

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

J. SERVAIS

PUBBLICHIAMO QUI LA SECONDA PARTE DI «TENTATIVE D'OBJECTIVATION DES EFFETS DES PSYCHOTHERAPIES» (TRATTO DA «L'EVOLUTION PSYCHIATRIQUE», 1970, PP. 597-627) LA CUI PRIMA PARTE È COMPARSATA SUL N. 2/1972 DELLA NOSTRA RIVISTA. J. SERVAIS LAVORA PRESSO IL DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA MEDICA E MEDICINA PSICOSOMATICA DELL'UNIVERSITÀ DI LIEGI.

### 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 di variabile intrinseca
- metodi predittivi.

I problemi della durata della terapia, della frequenza delle sedute, del «follow-up» sono affrontati dal punto di vista dell'efficacia terapeutica.

This article sums up a certain amount of works relating to the effects of psychotherapy. 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

rapies. 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.

### IV

### TECNICHE DI MISURAZIONE

Sia negli studi comparativi che nell'«own control design» si effettuano ad intervalli regolari delle prove per tentare d'obiettivare i cambiamenti eventualmente intervenuti sotto l'influenza di un trattamento psicoterapeutico.

Si possono distinguere nel genere di

studi di cui ci occupiamo, due grandi tipi di tecniche di misurazione: A) registrazioni psico-fisiologiche quali quelle della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, dell'E.C.G., dell'R.P.G., alcuni dosaggi endocrini, la misura del flusso sanguigno nell'avambraccio ecc.... B) le prove psicologiche, dalla semplice scala di valutazione clinica in più punti fino alle prove psicometriche più standardizzate, attraverso i tests proiettivi.

#### A) Misure fisiologiche

Dalla letteratura risulta che le tecniche di misurazione sono state impiegate dai ricercatori in due dimensioni molto differenti fra loro.

1) In un primo tipo di studi, queste misure sono state eseguite nel corso della seduta, applicandosi talvolta sia persona del terapeuta che a quella del paziente. Una variante di questa tecnica consiste nell'impiegare due misure: l'una immediatamente prima e l'altra dopo la seduta terapeutica. Lo scopo di questi lavori è di provare che, durante un incontro terapeutico « avviene qualche cosa » (da un punto di vista psicologico, con eventuali correlazioni fisiologiche).

DITTES (35), per esempio, ha registrato la R.P.G. di un unico malato nel corso di trenta sedute (una seduta alla settimana) ed ha trovato che la frequenza degli R.P.G. era legata in modo inverso alla « permissività » dell'atteggiamento del terapeuta. ANDERSON (29) studia l'E.C.G. di un malato nel corso di 10 incontri psicoterapeutici rogeriani: constata che l'indice di variazione

di frequenza cardiaca (« heart rate and variation ») fluttua in funzione della tensione psicologica che si manifesta fra il terapeuta ed il paziente e che è valutata da due giudici indipendenti. WATSON e KANTER (24) hanno registrato l'E.C.G. di un paziente e del suo terapeuta durante tutta la durata delle sedute terapeutiche. La temperatura cutanea e la frequenza respiratoria del malato erano, per di più, strettamente sorvegliate. Inoltre due osservatori hanno assistito a ciascuno dei 44 incontri terapeutici (sei mesi).

Gli autori concludono che, se queste registrazioni portano delle perturbazioni nello svolgimento della terapia, sia da parte del terapeuta che da parte del malato, le resistenze possono essere analizzate « d'emblée » e interpretate man mano. Le prime inibizioni sono dunque superate alla fine da una parte e dall'altra. Gli autori convengono che tali esperienze sono possibili se il transfert ha maggiore importanza del reale circostante.

#### Critica

Senza negare il relativo interesse di tali studi, tuttavia bisogna ammettere che essi non danno poi una grande risposta alla domanda sull'efficacia della psicoterapia: il fatto che un malato presenti tachicardia, ipotensione, modificazione dell'E.C.G. o del R.P.G. nel corso della terapia, un tasso modificato di catecolamine immediatamente prima o dopo una seduta terapeutica, non prova per nulla che il trattamento modifichi, in qualsiasi modo, il suo comporta-

mento abituale o gli stati timici che l'accompagnano nella vita quotidiana.

2) Un secondo tipo di studi consiste nel sottoporre il malato, al di fuori delle sedute terapeutiche, ad una batteria di identiche prove fisiologiche ripetute a regolari intervalli di tempo. In generale, il malato subisce queste prove prima di cominciare la terapia, a un certo punto durante il decorso di essa, alla fine del trattamento ed, in ultimo, durante ed al termine di un periodo di « follow-up ». Se i pazienti fanno dapprima parte di un gruppo di attesa, nello schema dell'« own control design », essi vengono sottoposti ai tests all'inizio e alla fine di tale periodo. Nei metodi comparativi, i soggetti di controllo sono sottoposti alle stesse prove che quelli del gruppo sperimentale, in momenti identici, in modo da poter stabilire dei confronti. Ben inteso — e questa precisazione è valevole sia per le prove psicologiche che per quelle fisiologiche — i soggetti si adattano alla situazione di « test »: quindi il miglioramento può non corrispondere ad altro che alla loro maggiore confidenza nei confronti delle prove che man mano sono divenute sempre più familiari (per il fatto che sono identiche); si potrebbe erroneamente attribuire queste modificazioni ai risultati della terapia nel caso di un gruppo di soggetti « in attesa ».

Tuttavia, nei modi comparativi, dato che gli individui che compongono il gruppo sperimentale si trovano a questo riguardo esattamente alla stessa situazione dei soggetti del « gruppo di attesa », si può tener conto che si tratta di un denominatore comune e per con-

sequenza trascurabile nella valutazione comparativa dei risultati.

Passiamo ora in rassegna le tecniche più correnti:

a) *Le misure più semplici*, quali quelle della frequenza cardiaca o della pressione arteriosa, sono state praticate allo scopo di farsi un'idea del grado di ansia presentato dai soggetti osservati. Ma a sentire DOCTER, KASWAN e NAKAMURA (6) che hanno studiato i cambiamenti spontanei della frequenza cardiaca in 84 studenti, la correlazione da un giorno all'altro varia da 0,14 a 0,72 in una settimana, e in un mese, la più alta correlazione « test-retest » trovata è dello 0,35. D'altronde se si tratta di un gruppo omogeneo, quale ad esempio un campione di studenti, bisogna ricordarsi che la frequenza cardiaca e la tensione arteriosa media aumentano regolarmente nella seconda metà dell'anno scolastico fino al periodo degli esami. Senza dubbio i tassi plasmatici di idrocortisone e di 17-idrossisteroide aumentano parallelamente.

b) *Dosaggio degli steroidi del plasma*. Tenendo conto delle note precedenti, meritano di essere segnalate due misure. Se si dosa con il metodo Nelson-Samuel il livello plasmatico d'idrocortisone si trovano da 12 a 13  $\mu$ gr per 100 cc nei soggetti normali (HAMBURG, 10) in confronto a 19-20  $\mu$ gr per 100 cc nei soggetti ansiosi. Quindi esiste un parallelismo fra il tasso plasmatico dei 17-idrossisteroidi e il risultato ottenuto nella scala d'ansietà manifesta di Taylor (FIORICA e MUELH, 9).

I soggetti molto ansiosi ottengono un risultato medio di 13  $\mu$ gr ( $\pm$  4), e gli individui poco ansiosi un risultato me-

dio di 9,9  $\mu$ gr ( $\pm$  2,8) (metodo colorimetrico).

c) *L'indice di acido ippurico*. KERN, WING e RICKELS (30) hanno dimostrato che questo indice è in stretta correlazione con la valutazione clinica del grado di ansietà « libera ». La tecnica consiste nell'iniettare per endovena del benzoato sodico dopo l'evacuazione della vesciva, e poi raccogliere le urine un'ora dopo l'iniezione. A partire dal tasso di acido ippurico nell'urina, una serie di calcoli permette di ottenere l'indice di acido ippurico. Questa prova appare tanto più interessante in quanto che il risultato fornito non è in correlazione con il risultato ottenuto sulla scala d'ansietà manifesta di Taylor, pur essendo questo egualmente (proprio come l'indice dell'acido ippurico) in stretta correlazione con le valutazioni cliniche (16).

Dunque, noi disponiamo così, di due prove complementari, l'una fisiologica (l'indice dell'acido ippurico) e l'altra psicologica (la scala dell'ansia manifesta di Taylor), l'una in correlazione con le opinioni cliniche, ma non in correlazione fra di loro.

d) *Metodo della pletismografia dell'avambraccio* (KELLY, 11 e 12). L'autore studia comparativamente 40 soggetti normali (controlli), 40 nevrotici (rispondenti a delle diagnosi variabili) e 20 malati ansiosi cronici; in condizioni basali (riposo e distensione), poi sotto l'influenza di uno stress indotto (calcolo mentale). Egli confronta il flusso sanguigno dell'avambraccio (metodo pletismografico), la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa di ogni paziente. In condizioni basali, gli ansiosi cronici hanno un flus-

so sanguigno quasi due volte superiore a quello dei soggetti di controllo o dei nevrotici che non si distinguono fra di loro da questo punto di vista — ma, sotto l'influenza dello stress, il flusso sanguigno dei soggetti di controllo aumenta di più rispetto a quello dei soggetti ansiosi, poiché i punti di partenza erano molto diversi.

Se il livello di ansietà (apprezzato in base alla valutazione clinica — « critical ratings » — e dalla scala di ansietà manifesta di Taylor) rimane stazionario, il flusso sanguigno dell'avambraccio rimane costante. Al contrario, se i pazienti diventano meno ansiosi, spontaneamente o sotto l'influenza di un trattamento, il loro flusso sanguigno diminuisce parallelamente. Questa misurazione sembra molto più specifica di quella della frequenza cardiaca o della tensione arteriosa.

Purtroppo, l'autore segnala fin dalla sua prima pubblicazione che l'apparecchio è ingombrante ed ha un prezzo di costo particolarmente elevato. Egli insiste anche sul fatto che diverse affezioni quali l'anemia, l'ipertiroidismo, il feocromocitoma, certe osteoartropatie, ecc., varie modificazioni fisiologiche quali l'esercizio muscolare, l'iperemia, l'aumento della temperatura, farmaci quali l'Adrenalina ed i suoi derivati, l'Insulina, la Clorpromazina, gli I.M.A.O., sono suscettibili di alterare i risultati. Nella seconda pubblicazione (12), disponendo dei risultati provenienti dallo studio di 200 malati psichiatrici e di 60 soggetti normali, l'autore insiste sulle numerose tecniche del metodo (necessità di immobilità assoluta dell'avambraccio, certezza che le temperature della stanza