



EMDR and TCC per pazienti oncologici: uno studio comparativo degli effetti sul PTSD l'ansia e la depressione.

Capazzani L., Ostacoli L., Cavallo M., Carletto S., Fernandez I., Solomon R.M., Pagani M., Cantelmi T. (2013) Journal of EMDR Practice and Research. Vol. 7, n°3, 134-143

Questa ricerca è uno studio pilota condotto dal 2009 al 2012 presso l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma.

Scopi

Lo scopo primario è stato quello di confrontare e valutare l'efficacia relativa di un trattamento EMDR rispetto alla psicoterapia cognitivo-comportamentale (TCC) sul PTSD e sulle variabili di distress psicologico di pazienti oncologici nella fase dei follow-up medici.

Le valutazioni di esito sono state effettuate sui sintomi del PTSD, come dichiarati nei criteri del DSM-IV-R (2004), e sui sintomi di ansia, depressione e reazioni psicofisiologiche associati al PTSD.

Il secondo scopo è stato di verificare se il trattamento con EMDR aveva un impatto diverso sul distress (ansia, depressione e reazioni psicofisiologiche) e sulla risoluzione della diagnosi di PTSD, o singoli sintomi del PTSD, a seconda della fase di malattia dei pazienti.

In particolare sono state considerate, la fase dei trattamenti medici attivi e quella del follow-up medico, per chiarire se l'EMDR incidesse positivamente nelle fasi iniziali del processo di cura.

Campione

Hanno partecipato alla ricerca 31 pazienti con differenti tipi di cancro (al seno, colon, utero, melanoma, polmone e stomaco). Su 623 pazienti, inviati all'unità psichiatrica dai medici interni all'Istituto, sono stati selezionati solo quelli che risultavano soddisfare i criteri del PTSD, circa il 4,97%.

I criteri di inclusione comprendevano: 1) diagnosi di PTSD; 2) assenza di trattamenti psicofarmacologici in corso; 3) adesione al consenso informato. Tra i criteri di esclusione: 1) pazienti già in psicoterapia; 2) pazienti con disturbi psicopatologici preesistenti alla diagnosi di cancro.

I pazienti sono stati inseriti nei due gruppi a seconda della fase di malattia in cui si trovavano: 10 nella fase dei trattamenti medici e 21 in quella dei follow-up.

I 21 pazienti della fase del follow-up sono stati assegnati casualmente ad uno dei due bracci di trattamento, quello con EMDR o quello con Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC). Invece i 10 pazienti della fase dei trattamenti medici hanno ricevuto solo trattamento EMDR.

Sono stati creati perciò tre gruppi: un gruppo di 10 pazienti in fase dei trattamenti medici, che riceve solo EMDR, un gruppo di 11 pazienti in fase di follow-up che riceve solo EMDR, e un gruppo di 10 pazienti in fase di follow-up che riceve solo TCC.

I differenti tipi di cancro sono stati bilanciati all'interno dei tre gruppi.

Strumenti

Tutti i questionari usati per le misure dei sintomi erano autosomministrati, tranne il Clinical Administered PTSD Scale (CAPS) per la diagnosi del PTSD, secondo i criteri del DSM-IV-R, che è stato somministrato da un intervistatore indipendente e ignaro degli scopi della ricerca.

Oltre al CAPS sono stati usati la IES-R (Impact Event Scale-Revised) per la valutazione del distress soggettivo causato da eventi traumatici, il Questionario Psicofisiologico, versione breve (QPF-R) per la valutazione delle reazioni psicofisiologiche, The State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) per la valutazione dell'ansia di stato e di tratto, il Beck Depression Inventory II per la valutazione della presenza e gravità della depressione.

Procedura

Le valutazioni sono state condotte prima della psicoterapia e un mese dopo dalla sua conclusione.

I pazienti sostenevano un primo colloquio psicologico/psichiatrico su propria iniziativa o su invito dei medici interni dell'istituto.

Quando lo psicologo, che conduceva il colloquio, segnalava la possibile presenza di un disturbo traumatico, invitava il paziente per un ulteriore approfondimento mediante somministrazione di una batteria di questionari in presenza di un intervistatore indipendente e non consapevole delle finalità scientifiche.

Se i pazienti risultavano soddisfare i criteri per un PTSD venivano invitati a seguire una psicoterapia e a discutere e firmare il consenso informato.

Trattamento

Tutti i pazienti, indipendentemente dal tipo di psicoterapia ricevuta (EMDR vs. TCC) e dalla fase di malattia in cui si trovavano, hanno frequentato 8 sedute di trattamento.

Se a distanza di un mese dalla fine del programma psicoterapico manifestavano ancora sintomi, venivano invitati a continuare la psicoterapia anche dopo la conclusione della ricerca.

EMDR.

È stato usato il protocollo standard (Shapiro 2001) ad otto fasi con l'obiettivo di ottenere:

- stabilizzazione, mediante psicoeducazione ed "installazione delle risorse" (Shapiro, 2001) con la tecnica del "posto al sicuro" (Shapiro, 2001);
- identificazione e riprocessamento delle memorie disturbanti riguardanti la malattia oncologica lungo tutte e tre le dimensioni del protocollo dell'EMDR (eventi presenti e passati identificati attraverso la raccolta anamnestica e la tecnica del "float back", contenuti futuri in relazione a paure e preoccupazioni per il funzionamento fisico). Il trattamento si è focalizzato solo sui temi della malattia oncologica e non su altri precedenti eventi traumatici;
- integrazione: riduzione del distress, rafforzamento e aumento delle risorse nella vita quotidiana per favorire l'adattamento e la qualità di vita del paziente.

TCC

Sono state usate le seguenti tecniche o approcci terapeutici a seconda dei sintomi del paziente e della fase di malattia:

- per la stabilizzazione dei sintomi iniziale. Per i sintomi di iperarousal: psicoeducazione, Rational Emotive Imagery (Rei; Ellis, 1994) e tecniche di rilassamento progressivo. Per i sintomi di ipoarousal: psicoeducazione, istruzioni da eseguire a casa per definire, riconoscere e attivare risorse somatiche;
- per i sintomi intrusivi ed i flashback: tecniche di riorientamento dell'attenzione;
- per i sintomi di evitamento ed ottundimento: desensibilizzazione sistematica ed esposizione graduale per immagini o in vivo;
- per la ristrutturazione cognitiva di pensieri negativi associati all'esperienza traumatica: le schede A,B,C,D,E della Rational Behavioural Therapy (REBT; Ellis, 1994) e la dialettica socratica;

- per il monitoraggio delle variazioni psicofisiologiche ed il mantenimento di nuovi pattern comportamentali: esercizi a casa e diari;
- per la compliance terapeutica: tecniche di monitoraggio e la ridefinizione dell'alleanza terapeutica.

Tutti i trattamenti con EMDR e TCC sono stati eseguiti da un solo psicoterapeuta con oltre dieci anni di formazione in EMDR.

Analisi statistiche

Le differenze di baseline tra i tre gruppi sono state misurate mediante l'analisi della varianza (ANOVA) ad una via per le misure continue ed il Fisher's Exact Test per misure categoriali. Quest'ultimo test è stato usato anche per valutare l'associazione tra il gruppo di trattamento (EMDR vs. TCC) e la diagnosi di PTSD a conclusione dei trattamenti.

Per i gruppi di soggetti in follow-up che hanno seguito l'uno terapia con EMDR e l'altro TCC è stato usato:

- il modello generalizzato lineare (GLM) a misure ripetute multivariate ANOVA (RM-Manova) per analizzare gli effetti principali tra pre e post intervento e l'interazione sia within che between groups;
- semplici analisi di regressione logistica, in cui la presenza del PTSD dopo il trattamento è stata presa come una variabile dipendente dicotomica e invece l'età, il genere, il tipo di trattamento (EMDR vs. TCC) e i punteggi baseline delle variabili cliniche sono state considerate come variabili indipendenti.

Per i confronti tra fasi è stata usata:

- una seconda analisi di RM-MANOVA per valutare gli effetti principali tra pre e post intervento e l'interazione sia within che between dei due gruppi nelle due diverse fasi di trattamento, con lo scopo di verificare se il trattamento con EMDR aveva un diverso effetto a seconda della fase di trattamento.

Risultati.

Confronti tra i trattamenti EMDR e TCC nella fase di follow-up della malattia.

Mentre in baseline, prima del trattamento, i due gruppi non hanno mostrato nessuna differenza significativa in merito ai valori delle variabili cliniche considerate, dopo il trattamento invece si sono osservate miglioramenti significativi sia nei punteggi pre-post di ciascun gruppo, per tutte le variabili cliniche tranne che per lo Stai-y, sia nelle interazioni tra i punteggi del pre-post trattamento e del tipo di trattamento (EMDR vs. TCC).

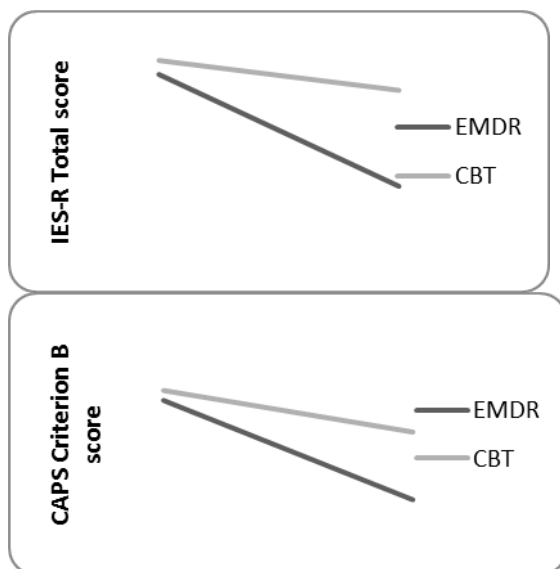
In particolare le interazioni hanno mostrato che il trattamento con EMDR risultava più efficace della TCC nella risoluzione dei sintomi di intrusione (criterio B del PTSD) valutati col CAPS (Cfr. Fig.1) e nel miglioramento dei punteggi dei sintomi intrusivi valutati con la scala d'impatto dell'evento traumatico (IES-r), rimasti invece inalterati rispetto alla baseline per il gruppo trattato con TCC, (Cfr. Fig.2).

I due trattamenti quindi producevano cambiamenti simili nelle misure dei sintomi di evitamento ed ottundimento (criterio C del PTSD), della disfunzionalità sociale (criterio D del PTSD), della depressione, dell'ansia e delle reazioni psicofisiologiche.

Ma il risultato più importante per questo gruppo di pazienti in follow-up è stato che solo il gruppo trattato con EMDR risolveva la diagnosi di PTSD con 8 sedute di psicoterapia, mentre quello trattato con TCC manteneva la diagnosi conclamata o subclinica a distanza di un mese dalla fine del trattamento.

Fig. 1 Interazione tra tempo e trattamento per il punteggio della IES-R

Fig. 2 Interazione tra tempo e trattamento per il Criterio B del CAPS



Efficacia dell'EMDR nelle due fasi del trattamento.

I gruppi delle due fasi, fase dei trattamenti medici e fase dei follow-up medici, non mostravano nessuna differenza significativa in baseline con riferimento ai valori delle variabili cliniche.

Le analisi hanno invece indicato miglioramenti significativi tra il pre e post trattamento su tutte le variabili cliniche, tranne che per lo Stai-y, per entrambe le fasi di malattia, ma nessuna interazione significativa tra le misure dei punteggi del pre-post trattamento e delle differenti fasi dei trattamenti. In altri termini i dati hanno indicato che l'EMDR può essere considerato efficace indipendentemente dalla fase di malattia.

Inoltre nessuno dei pazienti trattati con EMDR in fase di follow-up ha più soddisfatto alcun criterio per la diagnosi di PTSD.

Limiti della ricerca

Tra i limiti della ricerca vi è il numero esiguo di pazienti reclutati, il fatto che le psicoterapie sono state condotte da un solo terapeuta, lasciando il dubbio che i cambiamenti possano aver risentito di fattori aspecifici come l'abilità del terapeuta di stabilire l'alleanza terapeutica, e la mancanza di controlli di follow-up dei risultati a distanza di tempo.

Conclusioni

Sebbene si tratti di uno studio pilota, i dati ottenuti in questa ricerca hanno mostrato che l'EMDR rispetto alla terapia cognitivo comportamentale (TCC) offre ai pazienti oncologici in fase di follow-up medico il vantaggio di eliminare la diagnosi di PTSD. L'EMDR risulta inoltre significativamente più efficace della TCC nel ridurre i punteggi alla IES-R e alla sottoscala dei sintomi intrusivi del CAPS. Entrambe i due tipi di psicoterapie sembrano invece ugualmente



efficaci per l'ansia di tratto, la depressione e le reazioni psicofisiologiche e mostrano di avere efficacia soprattutto entro un numero limitato di sedute.

Date queste evidenze, diventa di cruciale importanza che i pazienti oncologici, in entrambe le fasi di terapia attiva e follow-up medico, abbiano accesso a trattamenti specifici in grado di favorire in loro processi positivi di resilienza, di adattamento e di gestione della malattia e delle difficoltà psicologiche.

E' altresì importante che queste conoscenze, relative ai sintomi psicologici correlati alla malattia di cancro e sottostanti ad una eventuale diagnosi di Disturbo Post-Traumatico da Stress, diventino di dominio consapevole tra gli operatori medico-sanitari: possedere queste informazioni può fornire indicazioni di invio attendibili per una psicoterapia in tempi reali.