- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.161 Sun, 13 Jul 2025, 10:07:52

Efficacia della psicoterapia psicodinamica breve vs trattamento psichiatrico di routine in un campione di pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore

Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy vs treatment as usual in a sample of patients with anxiety and depressive disorders

CINZIA BRESSI, EMANUELA PAOLA NOCITO, ERIKA ALESSANDRA MILANESE, SILVIA FRONZA, PAOLO DELLA VALENTINA, LAURA CASTAGNA, MATTEO PORCELLANA, MAURA BRUZZESE, LUCIA ROBERTA BARATTA, ELEONORA MINACAPELLI, ELISABETTA DIPASQUALE, GIULIA ALESSANDRA CAPRA

E-mail: cinzia.bressi@unimi.it

Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti, Università di Milano
UO di Psichiatria, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Università di Milano

RIASSUNTO. Scopo. Il nostro studio si propone di valutare l'efficacia clinica della psicoterapia psicodinamica breve (STPP) rispetto al trattamento psichiatrico di routine (TAU) per i disturbi d'ansia e dell'umore. **Metodi.** Sono stati consecutivamente reclutati, presso il Servizio di Psicoterapia dell'Università di Milano, Unità Operativa di Psichiatria, della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, 60 pazienti con una diagnosi di disturbo d'ansia o disturbo dell'umore secondo i criteri del DSM-IV-TR. I pazienti sono stati assegnati in modo randomizzato a un intervento di STPP o al gruppo di controllo (TAU) e sono stati seguiti per un periodo di follow-up di 12 mesi. Per ciascun paziente è stata effettuata una valutazione clinica al momento del reclutamento (T0) e dopo 12 mesi (T1) mediante la seguente batteria testale: Clinical Global Impression Scale (CGI), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), Inventory of Interpersonal Problems (IIP). **Risultati.** I risultati dell'analisi statistica (Paired sample t-test), riguardanti il gruppo che ha effettuato la STPP, rivelano un miglioramento significativo ($p<0,05$) nei punteggi di tutte le scale di valutazione. Nel gruppo di controllo si osserva una riduzione significativa ($p<0,05$) unicamente dei punteggi dell'SCL-90-R, il miglioramento all'IIP non raggiunge invece la significatività statistica. Si riscontra un miglioramento clinico significativo in entrambi i gruppi, senza differenze significative; si rileva un miglioramento dei punteggi dell'IIP significativamente maggiore nel gruppo della STPP. **Conclusioni.** Questi dati suggeriscono che la STPP non sia meno efficace della TAU nel trattamento dei disturbi d'ansia e dell'umore, ma anzi possa essere più efficace di quest'ultima nel raggiungimento di un miglior funzionamento relazionale.

PAROLE CHIAVE: depressione, disturbi d'ansia, psicoterapia psicodinamica breve, trattamento farmacologico di routine.

SUMMARY. Introduction. The aim of this study is to evaluate the clinical efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) in comparison with treatment as usual (TAU) in treatment of patients suffering from anxiety and depressive disorders. **Methods.** Sixty patients were recruited from the Psychotherapy Service, University of Milan, Department of Psychiatry, at Milan's IRCCS Foundation Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico with the diagnosis of depressive or anxiety disorders according to DSM-IV-TR criteria. These subjects were randomly assigned in a 1:1 ratio to an intervention group (STPP) or control group (TAU) for 12 months (T1). Each patient was clinically evaluated at the moment of recruitment (T0) and after 12 months using a battery composed of these scales: Clinical Global Impression Scale (CGI), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), Inventory of Interpersonal Problems (IIP). **Results.** Statistical analysis highlighted significant improvements ($p<0.05$) for the group treated with STPP in every clinical scale. Instead control group revealed significant changes ($p<0.05$) only for SCL-90 scale scores. We noticed a clinical improvement in both groups without particular differences, but the IIP scores went through a significant higher enhancement only in STPP group. **Conclusions.** Our results suggest that STPP is so effective as TAU in treatment of anxiety and depressive disorders. Moreover STPP leads to a better recover of relational functioning.

KEY WORDS: depression, anxiety disorders, short psychodynamic psychoterapy, treatment as usual.

INTRODUZIONE

Numerosi sono gli studi in letteratura che hanno evidenziato l'efficacia della psicoterapia psicodinamica breve (short-term psychodynamic psychotherapy - STPP) in diversi tipi di disturbi e per specifici disturbi psichiatrici. Lo studio condotto da Svartberg e Stiles[1] ha riscontrato che la STPP ha una migliore efficacia nel trattamento dei disturbi d'ansia rispetto al trattamento psichiatrico di routine (treatment as usual - TAU).

Una meta-analisi condotta da Crits-Cristoph[2] ha dimostrato che la STPP si dimostra efficace in relazione ai pa-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.161 Sun, 13 Jul 2025, 10:07:52

zienti in lista di attesa per il trattamento stesso e gli effetti sono equiparabili a quelli risultanti dalla sola terapia farmacologica. In seguito, Anderson e Lambert[3] hanno confermato i risultati ottenuti da Crits-Cristoph.

Leichsenring et al.[4] hanno evidenziato come il miglioramento nell'ambito dei problemi focali dei disturbi psichiatrici, in particolare del funzionamento sociale, sia significativamente maggiore nei pazienti in STPP rispetto ai controlli in lista d'attesa o in trattamento psichiatrico di routine; tuttavia, non sono state rilevate significative differenze tra la STPP e altre forme di psicoterapia.

Tre anni dopo, Leichsenring e Leibing[5] hanno confermato questi dati in una revisione che ha considerato 23 trial randomizzati inerenti la terapia psicodinamica applicata a specifici disturbi psichiatrici.

Infine, Lewis et al.[6] hanno identificato diciotto studi effettuati tra il 1996 e il 2006 che suggeriscono che l'efficacia della STPP per la depressione sia equiparabile ad altri trattamenti psicoterapici e sia maggiore rispetto ai controlli che non effettuano alcun trattamento. È inoltre stato evidenziato come la STPP possa essere considerata il trattamento migliore per il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo di panico e alcuni disturbi di personalità.

Il nostro studio clinico controllato si pone come obiettivo di valutare l'efficacia della STPP rispetto al trattamento psichiatrico di routine (TAU) nella cura di pazienti con disturbi d'ansia o dell'umore.

Le ipotesi sperimentali oggetto di studio sono state: a) al termine della STPP i pazienti mostreranno una modificazione della sintomatologia psicopatologica uguale o maggiore rispetto al gruppo di controllo; b) al termine della STPP i pazienti mostreranno un miglioramento delle problematiche interpersonali e relazionali rispetto al gruppo di controllo.

METODI

Criteri di eleggibilità dei pazienti

I soggetti inclusi nello studio sono stati reclutati tra i pazienti afferenti al Servizio di Psicoterapia, UO di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Sono stati inclusi nello studio i pazienti che soddisfacevano i seguenti criteri di inclusione:

a. età compresa tra i 18 e i 60 anni;
b. diagnosi principale di disturbo d'ansia o di disturbo dell'umore valutata secondo i criteri della Structural Clinical Interview relativa ai disturbi dell'Asse I (SCID-I)[7] e di Asse II (SCID-II)[8] del DSM IV-TR;
c. non aver utilizzato psicofarmaci nelle ultime 2 settimane.

Sono stati considerati criteri di esclusione:

a. Q.I. ≤ 70;
b. presenza di disturbi mentali organici;
c. Diagnosi di Schizofrenia, abuso di sostanze;
d. concomitanza di trattamenti psicologici presso il Centro Psico-Sociale di Zona (CPS) o presso altri specialisti.

L'intervista strutturata per il DSM-IV-TR e l'assessment sono stati eseguiti da operatori che non hanno preso parte allo studio come terapeuti.

I pazienti hanno firmato il consenso informato per la partecipazione alla ricerca.

Campione

Novantotto soggetti sono stati contattati per l'inclusione in questo studio. Di questi, 73 hanno soddisfatto i requisiti. Dopo aver esposto ai soggetti la metodologia e gli obiettivi dello studio, solo 60 hanno dato il loro consenso a partecipare (8 hanno rifiutato il trattamento proposto e 5 hanno rifiutato per altre ragioni).

Dei 60 partecipanti, 30 sono stati assegnati in modo randomizzato al gruppo STPP e 30 al gruppo TAU. Solo 48 pazienti hanno completato il trial: 24 nel gruppo STPP e 24 nel gruppo TAU.

Reclutamento

I pazienti sono stati reclutati tra ottobre 2005 e ottobre 2006. Gli ultimi follow-up sono stati effettuati nell'ottobre 2007.

I dati sono stati raccolti presso il Servizio di Psicoterapia, Fondazione Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Valutazione psicometrica

L'assessment psicometrico è stato effettuato attraverso l'utilizzo di una scala di valutazione clinica etero-somministrata e di due questionari autosomministrati.

– La Clinical Global Impression scale (CGI)[9] è una scala etero-somministrata finalizzata alla valutazione del cambiamento dello stato sintomatologico del paziente mediante l'assegnazione di un punteggio su una scala Likert a sette punti.
– La Symptom Checklist-90-items-Revised (SCL-90-R)[10] è un questionario autosomministrato composto da 90 item che si riferiscono a 90 sintomi principali valutati dal paziente su una scala Likert a 5 punti, da 0 (per niente) a 4 (moltissimo). Vengono individuati 9 cluster principali (Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Sensitività interpersonale, Depressione, Ansia, Ira-Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoidea e Psicoticismo) e 3 indici globali: il General Symptomatic Index (GSI), dato da somma dei punteggi/numero totale degli item, il Positive Symptom Total (PST), che rappresenta il numero degli item segnati con un punteggio maggiore di zero, e il Positive Symptom Distress Index (PSDI), rappresentato dal rapporto fra il punteggio totale e il PST.
– L'Horowitz Interpersonal Inventory of Personality (IIP)[11] è un questionario a 127 item autosomministrato che misura le difficoltà nel funzionamento interpersonale e il disagio correlato. In questo studio abbiamo utilizzato la versione italiana della scala validata da Clementel Jones et al.[12].

La valutazione è stata effettuata al momento del reclutamento (T0) a cui è seguito un follow-up a 12 mesi al termine della terapia (T1).

Randomizzazione

Per garantire l'equilibrio del numero dei pazienti in ogni gruppo e in ogni momento dello studio è stata utilizzata una randomizzazione stratificata a blocchi. Ciascun blocco constava di 10 soggetti reclutati consecutivamente.

I blocchi sono stati ripartiti per diagnosi, scolarità ed età e i probandi venivano assegnati a due differenti gruppi di cinque soggetti, poi casualmente distribuiti, utilizzando un programma computerizzato, a una delle due seguenti condizioni: psicoterapia psicodinamica breve (gruppo sperimentale-STPP) e trattamento psichiatrico di routine (gruppo di controllo-TAU) (Figura 1).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.161 Sun, 13 Jul 2025, 10:07:52

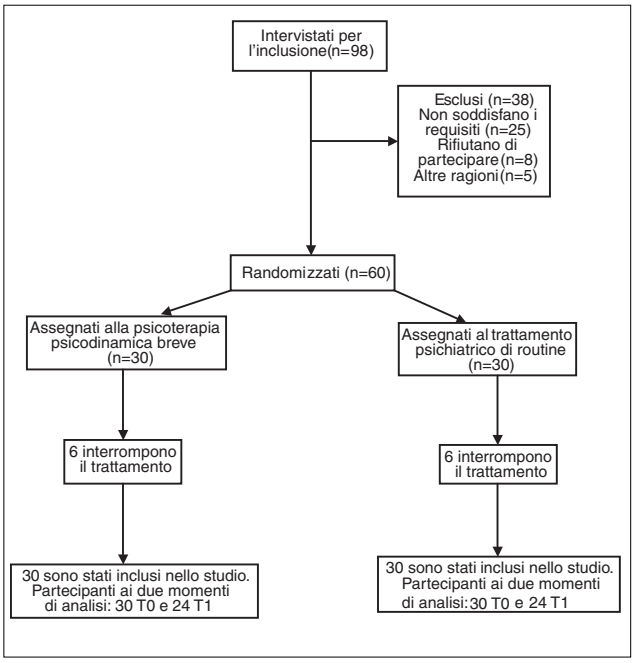

Figura 1. Randomizzazione del campione.

Interventi terapeutici

La STPP è un intervento terapeutico derivato dalla tecnica focale breve di Malan[13,14], che prevede 20-40 sedute a cadenza settimanale e della durata di 45 minuti ciascuna.

È un modello di intervento che richiede che venga concordato con il paziente un focus, cioè un'area conflittuale specifica sottesa al quadro psicopatologico presentato dal paziente in crisi, su cui centrare l'intervento terapeutico.

Il terapeuta assume un ruolo attivo ed esclude selettivamente ogni informazione che il paziente potrebbe portare non inerente al focus precedentemente deciso (tecnica focale). Lavorare sull'area conflittuale centrale della vita psichica del paziente, attraverso l'analisi dei movimenti di transfert e controtransfert, promuove il cambiamento delle difese e dei conflitti strutturali della personalità.

I terapeuti che hanno partecipato allo studio sono stati addestrati per la psicoterapia psicodinamica e hanno una lunga esperienza nella pratica della STPP (range 5-20 anni d'esperienza).

Ciascun terapeuta, inoltre, seguiva una supervisione settimanale individuale e una supervisione settimanale di gruppo, come da manuale.

Per le prime tre settimane dello studio, come trattamento psicofarmacologico concomitante, è stato permesso solo l'utilizzo di benzodiazepine, fino a un massimo di 3 mg/die di lorazepam per gravi sintomi d'ansia e zolpidem (5-10 mg/die) alla sera per disturbi del sonno.

Il TAU prevedeva la somministrazione di una terapia farmacologia e una serie di interviste cliniche condotte dallo psichiatra curante del paziente in accordo con le linee-guida dell'American Psychiatric Association[15]. La frequenza delle visite ha previsto un range da un minimo di una visita al mese a un massimo di 4 visite al mese. Nel corso delle visite lo psichiatra ha valutato lo stato clinico, la compliance e gli effetti collaterali della terapia farmacologica.

Tutti i pazienti che hanno partecipato allo studio sono stati seguiti 40 settimane.

La somministrazione del trattamento farmacologico non è stata standardizzata; tuttavia, per i pazienti l'assunzione di SSRI/SNRI è stata considerata criterio necessario per l'inclusione nello studio.

Metodi statistici

Per l'analisi statistica è stato utilizzato lo Statistical Package for Social Science (SPSS) versione 14.0.

È stato utilizzato il test del Chi-quadro per comparare le caratteristiche demografiche e cliniche dei due campioni. Per le variabili continue (età, scolarità, ecc.) è stato effettuato il calcolo del t di Student.

L'efficacia del trattamento (SCL-90 e IIP) nei due gruppi è stata valutata mediante paired sample t-test.

Per l'effetto tra i gruppi abbiamo utilizzato la statistica d Cohen[16].

Per valutare l'esistenza di una differenza significativa tra i due gruppi al termine della terapia (T1) è stata effettuata l'analisi della covarianza (ANCOVA).

RISULTATI

Dati al baseline

Le caratteristiche cliniche e demografiche dei due gruppi al T0 (Tabella 1) non presentano differenze statisticamente significative.

Outcome clinico

La Tabella 2 mostra le medie dei risultati all'SCL-90-R e all'IIP al reclutamento (T0) e al follow-up (T1) nei due gruppi.

Per quanto riguarda la STPP, i dati evidenziano cambiamenti significativi: il disturbo clinico causato dai sintomi (GSI score) diminuisce significativamente durante il corso del trattamento (t=5,976; p<,001). Analogamente, anche il punteggio totale dell'IIP si riduce significativamente (t=3,131; p<,005).

Nel gruppo di controllo, tutti i punteggi della SCL-90-R diminuiscono significativamente durante il trattamento, mentre il punteggio totale dell'IIP non si riduce in maniera significativa (t=1,306; p<,005).

Il confronto tra STPP e TAU al T1 (Tabella 3), valutato mediante ANCOVA, mostra che i risultati della STPP sono significativamente superiori rispetto a quelli della TAU.

DISCUSSIONE

L'obiettivo principale dello studio è stato verificare l'efficacia della STPP in confronto alla TAU nel trattamento di pazienti con disturbi d'ansia o dell'umore.

Si è ipotizzato che alla fine del trattamento con STPP i pazienti presentassero un miglioramento nella sintomatologia sovrapponibile o maggiore ai pazienti trattati con TAU e una migliore gestione delle problematiche relazionali.

Per quanto concerne la prima ipotesi, entrambi i tratta-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.161 Sun, 13 Jul 2025, 10:07:52

Tabella 1. Caratteristiche cliniche e demografiche

	Gruppo sperimentale (n=30)	Gruppo di controllo (n=30)	*P* value
Età media ± SD, anni	35,75±9,25	38,67 ± 9,28	0,281[a]
Genere			0,999[b]
Maschio	7 (23,3%)	7 (23,3%)	
Femmina	23 (76,7%)	23 (76,7%)	
Stato Civile			0,129[b]
Single	18 (60%)	12 (40%)	
Sposato	9 (30%)	15 (50%)	
Divorziato/vedovo	3 (10%)	3 (10%)	
Scolarità (anni ± SD)	13,25±3,96	12,71±3,29	0,609[a]
Occupazione			0,360[b]
Studente	8 (26,6%)	4 (13,3%)	
Casalinga	2 (6,8%)	5 (16,7%)	
Impiegato	17 (56,6%)	16 (53,3%)	
Libero professionista	3 (10%)	4 (13,3%)	
Manager		1 (3,4%)	
Media della storia clinica (anni ± SD)	2,33 ± 5,39	1,71±4,45	0,663[a]
Diagnosi (Asse I)			0,997[b]
Disturbo depressivo maggiore	7 (23,4%)	8 (26,6%)	
Distimia	3 (10%)	3 (10%)	
Disturbo di panico	8 (26,6%)	7 (23,4%)	
Fobia sociale	4 (13,4%)	4 (13,4%)	
Disturbo d'ansia generalizzata	8 (26,6%)	8 (26,6%)	
Diagnosi (Asse II)			0.970[b]
Nessuna	16 (53,3%)	17 (56,6%)	
Istrionico	3 (10%)	4 (13,3%)	
Narcisistico	3 (10%)	2 (6,7%)	
Evitante	2 (6,7%)	2 (6,7%)	
Dipendente	3 (10%)	3 (10%)	
Disturbo ossessivo-compulsivo	3 (10%)	2 (6,7%)	

[a] ANOVA; [b] Fisher's exact test (2-sided).

menti hanno mostrato una valida efficacia, come dimostrato dai punteggi dell'SCL-90-R calcolati a T0 e a T1 (Tabella 2). Nello specifico la STPP risulta avere un incremento medio del punteggio CGI di (2,17), statisticamente migliore rispetto all'incremento medio ottenuto con la TAU (3,12; d>0,8). In accordo con i risultati riscontarti da Leichsenring et al.[4] sembrerebbe che generalmente la TAU abbia un'efficacia d'intervento superiore al placebo ma inferiore alla psicoterapia.

Inoltre, l'ampia efficacia riscontrata all'interno del gruppo di pazienti che hanno svolto la STPP è in linea con i risultati di uno studio condotto da Svartberg et al.[17] su 50 pazienti che avevano una diagnosi di disturbo di personalità all'interno del cluster C. Nei risultati ottenuti dalla somministrazione dell'SCL-90-R (test utilizzato in entrambi gli studi), i valori di efficacia della STPP risultano superiori in questo studio rispetto ai risultati ottenuti da Svartberg et al. (d=1,22 rispetto d=1,01).

Gli effetti di cambiamento più significativi sono stati riscontrati nei punteggi del GSI (d=1,22) e nei punteggi relativi ai sintomi depressivi (d=1,15), confermando i risultati ottenuti in differenti studi[18-23] effettuati negli ultimi due anni, incentrati sull'efficacia della STPP nel trattamento della depressione.

Rispetto alla nostra seconda ipotesi, i pazienti che hanno ricevuto il trattamento STPP hanno riportato un miglioramento significativamente superiore nella gestione dei problemi interpersonali, valutati mediante il punteggio totale dell'IIP (t=3,131; p<0,05) relativo alle 10 scale che costituiscono il test: difficoltà a socializzare, fragilità, intimità, mancanza di assertività, conflittualità e problemi sessuali, empatia e colpa, egocentricità, paura ad aprirsi, aggressività, difficoltà con l'autorità.

Tale risultato conferma gli studi condotti dallo stesso Horowitz[11] sulla sensibilità del test IIP a rilevare i cambiamenti che avvengono durante il trattamento, in particolare sulla capacità del test di distinguere i problemi interpersonali più efficacemente trattati dalla psicoterapia breve.

Dai punteggi totali ottenuti dal test IIP, risulta che il 54,2% dei pazienti che hanno effettuato una terapia STPP ha

Tabella 2. Medie dei punteggi all'SCL-90-R e all'IIP nei due gruppi (STPP e TAU) al reclutamento e al follow-up (T0 e T1): paired sample *t* test and Cohen's effect sizes

STPP	T0 Medie (SD)	T1 Medie (SD)	*t* (*df*)	*P* Value	*d*
SCL-90-R depressione	1,54 (0,77)	0,87 (0,64)	5,639 (23)	0,000	1,15
SCL-90-R ansia fobica	0,69 (0,56)	0,28 (0,42)	3,682 (23)	0,001	0,75
SCL-90-R ansia	1,43 (0,83)	0,8 (0,75)	3,442 (23)	0,002	0,70
SCL-90-R Global severity index (GSI)	1,17 (0,53)	0,62 (0,5)	5,976 (23)	0,000	1,22
IIP punteggio totale	1,08 (0,43)	0,8 (0,41)	3,131 (23)	0,005	0,64
TAU	**T0 Medie (SD)**	**T1 Medie (SD)**	***t* (*df*)**	***P* Value**	***d***
SCL-90-R depressione	1,83 (0,9)	1,39 (0,94)	2,387 (23)	0,026	0,51
SCL-90-R ansia fobica	1,2 (0,89)	0,7 (0,92)	3,684 (23)	0,001	0,75
SCL-90-R ansia	1,74 (0,93)	1,1 (0,86)	3,382 (23)	0,003	0,69
SCL-90-R Global severity index (GSI)	1,47 (0,72)	1,05 (0,76)	3,160 (23)	0,004	0,64
IIP punteggio totale	1,34 (0,62)	1,22 (0,55)	1,306 (23)	0,204	0,27

SCL-90-R: Symptom Check List 90 Revised; IIP: Inventory of Interpersonal Problems.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.161 Sun, 13 Jul 2025, 10:07:52

Tabella 3. Reclutamento (T0) e follow-up (T1) primo e secondo outcome nel gruppo sperimentale (STPP) e nel gruppo di controllo (TAU): analisi della covarianza (ANCOVA)

	STPP			TAU				
	T0 Media (SD)	T1 Media (SD)	Cambio (95% CI)	T0 Media (SD)	T1 Media (SD)	Cambio (95% CI)	Test-statistica [a]	*P value*
Outcome misure primarie								
CGI-I		2,17 (0,76)			3,12 (1,26)		F=13,717 F=10,728	0,001 0,002
SCL 90-R GSI	1,17 (0,53)	0,62 (0,5)	0,36 a 0,74	1,47 (0,72)	1,05 (0,76)	0,13 a 0,69	F=2,461 F=2,053	0,124 0,160
IIP Punteggio totale	1,08 (0,43)	0,8 (0,41)	0,09 a 0,46	1,34 (0,62)	1,22 (0,55)	- 0,07 a 0,31	F=5,404 F=5,316	0,025 0,027
Outcome misure secondarie								
SCL 90-R depressione	1,54 (0,77)	0,87 (0,64)	0,42 a 0,91	1,83 (0,9)	1,39 (0,94)	0,05 a 0,81	F=3,383	0,072
SCL 90-R ansia fobica	0,69 (0,56)	0,28 (0,42)	0,18 a 0,64	1,2 (0,89)	0,7 (0,92)	0,22 a 0,79	F=0,336	0,565
SCL 90-R ansia	1,43 (0,83)	0,8 (0,75)	0,25 a 1,01	1,74 (0,93)	1,1 (0,86)	0,24 a 1,02	F=0,714	0,403

CGI-I: Clinical Global Impression-Improvement; SCL-90-R GSI: Symptom Check List 90-Revised Global Severity Index; IIP: Inventory of Interpersonal Problems.
[a]per ciascuna variabile primaria, la prima analisi della covarianza ha una covariata (punteggio al baseline) e la seconda ha sei covariate addizionali (baseline e cambiamento in depressione, ansia fobica e scala dell'ansia dell'SCL 90-R).

mostrato un cambiamento significativo nella gestione dei problemi interpersonali rispetto al 27,8% di pazienti che hanno completato la terapia TAU.

I risultati ottenuti possono essere spiegati dal fatto che uno degli obiettivi principali della STPP consista nel rendere il paziente consapevole di agire il conflitto in tre ordini di situazioni: passato, presente, relazione con il terapeuta. Nella STPP, l'esperienza emozionale del transfert si caratterizza per il mantenimento del transfert positivo per tutta la durata della terapia. L'esperienza di questo particolare tipo di relazione ha un ruolo fondamentale nel determinare un miglioramento del funzionamento relazionale del paziente, anche all'esterno del setting terapeutico. Altri autori[24,25] hanno mostrato come l'intervento di STPP comporti una riduzione delle difese immature e un incremento delle difese mature in concomitanza con una riduzione della sintomatologia psicopatologica. La STPP consente, a differenza del TAU, di sviluppare le difese mature del paziente e di migliorare le sue relazioni interpersonali. Considerando le difese psicologiche, quindi, come un indice di gravità clinica e come un fattore determinante nell'influenzare il funzionamento interpersonale di una persona, il miglioramento clinico e la maggior efficacia della STPP rispetto a un trattamento TAU potrebbe essere attribuito proprio al fatto che la STPP si propone di raggiungere, attivare ed elaborare il conflitto all'interno della relazione terapeutica.

Nella lettura dei risultati di questo studio bisogna tuttavia prendere in considerazione numerosi limiti.

I risultati dovrebbero essere considerati preliminari data la limitata numerosità del campione e la mancanza di una valutazione della sintomatologia in un follow-up a più lungo termine.

Sono quindi necessarie ulteriori ricerche con una casistica più ampia e una durata dello studio superiore nel tempo.

Infine, i pazienti reclutati presso il Servizio di Psicoterapia spesso sono inviati da colleghi specialisti o dal proprio medico di medicina generale in risposta a una forte richiesta e motivazione da parte del paziente stesso. In altre parole, è possibile che il miglioramento della sintomatologia sia legato alla motivazione al cambiamento, che è considerata una chiave predittiva del successo nelle STPP. D'altra parte, ragioni etiche ed evidenze in letteratura[15] dimostrano come la selezione dei pazienti sia necessaria prima di iniziare il trattamento con la STPP.

Nuove ricerche, finalizzate al superamento di tali limiti, potranno dunque essere di enorme rilevanza scientifica e clinica.

CONCLUSIONI

Questo studio conferma l'evidenza che la STPP sia un trattamento efficace per pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore e che possa essere più efficace della TAU nel migliorare il funzionamento relazionale. Future ricerche con campioni più ampi sono necessarie per valutare la stabilità a lungo termine dei risultati attuali.

BIBLIOGRAFIA

1. Svartberg M, Stiles TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. J Consult Clin Psychol 1991; 59: 704-14.
2. Crits-Cristoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. Am J Psychiatry 1992; 149: 151-8.
3. Anderson EM, Lambert MJ. Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 1995; 15: 503-14.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.161 Sun, 13 Jul 2025, 10:07:52

4. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 2004; 61: 1208-16.
5. Leichsenring F, Leibing E. Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. Psychol Psychother 2007; 80: 217-28.
6. Lewis AJ, Dennerstein M, Gibbs PM. Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. Austr N Z J Psychiatry 2008; 42: 445-55.
7. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.
8. Pfohl B, Blum N, Zimmerman M. Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV). Iowa City: University of Iowa Department of Psychiatry, 1995.
9. Guy W. ECDEU Assessment Manual for psychopharmacology. Revised DHEW Pub. (ADM). Rockville, MD: National Institute for Mental Health, 1976.
10. Derogatis LR. Symptom checklist-90-revised: administration, scoring and procedures manual (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1994.
11. Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor US. Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical applications. Journal of Consulting and Clinical Applications 1988; 56: 885-92.
12. Clementel Jones C, Azzone P, Battacchi M, Freni S, Giampieri M, Marano G. Italian translation of the Inventory of Interpersonal Problems, validity and stability of factor structure. New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry 1996; 12: 253-9.
13. Malan DH. Toward the validation of dynamic psychotherapy: a replication. New York: Plenum, 1976.
14. Malan DH, Osimo F. Psychodynamics, training and outcome in brief psychotherapy. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1992.
15. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders. Washington DC: American Psychiatric Association, 2006.
16. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences (2nd ed). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
17. Svartberg M, Stiles TC, Seitzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. Am J Psychiatry 2004; 161: 810-7.
18. Valbak K. Suitability for psychoanalytic psychotherapy: a review. Acta Psychiatr Scand 2004; 109: 164-78.
19. Maina G, Forner F, Bogetto F. Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders. Psychoter Psychosom 2005; 74: 43-50.
20. Midgley N, Cregeen S, Hughes C, Rustin M. Psychodynamic psychotherapy as treatment for depression in adolescence. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2013; 22: 67-82.
21. Angeletti G, Pompili M, Innamorati M, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy in patients with "male depression" syndrome, hopelessness, and suicide risk: a pilot study. Depress Res Treat 2013; 2013:408983. doi: 10.1155/2013/408983. Epub 2013 Jan 14.
22. Abbass AA, Shedler J, Town JM. Evidence for short-term psychodynamic psychotherapy for depression. J Clin Psychiatry 2012; 73: 718; author reply 718-20.
23. Abbass AA, Town J, Driessen E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. Psychiatry 2011; 74: 58-71.
24. Coccanari de' Fornari MA, Piccione M, Maiello L, Giampà A. I meccanismi di difesa come misura dell'outcome in psicoterapia breve in relazione ai sintomi, alla gravità clinica e al funzionamento globale: uno studio preliminare. Riv Psichiatr 2011; 46: 44-56.
25. Kronstrom K, Salminen JK, HietalaJ, et al. Does defens style or psychological mindedness predict treatment response in major depression? Depress Anxiety 2009; 26: 689-95.