

## TENTATIVI DI OBIETTIVAZIONE DEGLI EFFETTI DELLE PSICOTERAPIE (I)

J. SERVAIS

J. SERVAIS LAVORA PRESSO IL DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA MEDICA E MEDICINA PSICOSOMATICA DELL'UNIVERSITÀ DI LIEGI. L'ARTICOLO È STATO TRATTO DA « L'EVOLUTION PSYCHIATRIQUE », 1970, PP. 597-627, DOVE È STATO PUBBLICATO COL TITOLO « TENTATIVE D'OBIJECTIVATION DES EFFETS DES PSYCHOTHERAPIES ». DATA LA LUNGHEZZA DEL LAVORO, NE RIPORTIAMO IN QUESTO NUMERO SOLO LA 1ª PARTE, RIMANDANDO LA SECONDA AL N. 4 DI QUESTO ANNO.

### RIASSUNTO

Questo articolo contiene una rassegna e una sintesi bibliografica dei lavori che si riferiscono agli effetti delle psicoterapie.

Le diverse metodiche che rendono possibile l'obiettivazione dei risultati ottenuti sono le seguenti:

- metodi comparativi (metodi di confronto individuale o di gruppo, di randomizzazione, di « own control design »)
- metodi di induzione artificiale
- metodi della variabile intrinseca
- metodi predittivi.

I problemi della durata della terapia, della frequenza delle sedute, del « follow-up » so-

no affrontati dal punto di vista dell'efficacia terapeutica.

Viene discusso il concetto di « gruppo di attesa ».

L'articolo contiene anche una discussione critica di tutte le tecniche di misurazione che permettono un confronto obiettivo dei risultati, a livello sia fisiologico che psicologico.

### SUMMARY

This article sums up a certain amount of works relating to the effects of psychotherapies. It also gives a bibliographical synthesis of these works. The different types of methods which make it possible to objectify the results achieved are the following:

- comparative methods (methods of individual or groupe « pairing », methods of « randomisation », « own control design » methods.)
- artificial induction methods
- « in therapy variable » methods
- predictive methods.

The problems of the duration of a given therapy, of the rate visits, of the « follow-up » are dealt with from the standpoint of therapeutic efficiency.

The notion of « waiting group » is discussed.

The article also contains a critical discussion of all the techniques of measurement which permit objective comparison of the results, of the physiological as well as on the psychological level.

### I. GENERALITÀ

Ricorderemo, molto in breve, nei sottocapitoli seguenti, alcuni concetti fondamentali che riappariranno poi nel corso di tutto il presente lavoro bibliografico:

1) Le definizioni di salute mentale, di normalità, di miglioramento o di peggioramento psicologico sono diverse secondo le scuole (psicoanalitica, comportamentistica, fenomenologica, rogeriana...);

in conseguenza avviene lo stesso per la definizione degli effetti di una psicoterapia.

Il buon senso propone una definizione della psicoterapia che naturalmente risulta abbastanza vaga perché sia approvata da tutti: « una psicoterapia consiste nell'aiutare un paziente, con mezzi psicologici, a sentirsi meglio, a "funzionare meglio", e, soprattutto, a stabilire con gli altri relazioni più soddisfacenti ». Per il comportamentista l'effetto ricercato sarà la scomparsa del sintomo fastidioso; per lo psicoterapeuta di formazione psicoanalitica invece, si tratterà, anche in caso di persistenza del sintomo, di una ristrutturazione profonda della personalità che permetta di assumere con minore ansia le vicissitudini dell'esistenza e di divenire capaci di maggiore morbidezza nei rapporti con gli altri; per lo psicoterapeuta d'inclinazione sociologica poi, l'adattamento sociale è l'aspetto fondamentale dell'equilibrio psicologico del soggetto e cioè la riuscita professionale e familiare, il successo negli esami ecc. Questo è il motivo per cui si è scritto tanto sulla difficoltà di obiettivare gli effetti delle psicoterapie (1, 5, 8, 13, 14, 17, 19, 20, 25, 27, 28).

2) Bisogna distinguere radicalmente gli studi che pretendono di poggiarsi su gruppi di soggetti (e soddisfare così le esigenze della statistica) da quelli che, più modesti quantitativamente ma più importanti qualitativamente, si basano su osservazioni fatte sull'individuo. Dal momento che il senso comune conduce tutti gli autori ad ammettere che quando un gruppo di soggetti presenta, in media, dopo un qualsiasi intervento terapeutico, più bassi livelli di depressione,

di ansia, di dipendenza o di altri sintomi, questi soggetti sono « migliorati ». Un tale modo di vedere è lontano dall'essere evidente quando ci si basa su casi individuali: un malato che accusa un'euforia patologica, un'indipendenza nevrotica (nel quadro di una « health neurosis » per esempio può benissimo essere considerato migliorato sul piano clinico dopo una terapia, mentre invece il suo grado di ansia o di dipendenza è aumentato in rapporto alle condizioni di partenza. Tali differenze individuali sollevano il problema dell'omogeneità o dell'eterogeneità dei gruppi di soggetti trattati, concetti sui quali avremo l'occasione di ritornare e che certi autori hanno perfettamente sottolineato (13, 14, 20, 27).

3) È bene anche notare che, nella maggior parte delle ricerche, tutti i controlli psicometrici vengono effettuati ad intervalli regolari per evidenti ragioni metodologiche. Ora, si sa che in molte psicoterapie sopravvengono, per opinione del terapeuta e spesso anche del malato, periodi molto spesso transitori ed anche di netto peggioramento nello stato psicologico del soggetto. Questa puntualizzazione si unisce alla precedente. Se un soggetto costretto in un rigido sistema di difese nevrotiche si scompensa proprio per la loro « messa in discussione », si ha ragione di pensare che egli progredisca verso una più valida ristrutturazione della sua personalità, ma i controlli obiettivi effettuati in quel determinato momento naturalmente farebbero vedere un peggioramento di certi aspetti del suo psichismo in confronto alle misurazioni di partenza.

Tenendo sempre presenti queste note

preliminari, possiamo ora passare in rassegna i vari metodi incontrati nella letteratura che si prefiggono di oggettivare i risultati delle psicoterapie.

## II. METODI DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI DELLE PSICOTERAPIE

### 1) Metodi comparativi

La maggior parte di tali studi consistono nel selezionare un certo numero di pazienti in consultazione: la metà circa di questi (o una certa proporzione) viene presa in terapia mentre l'altra metà (o la parte complementare) serve da controllo, costituendo il « gruppo di attesa » (« waiting group ») che aspetta un dato tempo prima di cominciare il trattamento.

In molte di queste ricerche si legge che, dopo il primo contatto con il servizio, tutti i soggetti vengono sottoposti a prove fisiologiche e psicologiche che verranno poi ripetute ad intervalli regolari ed in particolare al momento iniziale e finale della terapia intrapresa dai soggetti appartenenti al gruppo trattato. Se i risultati dei malati in trattamento (rapportati a quelli dei pazienti non trattati) sono migliorati rispetto a quelli dei soggetti che costituiscono il gruppo di attesa, rimasto immutato, si può considerare che responsabile di tale miglioramento sia proprio la terapia.

Tuttavia numerosi ostacoli di carattere pratico vengono a complicare considerevolmente la realizzazione di sperimentazioni del genere.

Parecchie variabili sono state oggetto di diversi lavori:

A) *Metodo dell'appaiamento individuale.* Naturalmente, è impossibile che i soggetti che costituiscono il gruppo sperimentale e quelli che costituiscono il « gruppo d'attesa » siano simili sotto ogni aspetto (ereditarietà, sintomi, precedenti esperienze vissute, ecc.). Gli sperimentatori sono ovviamente costretti a limitarsi a prendere in considerazione un certo numero di variabili che ritengono particolarmente significative, correndo consapevolmente il rischio di trascurarne altre che forse possono essere ugualmente valide se non di più. Un tale tipo di studi ha bisogno di un campione particolarmente significativo di soggetti: TEUBER e POWER hanno realizzato un lavoro di questo genere, pubblicato nel 1953 (The Cambridge Somerville Youth Study) citato da EYSENCK (8), servendosi di una popolazione di giovani delinquenti. Confrontando i soggetti del gruppo sperimentale (beneficiari di un trattamento psicoterapeutico) con quelli del gruppo di controllo, in base a un certo numero di criteri di personalità, hanno preso in considerazione il numero dei delitti commessi dai soggetti appartenenti ai due gruppi dopo un periodo che andava da 2 a 8 anni di terapia (per il primo gruppo) e tre anni di « follow-up » (8) (per i due gruppi). Non hanno trovato alcuna differenza significativa che potesse essere ascritta alla psicoterapia.

B) *Metodi dell'appaiamento di gruppo.* Alcuni autori hanno suggerito di raggruppare i malati per gruppi o categorie (non più quindi gli individui soltanto) in funzione di certi criteri, per esempio diagnostici. È molto difficile mettere in pratica una tecnica di questo tipo poiché, per formare due campioni confrontabili,

bisogna aspettare di aver riunito in ogni gruppo, un equivalente numero di soggetti, in rapporto al criterio scelto; per esempio, se si è giunti a riunire nel gruppo 25 isterici e 25 ossessivi bisogna giungere ad un'eguale ripartizione del gruppo di controllo. Se si tiene conto del fatto che questi criteri diagnostici vengono ad aggiungersi ai criteri di base, quali l'età, il sesso, l'ambiente socio-economico, ecc., ci si rende conto della difficoltà pratica della realizzazione di tali studi.

C) *Metodi di ripartizione a caso* («Randomizzazione») (27). A condizione di disporre di un campione abbastanza valido, lo sperimentatore smista i pazienti uno dopo l'altro alternativamente verso il gruppo terapeutico e verso il gruppo di attesa, e così via, nell'ordine di presentazione alla consultazione. In questo modo, si può a buon diritto sperare che all'interno del gruppo le molteplici variabili individuali si distribuiscano in modo omogeneo, secondo le regole del caso, e che le differenze psicologiche osservate tra i due gruppi al termine dell'esperimento possano essere attribuite alla terapia a cui viene sottoposto uno dei due gruppi e non a preesistenti differenze che influiscono sul tipo dei due campioni confrontati.

D) *Metodo del confronto con soggetti normali*. Questo metodo consiste nel confrontare i malati che vengono alla consultazione con soggetti volontari «normali». Questo modo di procedere è soggetto a riserve ed ha procurato severe critiche metodologiche (8) a ROGERS e a DYMOND che se ne sono serviti (19).

Per attenuare gli inconvenienti dei metodi comparativi, alcuni autori hanno pre-

conizzato l'uso del metodo che descriveremo ora.

#### METODO DELL'« OWN CONTROL DESIGN »

(in cui ogni soggetto serve successivamente da controllo e da soggetto sperimentale)

I soggetti vengono esaminati e testati all'atto della prima consultazione. Vengono fatti aspettare per un certo periodo di tempo, poi ad un dato momento vengono tutti, nella stessa data, assunti in terapia. E le prove a cui erano stati sottoposti inizialmente vengono riproposte di nuovo all'atto di iniziare la terapia. Al termine di questa, vengono ancora una volta effettuati gli stessi esami che permettono valutazioni comparative: se i risultati sono rimasti stazionari tra il momento della consultazione iniziale e quello dell'inizio della terapia ma sono migliorati quando la terapia è terminata, le modificazioni che si sono osservate possono venire attribuite con tutta probabilità al trattamento. Alcuni, quali MALAN (17) pensano che sarebbe davvero da meravigliarsi se tutti i malati, il cui stato era rimasto stazionario, migliorassero contemporaneamente « per caso » proprio al momento in cui vengono assunti in terapia.

Una critica che può essere indirizzata ad alcuni studi di questo genere risiede nel fatto che la durata del periodo di attesa (spesso più breve) e quella del periodo di terapia (spesso più lunga) sono molto differenti [ROGERS e DYMOND (19), BARRON e LEARY (8)]. Tali discrepanze di tempo possono spiegare con