

Psicoterapia dei disturbi d'ansia: psicopatologia, psicoterapia e outcome

*Psychotherapy in anxiety disorders:
psychopathology, psychotherapy and outcome*

L. PICCHI, F. MURATORI

IRCCS Stella Maris, Università di Pisa

PAROLE CHIAVE .– Disturbi d'ansia - Psicoterapia - Efficacia
KEY WORDS. – Anxiety disorders - Psychotherapy - Efficacy

Summary

The AACAP Practice Parameters for the treatment of anxiety disorders indicate that child and family psychotherapy should be considered as a mandatory part of the treatment in a multimodal approach for AD in children. This review describes different models of psychotherapy, with particular attention to efficacy and effectiveness studies. Two major theoretical models are considered, cognitive-behavioral and psychodynamic therapy, with specific treatment modalities as long as different age periods. Specific treatment components and active ingredients of these interventions are indicated.

Introduzione

I disturbi d'ansia (DA) qui presi in esame non comprendono i disturbi ossessivo-compulsivi che sono trattati in questo numero monografico della rivista da Mancini e Buonanno e che d'altronde nei prossimi sistemi classificatori non faranno più parte del capitolo dei DA. Si tratta di disturbi che comunque sono connotati dalla presenza di ansia definibile come sentimento penoso associato ad un atteggiamento di attesa di qualcosa di spiacevole, e che spesso è associata a manifestazioni somatiche. In questa entità categoriale vengono comprese le

classiche nevrosi del bambino talora associate ad eventi stressanti (fobia semplice, agorafobia, disturbo di panico, disturbo di ansia generalizzata) talora facenti parte di disturbi emotivi tipici dell'infanzia (disturbo d'ansia di separazione, fobia sociale dell'infanzia). Nell'approccio terapeutico ai DA è necessario tenere presente che l'emergenza di una condotta ansiosa può rappresentare la porta di ingresso per molte altre condotte psicopatologiche e che comunque spesso i DA si presentano in comorbilità con altri disturbi (in particolare con quelli depressivi minori); entrambe queste situazioni possono richiedere priorità nel trattamento e considerare il trattamento specifico del DA solo in un tempo successivo.

I DA costituiscono una area della psicopatologia molto diffusa tra i bambini e gli adolescenti, con tassi di prevalenza tra il 6 e 20% e molti autori la segnalano come in progressivo aumento^{1 2}; ciò è presumibilmente dovuto all'aumento di fattori socioeducativi stressanti e ad una maggiore attenzione a questo tipo di disturbi da parte della famiglia nel mondo occidentale. Infatti circa l'eziopatogenesi del disturbo, i modelli della psicopatologia dello sviluppo mettono in luce in particolare per i disturbi d'ansia l'interrelazione tra fattori di rischio biologici e ambientali. Il massimo rischio è per quei bambini in cui i fattori biologici, espressi da un temperamento specifico (alto evitamento del danno, bassa ricerca della novità) ed inibizione comportamentale, sono associati all'esposizione a situazioni familiari a loro volta caratterizzate da ansia, evitamento, inibizione, o a esperienze acute di stress.

Tra i fattori di rischio ambientale, il funzionamento parentale e le interazioni genitori-bambino sono stati ampiamente valutati nella genesi e nel mantenimento del disturbo³. L'ansia genitoriale influisce sull'ansia del bambino, con processi di trasmissione di natura sia genetica⁴ che ambientale⁵. I figli di genitori ansiosi hanno probabilità cinque volte maggiore di sviluppare un disturbo d'ansia⁶ rispetto ai figli di genitori che non presentano elevati tratti d'ansia.

Il ruolo del funzionamento/comportamento parentale e delle interazioni genitori-bambino nell'eziopatogenesi del disturbo d'ansia sono stati concettualizzati dai differenti orientamenti teorici. In ambito cognitivo-comportamentale si è evidenziato che i genitori possono modellare la paura e l'ansia del loro bambino, possono rinforzare i comportamenti di *coping* di tipo ansioso e involontariamente contribuire al mantenimento del meccanismo dell'evitamento del bambino, a dispetto del loro intento manifesto di aiutarlo⁷. In un'analisi della letteratura sulla terapia familiare ad indirizzo cognitivo-comportamentale, Ginsburg e Schlosberg⁶ hanno individuato le principali variabili parentali e familiari correlate al DA del bambino: ansia parentale, *anxious modeling*, ipercontrollo parentale, criticismo, mancanza di *monitoring*, credenze ed aspettative negative sottese ai comportamenti ansiosi, evitamento delle emozioni negative nella comunicazione, conflitto parentale e struttura familiare disfunzionale in termini di ruoli gerarchici e di coesione. In ambito psicodinamico, l'estensione del *setting* ai trattamenti genitori-bambino ha portato a mettere in luce l'interconnessione tra rappresentazioni del bambino e rappresentazioni genitoriali e il ruolo dei meccanismi di proiezione

e identificazione proiettiva della conflittualità parentale sul bambino⁸. Questo punto di vista, che ricordiamo ha il suo inizio con la descrizione del Piccolo Hans da parte di Sigmund Freud nel 1905, ha ampliato enormemente la comprensione psicodinamica dei meccanismi intrapsichici tipici dell'ansia. Nell'ambito della teoria dell'attaccamento, sono state individuate come prevalenti nei bambini con DA le modalità di attaccamento insicuro di tipo ansioso/resistente. Negli sviluppi più recenti di questo modello è stato descritto il processo per cui le memorie delle risposte provenienti dalle figure di attaccamento vengono inglobate in strutture cognitive del figlio che andranno a costituire le convinzioni e le aspettative del bambino (e poi dell'adulto) ogni volta che si troverà in condizioni di stress o di difficoltà⁹. L'attaccamento insicuro rende precaria la costituzione di una base sicura che limita l'emergere dell'ansia, modifica l'organizzatore dello sviluppo cerebrale precoce¹⁰, e limita lo sviluppo delle capacità di regolazione affettiva e di mentalizzazione. In ambito sistemico-relazionale, la focalizzazione è sulla struttura e la modalità di funzionamento familiare piuttosto che sul singolo individuo: la famiglia è concettualizzata come un sistema aperto che funziona in relazione al suo contesto socio-culturale e che si evolve durante il ciclo vitale. Secondo tale sistema teorico di riferimento, fattori di rischio per lo sviluppo dei DA del bambino possono essere individuati in relazioni familiari che presentano caratteristiche interattive del sistema familiare variamente combinate¹¹: invischamento, iperprotettività, rigidità, intolleranza alla conflittualità, coinvolgimento del bambino nel conflitto di coppia. Il sintomo del bambino svolge una funzione omeostatica, diventa un potente organizzatore della vita e delle relazioni familiari, e viene attivamente usato per oltrepassare i confini generazionali e ridurre le tensioni legate alle crisi di transizione nel ciclo di vita della famiglia¹²⁻¹⁵.

Le conclusioni comuni delle differenti teorizzazioni sono che vi è una reciproca influenza tra fattori genitoriali esterni al bambino e fattori interni del bambino, come illustrato nel modello evolutivo di Ginburg e Schlosseberg⁶; per tale motivo tutti sostengono che i genitori devono essere coinvolti nel trattamento del bambino affetto da DA. Tale indicazione è anche ripresa dalle linee guida cliniche dell'AACAP³ per il trattamento dei DA dove viene fortemente indicato che la psicoterapia del bambino deve essere considerata come parte di un trattamento multimodale, comprendente l'educazione dei genitori, ed anche del bambino, circa la natura del disturbo d'ansia, un lavoro di consulenza con scuola e con i pediatri di base, lo svolgimento di un trattamento psicoterapico, la terapia farmacologica. Per quanto riguarda il trattamento psicoterapico, che è oggetto di questa *review*, l'AACAP segnala che la scelta delle specifiche modalità di trattamento deve prendere in considerazione i fattori di stress psicosociale, i fattori di rischio, il tipo di funzionamento familiare, la gravità dell'impatto del DA sul funzionamento globale, la comorbidità, l'età e il livello evolutivo del bambino; dovrebbero essere considerati anche fattori connessi al grado di propensione ed accettazione, del bambino e della sua famiglia, per una particolare forma di intervento. Dal punto di vista dei servizi clinici, la scelta del tipo di trattamento dipende dalla

presenza di persone con specifico *training*, dalla possibilità di fornire trattamenti *evidence-based*, o comunque dalla possibilità di valutare l'efficacia del proprio trattamento.

Modelli psicoterapeutici

Nella presente review prenderemo in considerazione i trattamenti psicoterapeutici dei DA descritti in letteratura facendo riferimento ai modelli cognitivo comportamentale e a quelli psicodinamici. Vedremo come entrambi questi trattamenti prendono in considerazione il problema della terapia familiare.

Terapia cognitivo-comportamentale (CBT)

Le caratteristiche della CBT per i disturbi d'ansia vengono così sintetizzate³: a) psicoeducazione con il bambino e i genitori circa la natura del disturbo e del trattamento proposto; b) *training* sulle abilità di gestione corporea; c) ristrutturazione cognitiva rivolta alle aspettative e al dialogo interno negativi; d) metodi di esposizione (mentale e in vivo, con graduale desensibilizzazione rispetto alla stimolo temuto; e) piani di prevenzione delle ricadute, attraverso sedute con i genitori e gli insegnanti.

Il modello di intervento individuale più diffuso per bambini di età compresa tra i 7 ed i 14 anni è costituito dal *Coping Cat Program*¹⁶. In questo modello le sessioni si focalizzano su quattro principali aree di contenuto: 1) riconoscere i vissuti d'ansia e le reazioni somatiche ad esse; 2) chiarificare i pensieri attivi (attribuzioni ed aspettative non realistiche e negative) nelle situazioni che provocano ansia; 3) sviluppare un piano di *coping* per far fronte alla situazione ansiogena (modificare il dialogo interno di tipo ansioso e determinare quali azioni possono essere efficaci); 4) valutare le *performance* e utilizzare gli auto-rinforzi. Nel corso del trattamento individuale sono svolti generalmente due incontri con i genitori, finalizzati a strutturare il programma del trattamento e a definire i compiti genitoriali attinenti all'esposizione dei figli alle situazioni stressanti. Non è previsto un lavoro specifico indirizzato al cambiamento delle interazioni familiari e del comportamento ansioso dei genitori stessi.

Per quanto riguarda il trattamento familiare⁶, la CBT viene indirizzata operativamente a modificare quelli che vengono definiti i "meccanismi", le "variabili" e i *core processes* familiari individuati come correlati all'origine del disturbo del bambino. Gli obiettivi vengono descritti nei termini di: insegnare ai genitori a trattare l'ansia del bambino e i comportamenti correlati, insegnare le abilità di comunicazione e di *problem solving*, imparare a far fronte alla propria ansia. L'intervento è manualizzato e altamente strutturato. Il *setting* comprende

sedute individuali con il bambino, con i genitori, congiunte genitori-bambino e con l'intera famiglia. Il principio di fondo che orienta l'intervento è quello del "trasferimento del controllo" dai genitori al bambino, in luogo di quello tra terapeuta e bambino che avviene nei trattamenti individuali¹⁷⁻¹⁹. La terapia inizia con una seduta di orientamento in cui tutti i membri della famiglia esprimono la loro opinione sulla natura del problema, l'influenza su ciascuno e ciò che andrebbe fatto. A conclusione della seduta il disturbo d'ansia viene riformulato nei termini di funzionamento familiare. Nelle sedute successive la terapia è organizzata attorno a tre fasi. Nella prima, ai genitori e al bambino viene contemporaneamente insegnato a ridurre la propria ansia: i genitori imparano "comportamenti coraggiosi" (cioè fare cose che provocano loro ansia) e mostrano ai figli come vi fanno fronte, e quindi guidano e controllano l'esposizione del bambino alla sorgente di ansia. Nella seconda fase sono identificate e modificate le credenze disfunzionali dei genitori, ricostruendone anche l'origine all'interno della loro storia personale. Nella terza fase sono modificate le interazioni problematiche tra i genitori e il bambino, tra gli stessi genitori, e nell'intera famiglia, incoraggiando la comunicazione e il *problem solving*.

La maggior parte dei trattamenti individuali e familiari descritti in letteratura si rivolge a bambini della fascia di età 7-14 anni. Per gli adolescenti con DA è stata più recentemente messa a punto²⁰ una forma di trattamento familiare che modifica il modello di CBT familiare tenendo conto della specificità dell'adolescenza, concettualizzata secondo i principi della teoria dell'attaccamento. Il trattamento prende il nome di CBT-ABFT per indicare la combinazione dei due modelli di riferimento: quello cognitivo e quello basato sull'attaccamento. La struttura è simile a quella già sviluppata per il trattamento della depressione in adolescenza²¹: ma mentre gli obiettivi terapeutici interpersonali primari individuati per gli adolescenti depressi consistono nel riparare il legame di attaccamento (per esempio ricostruendo fiducia, sicurezza ed intimità), per gli adolescenti ansiosi gli obiettivi consistono nel rendere i legami di attaccamento esistenti meno rigidi e più flessibili. Il sistema di credenze dei genitori di adolescenti ansiosi è che l'espressione delle differenze e del conflitto nella famiglia porti alla perdita dell'intimità nelle relazioni, per cui la comunicazione e la negoziazione aperte sono bloccate e le manifestazioni di indipendenza fisica e psicologica vengono percepite come una minaccia al bisogno di vicinanza. Tali credenze attivano comportamenti parentali che scoraggiano la differenziazione dei punti di vista, dei sentimenti e delle esperienze, promuovendo nell'adolescente l'evitamento e la dipendenza, con conseguente rinforzo del senso di incompetenza personale. In sintesi, la terapia ha come obiettivo quello di aiutare l'adolescente a negoziare in maniera competente l'autonomia nelle interazioni familiari e i genitori ad essere meno iperprotettivi e controllanti, in modo da migliorare la promozione dell'autonomia del figlio. Anche in questo caso il *setting* prevede sedute congiunte e sedute individuali per l'adolescente e per i suoi genitori con flessibilità a seconda delle esigenze del caso.

Studi di efficacia

Le meta-analisi della psicoterapia per i disturbi d'ansia dei bambini indicano che la forma di psicoterapia con maggiore supporto empirico è la CBT²²⁻²⁴. La conclusione comune di queste meta-analisi è che la CBT sia il trattamento di scelta per l'ansia nei bambini e negli adolescenti. La ricerca sulla CBT nei DA del bambino si è quindi orientata ad affrontare diversi quesiti clinici, come la generalizzabilità degli effetti alla comorbidità con disturbi depressivi e con disturbi esternalizzanti. A tal proposito, gli studi di Barret et al.²⁵, Siverman et al.²⁶ e Manassis et al.²⁷ hanno dimostrato che la CBT per i DA del bambino produce anche una significativa riduzione dei sintomi depressivi associati. Ciò che sottolineano questi autori è che, sebbene sia ragionevole pensare che sia la stessa riduzione dell'ansia a contribuire a migliorare il senso globale di benessere del bambino e quindi a diminuire i sintomi depressivi, sono però utili ulteriori approfondimenti per comprendere il meccanismo attraverso cui una terapia pensata per i DA possa essere efficace anche su altri disturbi. Circa gli effetti sui problemi esternalizzanti associati a DA, alcuni studi²⁸⁻²⁹ hanno dimostrato che la CBT per i disturbi d'ansia del bambino produce una significativa riduzione anche di tali sintomi. Il meccanismo che produce tali cambiamenti sull'espressività esternalizzante viene considerato meno comprensibile rispetto a quello sulla comorbidità depressiva: una spiegazione ipotizzata è che il bambino ansioso sia indotto dal genitore a far fronte alla propria paura, diventando stressato e reagendo impulsivamente o con la protesta. La conclusione comune di questi studi è che la ricerca futura sull'efficacia dei trattamenti dovrebbe affrontare non solo cosa si modifica ma come avvengono tali modificazioni cioè i meccanismi del cambiamento terapeutico.

Un'ulteriore linea di ricerca ha cercato di esplorare l'efficacia dei trattamenti individuali rispetto a quelli familiari combinati. La maggior parte degli studi che hanno confrontato gli effetti della CBT individuale e familiare e la loro combinazione ha rilevato un miglioramento dell'outcome quando i genitori sono attivamente coinvolti nel processo terapeutico, in un modo che va al di là dell'approccio psicoeducativo routinario, in particolare nei casi di bambini più piccoli e con genitori a loro volta affetti da DA³⁰. Gli studi sulla CBT familiare di adolescenti con DA²⁰ hanno rilevato differenze non significative rispetto ai trattamenti individuali per i sintomi psichiatrici (ansia e disturbi in comorbidità), ma modificazioni positive nell'outcome familiare nei termini di maggiore accettazione, da parte dei genitori, dei cambiamenti del figlio. Tale miglioramento nel funzionamento familiare viene valutato come importante non solo di per sé, ma anche perché viene ipotizzato che esso svolga un ruolo essenziale nel garantire il mantenimento nel tempo degli effetti connessi alla riduzione del DA.

Gli studi che hanno rilevato la non superiorità dei trattamenti familiari rispetto a quelli individuali³¹ hanno spiegato questo risultato nei termini della natura del disturbo (in un *setting* individuale il bambino ansioso è maggiormente incoraggiato all'autonomia) o della necessità di aumentare il numero di sedute

per modificare il funzionamento familiare. Alcuni ricercatori²⁰ sottolineano piuttosto che il problema centrale è quello di studiare meglio l'effetto delle singole componenti del trattamento familiare, ovvero le componenti "cognitive" (il lavoro rivolto al sintomo, l'insegnamento a genitori e figlio delle abilità per far fronte all'ansia) rispetto alle componenti del "processo familiare" (lavoro sulle credenze e sull'interazione), e di trovare misure adeguate del funzionamento familiare che siano in grado di cogliere i cambiamenti clinicamente osservati a questo livello.

Altre ricerche si sono poste l'obiettivo di comparare l'efficacia della CBT con altre forme di trattamento supportivo psicosociale che presentano il vantaggio di poter avere una maggiore diffusione ed un minore impatto economico rispetto al *setting* psicoterapeutico vero e proprio. Suveg et al.³² hanno confrontato la CBT individuale e familiare con un trattamento definito *family based support and attention* (FESA), una forma di intervento supportivo che si ispira alla CBT ma non include alcune componenti che si ritengono teoricamente attive nella CBT come i compiti di esposizione. La valutazione (iniziale, fine trattamento e *follow-up* a 1 anno) è stata compiuta utilizzando CBCL³³, ADISC/P, *State-Trait Anxiety Inventory for children*, CDI. I risultati hanno evidenziato miglioramenti significativi alla fine del trattamento senza differenze significative tra i gruppi di trattamento; tali effetti sono mantenuti, anche al *follow-up* dopo un anno, sia nella sintomatologia ansiosa che in quella depressiva ed esternalizzante associata. Anche questo lavoro quindi indica che se da un lato occorre studiare l'efficacia delle differenti forme di CBT, dall'altro è necessario capire meglio i meccanismi del cambiamento che sono implicati nelle diverse forme di trattamento, cercando di differenziare i meccanismi comuni alle varie forme di psicoterapia rispetto ai meccanismi specifici.

Un problema ulteriore della ricerca nel campo dell'efficacia è quello di valutare se i risultati degli studi condotti in *setting* di ricerca possono essere comparati a quelli di studi condotti in ambito clinico. Infatti si ritiene che le due popolazioni di pazienti differiscono in modo notevole tra di loro. In una recente meta-analisi sulla psicoterapia per i DA dei bambini in *setting* di ricerca (*efficacy trials*) Albon e Schneider²³ hanno preso in esame 24 studi, pubblicati a partire dal 2005, rispondenti ai criteri *consort* (*consolidated standard of reporting trials*), e cioè chiara definizione dei criteri di arruolamento, assegnazione, analisi, *follow-up*, per un totale di 1275 pazienti di età media di 10,9 anni. Tutte le ricerche *consort* hanno valutato trattamenti tipo CBT di una durata media di 12 sedute, e nessuno studio era relativo ad altri orientamenti psicoterapici in quanto questi studi non soddisfacevano i criteri stabiliti. L'*effect size* medio pre-post (che si riferisce alla differenza tra le medie iniziali e quelle finali delle misure di *outcome*, espressa in deviazioni standard) degli studi presi in esame è risultato 0,86, valore elevato in base al quale viene concluso che il trattamento produce effetti che riflettono una sostanziale riduzione del sintomo. Non sono state individuate differenze significative tra trattamenti individuali versus trattamenti di gruppo e tra trattamenti del bambino versus trattamenti familiari. L'*effect size* trattamento verso controllo è di

0,66, ovvero medio e in linea con quello trovato da Weisz et al.³⁴ in una precedente meta-analisi. L'analisi dei dati di *follow-up* evidenzia che gli effetti dei trattamenti sono stabili e duraturi. Tuttavia questa meta-analisi conclude che rimane da studiare l'*effectiveness* e la riproducibilità dei trattamenti, lasciando quindi aperto il problema della possibilità di estendere il trattamento proposto ad un *setting* clinico. Per ovviare a questo problema è stata condotta una meta-analisi dei trattamenti per DA in soli *setting* clinici. In questo lavoro, James et al.³⁵ hanno preso in esame 13 studi randomizzati pubblicati fino al 2004, comprendenti 498 bambini e 311 controlli con diagnosi primaria di DA. I risultati hanno mostrato un tasso di remissione nel gruppo CBT del 56%, contro il 28% dei controlli; anche in questo caso non sono emerse differenze significative tra trattamenti individuali, trattamento di gruppo e trattamenti familiari. Si può quindi concludere che i risultati della CBT sono accettabili, che la CBT è da "raccomandare" nella pratica clinica, ma anche che possiamo aspettarci una remissione in circa la metà dei casi e che è necessario sviluppare ricerche su nuovi trattamenti in grado di appropiare quel 50% di casi che non risponde agli attuali trattamenti.

Psicoterapia psicodinamica (PDT)

Nella metapsicologia psicoanalitica il meccanismo dell'ansia è uno dei concetti centrali. Secondo la teoria del conflitto pulsionale classica, nel disturbo nevrotico del bambino l'ansia è considerata come un segnale indicativo di un conflitto interno, riferibile alla non elaborazione del complesso edipico: rispetto alla fisiologica "nevrosi infantile", tipica della fase edipica dello sviluppo, nei disturbi nevrotici i temi edipici divengono per il bambino così conflittuali e carichi di vissuti di angoscia e di colpa, da condizionare l'uso di soluzioni che comportano l'attivazione di meccanismi di difesa e di formazioni di compromesso che sono alla base della comparsa delle manifestazioni sintomatologiche³⁶. Lo scopo del trattamento è di individuare e risolvere il conflitto sottostante il disturbo d'ansia e favorire la regolazione degli affetti e degli impulsi implicati. A partire dalla teoria del conflitto pulsionale, gli sviluppi della clinica e della teoria sul versante delle relazioni oggettuali hanno portato ad individuare l'importanza dell'ansia di separazione nei DA.

L'evoluzione del trattamento del DA del bambino in questo ambito è stata sinteticamente caratterizzata dal passaggio da forme di trattamento individuale ed intensivo a forme di terapia focale, limitata nel tempo^{37 38} e a *setting* congiunti genitori-bambino. Per quanto concerne il carattere focale dell'intervento, il focus viene posto sul "tema relazionale conflittuale centrale" individuato alla base del sintomo e gli interventi sono di tipo sia interpretativo che supportivo^{39 40}, comprendenti questi ultimi anche interventi di tipo direttivo, finalizzati ad incoraggiare nel paziente a trovare soluzioni pratiche nel far fronte alle situazioni ansigene⁴¹. Nel trattamento psicodinamico dei DA, alcuni manuali sono stati

sviluppati per le differenti forme di DA in pazienti adulti ⁴²⁻⁴⁴. Tali manuali sono essenzialmente centrati sulle tecniche per favorire l'elaborazione nel paziente delle difficoltà a livello dei processi di separazione ed individuazione. Milrod ha applicato tale modello anche in età infantile.

Per quanto riguarda i *setting* congiunti le PDT hanno centrato la loro attenzione sull'influenza che le rappresentazioni genitoriali possono avere sul sintomo ansioso del bambino. La fonte di riferimento clinico di tali psicoterapie è il lavoro pionieristico di Fraiberg ⁴⁵, proseguito successivamente da altri autori ⁴⁶⁻⁵². Secondo il modello psicoterapeutico della Scuola di Ginevra ⁴⁷, elaborato a partire da una lunga esperienza nel campo delle psicoterapie brevi nella prima e nella seconda infanzia, tra genitori e bambino esiste un'area di "mutualità psichica" all'interno della quale è possibile rilevare la presenza di circuiti relazionali che legano talune rappresentazioni genitoriali all'espressione comportamentale e sintomatica del bambino. La formazione di tale area di mutualità psichica è influenzata dal conflitto di genitorialità che viene risvegliato nello sviluppo psichico di un individuo adulto normale quando egli si ritrova a svolgere il ruolo di genitore con quello specifico bambino ⁵¹. A partire da tali riferimenti teorici in Italia Muratori et al. hanno manualizzato un trattamento psicodinamico specifico per i DA della terza infanzia ⁵³. Il riferimento teorico relativamente al DA è quello classico psicodinamico secondo il quale il disturbo è visto come difficoltà di superamento della problematica edipica nel bambino; ma il manuale è anche centrato sulla parallela tendenza del genitore a collocare sul figlio un personaggio del proprio passato che contiene caratteristiche edipiche tuttora conflittuali. Concetto centrale di questo modello terapeutico è l'attribuzione di ruolo che rende il complesso edipico del bambino più difficile da elaborare spingendolo verso soluzioni regressive che ostacolano sia la risoluzione della posizione edipica che le problematiche depressive ad essa connesse. La PDT breve cerca di agire sulla riduzione di questi elementi che si trasmettono di generazione in generazione. Il modello prevede 10 sedute, a cadenza settimanale distribuite in un tempo di circa quattro mesi, e due fasi tra loro in successione, condotte dallo stesso terapeuta: una dedicata al lavoro congiunto sui conflitti di genitorialità ed una dedicata al lavoro sulla conflittualità edipica intrapsichica del bambino (vedi anche recensione del Manuale in questo numero della rivista ad opera di E. Iacchia).

Per quanto riguarda i DA dell'adolescenza, anche in ambito PDT, come in quello CBT, si è assistito ad un'integrazione dei principi della teoria dell'attaccamento. Nel modello di psicoterapia psicodinamica breve focale per il trattamento dei disturbi di panico per adolescenti e giovani adulti (18-21 anni) elaborato da Milrod et al. ⁴², l'obiettivo terapeutico è di affrontare il "nucleo conflittuale centrale" del disturbo di panico, definito nei termini del problema della separazione, della individuazione e della dipendenza rispetto alle figure di attaccamento e alle altre figure significative, del riconoscimento e gestione della rabbia e del pericolo dell'eccitamento sessuale. Il protocollo prevede 24

sedute a cadenza bisettimanale; è flessibile e prevede la possibilità di coinvolgere i genitori, in base alla valutazione dei bisogni evolutivi del paziente.

Studi di efficacia

Sebbene la psichiatria infantile presenti una lunga tradizione nell'uso della PDT con i bambini e abbia accumulato una considerevole esperienza clinica in merito al trattamento dei DA, attraverso numerosi studi su singoli casi a partire dal Piccolo Hans di Freud⁵⁴, gli studi sperimentali di efficacia sono carenti^{55,56}. Tale carenza di studi di validazione ha portato⁵⁷ sempre di più a considerare la PDT come non valida (*in-validated*), quando in realtà sarebbe più giusto parlare di trattamenti che non sono ancora stati validati (*un-validated*).

Una linea di ricerca empirica, da tempo sviluppatasi in questo ambito, è quella relativa al tema centrale della durata e dell'intensità del trattamento, che ha cercato di creare studi finalizzati alla comparazione dell'efficacia nel tempo dei trattamenti lunghi ed intensivi, rispetto a quelli brevi e a cadenza settimanale. Smyrniotou e Kirby⁵⁸ hanno arruolato 30 bambini di età compresa tra 5 e 9 anni con disturbo emozionale puro o misto secondo i criteri dell'ICD-10, assegnandoli in modo *random* a 3 condizioni: PDT non limitata nel tempo (con 28 sedute in media), PDT limitata nel tempo (con media 12 sedute) e *minimal control condition*, costituita dal controllo clinico routinario. Il *follow-up* si estendeva a 4 anni dopo l'inizio dei trattamenti. I risultati hanno evidenziato un miglioramento significativo dei tre gruppi, senza differenze significative tra di loro. In base a questi dati, gli autori sono giunti alla conclusione che nei disturbi emozionali le terapie a lungo termine non sono necessariamente più efficaci.

Ad analoghe conclusioni sono giunti Target e Fonagy⁵⁹ in uno studio retrospettivo sull'efficacia della psicoanalisi per 352 bambini, di età media di 10,1 anni e di cui molti erano affetti da DA, seguiti all'Anna Freud Centre per un periodo medio di due anni, con frequenza da una a tre sedute a settimana. Il miglioramento nel funzionamento globale, valutato attraverso la *Children's Global Assessment Scale*⁶⁰ è risultato più significativo quando i bambini erano di età inferiore agli 11 anni, quando vi era una serie circoscritta di sintomi legati ad un conflitto centrale, quando veniva contemporaneamente effettuato un trattamento con i genitori e quando il trattamento si protraeva per almeno sei mesi; non vi è invece alcuna evidenza in questo studio che un trattamento intensivo di tre o quattro sedute a settimana migliori l'*outcome* dei DA più lievi rispetto a quello non intensivo. Lo studio tuttavia pone il problema dei disturbi psicopatologici più gravi, in cui il DA è associato a disturbi della condotta e depressivi, il cui *outcome* è peggiore quando il trattamento non è intensivo. Questi autori giungono quindi ad indicare come centrale per la ricerca in psicoterapia la domanda "Cosa Funziona per Chi" che ha poi dato nome al noto libro di Roth e Fonagy⁶¹ e che pone le basi per riprendere in mano il problema di quel 50% di bambini che non

rispondono agli abituali trattamenti psicoterapici siano essi cognitivocomportamentali o psicodinamici.

Altri autori⁶²⁻⁶³ hanno introdotto il concetto di “effetto dose” nella psicoterapia del bambino ed hanno concluso che i bambini che hanno ricevuto trattamenti più lunghi non necessariamente hanno ottenuto risultati migliori in termini di benessere mentale rispetto a coloro che hanno ricevuto trattamenti più brevi. Tale aspetto della durata della psicoterapia assume particolare importanza se consideriamo che nella pratica clinica, a causa di diversi fattori legati al terapeuta o al paziente o alla sua famiglia, spesso le terapie dinamiche hanno in realtà una durata limitata nel tempo; e quindi andrebbe valutato l'effetto del numero di sedute di PDT realmente effettuate e della durata del trattamento, in modo da individuare la dose sufficiente per determinati disturbi⁶⁴.

Circa il problema dell'efficacia delle PDT, lo studio pilota di Milrod⁴² ha costituito uno dei primi tentativi di validare un modello di PDT e di manualizzarlo: si tratta di una psicoterapia breve focale per il trattamento dei disturbi di panico in giovani adulti (18-21 anni). I risultati hanno mostrato miglioramenti sintomatologici significativi sia sul panico che sulla associata depressione e sul funzionamento globale, sia a fine trattamento che ad un *follow-up* a sei mesi. Gli stessi autori hanno poi condotto uno studio randomizzato e controllato⁶⁵ su 49 pazienti di una fascia di età molto più ampia (18-51 anni), dimostrando una più significativa riduzione nei sintomi di panico e di depressione rispetto a soggetti controllo che eseguivano una terapia di rilassamento.

Uno studio controllato non randomizzato è quello di Muratori et al.⁶⁶ che ha valutato l'efficacia, in *setting* clinico, del modello breve di PDT già descritto. Lo studio ha riguardato 58 bambini di età compresa fra i 6 e gli 11 anni, giunti in consultazione per disturbi emozionali di cui 29 hanno eseguito il ciclo di PDT breve e 29 un trattamento *as usual* presso i servizi territoriali. Le procedure di valutazione, applicate in fase iniziale, dopo 6 mesi, dopo due anni e quindi in adolescenza hanno permesso di mostrare per il gruppo che ha eseguito la PDT breve importanti effetti positivi sia a breve che a lungo termine. Tali effetti a lungo termine, mostrati dal minor uso dei servizi che fanno nel corso del lungo *follow-up* i bambini del gruppo PDT, sono quelli più interessanti poiché fanno ipotizzare la presenza dei cosiddetti *sleepers effect* che sarebbero tipici delle PDT. Circa la natura di questi effetti, Weiss et al.⁶⁷ hanno ipotizzato che negli approcci non comportamentali, i cambiamenti nell'*insight* e nell'autoconsapevolezza, possono produrre un effetto ritardato più di quanto non accada nei trattamenti cognitivocomportamentali, il cui effetto tende ad esaurirsi nel tempo⁶⁸⁻⁷⁰. Ciò sarebbe in accordo con il fatto che un modello orientato sulle rappresentazioni genitoriali e sulla conflittualità interna del bambino, come il nostro, mostri un'azione prolungata nel tempo.

Molto recentemente Leichsenring et al.⁷¹ hanno presentato una meta-analisi sulla efficacia della PDT breve e lunga in età adulta per disturbi psichiatrici specifici, prendendo in esame gli studi pubblicati tra il 1970 ed il 2004 e individuando

done 17 in grado di rispondere a criteri rigorosi di scientificità. Gli *effect size* individuati tra pre-trattamento, post-trattamento e *follow-up* sono larghi e stabili nel tempo, senza differenze significative rispetto ad altre forme di trattamento. Nelle conclusioni gli autori rimarcano la necessità che anche in ambito di PDT vengano elaborati e validati modelli manualizzati di trattamento per specifici disturbi. A tale scopo, sono stati elaborati e pubblicati manuali di trattamento per singoli disturbi quali la fobia sociale⁴⁴, la dipendenza da sostanze⁴³, l'ansia generalizzata⁷², il disturbo di panico⁴². Nell'analisi di questi manuali, risulta significativa l'integrazione di tecniche di derivazione comportamentale, come le prescrizioni e i compiti di esposizione alle situazioni ansiogene⁷³. La differenza che viene sottolineata è relativa al processo di *transfert* in quanto nel modello psicodinamico si lavora anche sui vissuti d'ansia che si sviluppano nella relazione terapeutica, collegandoli al nucleo conflittuale relazionale centrale. Questo articolo di Leichsenring ha dato nuova vitalità alla ricerca nel campo delle PDT in età adulta; è auspicabile che altrettanto avvenga anche per l'età infantile e i DA si pongono senza dubbio come un campo di ricerca molto interessante poiché si tratta di un campo clinico in cui la psicofarmacoterapia, seppure talora dia risultati, non dovrebbe collocarsi come prima scelta, può essere posticipata, e talora del tutto evitata se la psicoterapia introdotta si rivela efficace. È pertanto auspicabile che vengano avviati, soprattutto in ambito clinico, protocolli che cerchino di valutare l'efficacia delle prescrizioni psicoterapeutiche. A partire dalla manualizzazione del trattamento eseguito, o dalla adozione di manuali già esistenti, potrà essere possibile esplorare il campo interessantissimo non solo della efficacia terapeutica ma anche quello del processo terapeutico e quindi della differenziazione tra gli "ingredienti comuni" alle varie forme di psicoterapia e gli "ingredienti attivi" delle specifiche forme di psicoterapia^{74 75}.

Riassunto

Le linee guida dell'AACAP indicano che la psicoterapia individuale del bambino e il supporto familiare devono essere considerate come parti essenziali di un trattamento multimodale per il DA. Nella presente review vengono descritti gli studi che hanno applicato la psicoterapia a bambini con DA con particolare riferimento agli studi di efficacia. In particolare vengono descritti gli studi in ambito cognitivo-comportamentale, familiare e psicodinamico cercando di definire gli ingredienti attivi di ciascun trattamento, accanto a quelli comuni e tenendo in considerazione il fattore età del bambino o adolescente.

Bibliografia

- ¹ Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. *Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders*. Arch Gen Psychiatry 2009;66:764-72.
- ² Costello EJ. *Developments in child psychiatric epidemiology*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989;28:836-41.
- ³ Bernstein GA, Shaw K. *Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36(Suppl.10):69S-84S.
- ⁴ Eley TC. *Behavioral genetics as a tool for developmental psychology: anxiety and depression in children and adolescents*. Clin Child Fam Psychol Rev 1999;2:21-36.
- ⁵ Biederman J, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR, Friedman D, Robin JA, Rosenbaum JF. *Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression*. Am J Psychiatry 2001;158:49-57.
- ⁶ Ginsburg GS, Schlossberg MC. *Family-based treatment of childhood anxiety disorders*. International Review of Psychiatry 2002;14:143-54.
- ⁷ Shortt AL, Barrett PM, Dadds MR, Fox TL. *The influence of family and experimental context on cognition in anxious children*. J Abnorm Child Psychol 2001;29:585-96.
- ⁸ Palacio Espasa F. *Psicoterapia con i bambini*. Milano: Raffaello Cortina 1995.
- ⁹ Holmes J. *La Teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina 1994.
- ¹⁰ Fonagy P. *Target M. Bridging the transmission gap: an end to an important mystery of attachment research?* Attach Hum Dev 2005;7:333-43.
- ¹¹ Ackerman N. *Il ruolo della famiglia nell'insorgenza dei disturbi del bambino*. Terapia Familiare 1988;27:45-52.
- ¹² Andolfi M. *Il bambino come consulente in terapia*. In: Andolfi M, Haber R (a cura di). *La consulenza in terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina 1994.
- ¹³ Lorioed C, Bianchi di Castelbianco A. *Il bambino e i suoi sistemi*. Roma: Kappa 1990.
- ¹⁴ Gandolfi M, Martinelli F. *Il comportamento fobico del bambino: disturbo evolutivo o precursore di patologia nell'età adulta? Ipotesi per una diagnosi preferenziale*. Terapia Familiare 2004;75:63-70.
- ¹⁵ Andolfi M, Falcucci M, Mascellani A, Santona A, Sciampicotti F. *Il bambino come risorsa nella terapia familiare*. Roma: Accademia di Psicoterapia della Famiglia 2007.
- ¹⁶ Kendall PC, Hedtke KA. *Coping cat workbook*. Ardmore, PA: Workbook Publishing 1990.
- ¹⁷ Barrett PM, Farrell LJ, Ollendick TH, Dadds M. *Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program*. J Clin Child Adolesc Psychol 2006;35:403-11.
- ¹⁸ Dadds MR, Barrett PM. *Practitioner review: psychological management of anxiety disorders in childhood*. J Child Psychol Psychiatry 2001;42:999-1011.
- ¹⁹ Ginsburg GS. *The Child Anxiety Prevention Study: intervention model and primary outcomes*. J Consult Clin Psychol 2009;77:580-7.
- ²⁰ Siqueland L, Rynn M, Diamond GS. *Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies*. J Anxiety Disord 2005;19:361-81.
- ²¹ Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. *Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41:1190-6.
- ²² Compton SN, March JS, Brent D. *Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004;43:930-59.
- ²³ Albon T, Schneider S. *Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A Meta-Analysis*. Psychother Psychosom 2007;76:15-24.
- ²⁴ Cartwright-Hatton S. *Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for children and adolescent anxiety disorders*. Br J Clin Psychol 2004;43:421-36.
- ²⁵ Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM. *Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial*. J Consult Clin Psychol 1996;64:333-42.

- ²⁶ Silverman WK, Kurtines WM, Ginsburg GS, Weems CF, Lumpkin PW, Carmichael DH. *Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: a randomized clinical trial*. J Consult Clin Psychol 1999;67:995-1003.
- ²⁷ Manassis K, Monga S. *A therapeutic approach to children and adolescents with anxiety disorders and associated comorbid conditions*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40:115-7.
- ²⁸ Kendall PC, Safford S, Flannery-Schroeder E, Webb A. *Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up*. J Consult Clin Psychol 2004;72:276-87.
- ²⁹ Pina AA Silverman WK, Fuentes RM, Kurtines WM, Weems CF. *Exposure-based cognitive-behavioral treatment for phobic and anxiety disorders: treatment effects and maintenance for Hispanic/Latino relative to European-American youths*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:1179-87.
- ³⁰ Southam-Gerow MA, Kendall PC, Weersing VR. *Examining outcome variability: correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic*. J Clin Child Psychol 2001;30:422-36.
- ³¹ Bodden DH, Bögels SM, Nauta MH, De Haan E, Ringrose J, Appelboom C, et al. *Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: an efficacy and partial effectiveness study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008;47:1384-94.
- ³² Suveg C, Hudson JL, Brewer G, Flannery-Schroeder E, Gosch E, Kendall PC. *Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities*. J Anxiety Disord 2009;23:341-9.
- ³³ Achenbach TM. *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington VT: University of Vermont 1991.
- ³⁴ Weisz JR, Weiss B, Han SS, Granger DA, Morton T. *Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies*. Psychol Bull 1995;117:450-68.
- ³⁵ James A, Soler A, Weatherall R. *Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents*. Cochrane Database Syst Rev 2005;(4):CD004690.
- ³⁶ Freud S. (1926). *Inibizione, sintomo e angoscia*. OSF 10. Torino: Bollati Boringhieri 1969.
- ³⁷ Strupp HH., Binder J. *Psychotherapy in a new key: a guide to time limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books 1984.
- ³⁸ Gilliéron E. *Les psychothérapie brèves*. Parigi: Puf 1990.
- ³⁹ MacLean G., Macintosh B., Taylor E., Gerber M. *A clinical approach to brief dynamic therapies in child psychiatry*. Can J Psychiatry 1982;27:113-8.
- ⁴⁰ Luborsky L., Spence DP. *Quantitative research on psychoanalytic therapy*. In: Garfield SL, Bergin AE. *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: Wiley 1978, pp. 132-140.
- ⁴¹ Leichsenring F, Leibing E. *Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence*. Psychol Psychother 2007;80:217-28.
- ⁴² Milrod B, Busch F, Leon AC, Shapiro T, Aronson A, Roiphe J, et al. *Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: a pilot study*. Am J Psychiatry 2000;157:1878-80.
- ⁴³ Crits-Christoph P, Gibbons MB, Gallop R, Ring-Kurtz S, Barber JP, Worley M, et al. *Supportive-Expressive Psychodynamic Therapy for Cocaine Dependence: A Closer Look*. Psychoanal Psychol 2008;25:483-98.
- ⁴⁴ Leichsenring F, Beutel M, Leibing E. *Psychodynamic psychotherapy for social phobia: a treatment manual based on supportive-expressive therapy*. Bull Menninger Clin 2007;71:56-83.
- ⁴⁵ Fraiberg S. *Clinical studies in infant mental health*. New York: Basic Books 1980.
- ⁴⁶ Cramer B. *Mother-infant psychotherapies: a widening scope in technique*. Infant Mental Health Journal 1998;19:151-67.
- ⁴⁷ Cramer B, Palacio Espasa F. *La pratique des psychothérapies mères-bébés*. Paris: PUF 1993.
- ⁴⁸ Cramer B, Stern DN. *Evaluation of changes in mother-infant brief psychotherapy: a single case study*. Infant Mental Health Journal 1988; 9:20-45.
- ⁴⁹ Cramer B, Bachman JP. *Interventions psychothérapeutiques brèves parents-enfants*. Psychotherapies 1989;1:13-21.
- ⁵⁰ Seligman S. *Applying psychoanalysis in an unconventional context: adapting infant-parent psychotherapy to a changing population*. Psychoanalytic study of the child 1994;49:45-53.

- ⁵¹ Brazelton TB, Cramer B. *The earliest relationship*. Reading (MA): Addison-Wesley 1990.
- ⁵² Stern D. *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Torino: Bollati Boringhieri 2000.
- ⁵³ Muratori F, Picchi L, Bruni G, Patarnello MG, Palacio Espansa F. *Manuale di psicoterapia breve per i disturbi emozionali nei bambini*. Roma: Fioriti 2008.
- ⁵⁴ Freud S. (1909). *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben*. Trad. it *Casi clinici 4: Il piccolo Hansi, analisi della fobia di un bambino di cinque anni*. Torino: Bollati Boringhieri 1976.
- ⁵⁵ Weiss B, Catron T, Harris V, Phung TM. *The effectiveness of traditional child psychotherapy*. J Consult Clin Psychol 1999;67:82-94.
- ⁵⁶ Lis A, Zennaro A, Mazzeschi C. *Child and adolescent empirical psychotherapy research*. European Psychologist 2001;6:36-64.
- ⁵⁷ Hoagwood K, Hibbs E, Brent D, Jensen P. *Introduction to the special section: efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy*. J Consult Clin Psychol 1995;63:683-7.
- ⁵⁸ Smyrniotis KS, Kirkby RJ. *Long-term comparison of brief versus unlimited psychodynamic treatments with children and their parents*. J Consult Clin Psychol 1993;61:1020-7.
- ⁵⁹ Target M, Fonagy P. *Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994;33:361-71.
- ⁶⁰ Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, Ribera JC. *Further measures of the psychometric properties of the Children's Global Assessment Scale*. Archives General Psychiatry 1987;44:821-4.
- ⁶¹ Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of Psychotherapy research*. New York: Guilford Press 1996. Trad. it. *Psicoterapie e prove di efficacia. Quale psicoterapia per quale paziente*. Milano: Il Pensiero Scientifico 2000.
- ⁶² Andrade AR, Lambert W, Bickman L. *Dose effect in child psychotherapy: outcomes associated with negligible treatment*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:161-8.
- ⁶³ Hoagwood K. *Commentary: the dose effect in children's mental health services*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:172-5.
- ⁶⁴ Gabbard O, Lazar SG, Hornberger J, Spiegel D. *The economic impact of psychotherapy: a review*. Am J Psychiatry 1007;154:147-55.
- ⁶⁵ Milrod B, Leon AC, Busch F, Rudden M, Schwalberg M, Clarkin J, et al. *A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder*. Am J Psychiatry 2007;164:265-72.
- ⁶⁶ Muratori F, Leon AC, Busch F, Rudden M, Schwalberg M, Clarkin J, et al. *A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:331-9.
- ⁶⁷ Weiss B, Catron T, Harris V. *A 2-year follow-up of the effectiveness of traditional child psychotherapy*. J Consulting Clinical Psychology 2000;68:1094-101.
- ⁶⁸ Kendal PC. *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford Press 1991.
- ⁶⁹ Horowitz MJ, Marmor ChR, Weiss DS, Kaltreider NB, Wilner NR. *Comprehensive analysis of change after brief dynamic psychotherapy*. Am J Psychiatry 1996;143:585-9.
- ⁷⁰ Jensen P, Hoagwood K, Petti T. *Outcome of mental health care for children and adolescents: II. Literature and application of a comprehensive model*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:1064-77.
- ⁷¹ Leichsenring F, Rabung S, Leibling E. *The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis*. Arch Gen Psychiatry 2004;61:1208-16.
- ⁷² Crits-Christoph P. *Dynamic therapies for psychiatric disorders (axis I)*. New York: Basic Books 1995.
- ⁷³ Gibbons MB, Crits-Christoph P, Barber JP, Wiltsey Stirman S, Gallop R, Goldstein LA, et al. *Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies*. J Consult Clin Psychol 2009;77:801-13.
- ⁷⁴ Miller S, Wampold B, Varhely K. *Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis*. Psychother Res 2008;18:5-14.
- ⁷⁵ Spielmanns GI, Pasek LF, McFall JP. *What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review*. Clin Psychol Rev 2007;27:642-54.