuore dei problemi del paziente, l'obiettivo del trattamento psicoterapico.
- Tra le caratteristiche principali del CORE system, oltre alla semplicità e alla brevità del questionario, c'è che, a differenza di molte altre misure di outcome (SCL-90, Scala di Beck, etc.) è ad uso gratuito.
- Un altro aspetto che si è cercato di curare è la massima accettabilità da parte di pazienti eterogenei e sottoposti a psicoterapie diverse.

II CORE-OM

- Il CORE-OM è un questionario a 34 items compilato dal paziente, in cui ogni affermazione viene valutata su una scala a 5 punti (da Mai a Molto spesso o sempre). Il punteggio può essere valutato manualmente o scannerizzato al computer.
- Per la messa a punto del questionario è stata condotta un indagine tra i Servizi di psicoterapia inglese per vedere quali misure fossero già in uso (BDI, SCL-90, BSI, GHQ, HADS, IIP). Tutti gli items di queste misure sono stati raggruppati e classificati in ordine di importanza per identificare i domini che la nuova misura avrebbe dovuto coprire per essere completa.

II CORE-OM

- Gli items del CORE si riferiscono a quattro domini: benessere soggettivo (4 items), sintomi/problemi (12 items), funzionamento (12 items), rischio (6 items).
- Il dominio del benessere soggettivo è costituito da un unico costrutto principale; il dominio dei problemi è costituito da items che si riferiscono a sintomi depressivi, sintomi ansiosi, sintomi fisici ed effetti del trauma; il dominio del funzionamento contiene items che si riferiscono alle relazioni significative, al funzionamento generale e sociale; il dominio del rischio si riferisce ad aspetti auto ed eterolesivi.

II CORE-OM

- Il 25% degli items sono affermazioni positive con punteggio inverso. Circa la metà degli items si concentra su problemi di bassa intensità (ad esempio: "Mi sono sentito teso, ansioso, nervoso"), mentre l'altra metà su items ad alta intensità (ad esempio: "Ho provato panico o terrore").
- Il punteggio finale si ottiene sommando i punteggi dei singoli items diviso per il numero di risposte (non valido se mancano più di tre items). Esso corrisponde al livello di disagio psicologico al momento della misurazione, con punteggi maggiori che corrispondono a problemi maggiori.

II CORE-OM

- Può essere usato all'inizio e alla fine della terapia, ma anche nel corso della terapia (per terapie lunghe) e anche nei follow up.
- Il confronto tra la misurazione prima del trattamento e alla fine del trattamento costituisce l'esito e ci dice se il livello di disagio del paziente è diminuito e in che misura. In caso di lunghe liste d'attesa può valutare la stabilità dei disturbi nell'intervallo precedente alla terapia.

II CORE-OM

- La diffusione del sistema CORE nel Regno Unito è andata in crescendo in questi ultimi anni sia nell'ambito dei Servizi di psicoterapia, sia presso singoli terapeuti. Nel primo caso è stato d'ausilio per valutare come l'esito del trattamento vari in base a fattori correlati al paziente (sesso, età, origine etnica, livello di istruzione, etc.) e correlati alla terapia (tipo di psicoterapia, durata, frequenza, etc.).
- La misura ha mostrato forte validità convergente con altre misure come SCL-90 (Derogatis, 1983), Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961, 1996), General Health Questionnaire (Goldberg e Hillier, 1979).

Psicoterapia e DCA: evidenze

- Trattamenti familiari diretti al disturbo alimentare dovrebbero essere offerti a bambini e adolescenti con anoressia nervosa (NICE 2004, priorità)
- Tra le terapie da considerare per il trattamento psicologico dell'anoressia nervosa devono essere incluse la Terapia Cognitivo-Analitica (CAT), la Terapia Cognitivo- Comportamentale (CBT), la Terapia Interpersonale (IPT), la terapia psicodinamica focale e gli interventi familiari focalizzati esplicitamente sui disturbi alimentari (NICE 2004, evidenza C).
- Il Counselling nutrizionale non dovrebbe essere fornito come unico trattamento per l'anoressia nervosa (NICE 2004, evidenza C).
- I farmaci non dovrebbe essere utilizzati come unico o prioritario trattamento per l'anoressia nervosa (NICE 2004, evidenza C).

Psicoterapia e DCA: evidenze

- La Terapia Cognitivo-Comportamentale per la bulimia nervosa (CBT-BN), una forma di CBT specificamente adattata, dovrebbe essere offerta agli adulti con bulimia nervosa. La durata del trattamento dovrebbe essere di 16-20 sedute per 4-5 mesi (NICE 2004, **evidenza A**).
- La Terapia Interpersonale dovrebbe essere considerata un'alternativa alla CBT (NICE 2004, evidenza B).
- Come possibile primo step, i pazienti con bulimia nervosa dovrebbero essere incoraggiati un programma evidence-based di self-help (NICE 2004, evidenza B).
- Come alternativa o addizionale primo step all'uso di un programma evidence-based di self-help, può essere offerto un trattamento farmacologico con antidepressivi (NICE 2004, evidenza B).
- I pazienti dovrebbero essere informati che gli antidepressivi possono ridurre la frequenza delle abbuffate e del vomito, ma gli effetti a lungo termine non sono conosciuti (NICE 2004, evidenza B).

Approccio familiare

- L'approccio familiare non significa necessariamente un'opzione per la terapia familiare, può trattarsi di consulenza, mediazione, psicoeducazione, sostegno (gruppi di auto-aiuto) o, anche semplicemente, la famiglia deve essere nella testa dell'équipe come contesto pregnante per la paziente
- Oltre agli interventi informativi, i familiari e i care-givers, possono essere informati sui gruppi di self-help e di supporto, e può essere loro fornita l'opportunità di parteciparvi, dove esistano (NICE 2004, evidenza C).

Psicoeducazione

È la prima procedura di intervento cognitivo: consiste nel fornire nuove informazioni corrette, evidenti, oggettive, al fine di modificare le convinzioni distorte del paziente (e della sua famiglia)

Psicoterapia

...più del modello teorico della psicoterapia utilizzata conta l'esperienza del terapeuta nello specifico settore dei DCA e la sua capacità di stabilire una relazione terapeutica valida.

(Ostuzzi, Luxardi, Figlie in lotta con il cibo, 2003)

Per concludere in leggerezza...

Terapia Ipnotica

Usando l'ipnosi il terapeuta ripete molte volte "Sei troppo grassa, sei troppo grassa"

Naturalmente alcuni soggetti sono resistenti all'ipnosi. E questo può essere pericoloso (per il terapeuta, però)

