

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI MILANO BICOCCA
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche
XXII Ciclo



**EFFICACIA DELLA PSICOTERAPIA
PSICODINAMICA IN UN SERVIZIO DI
NEUROPSICHIATRIA PER L'INFANZIA E
L'ADOLESCENZA**

Coordinatore: Chiar.mo Professore Giovanni **Tredici**
Tutore: Chiar.ma Professoressa Francesca **Neri**

Tesi di Dottorato di
Elisa **Maserati**
Matricola n. 038817

Anno Accademico 2008-2009

A Matteo

Alla mia Famiglia

Ai miei Amici

Ringraziamenti

Grazie a Te, Matteo, mio Amore, Compagno e migliore alleato, per avermi appoggiato e sostenuto in questa nuova e importantissima avventura, e perché mi accompagni e sostieni ogni giorno nella vita e nel mio percorso di formazione e ricerca, insieme nelle difficoltà e nei progressi, condividendo con me successi e insuccessi, e facendomi sentire sempre all'altezza di ciò che sono chiamata ad affrontare.

Grazie a Mamma, Papà, Giulia e Federico e alla mia grande e affettuosa famiglia, per l'appoggio incondizionato e per la fiducia che avete riposto in me e nelle mie scelte, credendo in me anche quando sono la prima a mettersi in dubbio.

Grazie ad Elisa, Michela e Gaia, amiche di una vita e per la vita, per l'ironia e la complicità con cui analizziamo i pro e i contro di ogni cosa, comprese noi stesse.

Grazie alle mie amiche e compagne di lavoro, Anna, Stefania, Mirella, Clara, Fabiola e Sara, per il sostegno e il supporto reciproco e per aver saputo farmi sentire in famiglia anche al lavoro.

Grazie agli amici del Tridente, Giovanni, Claudio, Pietro, Daniel e Luca, per i nostri giovedì “scientifici”.

Un ringraziamento particolare alla Clinica di Neuropsichiatria dell'Ospedale San Gerardo,

al Professor Bertolini e alla Professoressa Neri, per avermi accompagnato in questo percorso di formazione e crescita professionale e umana nella ricerca e nella cura dei bambini e degli adolescenti; spero che questo continui ancora a lungo.

Al Professor Tredici e a tutto il DNTB per avermi offerto questa preziosa opportunità di studio e lavoro in ambito universitario,
e a Maddalena e Simona, mie compagne e colleghe in questo dottorato.

Indice

1.	<i>INTRODUZIONE.....</i>	<i>7</i>
1.1	Storia della ricerca psicoterapeutica.....	7
1.2	Il dibattito attuale: efficacia vs efficienza: quale metodo?	10
1.3	La psicoterapia psicodinamica: efficacia e applicazione nell'ambito della ricerca clinica	14
1.4	La Psicoterapia Psicodinamica in età evolutiva	19
2.	<i>SCOPO DEL LAVORO</i>	<i>23</i>
3.	<i>MATERIALI E METODO.....</i>	<i>24</i>
3.1	Campione	24
3.2	Strumenti	26
3.3	Disegno dello Studio	29
	3.3.1 Gruppo Sperimentale	31
	3.3.2 Gruppo Controllo.....	32
3.4	Analisi Statistica	34

4.	<i>RISULTATI</i>	36
4.1	Analisi del Campione.....	36
4.2	Risultati del Campione	43
4.2.1.	Variazioni nella scala CBCL fra T0-T1	43
4.2.2.	Variazioni nelle scale C-GAS e K-SADS da T0 a T1	45
4.3	Variazioni delle scale e dei questionari al T2.....	48
5.	<i>DISCUSSIONE E CONCLUSIONI</i>	51
5.1	Discussione	51
5.2	Limiti dello Studio	63
5.3	Conclusioni.....	66
6.	<i>BIBLIOGRAFIA</i>	67
	<i>APPENDICI</i>	78

1. INTRODUZIONE

1.1 Storia della ricerca psicoterapeutica

L'efficacia della psicoterapia psicodinamica come metodo di cura specifico nei disturbi psichiatrici è stato oggetto di dibattito e studio all'interno della comunità scientifica a partire dagli anni Cinquanta del secolo scorso. I ricercatori della Menninger Foundation, in Pennsylvania, sulla base del lavoro di Rogers discussero all'epoca presso la comunità scientifica la necessità di approfondire in quanto tempo e su quali patologie la psicoterapia fosse in grado o meno di produrre cambiamenti nella personalità e nel funzionamento del Sé (Strupp & Howard, 1992).

In questa precoce fase del dibattito non veniva data particolare rilevanza alle diverse tecniche di psicoterapia, considerando che l'interesse prevalente in quel periodo era rappresentato dalla possibilità di verificare se la psicoterapia fosse o meno “più efficace del semplice trascorrere del tempo”, come affermato da Eysenck all'inizio degli anni '50 (Eysenck H, 1952). Egli comparò 24 studi di pazienti in trattamento con due studi di pazienti senza alcuna terapia e valutò come in entrambi i casi il 66% dei pazienti (trattati e non trattati) avessero avuto una remissione dei sintomi entro due anni.

La dimostrazione che la psicoterapia fosse superiore all'assenza di trattamento è stata riportata in uno studio del fine degli anni Settanta (Smith e Glass, 1977). Rianalizzando 375 studi, in cui erano stati confrontati diversi approcci terapeutici con un gruppo controllo, gli Autori conclusero che nei pazienti trattati vi era evidenza di una maggiore riduzione dei sintomi rispetto ai pazienti non trattati. La conferma è stata ottenuta nel 1980 tramite una ricerca

effettuata dallo stesso gruppo di lavoro (Smith, Glass e Miller, 1980) su 475 studi.

Fra gli anni Sessanta e Settanta, anche grazie alla larga diffusione delle terapie comportamentali, il lavoro dei ricercatori nell'ambito dell'efficacia della psicoterapia si spostò dal fatto che essa “avesse un effetto osservabile”, a quali fossero le procedure specifiche che risultavano maggiormente efficaci nella cura di un determinato e specifico disturbo psichiatrico (Frank, 1969).

In questo modo vennero approfonditi i trattamenti di alcune patologie, quali ad esempio le fobie, e si assistette all'identificazione di specifici interventi terapeutici, basati su linee guida pubblicate. Questa fase della ricerca presentava diverse limitazioni, a partire dall'inesperienza dei terapeuti impiegati (nella maggior parte venivano impiegati studenti e tirocinanti) e dalla variabilità dei metodi utilizzati nell'arruolamento dei pazienti e dei controlli, ma rappresentò indubbiamente una svolta nella ricerca scientifica in questo ambito, in particolare dal punto di vista metodologico.

Dagli anni Settanta infatti l'analisi degli studi scientifici ebbe ulteriore incremento grazie all'introduzione della tecnica della metanalisi, che permetteva di comparare i dati raccolti in studi diversi mediante tecniche matematiche.

A partire dagli anni Ottanta, la valutazione dell'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici per patologia psichiatrica si è basata sull'utilizzo dei cosiddetti “clinical trials”, una terminologia propria degli studi farmacologici. L'idea era quella di utilizzare i modelli per lo studio sull'efficacia dei farmaci (come ad esempio valutare l'efficacia di un farmaco antipertensivo considerando la riduzione degli eventi cardiovascolari in una popolazione campione trattata con esso) e applicarli agli studi sulla psicoterapia.

Pur considerando la distanza che esisteva fra i due approcci terapeutici, farmacologico e

psicoterapeutico, questo tipo di metodologia implicava l'utilizzo di un sistema diagnostico categoriale, il DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), in particolare per le patologie comprese nell' Asse I, e valutava l'efficacia di un determinato trattamento psicoterapeutico osservando la riduzione della sintomatologia associata ad uno specifico disturbo psichiatrico.

Esemplare in questo periodo fu il lavoro del National Institute of Mental Health di Bethesda, (1985) che attuò il Treatment of Depression Collaborative Research Program, il cui primo intento fu quello di creare uno studio clinico multicentrico testando due diversi tipi di psicoterapia nella cura di pazienti non ospedalizzati con diagnosi di Depressione Maggiore secondo i criteri del DSM.

L'immediato risultato di questo progetto fu l'evidenza che condurre grandi studi clinici in psicoterapia fosse necessario al fine di stabilire un'adeguata destinazione delle risorse economiche fornendo un servizio quanto più efficace e duraturo per pazienti gravi e altrimenti destinati alla cronicità. Questa evidenza si scontrò rapidamente con il fatto che tali tipi di studi clinici, articolati nel tempo e che necessitavano la partecipazione di diversi gruppi di lavoro dislocati in più centri, implicavano l'impiego da parte degli stati di un'enorme quantità di risorse economiche, e anche per questo motivo, verso la fine degli anni '80, l'NIMH perdette la maggior parte dei fondi a lui destinati, e dovette attivare progetti più contenuti e limitati nel tempo e nelle risorse (Wolfe, 1993).

1.2 Il dibattito attuale: efficacia vs efficienza: quale metodo?

A partire dagli anni Novanta, il concetto dell'Evidence Based Medicine (EBM), accentuò in modo ancor più significativo la necessità di creare studi clinici su larga scala, con l'obiettivo fondamentale di stabilire l'efficacia di una psicoterapia standardizzata.

L'EBM è descritta come “la cosciente, esplicita e giudiziosa applicazione della migliore attuale evidenza nel prendere decisioni riguardo alla cura di singoli pazienti. La pratica dell'EBM significa l'integrazione di esperienze cliniche individuali con la migliore evidenza clinica esterna derivata dalla ricerca sistematica in quel settore” (Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., e al., 1996).

In quest'ottica si possono collocare le linee guida pubblicate dall'American Psychiatric Association (APA), che a metà degli anni '90 indicava negli studi controllati randomizzati (RCT) il gold standard per la valutazione dell'efficacia delle psicoterapie [Shea M.T., Imber S.D. E al., 1989; TFPDPP (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures), 1995; Chambless e Hollon, 1998; Chambless e Ollendic, 2001] . In questo tipo di studi, un numero di pazienti sufficientemente ampio, con la stessa diagnosi secondo i criteri del DSM e in assenza di comorbidità vengono assegnati in cieco a due tipi di trattamento diverso (solitamente terapia cognitivo-comportamentale *versus* non terapia) , che saranno poi confrontati in termini di esiti a distanza.

Secondo Goldfried e Wolfe, in un lavoro pubblicato nel 1996, questo modello medico di ricerca clinica, che focalizza l'attenzione all'interno dei trials clinici sulla patologia e i suoi sintomi, presentava l'importante limitazione di ignorare il ruolo che i determinanti e le dinamiche individuali assumono nella cura di un individuo affetto da patologia psichiatrica,

indipendentemente dal tipo di psicoterapia attuata (Goldfried & Wolfe, 1996).

Alcuni autori si sono quindi concentrati sul fatto che l'individuazione di criteri per la valutazione degli esiti clinici a distanza (outcome) implicasse la necessità di definire chiaramente il concetto di "esito".

Jacobson e altri, in un lavoro pubblicato nel 1996, affermano l'importanza di determinare l'*efficacia* (efficacy) di un trattamento, mentre altri (Seligman M.E.P., 1995; Hoagwood K., e al., 1995) hanno introdotto nello stesso periodo la notizione di *efficienza* (effectiveness).

Gli studi di *efficacia* (o RCT) enfatizzano l'importanza di poter trarre una inferenza causale tra un trattamento fornito e i suoi esiti a distanza. In questo tipo di studi l'assegnazione dei partecipanti è in doppio cieco e rigidamente controllata (Hollon S.D., 1996).

Questo permette di affermare che ogni cambiamento che si verifica indipendentemente da queste condizioni (assegnazione dei partecipanti, scelta del terapeuta, ecc..) può essere attribuito alle modifiche causate dal trattamento esaminato (validità interna).

D'altra parte, il fatto che le condizioni del trattamento e l'arruolamento dei pazienti siano rigidamente controllati implica che questo tipo di studi si discosti in modo importante dalla realtà della pratica clinica che si sperimenta nella cura dei pazienti: alcuni autori (Goldfried & Wolfe, 1996, 1998) hanno infatti sostenuto che gli RCT "testano qualcosa di artificiale in un setting artificiale e controllato con pazienti atipici, che costituiscono una debole generalizzazione rispetto al mondo reale della cura dei pazienti psichiatrici".

Gli studi di *efficienza* (o studi naturalistici) d'altra parte, danno importanza alla rappresentatività clinica dei trattamenti e sono meno vincolati dai protocolli di ricerca.

I soggetti arruolati in questi studi di solito sono selezionati senza criteri di esclusione, e i pazienti sono liberi di scegliere il tipo di trattamento che preferiscono. I trattamenti non sono

standardizzati, e sono condotti come nella pratica clinica reale, in cui il tipo di trattamento, così come la sua durata, vengono regolati e determinati nel corso della terapia, e considerando l'evoluzione clinica del paziente. Queste caratteristiche rendono indubbiamente gli studi naturalistici più fedeli alla pratica clinica abituale, e quindi maggiormente esemplificativi della validità clinica dei trattamenti indagati (validità esterna) .

Occorre d'altra parte considerare che, in assenza di trattamenti standardizzati, l'influenza causale del trattamento non può essere stabilita proprio a causa delle differenze fra i diversi trattamenti considerati e delle variabili (tipo di trattamento selezionato, scelta del paziente, durata della terapia, ecc..) presenti nei singoli casi.

Per questi motivi, nonostante i limiti evidenziati per gli RCT, la comunità scientifica ha continuato a considerarli il gold standard nella ricerca per l'individuazione di trattamenti efficaci validati (Ablon et al, 2002).

Nel 2004 un medico ricercatore tedesco dell'Università di Gottingen ha pubblicato una review internazionale in cui si interrogava riguardo a che tipo di evidenza fosse richiesta per dimostrare che un metodo psicoterapeutico funzioni. Riferendosi ai recenti concetti riguardo alla struttura logica delle teorie scientifiche, definita anche "visione strutturalistica", ha dimostrato che gli RCT e gli studi di *efficienza* (studi naturalistici) si riferiscono a diversi ambiti di applicazione (laboratorio *versus* clinica "sul campo"). Questo ha portato importanti implicazioni all'interno del dibattito sul metodo: egli ha affermato infatti che "gli RCT e gli studi naturalistici non differiscono in validità interna ed esterna, e che gli RCT non forniscono necessariamente livelli di evidenza più alti rispetto agli studi naturalistici" (Leichsenring, 2004). A partire da questa evidenza, egli ha analizzato entrambi i metodi, concludendo che gli RCT non possono essere utilizzati nell'analisi della pratica

psicoterapeutica poichè per il loro livello di standardizzazione non sono in grado di dimostrare che un tipo di psicoterapia funzioni "sul campo"; d'altra parte, i livelli di evidenza stabiliti per gli RCT possono essere applicati, con le opportune modifiche, anche agli studi naturalistici.

Basandosi sui livelli di evidenza (vedi Appendice 1A) definiti in uno studio del 2002 (Nathan P.E., & Gorman J.M., 2002) egli ha precisato il concetto di studio naturalistico, che risponde a criteri metodologici tipici degli RCT, pur mantenendo la varietà riscontrabile nella pratica clinica. Vengono infatti arruolati e trattati pazienti con disturbi psichiatrici complessi (ad esempio con varie comorbidità secondo i criteri del DSM) , quali si incontrano generalmente nella pratica clinica, che scelgono in prima persona il tipo di trattamento da seguire e il terapeuta; la durata del trattamento scelto viene stabilita in base a criteri clinici come già indicato da Seligman in un lavoro del 1995 (Seligman M.E.P., 1995).

In uno studio successivo (Leichsenring F., 2005) egli ha poi analizzato i maggiori studi sulla psicoterapia psicodinamica (PP) pubblicati dagli anni '60 al 2004, e ha stabilito come criterio di efficacia per questa forma di psicoterapia la tecnica psicoterapeutica utilizzata e il crearsi di un'alleanza terapeutica. Attraverso l'analisi di studi controllati di tipo semi-naturalistico, elaborando anche i dati di studi sul trattamento di disturbi psichiatrici specifici (ad esempio Depressione Maggiore, Disturbi Somatoformi, ecc.) ha concluso che la PP è più efficace dell'assenza di trattamento o di trattamenti psichiatrici usuali, e che risulta più efficace delle forme brevi di psicoterapia psicodinamica.

1.3 La psicoterapia psicodinamica: efficacia e applicazione nell'ambito della ricerca clinica

L'oggetto della PP è rappresentato dalla realtà intrapsichica dell'individuo, e dunque da un'esperienza soggettiva che “pur trovando espressione nella realtà osservabile, non è ad essa riducibile” (Goldfried M.R., 1998; Fonagy P.,1999).

La PP comprende trattamenti che operano su un continuum di interventi psicoterapeutici basati sul supporto psicologico e l'interpretazione (Gill, 1951; Schlesinger, 1969; Wallerstein R.S., 1989; Henry M., 1994), la quale mira a rafforzare la comprensione del paziente circa i conflitti reiteranti che sottendono ai suoi problemi (Gabbard G.O., 2004).

In generale, gli interventi di supporto quali la psicoterapia mirano a rafforzare le capacità che sono temporaneamente non accessibili al paziente a causa di uno stress acuto (ad esempio un evento traumatico) o che non sono stati sufficientemente sviluppati (ad esempio il controllo degli impulsi nel disturbo di personalità borderline), come sostenuto anche da Leichsenring in un lavoro del 2007 (Leichsenring, 2007).

Il Transfert è definito come la ripetizione di esperienze passate in relazioni interpersonali attuali, e costituisce un aspetto importante della relazione terapeutica. In particolare, nella PP, il transfert è considerato come una fonte primaria di comprensione e di cambiamento terapeutico (Luborsky L., 1984; Gabbard G.O. & Westen D., 2003; Gabbard G.O., vedi citazione precedente); nel corso della terapia, attraverso un lavoro soggettivo, il terapeuta utilizza le sue esperienze affettive ed emotive per aiutare il paziente a riportare ciò che i sintomi contengono ad un livello conscio e quindi elaborabile. Questi movimenti psichici tra terapeuta e paziente avvengono nel tempo e rappresentano il processo terapeutico. La valutazione di questo processo non può che essere soggettiva e tenere

conto degli sviluppi affettivi che hanno coinvolto diacronicamente la relazione terapeuta-paziente. Questi concetti fondamentali sembrerebbero quindi escludere la possibilità di una ricerca empirica oggettiva, come già discusso in precedenza.

Cutler e altri, nel 2004 hanno evidenziato come l'enfasi che la PP mette sugli aspetti della relazione di transfert rappresenti una differenza tecnica fondamentale rispetto alle terapie cognitivo-comportamentali, che si basano sull'analisi razionale dei sintomi e sull'elaborazione di strategie razionali utili a controllarli (Cutler J.L., e al., 2004). Questo tipo di terapia, che identifica obiettivi prefissati (ad esempio, il controllo/la scomparsa del sintomo fobico), e applica tecniche validate, attraverso l'utilizzo di linee guida standardizzate, è stata per le sue caratteristiche metodologiche più facilmente identificata come gold standard nella ricerca, ed è stata oggetto di numerosi studi.

D'altra parte chi si occupa di clinica può facilmente osservare che esiste un certo scarto fra la valutazione sequenziale del paziente attraverso scale di valutazione dei sintomi e criteri diagnostici standardizzati, come espressi dal DSM IV, e la valutazione delle modificazioni nel tempo del funzionamento psichico di un individuo e delle relazioni che lo legano agli altri.

Stabilire i criteri da considerare per valutare quali benefici una persona ha ottenuto al termine di un percorso psicoterapeutico risulta essere quindi un punto assai complesso e altamente arbitrario (Brusa, 1994).

Da un punto di vista psicoanalitico i risultati di una terapia per un disturbo psichiatrico (ad esempio depressione) sono influenzati dalle caratteristiche psicodinamiche di base (ad esempio, i conflitti, le difese, l'organizzazione di personalità), che possono variare notevolmente nell'ambito dei diversi disturbi psichiatrici (Kernberg O.F., 1996).

Diversi Autori (Kazdin A.E. e al., 1990; Hibbs E.D., 2001) hanno considerato la possibilità di

usare come criterio di valutazione la variazione dei sintomi dei pazienti. Mentre questo può essere possibile nelle psicoterapie che valutano principalmente le condotte esterne del paziente (ad esempio le terapie comportamentali), diventa invece insufficiente come criterio di esito per le forme di psicoterapia che si preoccupano della soggettività, della realtà intrapsichica del soggetto e dei conflitti che la popolano, e che sono responsabili dell'insorgenza del sintomo (Horowitz M.J., 1986); per questi motivi la scelta dei criteri è ancora oggi discussa, come posto ancora recentemente da alcuni autori (Joyce e al., 2006).

L'analisi effettuata attraverso alcune review (Leichsenring F., 2001; Leichsenring F. & Rabung S., 2008) ha portato a considerare come criteri per la valutazione dell'efficacia di un trattamento psicanalitico diversi fattori, standardizzabili attraverso la compilazione di test specifici, ma che tuttavia considerano il punto di vista del terapeuta e del paziente stesso: i problemi identificati, l'andamento dei sintomi, il funzionamento sociale e le modificazioni nell'assetto di personalità, ponendo in qualche modo fine a questo dibattito.

Un ulteriore aspetto molto dibattuto nell'ambito dell'efficacia e applicabilità della psicoterapia psicodinamica e psicoanalitica riguarda la durata dei trattamenti effettuati. L'utilizzo della psicoterapia psicoanalitica nell'ambito della cura pubblica è stato a lungo contrastato dalla necessità, da parte dei servizi sanitari nazionali, di fornire terapie di efficacia comprovata, che mostrassero tuttavia tempi determinati e costi contenuti (Wolfe B.E., 1993); tale necessità sembrava apparentemente incompatibile con una terapia che si basa sulla relazione terapeuta-paziente e sui movimenti psichici interni da questa determinati, che per questi motivi possono apparire non quantificabili a priori in termini di durata nel tempo.

La psicoterapia psicodinamica a breve termine (STPP) si definisce come una terapia a tempo determinato, composta solitamente da 16 - 30 sessioni con un range compreso fra 7 e 40

sessioni, applicata in un setting vis-a-vis, e con frequenza di una o due sedute alla settimana.

La tecnica terapeutica della STPP si basa sull'elaborazione e modificazione dei principi della psicoterapia psicodinamica e in particolare, su "gli affetti, le resistenze, l'identificazione di modelli coerenti (di relazioni, sentimenti, e comportamenti), le esperienze passate, le esperienze interpersonali, la relazione terapeutica, e i desideri, i sogni e le fantasie" (Blagys M. & Hilsenroth M., 2000).

La sua efficacia è stata stabilita da diverse review (Svartberg M. & Stiles T.C. , 1991; Crits-Christoph P., 1992; Anderson E.M. & Lambert M.J., 1995), che mostrano come gli esiti della STPP siano superiori all'assenza di terapia e alle terapie usuali. La STPP è stata quindi applicata in studi clinici più ampi, per valutare gli esiti a distanza e la permanenza degli effetti della terapia nel tempo. I risultati raccolti dalle review pubblicate negli anni successivi (Leichsenring F., 2001; 2004) hanno confermato l'efficacia della STPP , che risulta superiore alle altre terapie per il trattamento di disturbi correlati a stress acuti o a eventi traumatici recenti(, come già confermato da studi precedenti (Kopta e al., 1994), mentre hanno rilevato che STPP e terapie comportamentali appaiono entrambe insufficienti nel garantire la persistenza degli effetti positivi rilevati al termine della terapia, in particolare nei soggetti con Depressione Maggiore, che sono i più rappresentati in questi studi (Shea et al., 1989), pazienti con patologie psichiatriche complesse o affetti da Disturbi di Personalità. Alcuni studi pubblicati negli stessi anni hanno invece suggerito che la psicoterapia psicodinamica a lungo termine (LTPP) possa essere utile in particolare per questi gruppi di pazienti (Bateman A. & Fonagy P., 1999; Perri et al., 1999).

La LTPP si definisce come "una terapia che pone grande attenzione alla relazione terapeutica-paziente, con un preciso e pensato momento per l'interpretazione del Transfert e delle

resistenze, in un'attenzione particolare al contributo del terapeuta nell'ambito della relazione a due" (Gunderson J.G., Gabbard G.O., 1999). La LTPP non ha una durata standardizzata, ma nelle review solitamente vengono incluse psicoterapie che durano almeno un anno, o di almeno 50 sedute, secondo la definizione di Crits-Christoph e Barber (2000).

In una review del 2008 (Leichsenring & Rabung, 2008) sono stati raccolti 23 studi sulla LTPP secondo i criteri sopra citati su pazienti affetti da disturbi mentali cronici, disturbi di personalità o disturbi complessi di tipo ansioso-depressivo. Confrontando i risultati della LTPP rispetto ad altre tecniche terapeutiche, come le terapie comportamentali, è possibile affermare che la LTPP produce risultati migliori in termini di efficacia fra pre- e post trattamento sia in assoluto, sia considerando parametri standardizzati quali gli obiettivi prefissati e le modificazioni nel funzionamento della personalità. In questa review è stato inoltre analizzato se la variabile "durata" potesse incidere sull'esito della LTPP, ma i risultati non sono significativi, così come quelli sulla correlazione fra la durata della terapia e la permanenza dei suoi effetti al follow up.

In conclusione, è possibile affermare che gli esiti della LTPP siano correlati con le tecniche psicoterapeutiche, con l'esperienza del terapeuta e con la sua capacità di creare un'alleanza fra terapeuta e paziente, come affermato da Leichsenring in una review del 2005 (Leichsenring, 2005); comunque, secondo quanto emerso in letteratura, appare importante definire la tecnica psicodinamica applicata e avere un gruppo di lavoro composto da psicoterapeuti formati in modo omogeneo, in modo da fornire un metodo quanto più standardizzabile, che tuttavia conservi la peculiarità dell'intervento e della speciale relazione che si instaura fra terapeuta e paziente, e su cui la PP si fonda.

1.4 La Psicoterapia Psicodinamica in età evolutiva

Storicamente, la ricerca riguardo all'efficacia della PP in età evolutiva risale al 1946, quando Alpern (Alpern E., 1946) pubblicò uno dei primi studi di ricerca clinica sui trattamenti psichiatrici. In questo studio ella mise a confronto due tipi di trattamento, che implicavano sia terapie che i pazienti e i loro genitori ricevevano separatamente sia terapie in cui erano coinvolti tutti insieme, riportando le differenze osservabili nel tempo. Questo studio mostrava molti limiti, soprattutto metodologici, in particolare considerando che la valutazione degli esiti e dell'efficacia erano affidate interamente al lavoro dei clinici coinvolti, senza l'ausilio di strumenti standardizzati.

Dieci anni più tardi Eysenck (vedi citazione 1.1) per gli adulti e Levitt (Levitt E.E, 1957) per l'età evolutiva iniziarono a sollevare un reale dibattito riguardo all'efficacia della PP, che veniva allora comparata al semplice passare del tempo.

Da quel momento la questione metodologica prese il sopravvento, e per circa un ventennio la storia della ricerca sulla psicoterapia in età evolutiva non si discosta da quella degli adulti.

Negli ultimi anni Settanta e nei primi anni Ottanta del secolo scorso molti esperti del settore hanno riaperto il dibattito sul trattamento psichiatrico in età evolutiva, sostenendo che fino a quel momento i ricercatori fossero troppo occupati a discutere in modo globale della psicoterapia per prestare attenzione alle peculiarità e ai problemi che la valutazione degli esiti terapeutici in età evolutiva sollevava (Barrett C. L. e al., 1978).

Sempre in quel periodo venne pubblicata, sul modello delle meta-analisi di studi clinici su adulti, una meta-analisi di studi in età evolutiva (Casey R.J., Berman J.S., 1985) su bambini di età compresa fra 4 e 17 anni, in cui venne mostrato in modo scientifico che l'efficacia della

PP in età evolutiva era di gran lunga maggiore rispetto all'assenza di trattamento; gli stessi autori non trovarono invece dimostrazione che ci fosse correlazione fra gli esiti e l'età, o fra questi e il tipo di trattamento effettuato (individuale o di gruppo).

Alcuni anni più tardi, partendo da queste evidenze, si approfondirono aspetti come l'età dei pazienti, il tipo di trattamento proposto, le patologie trattate e la preparazione degli psicoterapeuti, quali fattori determinanti negli esiti del trattamento psicoterapeutico (Weisz J.R., e al., 1987; Kazdin A., e al., vedi citazione precedente; Weisz J.R. e al., 1995).

I dati emersi da questi studi rappresentano un punto di svolta nel dibattito sull'efficacia della PP, in particolare riguardo al metodo, che occorreva tenesse conto sia di criteri standardizzati, come quelli legati ai comportamenti e alle azioni dei bambini trattati, sia di criteri derivati dalla pratica clinica.

Si convenne infatti che la PP risultava efficace nel trattamento dei disturbi psichiatrici in età evolutiva, in particolare nell'infanzia e fino alla preadolescenza (4-12 anni), mentre la dimensione dell'effetto si abbassava, risultando comunque significativa in età adolescenziale, senza influenze per quanto riguardava il tipo di trattamento psicoterapeutico, il tipo di disturbo trattato e il grado di preparazione del terapeuta.

In alcuni studi inclusi in queste meta-analisi i metodi comportamentali sembravano avere effetto maggiore rispetto a quelli non comportamentali, soprattutto nei bambini più piccoli, ma il dibattito fra i due metodi risulta tuttora controverso (Muratori F. e al., 2001), mentre appare idea comune che un valido criterio di efficacia debba essere coerente sia con i parametri di esiti a distanza sia con quelli relativi al tipo di intervento terapeutico (Fonagy P., vedi citazione precedente; Jensen P., e al., 1996; Pearsall D., 1996).

Analizzando la letteratura precedente, Lonigan pubblicò un lavoro di riflessione in merito,

concludendo che i bambini che avevano seguito una psicoterapia riportavano, nelle scale di misura, punteggi superiori rispetto a quelli ottenuti dai pazienti del gruppo controllo con i quali erano stati confrontati. Lo stesso studio ha rappresentato una tappa importante nel dibattito scientifico al riguardo, dal momento che, partendo dai criteri elaborati per la valutazione della psicoterapia nei pazienti adulti, si iniziò a discutere quali di essi potessero essere applicati agli studi in età evolutiva (Chambless e al., 1996; Lonigan, 1998), nel tentativo di ricucire il divario fra gli studi scientifici rappresentati dagli RCT con la terapia cognitivo-comportamentale, e gli studi clinici, in cui venivano applicate le tecniche di psicoterapia psicodinamica.

Nel 2001 è stata infine pubblicata una review elaborata dalla Task Force for Children and Adolescent Treatments, che su modello di quella per il trattamento degli adulti ha stabilito i criteri per gli interventi psicoterapeutici in età evolutiva (Hibbs, 2001), valutandone l'efficacia in specifici disturbi mentali. I risultati hanno confermato che gli studi sui trattamenti in età evolutiva appaiono estremamente carenti, sono rappresentati nella maggior parte dei casi da tecniche cognitivo-comportamentali che solo in alcuni casi hanno mostrato di soddisfare i criteri degli studi di efficacia comprovata, ma non mostrano superiorità rispetto ad altri tipi di trattamenti quali ad esempio la PP.

Per questo motivo il dibattito rimane ancora aperto, nonostante negli ultimi anni si stia assistendo ad un aumento degli studi sull'efficacia della PP, che appare efficace e superiore ad altri tipi di trattamento per alcune patologie, quali i disturbi di conversione (Diseth and Christie, 2005), i disturbi di ansia

da separazione (Muratori e al., 2005), la depressione (Trowell e al., 2006), il disturbo di personalità borderline (Gregory e al., 2006, Clarkin e al., 2007) e utile in associazione con farmacoterapia o altri trattamenti per i disturbi del comportamento (Scholte and van der Ploeg, 2006) e nell'autismo (Haag e al., 2005)-

2. SCOPO DEL LAVORO

Lo scopo del lavoro qui riportato, e condotto nell'ambito del Dottorato in Neuroscienze e Tecnologie Biomediche dell'Università degli Studi di Milano Bicocca a partire dal 2006, è quello di presentare i risultati di uno studio semi-naturalistico, in un setting naturalistico e quindi conforme all'attività clinica svolta presso la Clinica di Neuropsichiatria dell'Ospedale San Gerardo di Monza, per valutare l'efficacia di un trattamento di tipo psicoterapeutico psicodinamico per bambini e adolescenti con disturbi psichiatrici.

3. MATERIALI E METODO

3.1 Campione

A partire dal 2005 sono stati arruolati 77 pazienti, di età compresa fra 4 e 17 anni, con diagnosi diverse di disturbo psichiatrico elaborate secondo i criteri del DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, APA, 2000) e senza una psicoterapia psicodinamica in corso. Cinque soggetti che avevano firmato il consenso hanno preferito non iniziare il trattamento terapeutico e sono quindi stati esclusi dallo studio. Altri sei soggetti hanno effettuato i colloqui esplorativi e compilato la prima batteria di questionari proposti, ma hanno abbandonato lo studio entro i primi 6 mesi dall'inizio della terapia.

Il campione effettivo include quindi 66 soggetti (39 maschi e 27 femmine) di età compresa fra 4 e 17 anni (media età=11.23; DS= 3.58). I pazienti sono stati arruolati fra quelli che afferivano alla Clinica di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale San Gerardo di Monza, per diversi tipi di disagio psicologico.

La numerosità del campione è apparsa adeguata, e superiore ad un campione medio di 41 soggetti, presentato in uno studio clinico precedente (Bateman e Fonagy, 1999).

Per designare il campione, sono stati stabiliti dei criteri di inclusione ed esclusione.

I criteri di inclusione erano:

2. Età compresa fra 4 e 17 anni;
3. $QI > 90$;
4. Una diagnosi di Psicosi, Disturbo di Personalità, Disturbo Depressivo, secondo i criteri del DSM IV-TR;

5. Indicazione ad una psicoterapia;
6. Un punteggio C-GAS < 70, che corrisponde ad un disturbo patologico che inficia il funzionamento globale dell'individuo, e che non può essere attribuito ad una reazione di adattamento.

I criteri di esclusione stabiliti erano:

- 1) Una psicoterapia psicodinamica o un altro tipo di intervento psicoterapeutico già in corso;
- 2) L'assunzione di psicofarmaci al momento della valutazione;
- 3) Essere figli di coppie separate o divorziate con conflitti personali o legali ancora in atto (con questo si intende che sono stati inclusi nello studio solo i figli di coppie disposte a partecipare insieme ai colloqui e alla compilazione dei test riguardo alla sintomatologia del figlio);
- 4) Bambini adottati.

I soggetti rispondevano tutti ai criteri del DSM IV-TR per le diagnosi di Psicosi (10 soggetti), Disturbo di Personalità (23 soggetti) e Disturbo Depressivo (33 soggetti).

53 coppie (80,3%) risultavano sposate, e 13 (19,7%) erano divorziate (senza conflitti personali o legali in atto).

3.2 Strumenti

Tutti i 66 soggetti sono stati sottoposti ad un colloquio semi-strutturato a scopo diagnostico-esplorativo, e ad una batteria testale all'inizio della terapia, al termine della stessa (1 anno), e dopo 6 mesi dal termine del trattamento, al fine di individuare gli effetti duraturi e successivi della intervento terapeutico, come indicato in letteratura (Brusa, 1994).

Sono stati quindi utilizzati alcuni strumenti validati dagli studi internazionali: uno specialista Neuropsichiatra ha effettuato in modo autonomo e indipendente un colloquio esplorativo, utilizzando la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS, vedi Appendice A2), un'intervista semi strutturata che utilizza i criteri del DSM IV per la diagnosi di disturbi psichiatrici (Chambers e altri, 1985). Secondo quanto riportato in letteratura, quest'intervista mostra una buona attendibilità e riproducibilità (Kadzin, 1990).

Per valutare in modo standardizzato i sintomi e i cambiamenti nel funzionamento globale dei soggetti trattati, i terapeuti hanno compilato la Children Global Assessment Scale (C-GAS, vedi Appendice A3), una scala di punteggio da 1 a 100, divisa in fasce decimali che descrivono il livello di funzionamento globale del soggetto analizzato, e che presenta un cut-off di normalità di 70 (Green, 1994). In questa scala, punteggi più elevati corrispondono ad un migliore grado di funzionamento dell'individuo dal punto di vista personale, relazionale e scolastico.

La C-GAS rappresenta uno strumento validato e ampiamente utilizzato negli studi longitudinali riportati nella letteratura internazionale (Shaffer, 1983).

I genitori dei pazienti hanno inoltre compilato la Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991). La CBCL è un questionario autocompilativo ampiamente utilizzato e

validato dagli studi internazionali per ottenere una descrizione standardizzata delle capacità sociali e relazionali e della presenza di sintomi in un soggetto in età infantile e adolescenziale, considerando il punto di vista dei genitori (Goldfried, 1998).

Il questionario è composto da due scale, una scala delle Competenze, che standardizza il comportamento e il funzionamento del soggetto considerando Attività, Socialità e andamento scolastico, e una scala dei Problemi, che comprende otto sottoscale che classificano i problemi comportamentali, e che risultano accorpate in due scale complessive di Problemi relativi all'Internalizzazione (ad es. Sintomi depressivi), e all' Esternalizzazione (ad es. Aggressività) (vedi Appendice A4).

Nel progetto iniziale dello studio erano stati inclusi inoltre il Clinical Global Impression Scale (CGI) (Guy, 1976), un questionario con una scala di punteggio da 7 a 0 che valuta l'andamento dei sintomi in un soggetto, e in cui minori punteggi corrispondono a più bassi livelli di disabilità rispetto all'assenza di sintomi (punteggio =0) (vedi Appendice A5), compilata da un terapeuta in cieco come per il test C-GAS, e lo Youth Rating Scale (YRS) (Achenbach, 1991) che corrisponde alla versione della CBCL per i soggetti di età compresa fra 11 e 17 anni, e che valuta il punto di vista del paziente rispetto alle Competenze e ai Problemi comportamentali (vedi Appendice A6). Questo test presenta però un limite di età, e non è quindi somministrabile al di sotto dei 11 anni: per questo motivo è stato necessario somministrare ai pazienti più piccoli una versione semplificata per la valutazione del loro stato globale, l'EuroQol, (EuroQol Group, 1990) che consiste in una scala termometrica da 1 a 10, in cui 1 rappresenta il peggior stato psichico soggettivamente percepito, mentre il 10 corrisponde ad uno stato soggettivo di assoluto benessere (vedi Appendice A7).

Dopo l'analisi preliminare dei dati, e in considerazione della riduzione occorsa nel gruppo

controllo, l'equipe che si è occupata dell'elaborazione statistica ha ritenuto indispensabile ridurre il numero delle variabili da analizzare; pertanto questi test sono stati esclusi dall'analisi definitiva presentata in questa tesi.

3.3 Disegno dello studio

All'inizio dello studio le coppie di genitori e i pazienti sono stati sottoposti ad un ciclo di tre colloqui a scopo clinico esplorativo, in cui attraverso la somministrazione della K-SADS si è proceduto ad un primo inquadramento diagnostico.

Al termine dei colloqui è stato effettuato un colloquio di restituzione, in cui è stato discusso il progetto terapeutico da intraprendere. In tale occasione, ai genitori dei soggetti risultati potenzialmente idonei sono stati esposti i presupposti dello studio ed è stato discusso il consenso informato per la partecipazione al progetto. Nella stessa sede sono stati consegnati i questionari CBCL e compilata in cieco dal Neuropsichiatra la C-GAS sul paziente (T0).

Dopo la compilazione dei questionari e al termine dei colloqui esplorativi, tutti i 66 pazienti arruolati sono stati inseriti nella lista d'attesa del servizio di Psicoterapia della Clinica di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale San Gerardo.

In accordo con i principi etici è stato stabilito che la distribuzione dei pazienti avvenisse applicando criteri clinici nell'assegnazione ai due tipi di trattamento, qualora la situazione lo richiedesse. Per questo motivo è possibile osservare che la maggior parte dei pazienti con diagnosi di Psicosi è stata inserita nel gruppo di controllo, poichè secondo i terapeuti e gli operatori questi pazienti non erano in grado, al momento dell'inserimento nello studio, di tollerare un setting terapeutico rigido come quello psicoterapeutico.

Negli altri casi l'assegnazione al gruppo di trattamento è stata fatta in base alla data di inserimento nella lista d'attesa: la presenza di un terapeuta disponibile implicava l'inserimento del soggetto nel gruppo sperimentale trattato con psicoterapia psicodinamica, mentre la non disponibilità di un operatore al momento dell'inserimento in lista significava l'inclusione nel

gruppo di controllo.

In questo modo sono stati creati due gruppi, composti da 33 soggetti ciascuno; sono stati raccolti i dati socio economici e demografici del paziente e dei genitori , al fine di stabilire una corretta omogeneità e confrontabilità statistica.

Gli strumenti per la valutazione dell'efficacia del trattamento sono stati somministrati a tutti i 66 soggetti e ai genitori al l'inizio del trattamento (T0), al termine della terapia dopo un anno (T1), e dopo 18 mesi (follow up 6 mesi, T2).

3.3.1 Gruppo sperimentale

I soggetti assegnati al gruppo sperimentale sono stati sottoposti ad un ciclo di psicoterapia psicodinamica individuale della durata di un anno. La frequenza delle sedute terapeutiche era monosettimanale, della durata di 45 minuti ciascuna, per un totale medio di circa 44-48 sedute in un anno.

I terapeuti sono medici specializzandi o psicologi che lavorano all'interno della Clinica di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale San Gerardo; tutti gli operatori hanno intrapreso un percorso di analisi individuale, e applicano la tecnica del transfert e controtransfert secondo le teorie di P. Heinmann (Person e altri, 2005).

Tutti i terapeuti sono supervisionati e seguiti nel lavoro con i pazienti e le coppie genitoriali da analisti didatti esperti, attraverso supervisioni periodiche individuali, e supervisioni settimanali in gruppo.

Tale modalità di lavoro è in accordo con la conduzione universitaria della Clinica e conforme alle indicazioni presenti in letteratura riguardo alla formazioni degli psicoterapeuti (Jennings e altri, 2003).

3.3.2 Gruppo controllo

Tutti i soggetti esclusi dal gruppo sperimentale sono stati sottoposti a cure neuropsichiatriche di routine, e indirizzati presso i servizi territoriali afferenti alla Clinica di Neuropsichiatria dell'Ospedale San Gerardo. I neuropsichiatri che operano sul territorio, coordinati dalla Unità Operativa di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza, (UONPIA), hanno ricevuto la stessa formazione individuale presso la Clinica, e partecipano a supervisioni individuali e di gruppo nello svolgimento del lavoro clinico con i pazienti. Per ragioni organizzative non sono stati posti limiti o criteri nella selezione del tipo di trattamento erogato dal servizio territoriale, scelta che a posteriori è risultata essere un limite importante di questo studio.

L'assegnazione del tipo di trattamento di routine è stata quindi attribuita al termine dei colloqui esplorativi, dopo la collocazione del soggetto all'interno del gruppo controllo.

Il 33,3% dei soggetti appartenenti al gruppo controllo ha ricevuto quindi interventi di sostegno per i genitori, il 39,4% interventi di tipo riabilitativo, in particolare logopedia, mentre il 27,3% dei soggetti ha necessitato di un intervento di collaborazione e controllo a livello scolastico.

Nel corso dello studio si è osservata un'importante riduzione del numero dei pazienti appartenenti al gruppo controllo: al termine della terapia 13 soggetti hanno abbandonato lo studio, rifiutando di proseguire la terapia e i controlli stabiliti. Nel corso del follow up altri 3 pazienti hanno deciso di interrompere i controlli, uscendo dallo studio.

Per questo motivo è stata svolta un'analisi di regressione logistica per individuare le possibili variabili che hanno condizionato il drop out. Dall'analisi è emerso che l'unico fattore rilevante

sembra essere proprio l'appartenenza al gruppo controllo.

Tale rilevazione è stato oggetto di riflessione da parte del gruppo di lavoro e verrà trattata in modo più ampio in sede di discussione.

3.4 Analisi statistica

Al T0 sono stati raccolti i dati socio demografici e le caratteristiche cliniche dei soggetti appartenenti ai due gruppi.

Per verificare l'omogeneità e la confrontabilità statistiche, sono stati effettuati un test del χ^2 per le variabili categoriali e un test T a due code indipendenti per le misure continue.

Un test T a due code per variabili indipendenti è stato anche utilizzato per analizzare ed individuare le possibili differenze fra i due gruppi al T1.

E' stata compiuta un'analisi di regressione lineare per identificare i possibili fattori predittivi di miglioramento nei punteggi C-GAS e CBCL dal T0 al T1. In questo modello sono state assunte come variabili indipendenti il tipo di trattamento, il punteggio all'inizio dello studio (T0), il sesso, l'età, la condizione familiare e il tipo di diagnosi all'ingresso.

In considerazione dei numerosi drop out occorsi all'interno del gruppo controllo, si è deciso di effettuare sui dati al T0 un'analisi di regressione logistica, per studiare “l'effetto drop out”, ricercando eventuali differenze fra i pazienti drop out e quelli che hanno portato a termine il progetto terapeutico così come concordato. Il modello in questa occasione era costituito dal tipo di trattamento, dai punteggi al T0 del test C-GAS, delle scale delle Competenze totali e dei Problemi totali della CBCL, dal sesso e dall'età; il valore wald χ^2 riportato in tabella esprime il valore di tale effetto.

Un test del χ^2 per le variabili categoriali è stato usato per determinare le possibili variazioni di diagnosi alla K-SADS dal T0 al T1 nei due gruppi.

E' stato infine utilizzato un test di modelli lineari per misure ripetute (Linear Mixed Models, LMM) per il confronto dei risultati fra T0, T1 e T2.

La scelta di questo tipo di test è stata effettuata considerando il fatto che esso permette di analizzare informazioni raccolte ad intervalli di tempo non regolari, e di poter esaminare le eventuali variazioni nel tempo, utilizzando anche i dati che vengono persi (drop out) nei controlli successivi al primo.

L'analisi statistica è stata svolta utilizzando il linguaggio statistico di libera distribuzione 'R'; un $p\text{-value} < .05$ è stato considerato statisticamente significativo.

4. RISULTATI

4.1 Analisi del campione

Il gruppo sperimentale e il gruppo controllo sono composti entrambi da 33 pazienti, che sono stati confrontati per verificare l' omogeneità e confrontabilità dal punto di vista statistico.

	Experimental (n=33)	Comparison (n=33)	<i>p</i>
Age (mean and SD)	11.3 (3,1)	11.2 (4.1)	$t=.08; p >.05$
Gender: Male	23 (69.7 %)	16 (48.5%)	$\chi^2=3.07; p >.05$
Father's job: employee	22 (66.7 %)	20 (62.5%)	$\chi^2=.12; p >.05$
Mother's job: housewife	15 (45.5%)	17 (51.5%)	$\chi^2=.24; p >.05$
Intact families	26 (78.8%)	27 (81.8%)	$\chi^2=.10; p >.05$
CGAS (mean and SD)	51.8 (10.0)	51.4 (8.9)	$t=.17; p >.05$
DSM-IV			
- Psychotic disorders	3 (9.1%)	7 (21.2%)	$\chi^2=1.9; p >.05$
- Personality disorders	11 (33.3%)	12 (36.4%)	$\chi^2=.07; p >.05$
- Depressive disorders	19 (57.6%)	14 (42.4%)	$\chi^2=1.51; p >.05$
School: Regular	33 (100%)	33(100%)	

Tabella 1: Caratteristiche socio demografiche e cliniche nei due gruppi al T0

Utilizzando i test T di Student e χ^2 sono state analizzate le variabili socio demografiche di età, genere, e frequenza scolastica dei soggetti arruolati.

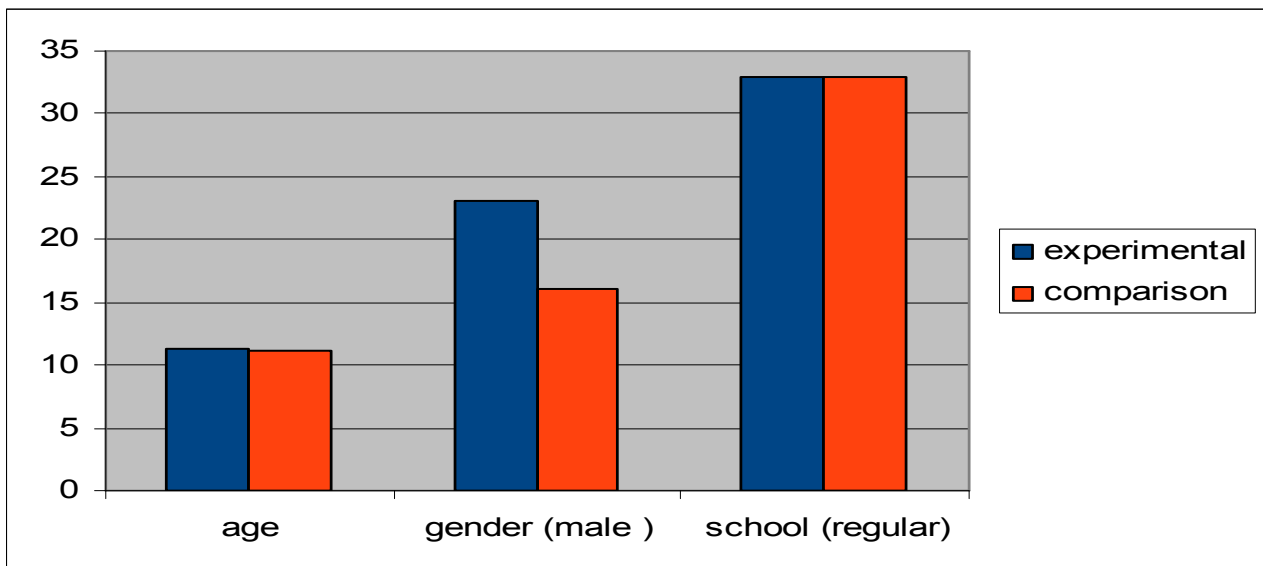


Grafico 1: Caratteristiche socio demografiche dei soggetti nei due gruppi (sperimentale e controllo) al T0

Sono inoltre stati considerate come variabili nel confronto fra i due gruppi il lavoro dei genitori (impiegato o disoccupato per i padri, casalinga o lavoratrice per le madri), e la condizione familiare (genitori sposati, divorziati, single, vedovi).

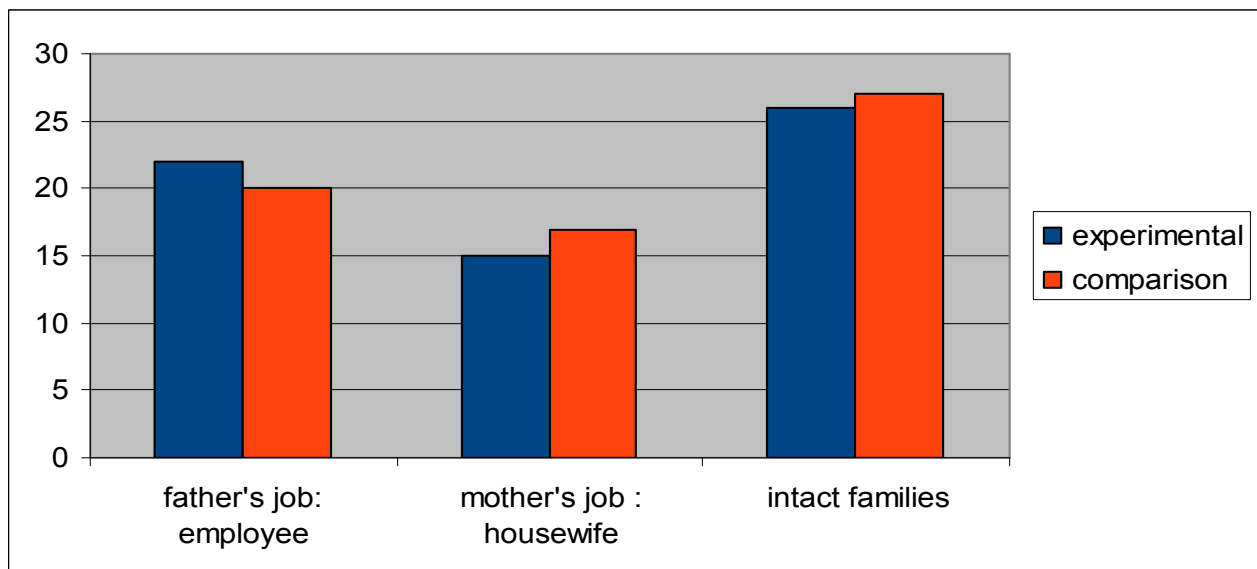


Grafico 2: Caratteristiche socio demografiche dei genitori nei due gruppi(sperimentale e controllo) al T0

Infine, i due gruppi sono stati comparati dal punto di vista clinico, utilizzando i criteri

diagnostici del DSM IV-TR per le diagnosi di Psicosi, Disturbo di Personalità e Disturbo Depressivo.

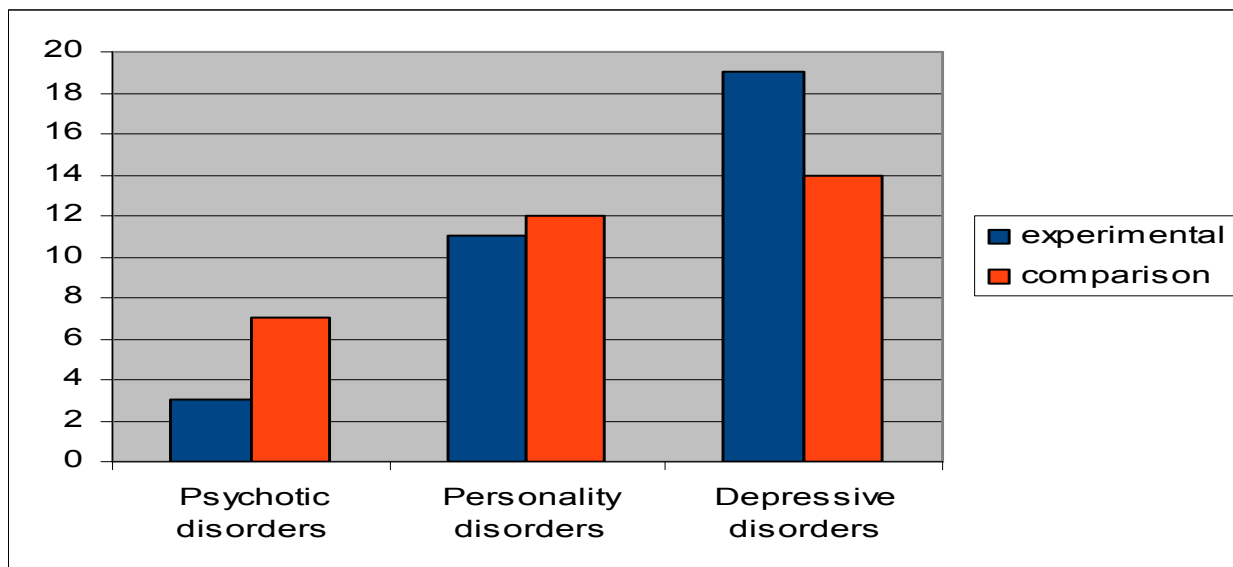


Grafico 3: Distribuzione delle diagnosi secondo i criteri del DSM IV-TR nei due gruppi (sperimentale e controllo) al T0

E' stata confrontata la distribuzione dei pazienti per diagnosi, e i due gruppi sono stati considerati omogenei e comparabili dal punto di vista statistico. Pur considerando la relativa esiguità del campione, è possibile rilevare come la percentuale dei pazienti con diagnosi di Psicosi risulti maggiore all'interno del gruppo controllo: questo si spiega considerando che parte di questi pazienti è stata indirizzata a cure di tipo riabilitativo e assistenziale dopo che il personale specialistico ha verificato l'impossibilità effettiva per i pazienti stessi di sostenere il setting psicoterapeutico.

Sono stati quindi analizzati i dati ottenuti al T0 nei test considerati, C-GAS e CBCL.

Al T0 il test C-GAS ha mostrato punteggi simili nei due gruppi, che non presentano quindi differenze statisticamente significative al test T di Student. In entrambi i gruppi i valori si collocano nel range di funzionamento patologico (51-60) della scala, che corrisponde a

“Funzionamento variabile con difficoltà o sintomi sporadici in diverse ma non in tutte le aree

sociali. L'alterazione risulta evidente alle persone che incontrano il bambino in un momento o in una situazione in cui funziona male, ma non a chi lo incontra in altre situazioni”(C-GAS T0 gruppo sperimentale =51,82 , DS= 9,97; C-GAS T0 gruppo controllo =51,42, DS= 8,92; $t=.17$, $p >.05$).

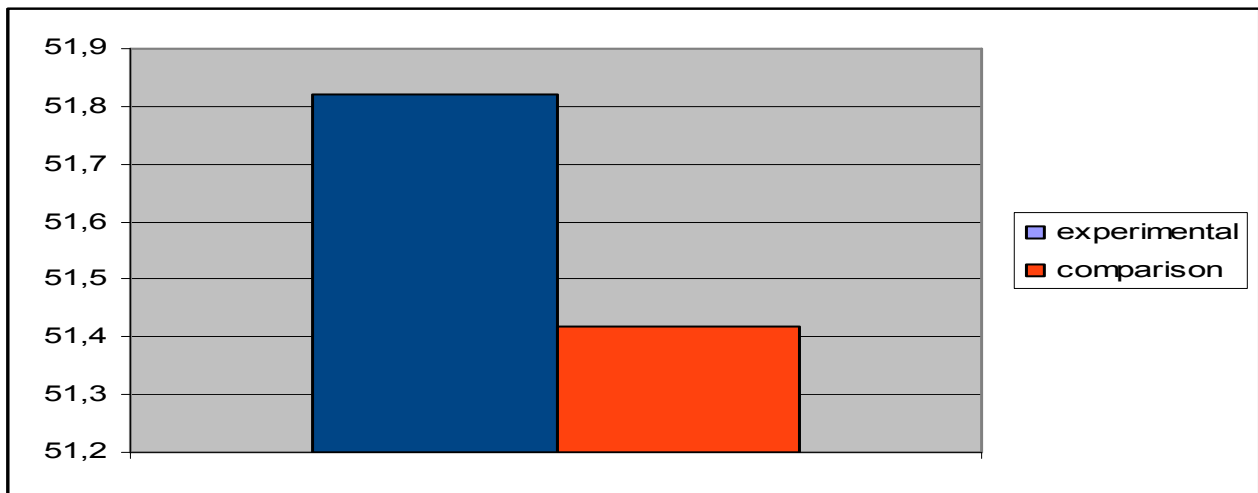


Grafico 4: Punteggi nella scala C-GAS nei due gruppi (sperimentale e controllo) al T0

Nel grafico 5 è possibile osservare l'andamento dei punteggi al T0 nella scala delle Competenze Totali del test CBCL. Il gruppo sperimentale presenta punteggi lievemente inferiori rispetto al gruppo controllo, anche se la differenza fra i due gruppi non è risultata statisticamente significativa al test T.

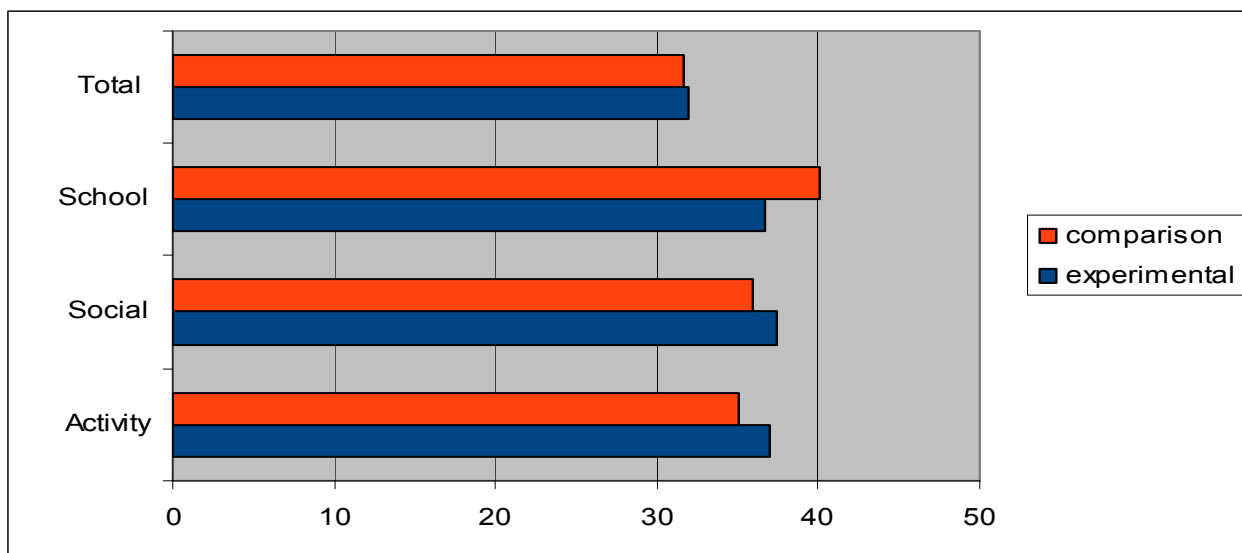


Grafico 5: Punteggi nella scala CBCL Competenze nei due gruppi (sperimentale e controllo) al T0

Nella scala Problemi del CBCL (vedi Grafico 6) i soggetti appartenenti al gruppo controllo sembrano essere percepiti dai loro genitori come lievemente più problematici, soprattutto considerando la sottoscala che evidenzia le problematiche comportamentali e l'aggressività; anche in questo caso i due gruppi sono risultati omogenei e non sono state rilevate differenze statisticamente significative.

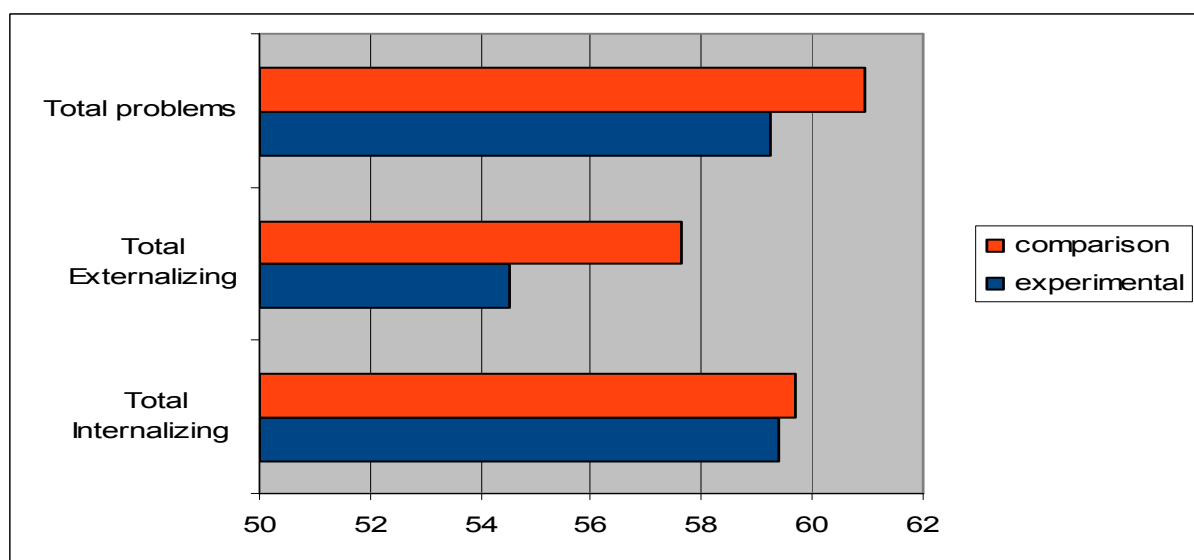


Grafico 6: Punteggi nella scala CBCL Problemi nei due gruppi (sperimentale e controllo) al T0

Nel corso dello studio si è assistito ad una particolare variazione all'interno del gruppo controllo: dopo un anno 13 soggetti appartenenti a questo gruppo, 2 con diagnosi di Psicosi, 3 di Disturbo di Personalità, e 8 di Depressione hanno interrotto il trattamento, uscendo dallo studio.

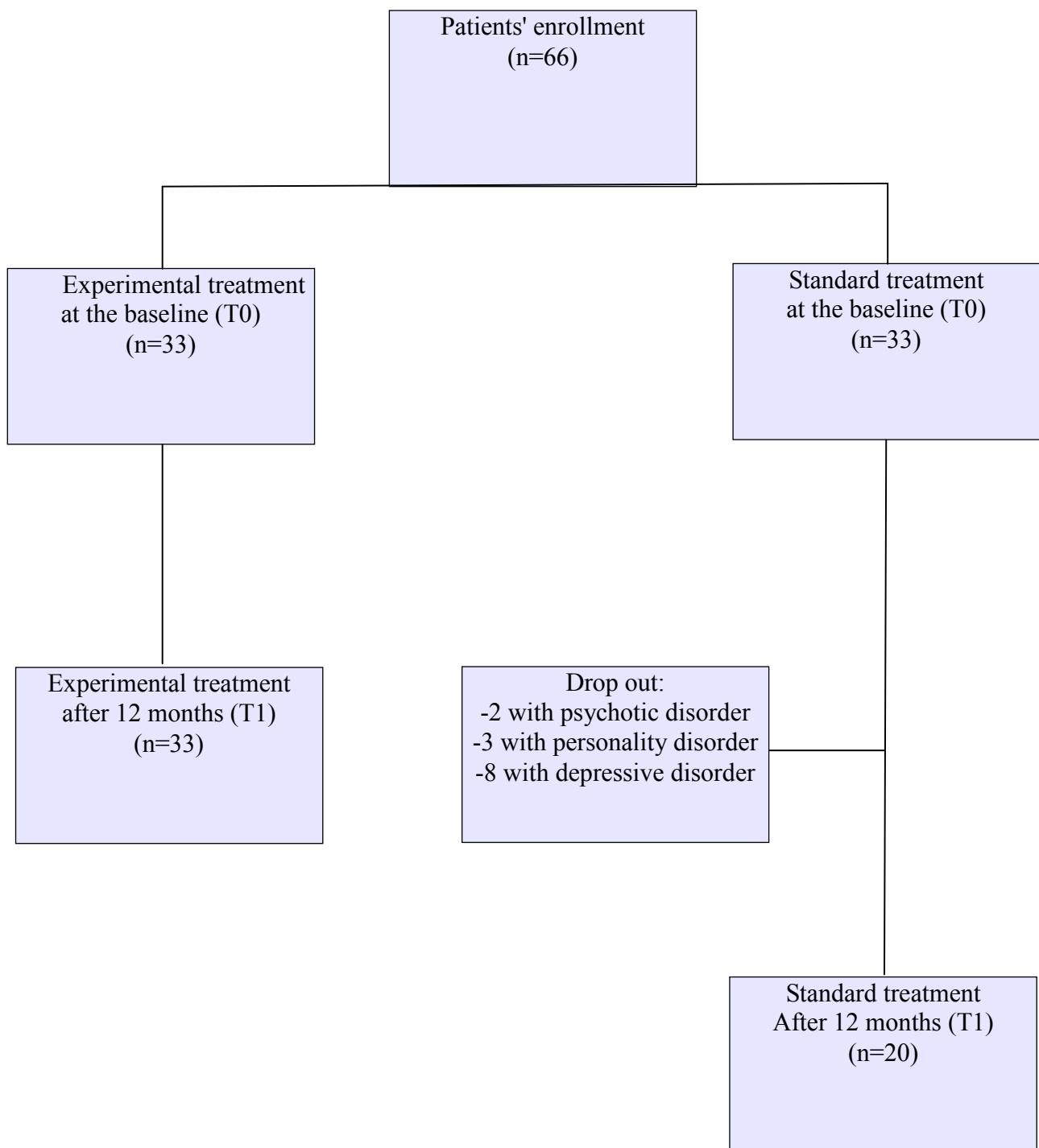


Figura 1: Diagramma dei pazienti partecipanti e drop out nel gruppo controllo durante lo studio.
Abbreviazioni : ST, Trattamento Standard; T, tempo

E' stata quindi eseguita un'analisi di regressione logistica per valutare se l'effetto "Drop out" osservato nel gruppo controllo fosse legato a variabili particolari all'interno del campione totale (casi + controlli); si sono quindi analizzate diverse variabili, quali sesso, età, tipo di diagnosi e valore CGAS al T0, al fine di escludere possibili bias dovuti alla selezione del campione stesso.

Il valore di Wald esprime, come riportato in tabella, l'entità dell'effetto "drop out".

	Test of Model Effects	
	Wald χ^2	p-value
Sex	3.03	$p > .05$
Experimental/comparison	24.98	$p < .001$
Diagnosis	6.94	$p > .05$
Age	.92	$p > .05$
Baseline CGAS	.52	$p > .05$
Baseline Total competence	1.31	$p > .05$
Baseline Total problems	.57	$p > .05$
Baseline Internalizing problems	.13	$p > .05$
Baseline Externalizing problems	.52	$p > .05$

Tabella 2: Analisi di regressione logistica in pazienti drop-out/non drop-out

L'unico effetto osservato, che sembra essere capace di aumentare la probabilità di uscita dallo studio, è l'appartenenza al gruppo controllo. Al contrario, l'essere inserito all'interno del gruppo sperimentale sembra essere un fattore protettivo rispetto al rischio di abbandonare lo studio, e quindi il trattamento.

4.2 RISULTATI DEL CAMPIONE

4.2.1 Variazioni nella scala CBCL fra T0-T1

Nella tabella 3 (vedi Appendice B) sono riportati i dati della regressione lineare effettuata sui risultati nei due gruppi (sperimentale e controllo) dal T0 al T1.

Il tipo di trattamento (psicoterapia o altre cure neuropsichiatriche di routine), il sesso, l'età, la condizione familiare (coppie unite o separate), la diagnosi e i punteggi al T0 sono stati studiati come possibili fattori predittivi di un cambiamento nei risultati ottenuti ai test dai due gruppi al T1.

Il gruppo sperimentale è un fattore predittivo significativo di un maggior incremento nei punteggi dal T0 al T1 nelle scale CBCL "Competenze totali" ($p_{99\%} = -0,36$) e in quella delle "Competenze scolastiche" ($p_{95\%} = -0,27$).

Osservando l'incremento delle capacità scolastiche secondo quanto riportato dai genitori al test, un'età inferiore si mostra essere predittiva di miglioramento ($p_{99\%} = -0,31$), mentre non presenta influenze significative sui punteggi alle altre sottoscale.

Il sesso femminile sembra essere un fattore predittivo, in modo statisticamente significativo, di un maggior incremento nella scale delle "Competenze Totali" della CBCL ($p_{95\%} = 0,30$).

Inoltre, analizzando i dati relativi alla condizione familiare, è stato rilevato come avere una famiglia unita, cioè con genitori sposati o comunque che convivono nella stessa abitazione, risulta essere un fattore predittivo di miglioramento nella sottoscala "Aggressività" della sezione Problemi della CBCL ($p_{95\%} = -0,32$), mentre avere genitori separati o divorziati è

predittivo di minori miglioramenti nella stessa scala.

Il tipo di diagnosi al T0 non è risultato essere un fattore predittivo di cambiamento in nessuna delle aree valutate, mentre è stato possibile notare che un valore basale vicino alla normalità al test C-GAS è predittivo di un minore miglioramento.

Il gruppo sperimentale in questa analisi non sembra essere di per sé predittivo di un miglioramento statisticamente significativo nella sezione “Problemi” della CBCL, sia considerando le singole sottoscale che le scale globali (Internalizzazione ed Esternalizzazione).

4.2.2 Variazioni nelle scale C-GAS e K-SADS da T0 a T1

Il gruppo trattato con psicoterapia si è mostrato predittivo in modo statisticamente significativo di un miglioramento nella scala C-GAS , considerando i punteggi ottenuti da T0 a T1, e la loro differenza nella regressione lineare ($p_{0,001} = -0,44$).

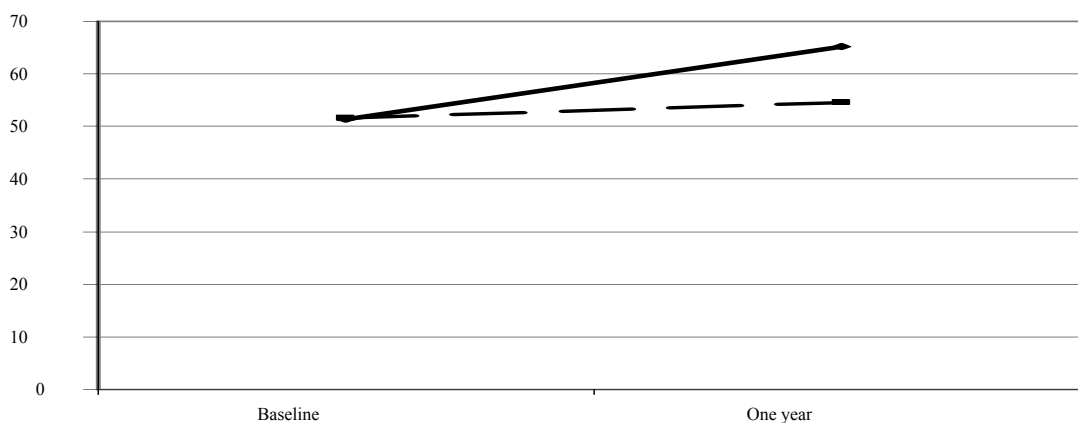


Grafico 7: variazioni dei punteggi nel test C-GAS dal T0 al T1 nei due gruppi, sperimentale e controllo

Legenda: LTPP (linea continua) ; altre terapie NPI (linea tratteggiata)

C-GAS	Experimental	Comparison	T-test
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
T0	51,3 (9,8)	51,7 (9,3)	t=57; p>.05
T1	65,2 (12,3)	54,8 (9,5)	t=2,9, p=.006

Tabella 4: Variazioni dei punteggi nel test C-GAS dal T0 al T1 nei due gruppi

Il gruppo sperimentale è risultato quindi un fattore predittivo significativo di un incremento dei punteggi alla scala C-GAS fra l'inizio (T0) e il termine della terapia (T1).

Abbiamo quindi analizzato le variazioni nelle diagnosi dal T0 al T1 nei due gruppi.

E' emerso come dopo un anno, il gruppo trattato con psicoterapia psicodinamica mostri miglioramenti significativamente più alti rispetto al gruppo controllo, trattato con terapie neuropsichiatriche di routine.

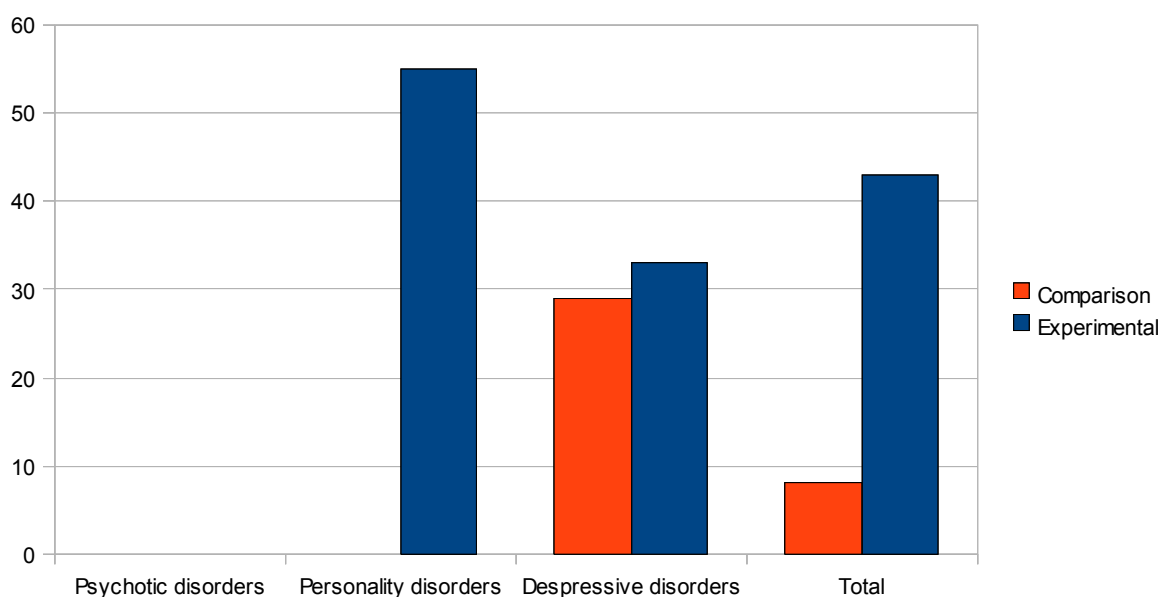


Grafico 8: Percentuali che indicano miglioramenti dal punto di vista diagnostico alla K-SADS dal T0 al T1

Osservando il grafico, è possibile considerare che la diagnosi all'ingresso e il tipo di trattamento ricevuto sembrano giocare un importante ruolo in questa variazione: infatti il gruppo controllo, trattato con cure di tipo assistenziale e riabilitativo, presenta miglioramenti significativi per quanto riguarda i pazienti con diagnosi di Disturbo Depressivo, mentre pazienti con diagnosi più grave, come un Disturbo di Personalità non mostrano ad un anno alcun miglioramento dal punto di vista diagnostico. Tale miglioramento è invece rilevato e risulta statisticamente significativo ($p < 0.001$) nel gruppo di pazienti trattati con psicoterapia.

In entrambi i gruppi invece è possibile osservare come i pazienti con diagnosi di psicosi non mostrino miglioramenti rilevabili ad una scala come la K-SADS, che si basa su criteri categoriali rigidi come quelli del DSM IV-TR.

4.3 VARIAZIONI DELLE SCALE E DEI QUESTIONARI AL T2

L'analisi dei dati al T2 è stata raccolta 6 mesi dopo il termine della terapia.

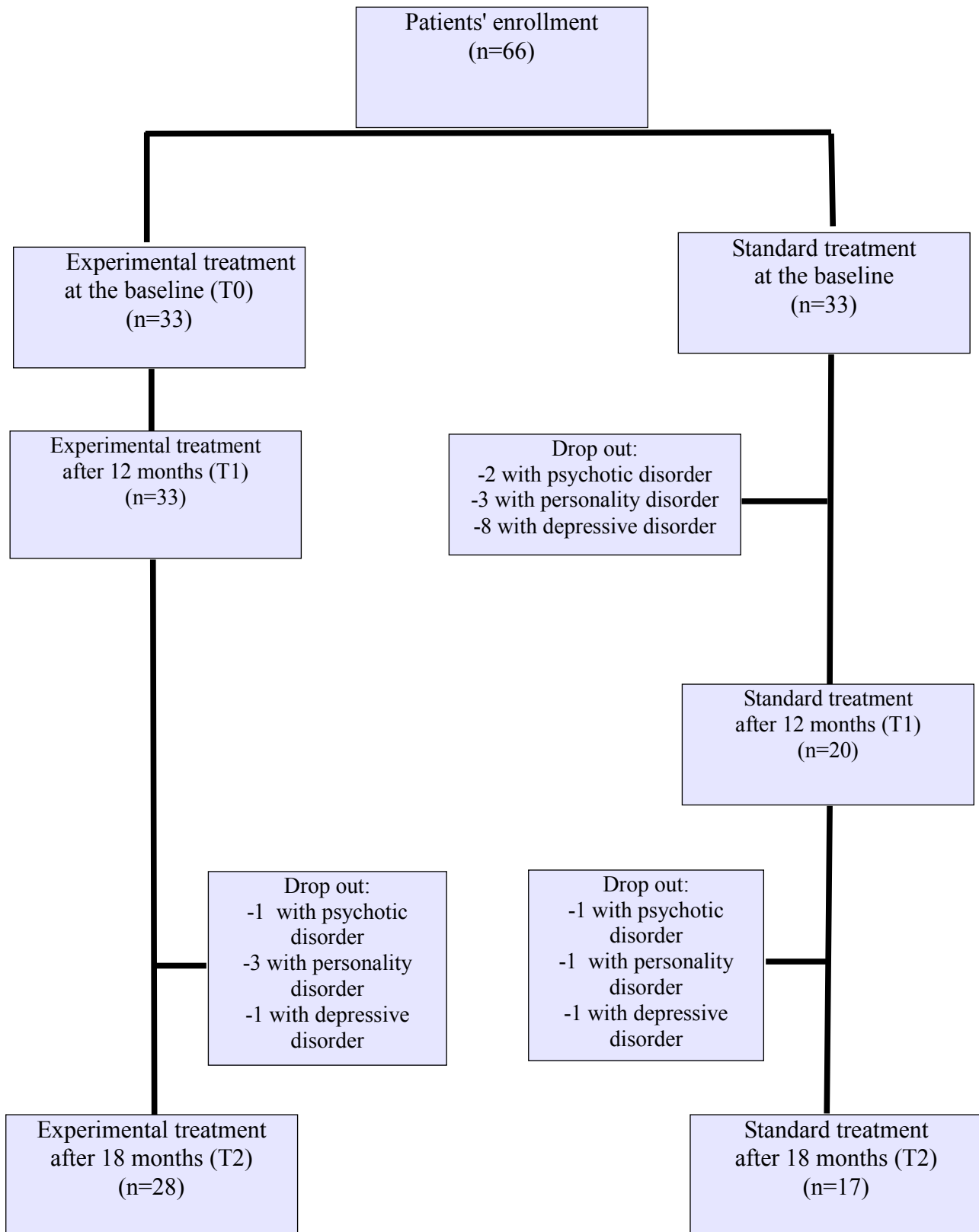


Figura 2: Diagramma dei pazienti partecipanti e drop out nei due gruppi durante lo studio.
Abbreviazioni: T, tempo ;n, numero.

Come già rilevato al T1, si è assistito ad un' ulteriore riduzione nel gruppo di controllo.

In Appendice C sono riportati i risultati del test di modelli lineari per misure ripetute (LMM), per il confronto dei risultati fra T0, T1 e T2 (vedi tabella 5). La raccolta dei dati, così come sono stati presentati nella figura 2 (vedi sopra), ha portato alla scelta di questo tipo di test, che permette di analizzare informazioni raccolte ad intervalli di valutazione non regolari, e di poter esaminare le eventuali variazioni nel tempo, utilizzando anche i dati che vengono persi (drop out) nei controlli successivi al primo.

Analizzando la figura in Appendice, è possibile rilevare una variazione significativa al test LMM fra T0 e T1, in particolare alla C-GAS, nella Scala delle Competenze Totali e in quella dei Problemi, sottoscala Esternalizzazione.

Come si osserva nella tabella, tale significatività è presente e si mantiene nell'analisi fra T1 e T2 della C-GAS, mentre non è più osservabile nel test CBCL, sia considerando le scale totali che le sottoscale. Tale riscontro può essere spiegato considerando la grave perdita del campione analizzato, in particolare per quanto riguarda il gruppo controllo; l'assottigliamento del campione ha verosimilmente reso l'inferenza statistica meno attendibile rispetto all'analisi elaborata al T1.

Nella tabella 6 sono riportati per esteso i risultati del questionario C-GAS nei diversi momenti dello studio.

C-GAS	Experimental	Comparison	T-test
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
T0	51,3 (9,8)	51,7 (9,3)	t=57; p>.05
T1	65,2 (12,3)	54,8 (9,5)	t=2,9, p=.006
T2	70,3 (12,1)	58,7 (12,4)	t=3,1; p=0,003

Tabella 6: Variazioni dei punteggi nel test C-GAS dal T0 al T2 nei due gruppi

Considerando l'andamento fra T0, T1 e T2 è possibile osservare un incremento del punteggio C-GAS in entrambi i gruppi. Analizzando l'andamento nei due gruppi, è possibile rilevare che il miglioramento dei sintomi e il funzionamento globale a livello sociale e relazionale risultano significativi, sia fra T0 e T1, sia fra T1 e T2. Il gruppo sperimentale infatti presenta al T2 un punteggio di 70,3 (DS=12,1) alla C-GAS, mentre il gruppo controllo presenta al T2 un punteggio di 58,7 (DS=12,4).

Con l'utilizzo del test t e analizzando le fasce di funzionamento globale indicate alla C-GAS sono rilevabili importanti differenze all'interno dei due gruppi: considerando in particolare il confronto effettuato tra T0 e T1 (¶1), T1 e T2 (¶2) e T0 e T2 (¶3), il gruppo sperimentale mostra risultati statisticamente significativi, e la media dei punteggi si sposta da un range patologico ad uno borderline (60-70), cambiando livello di funzionamento (media T1= 65,2, DS = 12,3); il gruppo controllo rimane invece nella stessa fascia di funzionamento (media T1= 54,8, DS = 9,5).

In T2 tale situazione appare maggiormente delineata: il gruppo sperimentale incrementa il punteggio medio spostandosi nel range di normalità stabilito dalla C-GAS (>70), mentre il gruppo controllo migliora lievemente, mantenendosi però all'interno dello stesso range patologico (media C-GAS gruppo pazienti T2=70,3, DS=12,1; media C-GAS gruppo controllo T2=58,7, DS=12,4).

5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1 Discussione

Il lavoro di Hibbs, pubblicato nel 2001, afferma come l'efficacia di un trattamento si basi sul fatto di lavorare in condizioni metodologiche particolari, che permettano di stabilire quale quota di cambiamento, ad esempio sintomatologico, sia attribuibile al metodo terapeutico applicato (Hibbs, 2001).

Alcuni Autori hanno analizzato le caratteristiche intrinseche della psicoterapia, osservando come esista uno scarto fra la valutazione di un paziente e dei suoi sintomi attraverso questionari standardizzati e strumenti diagnostici categoriali quali il DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Text Revision, APA, 2000), e la valutazione dei cambiamenti nel funzionamento intrapsichico del paziente, osservati dal terapeuta nel corso di un trattamento psicoterapeutico. L'esistenza di questo divario fra oggettività e soggettività rende difficile ed arbitrario nell'opinione di alcuni valutare il lavoro psicoterapeutico psicodinamico (Brusa, 1994). La letteratura più recente, come indicato dal lavoro di Leichsenring, pubblicato nel 2008, sembra aver potuto risolvere tali problematiche, concludendo che i criteri per la valutazione della psicoterapia psicodinamica sono diversi da quelli applicati ad altri metodi terapeutici (come le terapie cognitive comportamentali), coinvolgono sia elementi standardizzabili, quali la compilazione di test validati, sia soggettivi come il punto di vista del terapeuta e del paziente che partecipano alla psicoterapia stessa, e quindi implicano la valutazione dei sintomi, del funzionamento sociale del paziente, e delle modificazioni nel suo assetto di personalità (Leichsenring F. & Rabung S., 2008).

In tale valutazione la scelta di una procedura di lavoro adeguata è fondamentale per rilevare le

peculiarità di intervento proprie del metodo terapeutico testato (Ablon, 2002).

Questo studio è nato quindi con l'intento di poter considerare la variabilità e la complessità clinica dei pazienti che ogni giorno giungono negli studi di Neuropsichiatria Infantile e il rigore metodologico, attraverso l'utilizzo di test validati dalla letteratura internazionale, e l'applicazione di un metodo quanto più possibile rigoroso e riproducibile, al di là delle caratteristiche personali degli operatori coinvolti.

Il punto di partenza e la maggior critica alla ricerca scientifica, da parte di chi si occupa di clinica, è che essa troppo spesso riporti una realtà sterile e artificialmente creata, che rischia talvolta di rimanere lontana dalla realtà quotidiana osservata dagli operatori, i quali vi si rivolgerebbero invece con l'intento di trovare nuovi spunti ed indicazioni per migliorare la propria tecnica nel trattamento dei pazienti reali.

Per questo motivo, contrariamente a quanto indicato dalla letteratura, abbiamo scelto di arruolare pazienti complessi, con diagnosi psichiatriche gravi quali le psicosi e i disturbi di personalità, che corrispondono però più fedelmente alla realtà clinica di un centro specialistico di secondo-terzo livello come la Clinica di Neuropsichiatria dell' Università di Milano Bicocca, nel tentativo di creare uno studio che potesse rappresentare anche un punto di riflessione, avvicinando la ricerca alla pratica clinica reale. Tale variabilità diagnostica rappresenta per noi una peculiarità e un pregio di questo studio, pur a fronte di un'estrema complessità nell'analisi di un campione così eterogeneo.

Per i problemi etici che la scelta di un trattamento psichiatrico in età evolutiva implica, abbiamo deciso di attribuire in modo non completamente randomizzato la terapia stessa, al fine di garantire ai pazienti afferiti al servizio pubblico il trattamento più adatto al tipo di patologia presentata. Non essendo possibile selezionare una parte del campione da testare per

un anno in assenza di terapia, abbiamo paragonato fra loro due tipologie di trattamento, la psicoterapia psicodinamica (PP) e le cure NPI di routine, confrontando una terapia specifica con una terapia aspecifica, pur consapevoli dei limiti che il confronto fra due metodi così diversi può implicare.

Secondo quanto riportato da Ablon in uno studio del 2002, un altro elemento fondamentale nella valutazione dell'efficacia di una psicoterapia individuale è rappresentato dalla scelta del terapeuta. Secondo quanto riportato da questo e da altri studi di settore la formazione e la supervisione omogenea del lavoro degli operatori coinvolti riduce il rischio di una diversa preparazione e quindi abilità del terapeuta, inserendo variabili confondenti rispetto alla valutazione dell'efficacia di un certo trattamento. Il limite di molti studi, secondo questi Autori, è infatti rappresentato dall'impiego di studenti e volontari, che avendo una formazione limitata e disomogenea rappresentano una variabile scarsamente valutabile e non standardizzata (Jennings, 2003).

Per questo motivo è stata nostra precisa scelta, da considerarsi un pregio di questo lavoro, coinvolgere nello studio solo medici neuropsichiatri e psicologi, tutti con una formazione omogenea, condotta attraverso un percorso analitico personale e supervisioni periodiche individuali e di gruppo svolte presso la Clinica ed effettuate da terapeuti psicanalisti esperti nella cura del bambino e dell'adolescente.

Nonostante i dati raccolti nella nostra sperimentazione siano stati più numerosi, ci pare interessante discutere quanto emerso e mettere in correlazione i dati relativi alle modificazioni delle diagnosi rispetto alle variazioni di punteggio evidenziate nelle scale Competenze Totali della CBCL, C-GAS e K-SADS.

I risultati presentati nella sezione 4 mostrano che la LTPP risulta essere uno strumento

terapeutico utile nella cura di bambini e adolescenti che afferiscono ad un servizio di Neuropsichiatria Infantile per diversi disturbi mentali. Questa evidenza è in accordo con quanto riportato in letteratura sulla psicoterapia psicodinamica e sugli effetti benefici che essa ha mostrato di avere in bambini e adolescenti con diversi tipi di diagnosi psichiatriche (Goldfried & Wolfe, 1998; Leichsenring & Rabung, 2008).

Nel nostro studio infatti è emerso come i pazienti trattati per un anno con PP mostrino maggiori miglioramenti dal punto di vista clinico e testale rispetto ai pazienti trattati con terapie NPI di routine. In particolare a un anno, i genitori dei pazienti trattati con PP riportano nella scala delle Competenze Totali della CBCL, che rileva il punto di vista dei genitori rispetto alle capacità del figlio/a in ambito sociale, relazionale e scolastico, un incremento maggiore del punteggio (e quindi del funzionamento psicosociale osservato nel figlio/a) nelle scale della socialità e delle capacità relazionali rispetto ai test compilati dai genitori dei pazienti appartenenti al gruppo controllo. In questo senso, appartenere al gruppo sperimentale (ed essere quindi trattati con PP) rappresenta un fattore predittivo di miglioramento del punteggio alla scala Competenze della CBCL, in particolare nelle sottoscale "Scuola" e "Socialità"; questo sembrerebbe suggerire un corrispondente miglioramento nel funzionamento globale dei piccoli pazienti, che potrebbe essere decisivo nello sviluppo successivo della personalità dei soggetti trattati.

E' stata infatti segnalata, in letteratura, una correlazione significativa fra un maladattamento pervasivo nell'infanzia e nell'adolescenza e il verificarsi di problematiche emotive e nella sfera delle competenze sociali nell'età adulta: diversi studi suggeriscono che la personalità adulta si formerebbe da processi avviati nell'infanzia, e pertanto risulterebbe correlata con il grado di adattamento e le caratteristiche proprie delle prime fasi di sviluppo dell'individuo (Shiner,

2000; Shiner e al., 2002). Le acquisizioni e i progressi osservati in questo studio dopo un anno di trattamento con PP evidenziano il ruolo positivo che la LTPP può rappresentare nel recupero e nello sviluppo della personalità di un individuo, riducendo il rischio di sviluppare un disturbo della personalità in età adulta (Neri e al., 2009).

Nel nostro studio è poi emerso un dato interessante confrontando i risultati derivati dall'analisi dei tre test citati.

Il test C-GAS, in cui il terapeuta attribuisce un punteggio da 1 a 100 al funzionamento psicosociale del paziente riporta, dopo un anno di trattamento, una variazione significativa della sintomatologia in entrambi i gruppi, sperimentale e controllo. In particolare, i terapeuti e gli operatori NPI riferivano a un anno miglioramenti significativamente maggiori nei soggetti trattati con PP, descrivendo un funzionamento globale più adeguato al termine del trattamento, ed evidenziato dalla variazione del punteggio alla C-GAS, che nel gruppo sperimentale variava in modo statisticamente significativo da un range patologico ad un range di normalità, mentre nel gruppo controllo appariva significativo, rimanendo tuttavia nel range patologico del test. Tale miglioramento è emerso e risulta confrontabile a quello evidenziato dalla C-GAS se si considerano inoltre i punteggi nella scala della Competenze Totali della CBCL. Tali miglioramenti non appaiono invece evidenti nei risultati dell'intervista semistrutturata K-SDAS, che permette di diagnosticare un disturbo psichiatrico in base ai criteri del DSM IV, e da cui non emerge una parallela variazione di diagnosi al termine di un anno di trattamento, nè dal punteggio della sottoscala "Problemi Totali" della CBCL, che attribuisce un punteggio standardizzato alla visione dei genitori riguardo ai problemi emotivi (sottoscala Internalizzazione) e comportamentali (sottoscala Esternalizzazione) del figlio/a.

Una simile mancanza di coerenza fra i punteggi attribuiti dai terapeuti nel test C-GAS e

quelli ottenuti dagli stessi pazienti nella sottoscala "Problemi Totali" della CBCL è stata osservata in un altro studio sull'efficacia della PP (Muratori e al., 2002), nel quale gli Autori sostengono che i clinici, in virtù della loro competenza ed esperienza, possano essere più attenti e sensibili nel rilevare miglioramenti nel funzionamento globale dei pazienti, mentre sembra che i genitori abbiano bisogno di più tempo per poter accettare tali cambiamenti nei propri figli, come già ipotizzato in altro studio pubblicato in precedenza (Weiss e al., 1999 e 2000). Questa affermazione trova riscontro nella nostra pratica clinica abituale, dove è possibile osservare come i genitori di pazienti gravi tendano a rimanere più focalizzati sulla patologia dei propri figli, e necessitino di sostegno e di rinforzo dall'esterno (ad esempio il successo scolastico e la reintegrazione sociale) per poter mettere a fuoco le nuove o recuperate potenzialità e capacità dei figli.

Nel lavoro di Weiss del 1999 si è inoltre ipotizzato che i genitori con i quali sia stato possibile un lavoro di sostegno e verifica dei risultati durante l'anno di trattamento del figlio/a siano più capaci di rilevare i miglioramenti dei figli al termine della terapia. Nel nostro studio tutti i genitori sono stati convocati a metà e al termine del trattamento per un colloquio di rivalutazione dell'ambiente familiare e sociale del paziente, e tutti i terapeuti erano a disposizione per ulteriori comunicazioni e incontri con le coppie di genitori, qualora questi lo richiedessero; il fatto che i genitori di entrambi i gruppi abbiano rilevato con maggior difficoltà i progressi dei figli, sia che questi fossero stati trattati con PP o con cure NPI di routine, potrebbe quindi essere attribuito, nel nostro studio, a difficoltà individuali e dell'ambiente familiare nell'adattarsi ai cambiamenti dei singoli e delle dinamiche familiari stesse, non sufficientemente elaborabili nel corso dei colloqui effettuati; tale ipotesi è stata oggetto di riflessione e rappresenta uno stimolo per approfondimenti e nuove ricerche in

futuro.

L'analisi dei dati relativi alle categorie diagnostiche esaminate al T0 e al T1 ed ottenute attraverso la valutazione clinica e l'elaborazione dell'intervista K-SADS, ha rilevato che nel nostro studio la diagnosi al T0 sembra essere un fattore determinante i cambiamenti sintomatologici evidenziati al test C-GAS, che riporta il punto di vista del terapeuta sul funzionamento psicosociale del paziente, e permette quindi di standardizzare le riflessioni cliniche riguardo al trattamento in atto. Osservando l'andamento nei tre gruppi diagnostici infatti è stato possibile rilevare alcune importanti considerazioni sull'efficacia del trattamento psicoterapeutico e riflettere sulle differenze fra la PP e le cure NPI di routine.

Se la diagnosi iniziale era Disturbo Depressivo, i due trattamenti sembrano infatti avere effetti simili nel miglioramento globale osservabile dopo un anno. Una possibile interpretazione di questo può essere che entrambi i trattamenti sembrano fornire ai pazienti maggiori risorse verso sintomi e pensieri di marca depressiva. E' stato quindi interessante poter osservare le peculiarità dei due trattamenti applicati analizzando i punteggi ottenuti nei due gruppi di pazienti alla CBCL.

Infatti se si considerano i punteggi nella scala delle Competenze totali, al di là del miglioramento sintomatologico, i soggetti depressi trattati con cure NPI di routine non presentano miglioramenti simili a quelli dei pazienti con uguale diagnosi trattati con PP. Questo può essere spiegato considerando che le cure NPI di routine, incentrate sulla riabilitazione e il recupero dei sintomi, non sembrano essere capaci di promuovere una generalizzazione degli effetti positivi per quanto riguarda gli aspetti sociali e relazionali evidenziati dalla CBCL, come avviene invece nei pazienti trattati con PP.

Considerando invece il caso dei pazienti con diagnosi di Psicosi, è possibile rilevare che si è

rilevato un miglioramento delle capacità e delle competenze sociali e relazionali dei pazienti trattati con PP, osservate dai genitori alla CBCL, e dai terapeuti NPI alla C-GAS; al contrario, analizzando i risultati della K-SADS, si nota che in entrambi i gruppi, sperimentale e controllo, non si è assistito ad una modificazione significativa della diagnosi dopo un anno di trattamento.

Questa discrepanza potrebbe essere spiegata considerando che i sistemi diagnostici categoriali quali il DSM-IV, su cui la K-SADS si basa, mostrano una certa rigidità soprattutto quando la diagnosi è grave o comprende diverse tipologie di disturbo, come riportato da diversi studi in letteratura (Thase, 2009; Baumeister e al., 2009). Tale rigidità categoriale potrebbe, a nostro parere, non rendere uno strumento come la K-SADS sufficientemente sensibile nel poter rilevare per i soggetti psicotici i miglioramenti "intra-diagnosi", che invece i clinici evidenziano. Una riflessione che dunque può essere posta è relativa a quali strumenti di diagnosi sia opportuno introdurre che possano essere più sensibili alla plasticità dello sviluppo psichico infantile e adolescenziale (Renou e al., 2004). A tale proposito il nostro gruppo di lavoro sta valutando, in linea con la comunità internazionale, la possibilità di completare la valutazione diagnostica dei pazienti attraverso l'utilizzo di criteri dimensionali quali il Big Five Questionnaire (BFQ, Caprara et al., 1993).

Per quanto riguarda invece il terzo sottogruppo diagnostico, i pazienti con diagnosi di Disturbo di Personalità trattati con PP mostrano importanti miglioramenti alla K-SADS, con una totale risoluzione dei sintomi nella maggior parte dei casi. Questo dato risulta in accordo con la letteratura (Bateman & Fonagy, 1999) e con le linee guida dell'APA (Oldham e al., 2001), che hanno rilevato come questi pazienti mostrino una sensibilità specifica a questo tipo di trattamento. Infatti, in contrasto con altre tecniche psicoterapeutiche (ad esempio le terapie

comportamentali) che sono focalizzate esclusivamente sul controllo delle emozioni e sulla risoluzione del sintomo, la PP , che è basata sul transfert, sembra in grado di sviluppare in questi pazienti una maggiore capacità di autocontrollo e una maggior integrazione e consapevolezza di sé e dell'altro, capacità del sé che vengono stimulate e sostenute dalla particolare relazione che si instaura fra terapeuta e paziente. Tale evidenza appare in accordo con il lavoro di Clarkin e altri, pubblicato nel 2007, in cui sono state confrontate psicoterapia psicodinamica basata sul transfert, psicoterapia dialettica comportamentale e terapia di supporto: in questo studio risulta evidente il contributo unico della PP nel diminuire nei pazienti con Disturbo di Personalità i comportamenti impulsivi e aggressivi auto ed etero diretti (Clarkin et al., 2007). Il contributo della relazione terapeuta paziente propria della PP potrebbe anche spiegare la mancanza di variazione diagnostica, a parità di diagnosi iniziale, nei pazienti con Disturbo di Personalità trattati con cure NPI che, fornendo una relazione meno personalizzata e finalizzata al recupero di capacità specifiche (come nel caso del trattamento logopedico), sembrano non riuscire a fornire un uguale spazio di integrazione e rielaborazione delle esperienze sottese ai sintomi.

Osservando i risultati della regressione lineare, è possibile rilevare che la giovane età rappresenta un fattore che determina un miglioramento più significativo nella scala delle Competenze totali e delle Competenze scolastiche della CBCL. Abbiamo infatti rilevato che, nel nostro campione, tanto più piccolo è il bambino al momento dell'inizio della terapia, tanto essa sembra risultare efficace, come sostenuto da alcune review pubblicate in letteratura. L'analisi della variabile "età", condotta da Weisz e altri su 108 studi, ha permesso di affermare che l'effetto età condiziona l'esito di una psicoterapia: tale dato è stato spiegato considerando che i cambiamenti cognitivi nello sviluppo delle operazioni formali e i processi cognitivo-

emotivi avviati in adolescenza rendano i soggetti adolescenti meno responsivi dei bambini ai cambiamenti cognitivi ed emotivi associati alla terapia (Weisz et al., 1987; Kendall et al., 1984). Nel nostro studio questi miglioramenti si osservano in particolare nella sottoscala "Scolarità" della CBCL, che appare indicativa di un miglioramento sociale complessivo, considerando che l'ambiente scolastico rappresenta il settore di maggiore investimento sociale soprattutto in età infantile.

Osservando le caratteristiche socio-demografiche del campione raccolto, è possibile notare che nel nostro studio la presenza di una coppia unita rappresenta un fattore predittivo di miglioramento nella sottoscala "aggressività" della CBCL, in accordo con quanto riportato in letteratura rispetto al rischio di sviluppare disturbi comportamentali e altri disturbi psichiatrici in bambini con genitori separati (Buehler, e a., 1997).

Secondo uno studio pubblicato nel 2006 (Cheng e al., 2006) la separazione dei genitori risulta essere associata di per sé ad un aumentato rischio di sviluppare problemi emotivi e comportamentali, indipendentemente dalla qualità della relazione fra i coniugi, dalla presenza o meno di una madre depressa, dalla situazione socio- economica e dalle variabili demografiche: studiando i figli di coppie sposate e in seguito separatesi è emerso infatti che i figli delle coppie che sono andate incontro ad una separazione mostrano problemi di adattamento significativamente più elevati rispetto ai figli di coppie che rimangono unite. Secondo quanto emerso, quindi, la separazione dei genitori sembra essere di per sé un fattore predittivo di problemi comportamentali, indipendentemente dall'età del bambino al momento della separazione, e dal suo funzionamento personale ed emotivo prima che essa avvenga.

Considerando ancora l'analisi di regressione lineare, abbiamo rilevato inoltre che il valore di

partenza nella scala Competenze Totali della CBCL sembra essere il più importante fattore predittivo di cambiamento in questa scala: è stato infatti osservato che quanto più il punteggio al baseline è patologico, tanto più evidente è il cambiamento ad un anno. Osservando invece la sottoscala dei Problemi totali, essa non mostra in entrambi i gruppi una differenza significativa fra T0 e T1, come già discusso precedentemente.

Questi dati apparentemente contrastanti possono essere spiegati considerando che tanto più il valore del test iniziale è vicino al range di normalità, tanto il test sembra perdere sensibilità nel rilevare le modificazioni dei punteggi nel tempo. Tale perdita di sensibilità può essere attribuita al fatto che un test autocompilativo come la CBCL si basa sull'opinione dei genitori, i quali prima dell'inizio della terapia mostrano, nella esperienza clinica e in questo studio, una resistenza talvolta molto significativa nell'accorgersi delle difficoltà dei figli, soprattutto quando queste siano limitate ad una particolare area. E' stato infatti osservato che bambini appartenenti al gruppo sperimentale con diagnosi di Disturbo Depressivo e di Disturbo di Personalità al T0 sono visti nel 70% dei casi circa come normali dai propri genitori, secondo quanto emerso dall'analisi dei risultati nella sottoscala Problemi totali della CBCL, mentre nel 90% circa dei casi i genitori rilevano un funzionamento patologico nella sottoscala Competenze della CBCL. Tale dato può essere interpretato considerando che la scuola e l'ambiente sociale in genere rappresentano per i genitori un punto di vista esterno nei confronti del bambino/a o dell'adolescente, che, attraverso il confronto con le competenze dei coetanei e la valutazione degli insegnanti, viene più facilmente riconosciuto dai genitori come problematico e in difficoltà. Al contrario, problemi legati ai sintomi internalizzanti come l'ansia o il disturbo ossessivo compulsivo possono essere sottovalutati a lungo e diventare evidenti per i genitori dopo anni di sofferenza dei bambini, come sostenuto anche da diversi

lavori in letteratura sui disturbi psichiatrici dell'infanzia (Mancebo et al., 2008).

Alla luce di ciò, uno degli obiettivi dei colloqui con le coppie, effettuati all'inizio della psicoterapia con il paziente, è quello di aiutare i genitori a riconoscere le difficoltà del figlio/a e a comprendere come i sintomi del bambino si intersichino con le dinamiche difficili o in alcuni casi francamente patologiche della coppia, di cui il bambino diventa rivelatore.

Il fatto quindi che alla regressione lineare il gruppo sperimentale non risulti essere un fattore predittivo di cambiamento può essere spiegato considerando questa difficoltà e il conseguente limite intrinseco del test autocompilativo.

Occorre d'altra parte notare, come emerso in una review pubblicata nel 2001, che il parametro di efficacia caratterizzato dai "Problemi identificati" risulta non statisticamente significativo in un numero considerevole di studi (Leichsenring, 2001), e pertanto sarà oggetto di successiva e diversa valutazione in progetti futuri.

5.2 Limiti dello studio

Il nostro studio presenta alcuni limiti.

1. L'elevato numero di soggetti che hanno abbandonato lo studio (drop out) appartenenti al gruppo controllo (16 su 33) può ridurre la potenza di quanto emerso nell'elaborazione statistica dei dati. E' interessante notare che non sono stati osservati fattori specifici che influenzino l'uscita prematura dallo studio; in particolare, i soggetti che hanno abbandonato lo studio non mostravano, come invece sarebbe plausibile supporre, differenze statisticamente significative rispetto ai pazienti del gruppo controllo che hanno concluso lo studio. In particolare è stato analizzato il ruolo delle diverse variabili considerate anche nel confronto fra i due gruppi di studio, l'età, il genere, il valore basale ai test somministrati e il tipo di diagnosi, ma nessuna di queste ha mostrato di essere significativamente diversa nei due sottogruppi. Questa osservazione, dopo un'attenta discussione con l'equipe statistica che ha curato l'elaborazione dei dati, ci ha permesso di poter considerare i 20 soggetti testati al T1 e i 17 ritestati al T2 simili ai 33 arruolati al T0, e quindi di continuare lo studio. Una possibile interpretazione di questa alta percentuale di uscita dallo studio durante l'anno di trattamento con cure NPI di routine potrebbe essere che circa il 40% dei pazienti e dei genitori assegnati al gruppo controllo abbiano percepito il trattamento da loro ricevuto come non conforme alle loro esigenze; questo, infatti, sembra essere uno dei motivi più frequenti di abbandono prematuro dei trattamenti psichiatrici, insieme alla mancanza di una sufficiente spinta da parte del paziente ad intraprendere il trattamento stesso (Pardeck e al., 1996).
2. La mancanza di un' assegnazione totalmente randomizzata dei pazienti, dovuta alle

regole cui il servizio pubblico all'interno del quale lo studio si è svolto deve sottostare, e alle implicazioni etiche intrinseche alla scelta di un trattamento psichiatrico, possono aver rappresentato un bias nella collocazione dei pazienti, come già discusso in precedenza. Secondo il nostro giudizio, questo bias è stato comunque ridotto dal fatto che l'analisi dei fattori socio-demografici e le caratteristiche cliniche al T0 non hanno mostrato differenze statisticamente significative fra i due gruppi analizzati.

3. I soggetti appartenenti al gruppo controllo non hanno ricevuto un tipo di trattamento standardizzato e quindi realmente confrontabile; la disomogeneità dei trattamenti forniti è da ascrivere al setting naturalistico del nostro studio, nel quale vincoli etici hanno impedito di arruolare pazienti senza sottoporli ad alcun trattamento o di assegnarli ad un unico tipo di trattamento quando le problematiche psichiche da essi presentate potevano essere molto diverse fra loro. I risultati potrebbero dunque essere indicativi di un trattamento non specifico in contrasto con la specificità degli effetti e del lavoro psicoterapeutico psicodinamico. Tuttavia questa caratteristica del nostro studio potrebbe avere come effetto positivo quello di ridurre il bias rappresentato da un effetto Hawthorne negativo, intendendo con esso l'insieme delle variazioni di un fenomeno o di un comportamento che si verificano per effetto della presenza di osservatori, ma che non durano nel tempo (Landsberg, 1958).
4. Inoltre, lo studio presenta una raccolta dati incompleta per quanto riguarda il follow up, dovuta all'elevato numero di drop out, come già discusso in precedenza, e che ha necessitato di un'ulteriore raccolta di dati, che risulta ancora, al momento, in fase di completamento. La massiva riduzione dei soggetti appartenenti al gruppo controllo ha infatti ridotto la potenza statistica di quanto raccolto finora, che appare comunque

suggestivo di una persistenza nel tempo di maggiori competenze psicosociali nel gruppo trattato con PP, dato che non viene osservato in modo altrettanto evidente nel gruppo controllo. Questa evidenza potrebbe rilevare la presenza, già documentata in letteratura (Weiss e al., 2000; Muratori e al., 2002), di effetti “a distanza” del trattamento psicoterapeutico, definiti “effetti silenti”, e specifici della psicoterapia psicodinamica, che rimangono al momento solo ipotizzabili, ma che rappresentano l'interesse prevalente nella prosecuzione di questo studio. Considerando in particolare il gruppo controllo, che ha presentato drop out anche prima del termine dell'anno di terapia, si potrebbe ipotizzare il fatto che i trattamenti NPI di routine non risultano essere, per le loro caratteristiche intrinseche e per le modalità di esecuzione, sufficientemente “personalizzati” da far sì che si crei fra operatori e pazienti un' alleanza terapeutica, simile a quella che si crea nella PP, e che dimostra di giocare un ruolo cruciale nel mantenimento del progetto terapeutico (Luborsky, 1984; Chung e al., 1995). E' comunque opportuno considerare che, secondo alcuni autori, i pazienti che hanno un iniziale beneficio dal trattamento, raramente lo abbandonano prematuramente (Viale-Val e al., 1984).

5. La scelta di privilegiare un setting naturalistico, con pazienti gravi affetti da disturbi psichiatrici complessi, è in accordo con la più recente letteratura sui criteri metodologici (Hibbs, 2001; Leichsenring & Rabung, 2008) ed è stata intrinseca conseguenza del nostro intento di testare l'efficacia della LTPP in un servizio pubblico di Neuropsichiatria Infantile per l'Infanzia e l'Adolescenza. E' già stato discusso quanto riscontrato rispetto all'efficacia della LTPP nelle diverse categorie diagnostiche da noi considerate nello studio.

5.3 Conclusioni

In conclusione, nonostante i limiti sopra descritti, il nostro studio evidenzia che la LTPP dimostra di avere effetti positivi sulla riduzione dei sintomi e, nello specifico, di essere in grado di potenziare in modo efficace e duraturo l'acquisizione di competenze sociali e relazionali nei pazienti psichiatrici in età evolutiva. Questa capacità di intervento gioca un ruolo importante nello sviluppo di una personalità adulta e nella formazione delle future capacità dell'individuo, e può rappresentare per questo un aspetto di grande interesse se applicato in un servizio pubblico di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.

Occorre infatti considerare che il poter intervenire in modo tempestivo ed efficace su pazienti che ammalano di patologie psichiatriche in età precoce potrebbe costituire un sistema di prevenzione sanitaria e allo stesso tempo di contenimento della spesa pubblica, poiché nel tempo ridurrebbe l'impatto sociale ed economico delle malattie psichiatriche croniche ad esordio precoce.

6. BIBLIOGRAFIA

- Ablon, J.S., Jones, E.E. (2002). *Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program*. The American Journal of Psychiatry, 159(5): 775-783.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behaviour Checklist: 4-18 and 1991 profile*. University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Youth Self-report and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT.
- Alpern, E. (1946). *Short clinical services for children in a child guidance clinic*. American Journal of Orthopsychiatry, 26:1946
- Ambrosini, P.J. (2000). *Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children (KSADS)*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39(1): 49-58.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR®)*. APA Press.
- Anderson, E.M., Lambert, M.J. (1995). *Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis*. Clinical Psychology Review, 15: 503-514.
- Barrett, C.L., Hampe, I.E., & Miller, L. (1978). *Research on psychotherapy with children*. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change: An empirical analysis* (pp. 139-189). New York, Wiley.
- Bateman, A., Fonagy, P. (1999). *Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial*. The American Journal of

Psychiatry, 156: 1563-1569.

- Baumeister, H., Maercker, A., Casey, P. (2009). *Adjustment disorder with depressed mood: a critique of its DSM-IV and ICD-10 conceptualisations and recommendations for the future*. Psychopathology, 42(3): 139-147.
- Blagys, M., Hilsenroth, M.J. (2000). *Distinctive features of short-term psychodynamic interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature*. Clinical Psychology, 7: 167-188.
- Brusa, L. (1994). *La ricerca sull'efficacia delle psicoterapie psicoanalitiche: metodologia e risultati*. Lettera XVIII, Percorsi bibliografici in psichiatria (pp:125-170). Milano: Istituto "Mario Negri".
- Buehler, C., Anthony, C., Krishnakumar, A., & Stone, G. (1997). *Interparental conflict and youth problem behaviors: A meta-analysis*. Journal of Child and Family Studies, 6, 223-247.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, G., Borgogni, L. and Perugini M. (1993). *The "big five questionnaire": A new questionnaire to assess the five factor model*. Personality and Individual Differences, 15(3): 281-288.
- Casey, R.J., Berman, J.S. (1985). *The outcome of psychotherapy with children*. Psychological Bulletin, 98(2): 388-400.
- Chambers, W.J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P.J., Tabrizi, M.A., Davies, M. (1985). *The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. Test-retest reliability of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children, present episode version*. Archives of General Psychiatry, 42(7): 696-702.

- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Johnson, S.B., Pope, K.S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woods, S.R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A., & McCurry, S. (1996). *An update on empirically validated therapies*. The Clinical Psychologist, 49, 5-18.
- Chambless, D.L., Hollon, S.D. (1998). *Defining empirical supported treatments*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66: 7-18.
- Chambless, D.L., Ollendick, T.H. (2001). *Empirical supported psychological interventions: Controversies and evidence*. Annual Review of Psychology, 52: 685-716.
- Cheng, H., Dunn, J., O'Connor, T.G., Golding, J. (2006). *Factors moderating children's adjustment to parental separation: findings from a community study in England*. Journal of Abnormal Child Psychology, 34(2): 239-250.
- Chung, W.S., Pardeck, J.T., Murphy, J.W. (1995). *Factors associated with premature termination of psychotherapy by children*. Adolescence, 30(119): 717-721.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., Kernberg, O.F. (2007). *Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study*. The American Journal of Psychiatry, 164(6): 922-928.
- Crits-Christoph, P. (1992). *The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis*. The American Journal of Psychiatry, 149: 151-158.
- Crits-Christoph, P., Barber, J.P. (2000). *Long-term psychotherapy*. In: Ingram, R.E., Snyder, C.R., eds. *Handbook of Psychological Change: Psychotherapy Processes & Practices for the 21st Century*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons (pp. 455-473).
- Cutler, J.L., Goldyne, A., Markowitz, J.C., Devlin, M.J., & Glick, R.A. (2004). *Comparing cognitive behaviour therapy, interpersonal psychotherapy, and psycho dynamic*

- psychotherapy*. American Journal of Psychiatry, 161, 1567–1573.
- Diseth, T.H., Christie, H.J. (2005). *Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents-an overview of assessment tools and treatment principles*. Nordic Journal of Psychiatry, 59(4): 278-292.
 - EuroQol Group (1990). *Euroqol: A new facility for the measurement of health-related quality of life*. Health Policy, 16: 199-208.
 - Eysenck, H.J. (1952). *The effects of psychotherapy: an evaluation*. Journal of consulting psychology, 16: 319-324.
 - Fonagy, P. (1997). *Evaluating effectiveness of interventions in child psychiatry*. The Canadian Journal of Psychiatry, 42: 584-594.
 - Fonagy, P. (1999). *Relation of theory and practice in psychodynamic therapy*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 28(4): 513-520.
 - Frank, C.M. (Ed.) (1969). *Behaviour therapy: appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.
 - Gabbard, G.O., & Westen, D. (2003). *Rethinking therapeutic action*. International Journal of Psychoanalysis, 84, 823–841.
 - Gabbard, G.O. (2004). *Long-term psycho dynamic psychotherapy. A basic text*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
 - Gill, M.M. (1951). *Ego Psychology and Psychotherapy*. Psychoanalytic Quarterly, 20.
 - Goldfried, M.R., Wolfe, B.E. (1996). *Psychotherapy Practise and Research. Repaired a Strained Alliance*. American Psychologist, 51(10): 1007-1016.
 - Goldfried, M.R., Wolfe, B.E. (1998). *Toward a more clinically valid approach to therapy research*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(1): 143-150.

- Green, B., Shirk, S., Hanze, D., Wanstrath, J. (1994). *The Children's Global Assessment Scale in clinical practice: an empirical evaluation*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33(8): 1158-1164.
- Gregory, R.J., Chlebowsky, S., Kang, D., Remen, A., Soderberg, M. (2006). *Psychodynamic therapy for borderline personality disorder and co-occurring alcohol use disorders: a newly designed ongoing study*. Journal of American Psychoanalytic Association, 54(4): 1331-1334.
- Gunderson, J.G., Gabbard, G.O. (1999). *Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 47(3): 679-704.
- Guy, W. (ed.). (1976). *ECDEU Assessment for Psychopharmacology, Revised Edition*. NIMH Publication : Rockville, MD.
- Haag, G., Tordjman, S., Duprat, A., Urwand, S., Jardin, F., Clément, M.C., Cukierman, A., Druon, C., Maufras du Châtellier, A., Tricaud, J., Dumont, A.M. (2005). *Psychodynamic assessment of changes in children with autism under psychoanalytic treatment*. The International Journal of Psychoanalysis, 86: 335–352.
- Henry, M. (1993). *The Genealogy of Psychoanalysis*. Stanford University Press, XXVIII + 353 pp., Stanford.
- Hibbs, E.D. (2001). *Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents*. European Child & Adolescent Psychiatry, 10 (Suppl.1), 1/3-1/1.
- Hoagwood, K., Hibbs, E., Brent, D., Jensen, P. (1995). *Introduction to the special section: efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(5): 683-687.

- Hollon, S.D. (1996). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications*. American Psychologist, 51, 1025-1030.
- Horowitz, M.J. (1986). *Levels of Interpretation in Dynamic Psychotherapy*. Psychoanalytic Psychology, 3: 39-45.
- Jacobson, N.S., Christensen, A. (1996). *Studying the effectiveness of psychotherapy. How well can clinical trials do the job?* American Psychology, 51(10): 1031-1039.
- Jennings, L., Goh, M., Skovholt, T.M., Hanson, M., Banerjee-Stevens, D. (2003). *Multiple Factors in the development of the expert counsellor and therapist*. Journal of Career Development, 30, (1), 5-44.
- Jensen, P., Hoagwood, K., Petti, T. (1996). *Outcome of mental health care for children and adolescents: II. Literature Review and Application of a Comprehensive Model*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35: 1064-1077.
- Joyce, A.S., Wolfaardt, U., Sribney, C., Aylwin, A.S. (2006). *Psychotherapy Research at the Start of the 21st Century: the Persistence of the Art versus Science Controversy*. The Canadian Journal of Psychiatry, 51(13): 797-809.
- Kazdin, A.E., Bass, D., Ayers, W.A., Rodgers, A. (1990). *Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58(6): 729-740.
- Kendall, P.C., Lerner, R.M. & Craighead, W.E. (1984). *Human development and intervention in childhood psychopathology*. Child Development, 55, 71-82.
- Kernberg, O.F. (1996). *A Psychoanalytic model for the classification of personality disorders*. In: Akneil, M., Bondy, B., Engel, R., Ermann, M., Nedopil, N., editors. Implications of

psychopharmacology to psychiatry. New York: Springerlink.

- Landsberger, H. A. (1958). *Hawthorne Revisited: Management and the worker: its critics, and developments in human relations in industry*. Ithaca, N.Y.: Cornell University.
- Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004). *The Efficacy of Short-term Psycho dynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders: A Meta-analysis*. Archives of General Psychiatry, 61: 1208-1216.
- Leichsenring, F. (2004). *Randomized controlled versus naturalistic studies: a new research agenda*. Bulletin of Menninger Clinic, 68(2): 137-151.
- Leichsenring, F. (2005). *Are psycho dynamic and psychoanalytic therapies effective?. A review of empirical data*. The International Journal of Psychoanalysis, 86(3): 841-868.
- Leichsenring, F. and Leibing, E. (2007). *Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence*. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80, 217-228.
- Leichsenring, F., Rabung, S. (2008). *Effectiveness of Long-Term Psycho dynamic Psychotherapy: a Meta-analysis*. Journal of American Medical Association, 1; 300(13): 1551-1565.
- Levitt, E.E. (1957). *The results of psychotherapy with children: an evaluation*. Journal of Consulting Psychology, 21: 189-196.
- Lonigan, C.J., Elbert, J.C., Bennett Johnson, S. (1998). *Empirically Supported Psychosocial Interventions for Children: An Overview*. Journal of Clinical Child Psychology, 27(2): 138-145.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A manual for supportive expressive treatments*. New York: Basic Books.

- Mancebo, M.C., Garcia, A.M., Pinto, A., Freeman, J.B., Przeworski, A., Stout, R., Kane, J.S., Eisen, J.L., Rasmussen, S.A. (2008). *Juvenile-onset OCD: clinical features in children, adolescents and adults*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 118: 149-159.
- Muratori, F., Picchi, L., Casella, C., Tancredi, R., Milone, A., Patarnello, M.G. (2002). *Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders*. Psychotherapy and Psychosomatics, 71(1): 28-38.
- Muratori, F., Picchi, L., Apicella F., Salvadori, F., Palacio Espasa, F., Ferretti, D., and Bruni, G. (2005). *Psycho dynamic psychotherapy for separation anxiety disorders in children*. Depression and Anxiety, 21:45-46.
- Nathan, P.E. & Gorman, J.M. (2002). *A guide to treatments that works*. (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Neri, F., Nacinovich, R., Gadda, S., Maserati, E., Bertolini, M. (2009). *Psicoterapia Psicodinamica in un Servizio Pubblico di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza: Studio sui Risultati*. Rivista di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 76 (Maggio-Agosto 2009), pp. 423-433.
- Oldham, J.M., Gabbard, G.O., Goin, M.K., Gunderson, J., Soloff, P., Spiegel, D., Stone, M., Phillips, K.A. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline disorder*. The American Journal of Psychiatry, 158: 1-52.
- Pardeck, J.T., Murphy, J.W., Sik Chung, W. (1996). *An Exploration of Factors Associated with Clients Prematurely Exiting Psychiatric Treatment: Implications for the Community Mental Health Centres Act*. Journal of Health & Social Policy, 7(1): 87-96.
- Pearsall, D. (1997). *Psychotherapy outcome research in child psychiatric disorders*. The Canadian Journal of Psychiatry, 42: 595-601.

- Perry, J.C., Banon, E., Ianni, F. (1999). *Effectiveness of psychotherapy for personality disorders*. The American Journal of Psychiatry, 56(9):1312-1321.
- Person, E.S., Cooper, A.M., Gabbard, G.O. (2005). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis*. Washington DC and London, UK, ed: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Renou, S., Hergueta, T., Flament, M., Mouren-Simeoni, M.C., Lecrubier, Y. (2004). *Diagnostic structured interviews in child and adolescent's psychiatry*. Encephale, 30(2): 122-134.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A., Haynes, B.R., Richardson, W.S. (1996). *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. British Medical Journal, 312: 71-72.
- Schlesinger, H.J. (1969). *Diagnosis and prescription for psychotherapy*. Bulletin of Menninger Clinic, 33(5): 269-278.
- Seligman M.E.P. (1995) *The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Report Study*. American Psychologist, 50: 965-974.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., Aluwahlia, S. (1983). *A Children's Global Assessment Scale (CGAS)*. Archives of General Psychiatry, 40(11): 1228-1231.
- Shea, M.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Elkin, I. (1989). *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments*. Archives of General Psychiatry, 46(11): 971-982.
- Scholte, E.M., van der Ploeg, J.D. (2006). *Residential treatment of adolescents with severe behavioural problems*. Journal of Adolescence, 29: 641-654.

- Shiner, R.L., Masten, A.S., Tellegen, A. (2002). *A developmental perspective on personality in emerging adulthood: childhood antecedents and concurrent adaptation*. Journal of Personality and Social Psychology, 83(5): 1165-1177.
- Shiner, R.L. (2000). *Linking childhood personality with adaptation: evidence for continuity and change across time into late adolescence*. Journal of Personality and Social Psychology , 78(2): 310-325.
- Smith, M.L., & Glass, G.V. (1977). *Meta-analysis of psychotherapy outcome studies*. American Psychologist, 32: 752-760.
- Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *Benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- 4. Strupp, H.H. & Howard, K.I. (1992). *A brief history of psychotherapy research*. In D.K. Freedheim (Ed), *Hystory of psychotherapy: a century of change*. (pp. 309-334). Washington DC: American Psychology Association.
- Svartberg, M., Stiles, T.C. (1991). *Comparative effects of Short-Term Psycho dynamic Psychotherapy: a meta-analysis*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59: 704-714.
- TFPDPP (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures) (1995). *Trading and Dissemination of empirically-validated psychological treatments. Report and recommendations*. Clinical Psychology, 48: 3-23.
- Thase, M.E. (2009). *Atypical Depression: Useful Concept, but it's Time to Revise the DSM-IV Criteria..* Neuropsychopharmacology, Sept. 9. Epub ahead of print.
- Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., Koskenranta-Aalto, U., Weintraub, S., Kolaitis, G., Tomaras, V., Anastasopoulos, D.,

- Grayson, K., Barnes, J., Tsiantis, J. (2007). *Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psycho dynamic psychotherapy and family therapy.* European Child and Adolescent Psychiatry, 16: 157–167.
- Viale-Val, G., Rosenthal, R.H., Curtiss, G., and Marohn, R.C. (1984). *Drop-out from adolescent psychotherapy.* Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23, 562-568.
 - Wallerstein, R.S., Weinshel, E.M. (1989). *The future of psychoanalysis.* Psychoanalytic Quarterly, 58(3): 341-373.
 - Weiss, B., Catron, T., Harris, V., Phung, T.M. (1999). *The effectiveness of traditional child psychotherapy.* Journal of Consulting and Clinical Psychology , 67(1): 82-94.
 - Weiss, B., Catron, T., Harris, V. (2000). *A 2-year follow up on the effectiveness of traditional child psychotherapy.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68: 1094-1101.
 - Weisz, J.R., Weiss, B., Alicke, M.D., Klotz, M.L. (1987). *Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: a meta-analysis for clinicians.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55(4): 542-549.
 - Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S., Granger, D.A., Morton, T. (1995). *Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies.* Psychological Bulletin, 117(3): 450-468.
 - Wolfe, B.E. (1993). *Psychotherapy research funding for fiscal years 1986-1990.* Psychotherapy & Rehabilitation Research Bulletin, 1, 7-9.

APPENDICI

APPENDICE A

Appendice 1: Descrizione dei livelli I-VI per gli studi di efficacia (secondo i criteri esposti da Nathan e Gorman, 2002)

Levels of evidence	Hypothesis referring to laboratory setting (efficacy studies*)	Hypothesis referring to natural setting (effectiveness studies)
Level 1	(1.) Prospective RCT; (2.) comparison groups with random assignment, clear inclusion and exclusion criteria, state-of-the-art diagnostic methods, of adequate sample size for power; and (3.) clearly described statistical methods.	(1.) Prospective quasi-experimental naturalistic study; (2.) non random comparison groups, use of matching or stratifying, additional design elements, prediction of complex outcome pattern, clear description of clinical representative treatment and sample, blind assessment, clear inclusion and exclusion criteria, state-of-the-art diagnostic methods; and (3.) clearly described statistical methods.
Level 2	Clinical trials with some traits of Level 1 missing (i.e. trials with no double-blind or group assignment not randomized)	Clinical trials with some traits of Level 1 missing (i.e. no comparison group, no use of matching or stratifying).
Level 3	(1.) Open treatment studies aimed at obtaining pilot data, or (2.) case control studies in which treatment information was obtain retrospectively.	Studies with most traits of Level 1 missing (i.e. no pretest assessment, no comparison group, and no blind assessment)
Level 4	Reviews with secondary data analysis	Reviews with secondary data analysis
Level 5	Reviews without secondary data analysis	Reviews without secondary data analysis
Level 6	Reports such as case studies, essays, and opinion papers.	Reports such as case studies, essays, and opinion papers.

Appendice 2: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)

A-KIDDIE	NOME:	
-----------------	-------	--

S. DEPRESSIVA	genitori	paziente	genitori	paziente
max gravità episodi				distraibilità
apparenza depressa				iperattività motoria
irritabilità e rabbia				influenza droghe o alcool
disforia da separazione				
qualità umore disforico				DISORDINI ALIMENTARI
ass. umore depr. con spec. avven.				rifiuta mantenere peso corporeo
reattività dell'umore depr. o irr.				metodi x perdere peso (dieta, lassat.)
fluttuaz. giorn. umore depr. o irr.				disturbo immagine corporea
senso di colpa				intensa e persist. paura ingrassare
immagine di sé negativa				intensa preoccup. cibo e di mangiare
sensaz. di non sentirsi amato				amenorrea
pesimismo				BULIMIA (abbuff. vomito um. depr.)
autocompatimento				
malesseri e dolori fisici				FOBIE SPECIFICHE
ipocondria				
perdita di interesse				ANSIA DA SEPARAZIONE
anedonia				preocc. accad. disgrazia ai gen.
stanchezza				preocc. essere vittima disgrazia
difficoltà di concentrazione				paura stare in casa solo
agitazione psicomotoria				reaz. eccess. alla separaz.
rallentamento				diff. restare lontano da casa
ritiro sociale				nostalgia di casa
suscettibilità al rifiuto				paura di dormire fuori casa
ipersonnia				incubi
insonnia				rifiuto ad andare a scuola
anoressia				sintomi fisici durante la separaz.
perdita di peso				
ricerca smodata di cibo				FOBIA SOCIALE
voglia eccessiva di dolci				
aumento di peso smodato				ATTACCHI DI PANICO
IDEAZIONE SUICIDA				disc. attacchi panico / agorafobia
atto suicidari: grado di gravità				frequ. attacchi spontanei
atto suicidari: quanti				durata degli attacchi spont.
atto suicidari: rischio di morte				attacchi scatenati da situaz.
autolesionismo fisico (no suic.)				attacchi legati a fobie
				agorafobia
S. MANIACALE				
euforia				OSSESSIONI
diminuito bisogno di sonno				compulsioni
energia elevata				depers. o derealizzazione
aumento di attività finalizzata				
grandiosità				DISTURBO D'ANSIA GEN.
aumento o acceleraz. dell'eloquio				essere preoccupato
accelerazione del pensiero				eccess. ansia o preoccup.
fuga di idee				diff. a controllare le preoccupaz.
scarsa capacità di giudizio				sintomi assoc. alle preoccupaz.

Scala di Valutazione Globale per i Bambini (CGAS)
per la compilazione dell'Asse IV

Considerare il livello più menomato di funzionamento del soggetto per il periodo specificato di tempo, selezionando il livello più basso che descrive il suo funzionamento rispetto a un continuum ipotetico salute-malattia. Usare anche i livelli intermedi (per es., 35, 58, 62). Valutare il funzionamento attuale a prescindere dal trattamento e dalla prognosi. Gli esempi di comportamento forniti sono da considerare semplicemente illustrativi e non c'è bisogno che siano presenti requisiti simili per emettere una particolare valutazione.

Codice	Valutazione
Da 100 a 91	Funzionamento superiore in tutte le aree (a casa, a scuola e con i coetanei); è coinvolto in una gamma di attività e ha molti interessi (per es., ha degli hobbies o partecipa ad attività facoltative o appartiene a un gruppo organizzato come i boy-scouts). È piacevole, cordiale e le preoccupazioni "di ogni giorno" non gli sfuggono mai di mano. È ben visto a scuola. Non ha sintomi.
Da 90 a 81	Funzionamento buono in tutte le aree. A suo agio in famiglia, a scuola e con i coetanei. Possono esserci difficoltà transitorie e preoccupazioni "di ogni giorno", che occasionalmente sfuggono di mano (per es., lieve ansia associata con un esame importante; occasionali "scatti" coi fratelli, genitori o coetanei).
Da 80 a 71	Non più che qualche lieve menomazione nel funzionamento a casa, a scuola o con i coetanei. Qualche alterazione nel comportamento o disagio emozionale può essere presente in risposta a fattori stressanti della vita, per es., separazione dei genitori, morte di qualcuno, nascita di un fratellino), ma queste sono brevi e l'interferenza col funzionamento risulta transitoria. Questi bambini sono solo minimamente disturbanti per gli altri e non vengono considerati devianti dalle persone che li conoscono.
Da 70 a 61	Qualche difficoltà in una singola area, ma il funzionamento è generalmente abbastanza buono (per es. atti antisociali sporadici o isolati, come occasionali imbrogli o piccoli furti; piccole difficoltà continuative nell'attività scolastica; cambiamenti di umore di breve durata; paure e ansia che non portano a grossolani comportamenti di evitamento; dubbi su se stesso). Mantiene qualche relazione interpersonale significativa. La maggior parte della gente che non conosce bene il bambino non lo considera deviante, ma quelli che lo conoscono bene possono esprimere preoccupazione.
Da 60 a 51	Funzionamento variabile con difficoltà o sintomi sporadici in diverse ma non in tutte le aree sociali. L'alterazione risulta evidente alle persone che incontrano il bambino in un momento o in una situazione in cui funziona male, ma non a chi lo incontra in altre situazioni.
Da 50 a 41	Un grado moderato di interferenza nel funzionamento nella maggior parte delle aree sociali oppure un grado grave di menomazione in una singola area, come potrebbe essere per esempio la presenza di preoccupazioni e ruminazioni suicide, rifiuto della scuola e altre forme di ansietà, rituali ossessivi, sintomi importanti di conversione, frequenti attacchi d'ansia, frequenti episodi di comportamento aggressivo o antisociale con un certo mantenimento di relazioni sociali significative.
Da 40 a 31	Importante menomazione del funzionamento in numerose aree e incapacità di funzionare in una di queste aree che risulta disturbata a casa, a scuola, coi coetanei, oppure più generalmente in società (per es., persistente aggressività senza che ci siano chiare provocazioni; comportamento marcatamente ritirato e isolato, dovuto sia ad alterazione dell'umore sia ad alterazione del pensiero, tentativi di suicidio con chiaro intento di morire). Questi bambini solitamente richiedono scolarizzazione speciale od ospedalizzazione, oppure il ritiro da scuola (ma questo da solo non è un criterio sufficiente per l'inclusione in questa categoria).
Da 30 a 21	Il soggetto non è in grado di funzionare quasi in nessuna area (per es., sta a casa, in ospedale o a letto tutto il giorno senza prendere parte a nessuna attività sociale), oppure grave menomazione nel test di realtà, oppure grave menomazione nella comunicazione (per es., risulta talora incoerente o inadeguato).
Da 20 a 11	Necessita in modo considerevole di supervisione al fine di prevenire lesioni su di sé (per es., tentativi frequentemente violenti e ripetuti di suicidio), oppure per mantenere l'igiene personale, oppure grave menomazione in tutte le forme di comunicazione (per es., gravi anomalie nella comunicazione verbale e gestuale, marcato distacco sociale, stupor).
Da 10 a 1	Necessita di supervisione costante (24 ore su 24) a causa di comportamento gravemente aggressivo o autolesivo, oppure di grave menomazione nel test di realtà, nella comunicazione, nelle capacità cognitive, nell'affettività, o nell'igiene personale.

Appendice 4: Child Behavior Checklist (CBCL)

Università degli Studi di MILANO BICOCCA Clinica di NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Questionario sul Comportamento del Bambino anni 4 -18

Child Behavior Checklist di Thomas M. Achenbach - 1991

Nome del bambino/ragazzo		Professione dei genitori, anche se attualmente non lavorano (per favore specificare il tipo di professione - per esempio: meccanico, insegnante di scuola superiore, casalinga, operaio, tomitore, venditore di calzature, sergente dell'esercito....)	
sesso M ☐ F ☐	età		
data odierna	data di nascita	PADRE: professione _____ MADRE: professione _____	
classe frequentata _____ non frequenta la scuola ☐	Questo questionario deve riflettere la vostra percezione del comportamento del bambino anche se altre persone potrebbero non condividere la vostra opinione. Sentitevi liberi di esprimere commenti aggiuntivi accanto ad ogni voce e nello spazio previsto a pag. 3		QUESTO QUESTIONARIO E' STATO COMPILATO da: Madre (Nome e Cognome) _____ Padre (Nome e Cognome) _____ Altri - Nome Cognome e relazione col minore _____

I. Si prega di elencare gli sport che il minore ama maggiormente praticare per esempio: nuoto, calcio, pallacanestro, ciclismo, pesca, etc..

Rispetto agli altri bambini della sua età quanto tempo trascorre in ognuno degli sport elencati ?

Rispetto agli altri bambini della sua età come pratica ciascuno di questi sport ?

NESSUNO ☐

non lo so meno degli altri come gli altri più degli altri non lo so peggio degli altri come gli altri meglio degli altri

a. _____
b. _____
c. _____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

II. Si prega di elencare gli hobbies, le attività o giochi preferiti dal minore oltre agli sport. Per esempio: francobolli, bambole, libri, pianoforte, canto, arte etc. (non includere radio e TV).

Rispetto agli altri bambini della sua età quanto tempo dedica a ciascuna di queste attività ?

Rispetto agli altri bambini della sua età quanto bene svolge ciascuna di queste attività ?

NESSUNO ☐

non lo so meno degli altri come gli altri più degli altri non lo so peggio degli altri come gli altri meglio degli altri

a. _____
b. _____
c. _____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

CLINICAL GLOBAL IMPRESSION (CGI)	CODICE	REGIONE
	NUMERO DI ARCHIVIO	DATA
	NOME DELL'ESAMINATORE	

1 - GRAVITÀ DELLA MALATTIA

IN BASE ALLA VOSTRA ESPERIENZA CON QUESTO TIPO DI PAZIENTI,
QUANTO È AMMALATO, DAL PUNTO DI VISTA PSICHICO,
IL PAZIENTE IN QUESTO MOMENTO?

- | | |
|--|--------------------------------|
| 0 = Non è stato valutato | 4 = Moderatamente ammalato |
| 1 = Normale (assenza di malattia psichica) | 5 = Notevolmente ammalato |
| 2 = Solo marginalmente ammalato | 6 = Gravemente ammalato |
| 3 = Lievemente ammalato | 7 = È tra i pazienti più gravi |

☐

I DUE ITEM CHE SEGUONO NON VENGONO RILEVATI
ALLA VALUTAZIONE INIZIALE:
SEGNARE '0' («Non è stato valutato») PER ENTRAMBI.

2 - MIGLIORAMENTO GLOBALE

IN CHE MISURA SONO CAMBIATE LE CONDIZIONI DEL PAZIENTE
RISPETTO ALL'INIZIO DEL TRATTAMENTO?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 0 = Non è stato valutato | 4 = Nessun cambiamento |
| 1 = Molto migliorate | 5 = Lievemente peggiorate |
| 2 = Moderatamente migliorate | 6 = Moderatamente peggiorate |
| 3 = Lievemente migliorate | 7 = Molto peggiorate |

☐

QUESTIONARIO SUL COMPORTAMENTO DEL GIOVANE -Anni 11-18
Youth Self Report for Ages 11-18 di Thomas M. Achenbach -1991 .

Per favore compila

INDICA IL TUO NOME E COGNOME			PROFESSIONE DEI GENITORI, anche se attualmente non lavorano. (Per favore specifica il tipo di professione-per esempio, meccanico, insegnante di scuola superiore, casalinga, operaio, tornitore, venditore di calzature, sergente dell'esercito.)
IL TUO SESSO: ☐ M ☐ F	LA TUA ETÀ:	GRUPPO ETNICO O RAZZA:	
DATA ODIERNA:	LA TUA DATA DI NASCITA:	PADRE: Professione _____ MADRE: Professione _____	
CLASSE FREQUENTATA _____ NON FREQUENTO LA SCUOLA ☐	Se stai lavorando per favore indica il tipo di lavoro:	Per favore compila questo questionario che deve riflettere il tuo punto di vista anche se altre persone potrebbero non essere d'accordo. Sentiti libero di esprimere commenti aggiuntivi accanto ad ogni voce e nello spazio previsto a pag. 3 e 6.	

I. Per favore elenca gli sport che ami maggiormente praticare.

Per esempio: nuoto, baseball, pallacanestro, pattinaggio, ciclismo, pesca ecc.

☐ Nessuno

a. _____
b. _____
c. _____

Rispetto agli altri ragazzi della tua età quanto tempo trascorri in ognuno degli sport elencati?

Meno degli altri

☐
☐
☐

Come gli altri

☐
☐
☐

Più degli altri

☐
☐
☐

Rispetto agli altri ragazzi della tua età come pratichi ciascuno di questi sport?

Peggio degli altri

☐
☐
☐

Come gli altri

☐
☐
☐

Meglio degli altri

☐
☐
☐

II. Per favore elenca i tuoi hobby, attività, e giochi preferiti, oltre agli sport. Per esempio: carte, libri, golf, nuoto, macchine, arte, etc. (Da non includere radio e TV)

☐ Nessuno

a. _____
b. _____
c. _____

Rispetto agli altri ragazzi della tua età quanto tempo dedichi a ciascuna di queste attività?

Meno degli altri

☐
☐
☐

Come gli altri

☐
☐
☐

Più degli altri

☐
☐
☐

Rispetto agli altri ragazzi della tua età quanto bene svolgi ciascuna di queste attività?

Peggio degli altri

☐
☐
☐

Come gli altri

☐
☐
☐

Meglio degli altri

☐
☐
☐

EUROQOL

To help people say how good or bad a health state is, we have drawn a scale (rather like a thermometer) on which the best state you can imagine is marked by 100 and the worst state you can imagine is marked by 0.

We would like you to indicate on this scale how good or bad is your own health today in your opinion. Please do this by drawing a line from the box below to whichever point on the scale indicates how good or bad your current health state is.

Your ~~own~~ health state today

Best imaginable health state



Worst imaginable health state

APPENDICE B

	T1-T0		Predictors of changes from T0 to T1							
	Experimental (n=33)	Comparison (n=20)	<i>Linear regression analysis (β standardized coefficients)</i>							
	Mean (SD)	Mean (SD)	Exp/comp	Male/Female	Age	Intact/nonI. Family	Psychotic d.	Personality d.	Depressive d.	Baseline value
CGAS	13.94(11.21)	4.05(11.25)	-.44***	-.19	.18	-.17	-.11	.13	-.21	-.32*
CBCL										
Competence scales										
Activity	1.21(8.56)	-.50(7.66)	-.02	.31	-.02	-.12	-.01	-.12	1.16	-.62***
Social	3.52(7.16)	.90(9.82)	-.24	.08	-.04	-.17	-.09	.19	-1.4	-.60***
School	-6.61(9.68)	2.85(7.73)	-.36**	.11	-.31**	.07	-.13	.07	.03	-.54***
Total competence	-4.12(7.62)	1.65(6.09)	-.27*	.30*	.09	-.20	-.06	.04	-.00	-.53***
Problems scales										
Withdrawn	-.42(8.60)	-2.83(10.40)	.02	.14	.06	-.01	.05	-.13	.29	.67***
Somatic complaints	-1.12(7.87)	2.04(5.69)	.14	.05	.03	-.11	.09	-.12	.19	.61***
Anxious/depressed	-2.36(8.90)	-3.71(7.73)	-.07	-.21	-.16	.12	-.11	-.02	.23	.58***
Socializing	.67(7.98)	.90(9.82)	.10	.18	.01	-.18	-.08	.03	.08	.27
Thought problems	-3(5.88)	-2.5(9.01)	.21	-.11	.06	-.09	.02	-.01	-.01	.62***
Attention problems	-3.76(7.71)	-2.38(6.79)	.21	-.12	-.06	.18	-.20	.09	.04	.55***
Conduct problems	-1.45(7.06)	-2(6.71)	.20	.06	.19	-.19	.03	-.20	.02	.62***
Aggressive behavior	-.55(5.66)	-.67(4.36)	.14	-.15	-.02	-.32*	.06	-.14	.29	.45**
Total Internalizing	-3.79(11.34)	-2.58(7.86)	.09	-.05	-.19	.12	-.01	-.06	.20	.37**
Total Externalizing	-2.21(8.06)	-1.33(5.08)	.20	-.06	-.03	.26	-.01	-.03	.10	.35*
Total problems	-3.61(9.87)	-2.21(5.98)	.16	-.10	-.21	.25	.07	-.02	-.07	.19

Tabella 3: Indici di miglioramento ai test CGAS e CBCL da T0 a T1: analisi dei possibili fattori predittivi

Abbreviations: SD, Standard deviation; CGAS, Children's Global Assessment Scale; CBCL, Child Behavior Checklist;

Exp, experimental group; comp, comparison group; nonI, non-intact; d., disorder.

* p<0.05

**p<0.01

***p<0.001

APPENDICE C - Tabella 5: Quote di miglioramento nei due gruppi al test C-GAS e nelle scale totali della CBCL * $\leq .05$ ** $\leq .01$ *** $\leq .001$ [illegible]