

La psicoterapia psicodinamica: storia ed evoluzione della tecnica, applicazioni cliniche, metodologia, prove di efficacia

Psychodynamic psychotherapy: history and evolution of the technique, clinical applications, methodology, efficacy and effectiveness

U. BALOTTIN, T. CARIGI, B. NESSI, G. ROSSI

Clinica di Neuropsichiatria Infantile, Università di Pavia, IRCCS Fondazione C. Mondino

PAROLE CHIAVE. – Psicoterapia psicodinamica - Psicoanalisi - Bambini - Adolescenti - Prove di efficacia

KEY WORDS. – *Psychotherapy - Children - Adolescents - Parents - Efficacy*

Summary

The authors present a literature review on psychodynamic psychotherapy in Italy and world wide, showing the theoretical work with reference to the therapeutical approach in children and adolescents used by different authors. Further, methodology and results of the studies on the efficacy and effectiveness of psychodynamic treatments in children and adolescents are discussed.

“Per prima cosa permettetemi di ricordarvi che la psicoterapia non è un metodo di cura moderno. Al contrario, è la più antica terapia di cui la medicina si sia servita. Nell’istruttivo trattato di Lowenfeld potete leggere quali fossero i metodi della medicina primitiva e di quella antica. Dovrete in massima parte ascriverli alla psicoterapia; ai fini della guarigione i malati venivano posti in uno stato di “confidente attesa”, il che vale ancora oggi. Anche dopo che i medici hanno scoperto altri rimedi, sforzi psicoterapeutici di un genere o dell’altro non sono mai mancati nella medicina. In secondo luogo desidero richiamare la vostra

attenzione sul fatto che noi medici non possiamo rinunciare alla psicoterapia per la semplice ragione che l'altra parte coinvolta nel processo di guarigione, cioè il malato, non ha l'intenzione di rinunciarvi... Tutti noi medici, voi stessi, esercitiamo quindi costantemente la psicoterapia, anche quando non lo sappiamo e non intendiamo farlo, ma è dannoso lasciare così interamente nelle mani dell'ammalato il fattore psichico nell'azione che esercitate su di lui, perché questo fattore diviene in tal modo incontrollabile, indosabile, non passibile di accrescimento. Non è quindi uno sforzo giustificato da parte del medico di tentare di impossessarsi di questo fattore, di servirsene intenzionalmente, di guidarlo e rafforzarlo? Questo, e nient'altro, richiede da voi la psicoterapia scientifica".

Sigmund Freud, 1904

Soltanto pochi anni prima di scrivere le parole sopra citate, Sigmund Freud, nel testo "Gli studi sull'isteria", pubblicato nel 1895 insieme a Josef Breuer, descrive il tentativo di introdurre un nuovo metodo di trattamento della nevrosi. Pochi anni dopo comunica al mondo che il metodo è stato testato con successo e ricorda che esso ha una storia antica e accompagna il lavoro clinico di tutti i medici al di fuori, spesso, della loro consapevolezza. Uno dei temi su cui Sigmund Freud insiste è la necessità di ricorrere a valutazioni "dosabili" dell'efficacia della terapia, in particolare attraverso una maggiore consapevolezza dell'azione psicoterapeutica che la professione medica contiene. Altro elemento di grande rilievo è la precisazione che parte della terapia consiste nel creare un particolare clima di relazione col paziente definito qui di "confidente attesa".

Molti anni sono passati dalla formulazione di questi concetti che rimangono tuttavia basilari per il lavoro e le nostre teorizzazioni cliniche. Le tecniche si sono affinate e precisate anche per l'età evolutiva. La figlia Anna, Melania Klein, Donald Winnicott hanno, forse per primi, posto i pilastri del lavoro successivo. Sono corsi anni in cui non soltanto la società, l'arte e la cultura hanno assorbito i concetti della psicoanalisi, facendoli ampiamente propri; ma è anche sembrato a taluni che bastasse applicare la tecnica della psicoterapia analitica in qualunque modo e con qualunque formazione perché qualsiasi malattia si dissolvesse. Non è mancata la reazione a questo atteggiamento iperpsicoanalitico che si è concretizzata nella più recente credenza che la psicoterapia analitica e la psicoanalisi fossero al tramonto e che le relative tecniche terapeutiche non avessero provato la propria efficacia. È noto, peraltro, che tuttora molti analisti ritengono che le dimostrazioni di efficacia e le regole della medicina dell'evidenza non possano essere applicate alla loro psicoterapia che si riferisce a una cultura e a metodiche più vicine alla filosofia e alla letteratura che non alle metodiche scientifiche. Non è questa un'obiezione banale, in quanto è molto difficile poter valutare e misurare aspetti della relazione impalpabili, come lo stato di "confidente attesa" o la relazione del paziente con i propri oggetti mentali o le modificazioni in corso di terapia delle rappresentazioni dell'immagine materna o paterna. Di fronte a queste difficoltà è comprensibile come le metodiche di valutazione dell'efficacia della psicoterapia

psicodinamica o della psicoanalisi, basate ad esempio su un questionario CGI o CGAS (così come su molte altre scale e test) siano considerate troppo fragili nella loro capacità di obiettivare un cambiamento. Particolarmente difficile poi in psicoterapia infantile o adolescenziale utilizzare le tecniche di randomizzazione e costituire gruppi di controllo. Nonostante tali difficoltà è di grande rilievo la recente dimostrazione, attraverso una raffinata meta analisi ¹, comparsa su JAMA, della sicura efficacia della psicoterapia psicodinamica e della psicoanalisi quando viene effettuata con almeno 50 sedute o per un periodo di tempo sufficientemente lungo. Citeremo successivamente questo fondamentale lavoro che ribalta le convinzioni sin qui diffuse secondo le quali non vi sarebbe sufficiente dimostrazione dell'efficacia della tecnica della psicoterapia psicodinamica che pure, grazie all'opera pionieristica di Sigmund Freud, aveva acquisito una dignità scientifica prima di tutte le altre tecniche. A questo proposito ci pare assai interessante notare che, al di fuori delle metodiche della medicina dell'evidenza che applicano la statistica alla valutazione dell'efficacia delle metodiche terapeutiche, continuano attività di ricerca di grande interesse pubblicate su riviste di elevatissimo pregio scientifico, ma non più recensite su Pubmed. Ad esempio, il gruppo di Bernard Golse pubblica su "Psichiatrie de l'Enfant" un articolo intorno alla valutazione del cambiamento attraverso lo studio della narratività dei bambini in psicoterapia analitica ². Nel testo viene presa in considerazione e sviluppata una tecnica di valutazione del cambiamento attraverso lo studio della capacità di narrare e delle caratteristiche della narrazione rispetto allo stile di attaccamento del bambino. Si utilizzano a questo scopo delle storie da completare che permettono di valutare le rappresentazioni degli oggetti di attaccamento e le caratteristiche del discorso del bambino. Viene rilevato che nel corso di terapie sufficientemente prolungate si verifica, in una prima fase, una tendenza generale alla disorganizzazione delle modalità narrative, seguita poi da una fase di organizzazione ed integrazione. È opinione degli autori che si verifichi una divergenza rilevante tra gli studi clinici randomizzati controllati e la pratica clinica reale e che si debbano sviluppare e ricercare metodiche di valutazione più raffinate e più vicine alle condizioni naturali del trattamento.

La storia della psicoterapia per l'età evolutiva in Italia s'identifica, nella sua prima fase, negli anni del dopoguerra, con quella della psicoanalisi. Sono gli anni in cui sorgono le prime iniziative per i bambini in difficoltà: l'Ente morale per la protezione del fanciullo, i Centri medico-psico-pedagogici dei Comuni, in cui operano diversi pionieri della psicoanalisi e della psicoterapia dell'età evolutiva: Balconi, Berrini, Bollea, Senise, Mori, Ossicini, Fornari, per citarne solo alcuni tra i più noti; la psicoanalisi e la psicoterapia dinamica colonizzano le istituzioni, universitarie e non; molti altri autori hanno rilievo nello sviluppo e nella diffusione della psicoterapia psicodinamica, citiamo, per tutti, in ordine sparso e non cronologico Giannotti, Novelletto, i Gaddini, Ammanniti, Giannakoulas, Badoni, Vallino, Bertolini, Ferro; una rassegna sugli sviluppi e la storia della psicoanalisi in Italia può essere ritrovata in Algini ³. Nelle pri-

me fasi dello sviluppo delle psicoterapie per l'età evolutiva in Italia e, grosso modo, sino alla fine degli anni '80, l'approccio psicoanalitico è l'approccio dominante, utilizzato sia nei servizi pubblici che nella pratica privata. Al suo interno si sviluppano correnti che fanno riferimento ai teorici della psicoanalisi, da Freud in poi. L'impronta freudiana, con i cardini delle libere associazioni, del transfert, dell'utilizzo dell'interpretazione, della rimozione e dell'opera di avvicinamento all'inconscio di ricostruzione del passato "archeologico" del paziente, rimane il costruito su cui poggiano – "sulle spalle di Freud", per dirla con Speciale Bagliacca⁴ – le diverse pratiche psicoanalitiche, pur con tutte le rielaborazioni e gli apporti originali che ne sono derivati. In particolare la linea di intervento psicodinamico trova uno sviluppo nel pensiero di Winnicott, a partire dalla affermazione che "non esiste un bambino senza una madre"⁵, verso aggiustamenti della tecnica rispetto al lavoro con genitori e bambini (vedi Neri e Bertolini in questo numero).

Occorre ricordare che anche recenti classificazioni diagnostiche si pongono il problema di valutare la relazione genitore-bambino in funzione della diagnosi e della programmazione della terapia (Classificazione Diagnostica 0-3⁶ e Manuale Diagnostico Psicodinamico⁷). Prima ancora, autori come Freiberg, Liebermann, Cramer e Palacio, si sono posti il problema di una tecnica che coinvolgesse genitore e bambino. In Italia, Dina Vallino ha sviluppato una posizione personale che l'ha condotta a concettualizzare una strategia di intervento definita "consultazione partecipata"^{8,9}. Il modello bioniano (che prevede un'interrelazione tra analista e paziente, in funzione di dare accesso alla pensabilità ad emozioni primitive, elementi beta, attraverso l'attivazione della funzione alfa dell'analista e del paziente) è stato sviluppato per l'età evolutiva in modo originale in Italia da Antonino Ferro¹⁰⁻¹⁶.

La psicoterapia con i bambini

Nel corso degli anni sono state sviluppate tecniche di psicoterapia dell'età evolutiva specifiche che hanno raggiunto livelli qualitativi estremamente interessanti. Dall'alba della psicoanalisi, come recita il titolo del libro di Aliprandi e Pati¹⁷, dedicato a tre donne pioniere nel lavoro con i bambini, Hug-Hellmuth, Sokolnicka, Morgenstern, molto è cambiato. Anna Freud e Melanie Klein hanno dato una nuova prospettiva al lavoro clinico con i bambini. Anna Freud¹⁸ valorizzava l'importanza dei meccanismi di difesa dell'Io, dei sogni, delle fantasie diurne, con la tecnica del disegno libero, mentre limitava l'utilizzo del gioco; riteneva che le interpretazioni di transfert non fossero adatte agli adolescenti, già troppo impegnati nello stabilire transfert laterali sui coetanei, nel lavoro di lutto rispetto alle rappresentazioni infantili e nel legame con i genitori. Tale orientamento influenzerà alcuni autori, come in Italia Senise, rispetto alla tecnica terapeutica con gli adolescenti, con l'esclusione d'interpretazioni di transfert.

Melanie Klein, in “I Principi psicologici dell’analisi infantile”, scriveva al contrario che “nel gioco i bambini riproducono simbolicamente fantasie, desideri, esperienze; nel farlo si servono dello stesso linguaggio, della stessa forma di espressione arcaica e filogeneticamente acquisita che ci è ben nota nei sogni”¹⁹. Tale impostazione influenzerà notevolmente l’approccio psicoterapeutico al bambino, rivoluzionandolo: nel suo modello, l’analista diventa il luogo di proiezione (identificazione proiettiva) delle fantasie inconscie del paziente e della sua realtà interna.

Gabbard e Westen²⁰, a partire dalla psicoanalisi di adulti, hanno portato l’attenzione su alcune nuove tendenze terapeutiche, rilanciando il dibattito sulla psicoanalisi e sulla psicoterapia psicodinamica attuali. In primo luogo, gli autori sottolineano come negli ultimi anni molti abbiano riconosciuto il superamento della questione se sia più centrale, nel processo terapeutico, l’interpretazione o la relazione. In secondo luogo, segnalano il passaggio dalla ricerca della ricostruzione e dell’interpretazione genetica all’attenzione all’interazione reciproca tra paziente e terapeuta nei vari momenti della seduta. Infine, descrivono la tendenza attuale a una maggiore flessibilità e disponibilità a negoziare rispetto alle regole del lavoro analitico. In una direzione simile si esprime Ogden²¹ quando descrive il “parlare-come sognare” che l’analista può utilizzare per favorire trasformazioni positive del paziente, senza interpretare.

Gli psicoanalisti di bambini si sono confrontati con questi temi ancora prima degli psicoanalisti di adulti. Ad esempio, come ricorda Yanof²², “gli analisti infantili hanno riconosciuto e accettato la centralità dell’azione molto prima che il concetto di *enactment* diventasse di uso corrente”. Betty Joseph²³ sosteneva, ad esempio, che con i bambini occorre accettare anche di “fare” ciò che essi stessi propongono, per poi comprendere e interpretare. Attualmente esiste incertezza rispetto al ruolo dell’interpretazione sul gioco e sul bambino che gioca: diversi analisti ritengono che il gioco debba essere interpretato, come le comunicazioni verbali ed extraverbali per gli adulti, ma altri psicoanalisti sono di diverso avviso. Stern²⁴, ad esempio, descrive la possibilità di un cambiamento implicito nel gioco, che si verifica non solo per il modificarsi di schemi procedurali nell’interazione con l’altro, ma anche perché i personaggi del gioco assumono una valenza metaforica senza che siano interpretati e che il soggetto diventi consapevole del significato del gioco. Il concetto di memoria implicita, mutuato dalle neuroscienze, ha assunto sempre maggiore salienza anche in ambito psicoanalitico, per definire ciò che avviene in seduta al di là della consapevolezza cosciente del bambino e del terapeuta (anche, per altro, rispetto alla resistenza al cambiamento e alla trasformazione).

Ferro⁹, nell’analisi con i bambini, ha declinato i concetti bioniani di funzione beta, funzione alfa, identificazione proiettiva, in un suo modello che prevede che l’interpretazione e il gioco non servano per decodificare significati, ma per favorire la trasformazione di pensieri primitivi in qualcosa di pensabile e riorganizzato in una trama di pensieri (alfa), immagini rimontate in una sorta di film,

sogno non frammentato, che veicoli gli affetti del paziente e possa essere contenuto nella mente, del paziente e dell'analista. I personaggi che entrano in scena, dice Ferro "sono nodi di una rete di rapporti intrapsichici, i fatti narrati, in fondo, sono un travestimento comunicabile della realtà interna del paziente, considerata però come già data, in attesa di un interprete che ne chiarisca il funzionamento, ritrovandone la radice nelle fantasie inconscie".

La psicoterapia in adolescenza

A partire dagli studi sull'isteria di Freud in cui diverse terapie erano relative ad adolescenti, la psicoterapia psicodinamica dell'adolescenza ha raggiunto punti di eccellenza con gli studi di numerosi autori. Ci limitiamo qui a citare la psicoterapia breve di individuazione di Tommaso Senise cui noi stessi ci riferiamo nel nostro lavoro quotidiano e la psicoterapia di ispirazione psicoanalitica come sviluppata e descritta da Philippe Jeammet. Rimandiamo invece il lettore alla lettura dei testi di Otto Kernberg sulla psicoterapia dei disturbi borderline di personalità in cui possono essere trovate diverse indicazioni sull'adattamento della psicoterapia agli adolescenti.

Uno dei cardini del lavoro clinico nel modello di Senise è il rispecchiamento, favorito dall'identificazione del terapeuta nell'adolescente, dalla controidentificazione del paziente nel terapeuta e dalle identificazioni multiple del terapeuta nei personaggi in scena, genitori in particolare. Il terapeuta fornisce, alternativamente, una lettura degli stati mentali dell'adolescente e degli altri personaggi in scena. Si tratta di un livello di intervento non lontano da quello che Fonagy definisce di mentalizzazione, per i disturbi di personalità borderline (vedi in questo numero la recensione del libro curato da Fonagy ad opera di Sara Calderoni).

"La prima operazione – dice Senise ²⁵ – è una corretta identificazione a lui, empatica e globale, ma più selettiva e puntuale nell'ambito e nel limite della sua relazione tra Io soggetto ed Io oggetto; la seconda è di promuovere in lui una controidentificazione a noi, identificati con lui, dando luogo così ad un effetto specchio, già di per sé fondante per una relazione psicoterapeutica. Infatti, in tal modo, il luogo ed il tempo della seduta diventano un momento privilegiato di riflessione e di investigazione da parte dell'Io soggetto sull'Io oggetto. Per un certo tempo, noi rispecchieremo all'adolescente, il più esattamente possibile, l'immagine che egli ha di se stesso e gli rifletteremo, per quanto in noi, le modalità investigative attraverso le quali è giunto o giunge a quell'immagine di sé".

Jeammet ha concettualizzato in numerosi lavori, anche recenti ²⁶, la sua metodica. La psicoterapia prevede una fase iniziale con consultazioni di valutazione con l'adolescente e i suoi genitori nel corso delle quali verranno valutati, non soltanto, i livelli sintomatologici e il loro riflesso sull'ambiente familiare e

scolastico, ma anche la psicopatologia sottostante, le modalità di funzionamento psichico, la dinamica delle relazioni e della storia familiare, l'analisi della domanda e le possibilità di cambiamento. Vengono valutate, nel corso dei primi incontri, le indicazioni della psicoterapia (in funzione della natura dei sintomi della psicopatologia sottostante, della capacità di accettare il cambiamento da parte dell'adolescente e dell'ambiente familiare, della possibilità dell'adolescente di investire psicologicamente la relazione di cura), la necessità di ricorrere ad una terapia bifocale o ad un lavoro istituzionale di rete, o di una struttura intermedia. La tecnica terapeutica psicodinamica descritta da Jeammet si basa, per gran parte, sulle concezioni cliniche e teoriche della teoria freudiana: il disfunzionamento psichico viene visto come l'espressione di un'inadeguatezza o incapacità di mobilità o di rimettersi in questione rispetto alla realtà dei vissuti, ma è anche espressione delle esperienze precedenti dell'individuo, in particolare, per quanto riguarda le sue relazioni con le figure genitoriali. Il lavoro clinico in seduta mira a consentire un processo definito come *remémoration* delle esperienze infantili, di affetti, pensieri, fantasmi associati, al fine di aiutare il paziente a ritrovare le correlazioni ed i legami tra le attitudini presenti e gli eventi del passato. Attraverso questo tipo di lavoro retrospettivo, si alimenta una capacità riflessiva che dovrebbe consentire un maggiore grado di libertà dell'individuo rispetto alle proprie attitudini e ai propri meccanismi di coazione a ripetere. Questo tipo di ascolto analitico, centrato sulla riattivazione dei ricordi e della memoria delle esperienze del passato, passa attraverso le libere associazioni e la comprensione dei fenomeni di transfert e controtransfert.

È sostenuto da molti che la cura psicoanalitica tipica, con ritmo molto frequente delle sedute, posizione orizzontale, pagamento obbligatorio, principio delle associazioni libere, attitudini di neutralità dell'analista, non risulti applicabile in adolescenza e debba forzosamente andare incontro a modificazioni di tecnica. Jeammet indica l'opportunità che la frequenza delle sedute sia minore, la posizione seduta faccia a faccia, il ruolo del terapeuta a tipo sostegno e Io ausiliario rispetto al paziente. Tali importanti modifiche di tecnica comportano minori rischi di regressione o di scompensamento narcisistico e di straripamento pulsionale, maggior rispetto dei meccanismi di difesa dell'Io e più possibilità di preservare il narcisismo del paziente senza scompensarlo. In questo contesto, il transfert costituirebbe più un motore della relazione terapeutica ed un rinforzo dell'alleanza tra adolescente terapeuta che non l'oggetto dell'analisi: "il terapeuta in posizione di ascolto interviene egualmente sul filo delle associazioni e gioca un ruolo attivo di contenimento e di sostegno del paziente secondo una modalità winnicottiana di madre sufficientemente buona". La frequenza e l'importanza della tendenza a manifestare condotte agite, a scapito delle capacità di mentalizzazione, e il ricorso al percolato come modalità difensiva di fronte a una realtà interna che crea insicurezza e come modalità di mantenere la differenziazione tra mondo esterno e mondo interno tendono a mettere in dubbio le indicazioni a tecniche che facilitino la regressione e che richiedano un'astinenza assoluta del terapeuta oltre

che proclamare il primato della mentalizzazione e dell'attività di elaborazione. Egualmente, la frequenza delle interruzioni di terapia quando si ha in cura un adolescente sottolinea i rischi di tali metodiche. Nell'ambito di questo particolare tipo di lavoro psicoterapeutico, viene anche indicata la necessità di ricorrere, in certe situazioni cliniche, e, in particolare, in adolescenza, a modalità di terapia di tipo bifocale. Le terapie bifocali vengono instaurate attraverso la collaborazione di una coppia terapeuta/psichiatra e tendono a dare una risposta efficace al dualismo psichico del paziente adolescente diviso tra realtà esterna e realtà interna. Si crea, per tale via, una sorta di spazio proiettivo allargato dove l'apparato psichico si esprime espandendosi. Così, la presa in carico bifocale psichiatrica e psicoterapeutica può, articolando meglio la realtà interna alla realtà esterna che il paziente finisce per proiettare sull'uno e sull'altro terapeuta, evitare lo scoglio della seduzione (attirare a sé) e dell'educazione (rivolgere verso l'esterno), facilitando l'instaurazione di una distanza relazionale tollerabile per l'adolescente e preservando lo spazio psicoterapeutico dalle incursioni della realtà esterna, facilitando la messa in campo di terapie di altro tipo eventualmente necessarie.

Lo sviluppo della psicoterapia psicodinamica ha poi notevolmente influenzato lo sviluppo delle terapie con i genitori²⁷⁻³⁶. Questo argomento è trattato in questo numero da Neri e Bertolini. Qui preme sottolineare il tentativo di K. e J. Novick²⁸ di razionalizzare l'intervento clinico con i genitori, al fine di creare una rete di alleanze tra il figlio, i genitori e il terapeuta. Grande attenzione viene posta da questi autori alle diverse fasi della terapia: valutazione, fase iniziale, fase centrale, fase pre-conclusiva, conclusione e periodo successivo alla terapia. Di ogni fase, sono prese in considerazione i compiti di alleanza con i genitori, nonché le loro emozioni, angosce, difese e resistenze, ed infine le tecniche del terapeuta per farvi fronte.

Le prove di efficacia

La medicina basata sull'evidenza ha imposto da tempo la necessità di prove di efficacia anche per le psicoterapie. Circa sino alla fine degli anni '50, e in parte a tutt'oggi, la psicoanalisi è rimasta rigidamente chiusa in una circolarità autoreferenziale, secondo la quale si credeva che il modello teorico dovesse confermare la clinica e la clinica dovesse confermare il modello teorico. L'atteggiamento di rifiuto alla verifica dei propri strumenti ha portato gli psicoanalisti e i terapeuti psicodinamici ad un ritardo rispetto alle dimostrazioni di evidenza raggiunte da altri modelli terapeutici, come quello cognitivo comportamentale (anche per la diversa complessità della tecnica usata). Tuttavia, si stanno ormai accumulando diversi studi sulla efficacia (*efficacy*) e sulla efficienza (*effectiveness*) da parte degli psicoterapeuti di impostazione psicodinamica.

Dai primi studi di Eysenk³⁷, che miravano a dimostrare l'inefficacia della psicoterapia, alle confutazioni di Bergin³⁸, si sono sviluppati un certo numero di

lavori sulla valutazione del processo terapeutico e dei suoi risultati in corso di psicoterapia psicodinamica.

Una metanalisi recente, di Lambert e Barley³⁹, su circa 100 ricerche, ha concluso che i fattori relazionali (caratteristiche del terapeuta, empatia, alleanza terapeutica) incidono maggiormente sul risultato di una psicoterapia, mentre, le tecniche specifiche spiegano in minore misura il successo.

Luborsky⁴⁰ è stato uno dei primi a studiare con metodologia scientifica i fattori terapeutici, in particolare l'alleanza terapeutica. In anni più recenti, viene tenuto maggiormente in considerazione il rapporto tra stato patologico iniziale, tipo di terapia e ciò che ci si aspetta possa risultare modificato alla fine del trattamento, rispetto alla patologia iniziale (esito clinico).

Henggeler et al.⁴¹ hanno condotto uno studio sull'efficacia del trattamento nelle situazioni di urgenza psichiatrica con pazienti adolescenti, attraverso il confronto tra una modalità di ricovero ospedaliero e una terapia multisistemica. Le misurazioni di esito, legate alla valutazione del sintomo, hanno evidenziato la migliore prestazione della terapia multisistemica rispetto al ricovero. Al tempo stesso, misurazioni legate alla valutazione dell'autostima, hanno, al contrario, rilevato un maggiore funzionamento del ricovero ospedaliero. Tale studio mette in risalto le difficoltà di ordine metodologico che ci si trova ad affrontare quando si vuole valutare l'esito dei trattamenti clinici, in particolare se ci si basa solo sui sintomi.

Fonagy et al.⁴², nella loro panoramica sugli studi degli esiti nella psicoterapia infantile, propongono una rielaborazione delle due principali classificazioni proposte da Hoagwood⁴³ e da Kazdin e Kendall⁴⁴, indicando cinque aree di funzionamento, a cui corrispondono cinque livelli di esito: 1) il livello Sintomatico o Diagnostico. Per quanto fondamentale, la remissione del sintomo non basta a definire l'efficacia di una terapia, tanto più che le informazioni che derivano dal soggetto o dai familiari o dall'ambiente (insegnanti) non sempre sono facili da decodificare e spesso non sono concordanti e adeguate. La *Child Behavior Checklist* (CBCL) di Achenbach rappresenta un tentativo di superare questa difficoltà, raccogliendo informazioni da più fonti; 2) il livello di Adattamento. La remissione sintomatologica non corrisponde all'adattamento del soggetto al suo ambiente (familiare, scolastico, gruppo dei pari). La *Children's Global Assessment Scale* (CGAS)⁴⁵ costituisce un efficace strumento di valutazione multidimensionale delle funzioni del bambino o dell'adolescente e del suo adattamento. Anche la *Hampstead Child Adaptation Measure* (HCAM)⁴⁶ permette una misura degli indicatori di adattamento; 3) il livello dei Meccanismi. Riguarda le capacità cognitive ed emozionali del bambino o dell'adolescente e il loro funzionamento mentale. Per quanto non molto utilizzato nella ricerca, ci piace ricordare il tentativo di Paulina Kernberg di definire, attraverso il gioco, gli elementi psicopatologici, psicodinamici, difensivi ed emozionali, strutturali, presenti nei bambini osservati (*play therapy instrument*); 4) il livello Transazionale. Riguarda il rapporto con i genitori, la qualità delle relazioni tra i familiari o le caratteristiche

dell'ambiente sociale e della scuola, sia in senso protettivo sia come fattore di rischio; 5) Il livello di utilizzazione e di soddisfazione dei Servizi.

Per altro, la dimostrazione dell'efficacia di un trattamento non può essere considerata come qualcosa di assoluto, considerando il significato normativo che può essere dato dall'ambiente alla riduzione della sintomatologia o all'adattamento del soggetto. D'altra parte, come ricorda Fonagy⁴², la scarsità di studi di questo tipo in ambito psicoterapico psicodinamico ha avuto come effetto l'esclusione dei trattamenti di questo tipo dalle linee guida per il trattamento dei disturbi mentali ma non coincide necessariamente con una non efficacia degli stessi. Inoltre, la ricerca in età evolutiva necessita di strumenti propri e non mediati dal campo della ricerca sugli adulti; un ulteriore sforzo in questa direzione andrà fatto.

Studi sull'efficacia della psicoterapia psicodinamica riguardano sia terapie brevi, come lo studio di Muratori sui disturbi internalizzanti⁴⁷, sia terapie a lungo termine. Al riguardo, uno studio molto interessante rispetto all'efficacia della psicoterapia psicodinamica di lunga durata (LTPP) è stato pubblicato su JAMA nel 2008¹. Gli autori si sono posti l'obiettivo di valutare, attraverso una meta-analisi, l'efficacia della LTPP nel trattamento dei disturbi mentali complessi, quali disturbi di personalità, disturbi mentali cronici, disturbi mentali multipli e disturbi d'ansia e depressione complessi (cioè con decorso cronico o associati ad altri disturbi mentali). Sono stati valutati *trial* clinici randomizzati (RCT) e studi longitudinali in cui si è utilizzata la psicoterapia psicodinamica per almeno 1 anno o 50 sedute e che riportano misure di esito affidabili. In tutto, sono stati inclusi 23 studi per un totale di 1053 pazienti (11 RCT e 12 studi osservazionali). Le stime dell'effetto terapeutico sono state calcolate rispetto all'efficacia globale, ai sintomi bersaglio, ai sintomi psichiatrici generali, al funzionamento personale e al funzionamento sociale. Per valutare la stabilità dell'effetto della LTPP nel tempo, l'analisi è stata condotta al termine della terapia e al *follow-up*. I risultati hanno evidenziato che la LTPP ha, in questo tipo di disturbi, un'efficacia significativamente maggiore rispetto alle forme più brevi di psicoterapia per quanto riguarda i sintomi bersaglio ed il funzionamento personale. L'analisi dei diversi sottogruppi di patologie ha mostrato un effetto benefico ampio, stabile e significativo della LTPP nei disturbi mentali specifici che sono stati valutati.

In conclusione è possibile affermare che, dopo 100 anni di storia:

- la psicoterapia psicodinamica ha raggiunto un punto di maturità. La sua efficacia è ora dimostrata sia per quanto riguarda il livello del sintomo sia per quanto riguarda il funzionamento globale della mente della persona, il funzionamento sociale e la qualità della relazione;
- nuove tecniche basate sulla psicoanalisi sono state messe a punto in modo approfondito e raffinato: psicoterapie madre-bambino, psicoterapia dell'adolescente, psicoterapia bifocale, terapie di mentalizzazione, ecc.;

- si prospettano importanti sviluppi sul piano della psicoterapia psicodinamica applicata, per esempio, nel campo delle terapie istituzionali nell'ambito delle strutture intermedie e dei reparti ospedalieri neuropsichiatrici dedicati all'infanzia e all'adolescenza.

Permane, come elemento di criticità, la difficoltà di raggiungere un elevato livello di qualità nella formazione, nella pratica clinica e la problematicità relativa ai costi che la tecnica psicoterapeutica psicodinamica comporta. Tali elementi andranno tuttavia bilanciati da studi di efficacia e dai risultati che assumono caratteristiche trasformative stabili rispetto all'evoluzione psicologica e psicosociale dei singoli soggetti di età evolutiva.

Riassunto

Gli autori presentano una *review* della letteratura sulla psicoterapia psicodinamica, in Italia e all'estero, e danno uno specifico spazio al lavoro teorico di diversi autori in specifici ambiti della psicopatologia dei bambini e degli adolescenti. Vengono discusse inoltre la metodologia di studi di efficacia (*efficacy*) ed efficienza (*effectiveness*) in età evolutiva e lavori di meta-analisi sull'esito dei trattamenti psicodinamici a breve e a lungo termine.

Bibliografia

- ¹ Leichsenring F, Rabung S. *Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis.* JAMA 2008;300:1551-65.
- ² Zigante F, Borghini A, Golse B. *Narrativité des enfants en psychothérapie analytique: évaluation du changement.* In: *La psychiatrie de l'enfant.* Parigi: PUF 2009;52:5-44.
- ³ Algini ML (a cura di). *Quaderni di psicoterapia infantile / Sulla storia della psicanalisi infantile in Italia.* Roma: Borla 2007.
- ⁴ Speciale Bagliacca R. *Sulle spalle di Freud. Psicoanalisi e ideologia fallica.* Roma: Astrolabio Ubaldini 1982.
- ⁵ Winnicott DW. *Dalla pediatria alla psicoanalisi.* 1958. Trad. it. Firenze: Martinelli Editore 1975-1991.
- ⁶ *Zero to three. Diagnostic Classification: 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood.* USA: National Center for Clinical Infant Programs 1994.
- ⁷ Alliance of Psychoanalytic Organizations. *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM).* 2006. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina Editore 2008.
- ⁸ Vallino D. *La consultazione partecipata: figli e genitori nella stanza d'analisi.* 2003. In: *Quaderni di psicoterapia infantile.* Roma: Borla 2004;48:228-59.
- ⁹ Vallino D. *L'avvio della consultazione partecipata.* In: *Quaderni di psicoterapia infantile.* Roma: Borla 2007;55:165-82.
- ¹⁰ Ferro A. *La tecnica nella psicoanalisi infantile. Il bambino e l'analista: dalla relazione al campo emotivo.* Milano: Raffaello Cortina Editore 1992.
- ¹¹ Ferro A. *From hallucination to dream: from evacuation to the tolerability of pain in the analysis of a preadolescent.* The Psychoanalytic Review 1993;80:389-404.

- ¹² Ferro A. *The Impasse within a Theory of the Analytic Field: Possible vertices of Observation*. Int J Psycho-Anal 1993;74:917-29.
- ¹³ Ferro A. *Carla's Panic Attacks: Insight and Transformations: what comes out of the cracks: monsters or nascent thoughts?* Int J Psycho-Anal 1996;77:997-1011.
- ¹⁴ Ferro A. *Nella Stanza d'Analisi. Emozioni, Racconti, Trasformazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1996.
- ¹⁵ Ferro A. *Fattori di malattia, fattori di guarigione*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2002.
- ¹⁶ Ferro A. *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2007.
- ¹⁷ Aliprandi MT, Pati AM. *L'alba della psicoanalisi*. Milano: Feltrinelli 1990.
- ¹⁸ Freud A. *Il trattamento psicoanalitico dei bambini*. Torino: Bollati Boringhieri 1972.
- ¹⁹ Klein M. *I principi psicologici dell'analisi infantile* (1926). In: Klein M. *Scritti 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri 2006.
- ²⁰ Gabbard G, Westen D. *Rethinking therapeutic action*. Int J Psychoanal 2003;84:824-41.
- ²¹ Ogden TH. *Riscoprire la psicoanalisi. Pensare e sognare, imparare e dimenticare*. Milano: CIS Editore 2009.
- ²² Yanof JA. *La tecnica nell'analisi dei bambini*. In: Person ES, Cooper AM, Gabbard GO. *Psicoanalisi. Teoria, Clinica, Ricerca*. Milano: Cortina 2006.
- ²³ Betty J, Feldman M. *Psychic Equilibrium and Psychic Change: Selected Papers of Betty Joseph*. New Library of Psychoanalysis, No 9. Oxford: Routledge 1989.
- ²⁴ Stern DN, Sander LW, Nahum JP. *Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy*. Int J Psychoanal 1998;79:903-21.
- ²⁵ Senise T. *La rappresentazione del Sé e i processi di separazione/individuazione nell'adolescente*. In: Aliprandi MT, Pelanda E, Senise T. *Psicoterapia breve di individuazione. La metodologia di Tommaso Senise nella consultazione con l'adolescente*. Milano: Feltrinelli 1990, pp. 29-43.
- ²⁶ Lamas C, Corcos M, Jeammet P. *Psychotherapies à l'adolescence EMC*. In: *Psychiatrie Pédiopsychiatrie*. Paris: Elsevier Masson 2007, 37217, A10.
- ²⁷ Novick KK, Novick J. *Parent work in analysis: children, adolescents, and adults. Part 1: evaluation*. Journal of Infant, Child, and Adolescents Psychotherapy 2001.
- ²⁸ Novick KK, Novick J. *Lavorare con i genitori*. Milano: Franco Angeli 2009.
- ²⁹ Cramer BG, Palacio-Espasa F. *Le psicoterapie madre-bambino. Metodologia e studi clinici*. Milano: Masson 1995.
- ³⁰ Lieberman AF. *Il trattamento dei disturbi dell'attaccamento nella psicoterapia bambino-genitore*. 2002. Trad. it. in Maldonado-Durán JM. *Infanzia e salute mentale. Modelli di intervento clinico*. Milano: Cortina 2005.
- ³¹ Lieberman A. *La psicoterapia genitore-bambino: un approccio basato sulla relazione per il trattamento dei disturbi della salute mentale nell'infanzia e nella fanciullezza*. 2004. Trad. it. in Sameroff J, McDonough SC, Roseblum L (a cura di). *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Bologna: Il Mulino 2006.
- ³² Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. *I fantasmi nella stanza dei bambini*. 1975. Trad. it. in Fraiberg S. (a cura di). *Il sostegno allo sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1999.
- ³³ Lieberman AF, Padro' NE, Van Horn P, Harris WW. *Angels in the nursery: the intergenerational transmission of benevolent parental influences*. Infant Mental Health Journal 2005;26:504-20.
- ³⁴ Vallino D, Macciò M. *Il senso di esistere del neonato e l'attrazione fatale dell'identificazione*. In: *Quaderni di psicoterapia infantile*. Roma: Borla 2004;49:91-107.
- ³⁵ Vallino D, Macciò M. *Essere neonati. Osservazioni psicoanalitiche*. Roma: Borla 2004.
- ³⁶ Rossi G, Scarabello EM, Rossi M, Balottin U. *Fantasmi, angeli e fantasie inconse. Una panoramica su psicoterapie e consultazioni genitore-bambino*. *Psichiatria dell'Infanzia e Adolescenza* 2009;76:379-95.
- ³⁷ Eysenck HJ. *The effects of psychotherapy: an evaluation*. J Consult Psychol 1952;116:319-24.
- ³⁸ Bergin AE. *The empirical emphasis in psychotherapy. A symposium. The effects of psychotherapy: negative results revisited*. J Consult Psychol 1963;10:224-50.

- ³⁹ Lambert MJ, Barley DE. *Research Summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome*. Psychotherapy 2001;38:357-61.
- ⁴⁰ Luborsky L, Singer B, Luborsky L. *Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"?* Arch Gen Psychiatry 1975;32:995-1008.
- ⁴¹ Henggeler SW, Schoenwald SK, Rowland M, Ward D. *MST versus psychiatric hospitalization: Placement outcome post-treatment*. In: 46th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Chicago, 1999.
- ⁴² Fonagy P, Target M, Cottrell D, Phillips J, Kurtz Z. *What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. The Guilford Press 2002. Trad. it. in *Psicoterapie per il bambino e l'adolescente*. Roma: Pensiero Scientifico 2003.
- ⁴³ Hoagwood K, Jensen PS, Prett T, Burns BJ. *Outcomes of mental health care for children and adolescents: A Comprehensive conceptual model*. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 1996;35:1055-63.
- ⁴⁴ Kazdin AE, Kendall PC. *Current progress and future plans for developing effective treatments: Comments and perspective*. J Clin Child Psychol 1998;27:217-26.
- ⁴⁵ Shaffer D, Gould M, Brasic JA. *Children's Global Assessment Scale (CGAS)*. Arch Gen Psychiatry 1983;40:1228-31.
- ⁴⁶ Target M, Fonagy P. *Raters' manual for the Hampstead Child Adaptation Measure (HACAM)*. London: UCL 1992.
- ⁴⁷ Muratori F, Picchi L, Bruni G, Patarnello M, Romagnoli G. *A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:331-9.