



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Triennale in Psicologia dello Sviluppo, della personalità e delle relazioni interpersonali.

Tesi di laurea Triennale

(Psicoterapia psicodinamica a breve termine, breve storia e recenti sviluppi sull'efficacia terapeutica)

(Short-term psychodynamic psychotherapy, brief history and recent developments on therapeutic efficacy)

Relatore
Prof. Diego Rocco

Laureando: Emanuele Bollini
Matricola: 2014185

Anno Accademico: 2022/2023

INDICE

CAPITOLO 1- Il Costrutto.....	4
1.1 La tecnica	5
1.2 Selezione	5
1.3 Focus	6
1.4 Tecnica	7
1.5 Conclusione ed Elaborazione	8
1.6 Origine della tecnica	9
1.7 Esponenti moderni	9
CAPITOLO 2- Lavori Recenti	12
2.1 Primo Studio	13
2.2 Risultati.....	15
2.3 Secondo Studio	16
2.4 Risultati.....	18
2.5 Terzo Studio.....	19
2.6 Risultati.....	21
CAPITOLO 3- Conclusione.....	23
BIBLIOGRAFIA	25

CAPITOLO 1- Il Costrutto

La psicoterapia psicodinamica a breve termine (STPP), è una tecnica terapeutica elaborata nella matrice teorica della terapia psicoanalitica tradizionale. La STPP si sviluppa in risposta alle critiche sulla lunghezza di trattamento e passività del terapeuta che vengono rivolte alla psicoanalisi stessa, di cui già Freud era ben conscio (Gregory & Bauer, 1984). Vista la brevità del trattamento, questa tecnica ha richiamato l'attenzione accademica dagli anni 80' fino ad oggi, soprattutto nel settore pubblico per l'evidente convenienza del bilancio costi benefici, rispetto anche ad una terapia a lungo termine (Abbass, Town, & Driessen, 2013; Flegenheimer, 1986). In questo elaborato si intende esporre la formulazione della tecnica, la sua origine, e una sintesi delle evidenze empiriche d'efficacia terapeutica fino a oggi documentate.

1.1 La tecnica

Perché i risultati terapeutici possano ottenersi in poco tempo, la STPP deve concentrare un alto livello di tensione emotiva su un obiettivo preciso, detto “focus”, della vita del paziente, il quale deve essere in grado di tollerare detta tensione emotiva. Il tempo indicativo per una terapia breve va dalle cinque alle quaranta sedute, più tipicamente dalle dodici alle trenta, da quarantacinque a cinquanta minuti (Flegenheimer, 1986). In funzione di questo tempo limitato derivano i seguenti criteri.

1.2 Selezione

Una sintesi efficace di quali pazienti vengano o meno ritenuti adeguati per la STPP è offerta in tabella 1

(Manthos, Priyanthy, & Lynn, 2009). Il dibattito che discuteva i livelli di gravità

	Inclusione	Esclusione
Diagnosi	Depressione: da lieve a moderata ^a	Depressione grave, disturbo bipolare, psicosi, tendenze suicide
	Ansia: PTSD, ansia sociale, attacchi di panico	OCD
	Disturbi somatoformi ^a	Gravi disturbi di somatizzazione
	Disturbi del comportamento alimentare ^a	Gravi disturbi del comportamento alimentare
	Dipendenza da oppiacei ^a	

Tabella 1

entro i quali accettare il paziente nasceva dall'esigenza che il paziente presentasse qualità tali da permettergli di affrontare l'intensità della terapia (Flegenheimer, 1986).

- Quello che Flegenheimer (1986) chiamava “buon funzionamento dell'Io” è rintracciabile in Manthos et al. (2009) nella capacità di tollerare le separazioni e nelle relazioni oggettuali di buon livello. Questo criterio è infatti un evidente indice di un buon funzionamento dell'Io: la qualità delle relazioni sembrerebbe predire l'efficacia della STPP (Hoglund, 2003).

- La motivazione del paziente deve essere alta (Bauer & Kobos, 1984; Manthos et al., 2009), inoltre sembrerebbe che istruire il paziente sul funzionamento della STPP e del modo in cui può trarne beneficio sia un buon predittore di efficacia (Hoglund, 1996).
- Una buona intesa con il terapeuta è da augurarsi già in partenza, non avendo il tempo per lavorare sulle difese, e dovendo sviluppare velocemente l'alleanza terapeutica (Flegenheimer, 1986; Manthos et al., 2009). In aggiunta, elementi contingenti della vita personale del paziente devono essere stabili, perché i tempi della terapia non consentono di affrontare altre questioni esterne al focus (Flegenheimer, 1986).

1.3 Focus

Il focus è l'obiettivo della terapia, deve essere circoscrivibile ad un'area, al più due collegate tra loro da un problema comune, ragionevolmente risolvibili (Manthos et al., 2009). Il focus dovrebbe idealmente essere un sintomo, "la manifestazione attuale di un conflitto nucleare" (Flegenheimer, 1986, p.5), cioè si dovrebbe riuscire a chiarire il nesso che ha con la storia personale del paziente; quando questo non è possibile, probabilmente ci si trova davanti a problemi più estesi, per i quali sarebbe meglio cambiare approccio terapeutico (Flegenheimer, 1986).

È necessario che tra paziente e terapeuta ci sia accordo sulla limitazione del focus, per questo la circoscrizione dello stesso diventa cruciale per la formazione di una buona alleanza terapeutica (Manthos et al., 2009). La maggior parte degli approcci sono concordi che il focus debba essere preferibilmente edipico, che sembra associato a migliori cambiamenti dinamici, anche se pare che rimanga ancora molto lavoro da fare prima di definire "edipico" un conflitto, sia dal punto di vista teorico, sia dal punto di vista della validazione empirica (Hoglund & Heyerdahl, 1994).

1.4 Tecnica

Vista la matrice teorica analitica d'origine, anche la STPP punta fundamentalmente a esaminare il rapporto delle dinamiche inconsce nell'attualità della vita del paziente, nel rapporto transferale, e nel suo passato (Westen, 1986). Una serie di tecniche viene utilizzata a seconda della scuola di riferimento, anche se esistono strumenti comuni a tutte le scuole di psicoterapia breve, collocabili sul continuum espressivo-supportivo (Manthos et al., 2009). La brevità della terapia richiede che ci si concentri fin da subito sul focus, spingendo il paziente alla produzione di materiale e cercando di evitare la regressione e la dipendenza dall'analista (Manthos et al., 2009). A questo stesso scopo, l'atteggiamento neutrale dell'analista si sostituisce ad uno più attivo, che porta paziente e terapeuta ad avere tempi di conversazione molto simili (Flegenheimer, 1986). Gli interventi più utilizzati dall'analista sono nelle forme di confrontazioni (Silberschatz, Fretter, & Curtis, 1986), interventi volti a evitare che il paziente esca dal focus (Flegenheimer, 1986) e interpretazioni transferali. Il transfert viene interpretato solo quando viene utilizzato come resistenza o quando ha a che fare con il focus, in tutti gli altri casi non viene interpretato (Flegenheimer, 1986). A questo proposito, è importante notare che le interpretazioni, più che legate o meno al transfert, hanno una documentata efficacia terapeutica quando si rivelano adeguate al paziente (Silberschatz et al., 1986). Infine, le interpretazioni devono essere precoci, in questo modo si evita la regressione: il paziente riceve l'interpretazione quando non è in grado di registrarla appieno dal punto di vista affettivo, così facendo può fare cognitivamente uso dell'informazione del terapeuta, ma si evita che si sviluppi una nevrosi di transfert, e che il paziente regredisca (Bauer & Kobos, 1984). Flegenheimer (1986) ritiene che se il terapeuta è convinto che la terapia avverrà nei tempi stabiliti, questo porterà ad un'atmosfera interpersonale tale da aumentare la motivazione del paziente;

sono personalmente convinto che un terapeuta adeguatamente fiducioso nei confronti della terapia non possa che essere d'aiuto, ma pare che siano invece le aspettative iniziali nei confronti della terapia a predire meglio l'outcome terapeutico (Joyce, Ogrodniczuk, & Piper, 2003). Infine, per regolare la tensione emotiva prima che raggiunga una soglia eccessiva, il terapeuta fa uso di interventi supportivi, spostandosi quando necessario, sull'altro lato del continuum (Flegenheimer, 1986).

1.5 Conclusione ed Elaborazione

La conclusione sarà breve laddove il conflitto fosse stato edipico, più lunga se il focus avesse riguardato una perdita o abbandono (Flegenheimer, 1986). La terapia si considera terminata in realtà solo quando può dirsi risolto il focus circoscritto e il paziente ha ormai appreso nuove abilità psichiche (Manthos et al., 2009). Per quanto riguarda l'elaborazione, cioè la fase della terapia in cui si approfondisce l'interpretazione dei conflitti, nelle molte forme in cui si ripete, non si ha a disposizione tanto tempo in STPP. Si lascia invece che il paziente effettui questa fase quasi esclusivamente a terapia conclusa (Flegenheimer, 1986). La STPP infatti permette la creazione di un circolo virtuoso che porta il paziente, durante ma anche dopo la terapia, a poter interagire in maniera nuova, elicitando reazioni positive diverse nell'ambiente (Flegenheimer, 1986). Il paziente, come ulteriore stimolo a un buon cambiamento, sarebbe in grado di riflettere continuamente sul materiale terapeutico, potendo imparare sempre di più a terapia terminata (Hoglund & Heyerdahl, 1994).

1.6 Origine della tecnica

Il primo tra i successori di Freud a mettere in atto una strategia per contrastare la tendenza alla, così criticata, passività della terapia analitica e alla sua lunghezza, fu Ferenczi: nel voler evitare il “ristagno associativo”, propone la sua tecnica “attiva”, che prevedeva interventi da parte del terapeuta, per cercare di mantenere un livello adeguato di tensione emotiva (Ferenczi, 1950). A seguire, Rank pose l’accento sull’importanza della “volontà” del paziente al cambiamento, perfettamente accostabile al costrutto di “motivazione” odierno (Marmor, 1979). Nella seconda metà del ‘900, Alexander aveva implementato il costrutto di “esperienza emotiva correttiva” (Alexander & French, 1946, p. 67), ponendo l’accento sui cambiamenti che devono avvenire nell’attualità della vita del paziente, e nella manipolazione flessibile del setting per evitare regressione eccessiva e dipendenza dal terapeuta (Alexander & French, 1946). A lui forse si deve la maggior parte dei più sostanziosi cambiamenti che hanno portato alla formazione della STPP (Bauer & Kobos, 1984).

1.7 Esponenti moderni

Lo sviluppo della STPP ha seguito tre matrici: i modelli strutturali-pulsionali, di ispirazione analitica, quelli che originano dalla teoria delle relazioni oggettuali, e quelli integrati, di scuole dinamiche più recenti. Queste posizioni differiscono soltanto nella concezione del focus e della natura del conflitto psichico (Manthos et al., 2009).

I principali contributi dei modelli strutturali-pulsionali si devono alle evoluzioni successive di Malan, Sifneos e Davanloo (Manthos et al., 2009).

Malan elaborò una forma di terapia dal nome “terapia focale”, poi rinominata “intensive short psychotherapy” (Malan, 1963, p. 210). La sua opera di formalizzazione di criteri di selezione, legati soprattutto alla motivazione del paziente e alla circoscrizione del focus, correlavano molto significativamente con outcome positivi. Questo dato parve portare una forte prova a sostegno della posizione radicale nel dibattito sulla terapia a breve termine, i cui sostenitori ritenevano di poter portare con successo in terapia anche pazienti più gravi, a condizione che fosse ben individuato il focus (Malan, 1963). Sifneos elaborò la Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy (STAPP); in questo approccio contano l’attenzione data al conflitto edipico come focus di terapia, primario criterio di selezione, e che il paziente sia messo a contatto con una certa quantità di ansia, nell’ottica di motivarlo quando dovesse essere più resistente (Bauer & Kobos, 1984). Davanloo invece elaborò la sua psicoterapia dinamica a breve termine (STDP) (Davanloo, 1980) a seguito di problemi con le liste d’attesa ambulatoriali della clinica dove lavorava. La sua tecnica si concentra in modo particolare sul triangolo TCP, cioè sui punti di contatto tra la vita presente del paziente, con il transfert, e con la sua infanzia, mentre in selezione opera delle interpretazioni di prova: l’obiettivo è osservare il modo in cui il paziente reagisce e per vedere se è in grado di tollerarle nel modo corretto (Bauer & Kobos, 1984). Per usare le parole di Flegenheimer, cioè, “è importante che il paziente risponda sia intellettualmente che con l’affetto adeguato” (1986, p.3). Dopo un’iniziale diffidenza nei confronti di questa forma di terapia, il pensiero psicoanalitico ha cominciato a rivalutarla ed accoglierla per via dell’efficacia empirica che Davanloo è riuscito a documentare (Bauer & Kobos, 1984).

Nella matrice teorica delle relazioni oggettuali, tra gli anni ’80 e ’90, Strupp, Binder e Levenson elaborano la “Time-Limited Dynamic Psychotherapy” (Levenson, 1995).

Questi autori prestano meno attenzione a insight e interpretazioni, si concentrano su quanto il paziente possa apprendere dall'esperienza, cercando di aiutarlo a modificare le sue dinamiche relazionali disadattive. Tuttavia ha catturato più attenzione il metodo di Luborsky sul "tema relazione conflittuale centrale" (Lubosky & Crits-Cristoph, 1995, p. 11), per il quale il centro dei conflitti relazionali e psichici, si cui il terapeuta deve andare ad operare, è composto da "desiderio", "risposta degli altri" e "risposta del Sé" (Lubosky & Crits-Cristoph, 1995, p. 95).

Per i modelli integrati, il maggiore esponente è Mann, uno degli autori che negli anni '90 integra il modello strutturale con quello relazionale, dando centralità al tema della separazione-individuazione (Mann, 1981).

Nel capitolo successivo verranno presi in considerazione i più recenti studi sistematici relativi all'efficacia terapeutica della STPP e per quali disturbi si sia rivelata più efficace.

CAPITOLO 2- Lavori Recenti

In questa sezione si intende prendere in considerazione alcuni dei più recenti lavori relativi all'efficacia terapeutica della STPP. La scelta degli articoli è stata fatta a partire da una ricerca bibliografica svolta inserendo le key words “short-term psychodynamic psychotherapy”, “efficacy”, “outcome”, “Systematic review”, “Meta-analysis” e “moderator”. I software di ricerca consistevano nei database informatici PsycINFO e PubMed. Sono state privilegiate le riviste con impact factor più elevato (Q1), quali “Clinical Psychology Review”, “Journal of Psychosomatic Research” e “Psychological medicine”, in modo da avere accesso a lavori di maggior impatto sulla comunicazione scientifica. Gli anni di pubblicazione presi in considerazione sono stati dal 2018 al 2023.

2.1 Primo Studio

“The efficacy of adding short-term psychodynamic psychotherapy to antidepressants in the treatment of depression: A systematic review and meta-analysis of individual participant data” (Driessen et al., 2020).

Questo studio è una metanalisi che utilizza una procedura di analisi dei dati singoli.

Nonostante vi sia abbastanza letteratura che comprova come la STPP sia un trattamento efficace per la depressione (Driessen et al., 2015), gli autori seguono il pensiero di Stewart e Parmar (1993) per i quali le metanalisi classiche potrebbero essere distorte di conseguenza l’analisi dei dati singoli dei partecipanti si propone come una soluzione più affidabile.

Lo studio confronta

- L’affiancamento della STPP alla terapia farmacologica depressiva contro la monoterapia farmacologica.
- L’affiancamento della STPP alla terapia farmacologica contro farmaci con breve psicoterapia di supporto.

In questo modo gli autori ritengono di rilevare rispettivamente i benefici aggiuntivi della STPP sia aspecifici che specifici.

Gli autori seguono il protocollo di studio di Driessen (Driessen et al., 2018), anche per quanto concerne la ricerca bibliografica. Gli studi accettati prevedevano almeno 10 partecipanti, maggiorenni, con una diagnosi di disturbo depressivo, trattati con una STPP di stampo analitico, limitata nel tempo in modo pre-concordato. Due ricercatori esterni

sono stati consultati per valutare la presenza di tutti quanti i criteri di selezione; nel caso i due non arrivassero ad un consenso ne veniva coinvolto un terzo. Dalla selezione degli studi sono risultati idonei 7 studi. Questi hanno fornito un totale campionario di 482 pazienti, di cui 238 (49,90%) in condizione STPP e 244 (50,60%) in condizione di controllo. L'età media dei partecipanti era di 35,3 (SD= 9,9) anni, e il 70% dei partecipanti era di sesso femminile. Il punteggio HAMD medio di 17 item al basale era 22,9 (SD = 7,9), indicando livelli di sintomi moderati

Seguendo i criteri Cochrane è stato valutato il bias di selezione, di rilevamento e di attrito. Trattandosi di sedute psicoterapia, non è stato possibile mettere in cieco partecipanti e terapeuti; allo stesso modo il bias di segnalazione selettiva non è stato considerato valutabile, poiché tutte le misure di esito valutate sono state richieste.

Sono state ricavate le misurazioni di esito, le valutazioni intermedie e le valutazioni di follow-up. Sono state svolte analisi psicometriche solo per i campioni intenzione al trattamento, dopo una standardizzazione dei dati.

2.2 Risultati

Come riportato in tabella 1 (Driessen et al., 2020), il trattamento combinato con STPP è risultato significativamente più efficace delle altre condizioni nel post trattamento, con una *d* di Cohen di dimensioni piccole, pari a 0.26 (SE = 0.10; *p* = .01), e lo stesso dicasi per il follow-up, con *d* di Cohen di 0.50 (SE = 0.10; *p* < .001), di dimensioni moderate.

Nonostante sia chiaro che questo studio non possa valutare l'efficacia comparativa con

altri trattamenti,

e siano da

approfondire i

rapporti costo

efficacia degli

altri disturbi, gli

autori

sottolineano

come la STPP in

aggiunta alla

terapia farmacologica possa offrire maggiori benefici, soprattutto al follow-up, rispetto

alla sola aggiunta di una terapia supportiva; questa differenza in termini di efficacia di

trattamento con la STPP rispetto ad una terapia supportiva può essere dunque spiegata

dai fattori specifici della terapia breve.

Cohen's *d* effect sizes of adding STPP to antidepressants at post-treatment and follow-up in each of the included studies.

Study	Post-treatment			Follow-up		
	<i>d</i>	SE	<i>p</i>	<i>d</i>	SE	<i>p</i>
<i>Antidepressants + STPP versus antidepressant mono-therapy</i>						
de Jonghe et al., 2001	-0.289	0.202	0.153	-0.221	0.185	0.232
Lopez Rodriguez et al., 2004	-0.488	0.446	0.274	-0.780	0.436	0.074
Maina et al., 2010	-0.036	0.235	0.878	0.043	0.202	0.831
<i>Antidepressants + STPP versus antidepressants + brief supportive psychotherapy</i>						
Burnand et al., 2002	-0.109	0.232	0.638			
Maina et al., 2007	0.151	0.356	0.671	-1.427	0.299	< 0.001
Martini et al., 2011	0.068	0.237	0.774	-0.681	0.262	0.009
Vitriol et al., 2009	-0.638	0.206	0.002	-0.659	0.215	0.002

Note. *p* = *p*-value; SE = standard error; STPP = short-term psychodynamic psychotherapy. Negative signs indicate lower depressive symptom levels in the combined antidepressants and STPP treatment condition than in the comparison condition.

Tabella 2

2.3 Secondo Studio

“Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects” (Abbass et al., 2021)

Lo studio riassume l'efficacia terapeutica per i disturbi a espressione psicosomatica. Questi disturbi prevedono con buona probabilità sia una componente somatica sia una mentale, per cui, sottolineano gli autori, sono almeno in parte condizionati da conflitti intrapsichici, problemi di regolazione emotiva e traumi psicosociali. (Afari et al., 2014; Häuser et al., 2011; Jones et al., 2009)

Questo studio riporta un'analisi effettuata su 17 RCT, il “gold standard” della letteratura scientifica, ma gli autori ritengono opportuno aggiungere all'analisi anche 22 studi pre-post. I motivi di questa scelta sono i seguenti

- I bias di selezione degli RCT limitano la generalizzabilità dei risultati;
- Le condizioni di controllo prevedono l'attivazione di diversi biases, come reazioni negative per l'assegnazione al controllo;
- Le condizioni di controllo “contatto minimo” e “trattamento come al solito”, a seconda dei vari studi, sono inevitabilmente tra di loro diverse, e generano così una ulteriore fonte di variabilità;
- La pratica clinica solitamente richiede sapere quanto sia efficace una terapia non rispetto ad un dato campione di controllo, ma quale sia l'effetto pre-post trattamento.

Pertanto, questi studi vengono analizzati in modo complementare agli RCT.

Per la selezione, la STPP viene definita come terapia da 1 a 40 sedute, aderente ai principi psicodinamici di uno dei maggiori esponenti di riferimento (ad es. Malan, Davanloo, Mann e Sifneos). I casi clinici inclusi erano quelli per cui si soddisfano i criteri per un disturbo somatoforme (DMS-IV) e altri disturbi che soddisferebbero i criteri per un sintomo somatico e disturbo correlato (DSM-V). Il periodo degli studi presi in esame va dal 2006 al 2020, prelevati dai maggiori database rilevanti per la letteratura e dai registri di studi prospettici di ricerche in corso ancora non pubblicate. Due revisori esterni selezionavano secondo titolo e abstract, consultando un terzo ove risultasse disaccordo, allo stesso modo due revisori hanno estratto e registrato i vari dati descrittivi degli studi. Per gli RTC viene utilizzato il Cochrane Risk of Bias, la cui qualità complessiva è stata moderata, per i pre-post viene usata una versione modificata della Newcastle Ottawa Rating Scale, per cui 16 studi (72,7%) sono stati giudicati di bassa qualità, 4 sono stati valutati buoni, e 2 sono stati giudicati discreti. Il numero totale di pazienti esaminati è di 2049, trattati con STPP.

Due dei 37 studi della revisione hanno riportato risultati di correlazione estremamente elevati nella riduzione dei sintomi, oltre le 5 DS, pertanto gli autori hanno riportato sia i risultati globali, sia quelli che escludevano i due studi anomali.

2.4 Risultati

I risultati delle analisi sono stati categorizzati per dimensione: a seconda dei range di valore sono stati definiti gli effect size come piccoli (SMD di 0,20-0,49), medi (SMD di 0,5-0,79) o grandi (SMD di $\geq 0,8$). Per quanto riguarda gli studi pre-post, senza escludere i due studi anomali, gli effetti erano tutti di grande entità a breve termine (<3 mesi), a medio termine (da 3 a 6 mesi) e a lungo termine (>6 mesi).

Quando invece sono stati esclusi i due studi anomali, gli effetti sono diventati di media entità sia a breve termine che a medio termine; i valori registrati a lungo termine invece rimangono effetti grandi, perché gli studi anomali rimossi non fornivano dati a lungo termine. Quando le analisi sono state eseguite sugli studi RTC, gli effetti rilevati sono stati simili a quelli pre-post.

La metanalisi in esame porterebbe molte prove a sostegno dell'efficacia terapeutica della STPP in disturbi somatici, inoltre, sottolineano gli autori, conferma quanto già esplorato in altre metanalisi, per cui gli effetti pre-post (rilevanti sia per la clinica che per la ricerca, per i motivi di cui sopra) sarebbero molto simili agli effetti di studi RCT (Abbass et al., 2020), e per questo da integrare in modo complementare.

2.5 Terzo Studio

“Efficacy and moderators of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis of individual participant data” (Wienicke et al., 2023).

Questa metanalisi valuta l'efficacia per la STPP in diversi RCT, utilizzando l'analisi dei dati dei singoli partecipanti. I motivi per un'analisi dei dati dei singoli si rifanno a quelli trattati nel primo studio; in aggiunta, gli autori, con questo tipo di analisi, vogliono identificare i possibili moderatori di trattamento, di modo da capire per quali pazienti la STPP sarebbe più adeguata.

Gli studi raccolti dovevano avere almeno 10 partecipanti, tutti maggiorenni e si riferivano alla STPP come un trattamento limitato nel tempo a priori, nella matrice teorica dinamica o analitica, le cui misurazioni di esito fossero già state standardizzate. Sono stati raccolti 837 partecipanti per 13 studi, ma l'analisi dei singoli partecipanti è stata svolta per 11 studi, con un totale di 771 partecipanti. Nove di questi studi (81,8%) erano in un setting vis a vis, mentre 2 (18,2%) in un setting online. I partecipanti per studio erano da 20 a 157, e le terapie andavano da una durata minima di 7 sedute ad una massima di 20. Nove studi avevano un follow-up dai 5,5 mesi ai 2 anni. L'età media dei partecipanti nell'analisi singola dei partecipanti era di 40,8 anni (SD=13.3). 592 partecipanti (79,3%) erano donne. Il 37,1% ha riferito di provenire da gruppi di minoranza. In totale, 397 (51,5%) partecipanti hanno ricevuto il trattamento terapeutico, e 374 (48,5%) erano in una condizione di controllo, che poteva essere non specifica, lista d'attesa, trattamento a bassa intensità, placebo o trattamento come al solito.

La valutazione dei criteri era a carico di due valutatori esterni, nel caso i due non arrivassero ad un consenso ne veniva coinvolto un terzo. Con il Cochrane risk-of-bias per gli RCT è stato valutato il bias di selezione, il bias di rilevamento e il bias di attrito. La distorsione delle prestazioni non è stata valutata, poiché impraticabile in questo contesto mettere in cieco soggetti e terapeuti; allo stesso modo il bias di segnalazione selettiva non è stato considerato valutabile, poiché tutte le misure di esito valutate sono state richieste.

2.6 Risultati

Treatment effects of STPP for depression compared to control conditions at post-treatment and follow-up.

Assessment moment	Outcome	k	N	d	95% CI	p	I ²
Post-treatment	Depression	11	771	-0.62	-0.76 to -0.47	<0.001	0
	Anxiety	7	546	-0.29	-0.45 to -0.12	<0.001	0
	General Psychopathology	6	462	-0.38	-0.59 to -0.17	<0.001	0
	Interpersonal Problems	4	321	-0.21	-0.44 to 0.01	0.062	0
	Quality of Life	4	451	0.44	0.23 to 0.64	<0.001	0
	Physical Health	2	156	-0.01	-0.35 to 0.33	0.933	0
Follow-up	Depression	9	707	-0.21	-0.38 to -0.05	0.011	0
	Anxiety	5	437	-0.04	-0.23 to 0.16	0.708	0
	General Psychopathology	4	335	-0.14	-0.40 to 0.11	0.264	0
	Quality of Life	3	359	0.09	-0.14 to 0.33	0.438	0

Tabella 2

Nel post-trattamento la STPP risulta significativamente più efficace del controllo (tabella 2) (Wienicke et al., 2023) per depressione, ansia, psicopatologia generale e qualità della vita. Nel follow-up questi effetti si mantengono per quanto riguarda la depressione. Gli effetti moderatori del trattamento hanno rivelato che STPP è risultata più efficace con periodi di insorgenza più giovane piuttosto che più anziana ($D=0,03$, IC 95%, $P=.013$), e su episodi depressivi di durata più lunga che non di durata corta ($D=-0,006$, IC 95%, $P=.002$).

Le stime riportate in questo studio per la valutazione dell'efficacia della STPP sembrano essere molto più contenute rispetto alle precedenti metanalisi (Tudur et al., 2016). Gli autori sottolineano però che in questo studio particolare c'è una minore quantità di studi con condizione di controllo in lista d'attesa rispetto ad altre metanalisi meno recenti (Abbass et al., 2014; Driessen et al., 2015).

Gli autori sottolineano che i risultati, che riportano che l'effetto sia maggiore in trattamenti dalla durata più lunga, sono in linea con i risultati di un altro studio (Driessen et al., 2022: anche in questi studi, in cui la STPP viene affiancata ai farmaci, la terapia sembra più efficace in trattamenti a periodi prolungati piuttosto che più contenuti.

Sembrerebbe inoltre che trattamenti STPP di durata superiore a un anno affiancati ai farmaci abbiano effetti maggiori rispetto alla CBT affiancata ai farmaci (Driessen et al., 2016). Gli autori spiegherebbero questi dati ipotizzando che trattamenti più lunghi sottendano problemi legati più profondamente alla struttura di personalità, dove i terapeuti formati per la STPP sarebbero formati per intervenire in modo più efficace. Gli effetti relativi all'età di insorgenza sembrerebbero quasi del tutto spiegati dalla durata dell'episodio, anche se si rimanda la puntualizzazione di questo tema a studi futuri.

Se questo studio è apprezzabile per la qualità statistica delle analisi e condotte, e per avere studiato gli effetti dei moderatori in RCT, è anche vero che le dimensioni del campione sono contenute e questo ha portato a limitazioni importanti nello studio dei moderatori. Inoltre gli autori sottolineano che sebbene generalmente robusti, gli indici di imparzialità di alcuni studi presentavano alcuni bias di selezione, rilevamento e attrito.

CAPITOLO 3- Conclusione

In questo elaborato è stata presa in considerazione la tecnica della psicoterapia psicodinamica a breve termine, prima da un punto di vista teorico, poi con una sintesi della storia della sua evoluzione; infine, si sono valutati i più recenti studi per la valutazione della sua efficacia terapeutica.

In questa tecnica il clinico prende molto più spazio nel dialogo terapeutico, spingendo con i suoi interventi frequenti alla produzione di materiale relativo al focus concordato, senza che il paziente regredisca; le considerazioni e interpretazioni portate dal clinico vengono registrate dapprima a livello più cognitivo che non affettivo, perché possano essere elaborate soprattutto a terapia terminata.

Le metanalisi meno recenti danno già per assodata una generale efficacia della STPP, motivo per cui le metanalisi più recenti prese in considerazione in questo elaborato ne ampliano la valutazione anche rispetto ad altri fattori, quali ad esempio l'affiancamento ai farmaci, l'età di insorgenza di un disturbo e la valutazione di misure di follow-up.

Dal primo studio di Driessen et al. (2020) la STPP in affiancamento a un trattamento farmacologico, viene valutata come efficace. La STPP può dunque trovare un impiego molto valido per un livello di gravità tale da richiedere l'ausilio farmaceutico, confermando ancora la posizione radicale del dibattito già sostenuta da Malan, per cui questa tecnica può trovare impiego anche per pazienti più gravi (1963).

Si vorrebbe infine commentare circa gli effetti secondari della STPP descritti da Flegenheimer (1986) successivi alla conclusione. Sia il primo che il secondo studio (Abbass et al., 2021; Driessen et al., 2020) riportano come le misure di esito al follow-up

siano particolarmente alte, a conferma di quanto sostenuto anche da Hoglend e Heyerdahl (1994), per cui il paziente sarebbe in grado di trarre i maggiori benefici della STPP grazie alle trasformazioni introdotte nel suo funzionamento; il paziente interagirà in maniera nuova con l'ambiente, portando a reazioni più funzionali, in un circolo virtuoso, e potrà continuare a riflettere sul materiale terapeutico a terapia terminata, continuando a giovarne. Inoltre, al terzo studio (Wienicke et al., 2023) emerge come, rispetto ad altre psicoterapie (per esempio la CBT), la STPP sembra più efficace in terapie di durata più lunga: il motivo secondo gli autori è che problemi più strutturati sono anche più profondamente legati alla struttura di personalità, per cui i clinici della STPP sarebbero più formati a intervenire rispetto a clinici di altre scuole. Personalmente, se da un lato ci possono essere motivi teorici che avvalorano questa spiegazione, ritengo che l'effetto potrebbe riguardare, almeno in parte, il fenomeno di trasformazioni positive di cui sopra. Vista l'importanza di questo tema, ricerche successive potrebbero approfondire la valutazione di questo effetto con maggiore attenzione.

BIBLIOGRAFIA

- Abbass, A., Lumley, M. A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., Schubiner, H., De Meulemeester, C., & Kisely, S. (2021). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects. *Journal of psychosomatic research*, 145.
- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., & Crowe, E. (2014). *Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders*. The Cochrane database of systematic reviews, 7.
- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2013). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research*. Harvard review of psychiatry.
- Abbass, A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., Lumley, M. A., Schubiner, H., Allinson, J., Bernier, D., De Meulemeester, C., Kroenke, K., & Kisely, S. (2020). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Functional Somatic Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89, 363–370.
- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 76, 2–11.
- Alexander, F. & French T. (1946). *Psychoanalytic Therapy; Principles and Applications*. New York: Ronald Press.

- Bauer, G. P., & Kobos, J. C. (1984). Short Term Psychodynamic Psychotherapy. *Psychotherapy, 2*, 153-170.
- Davanloo, H. (1980). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Driessen, E., Abbass, A. A., Barber, J. P., Connolly Gibbons, M. B., Dekker, J. J. M., Fokkema, M., Fonagy, P., Hollon, S. D., Jansma, E. P., de Maat, S. C. M., Town, J. M., Twisk, J. W. R., Van, H. L., Weitz, E., & Cuijpers, P. (2018). Which patients benefit specifically from short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) for depression? Study protocol of a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ open, 8*.
- Driessen, E., Dekker, J. J. M., Peen, J., Van, H. L., Maina, G., Rosso, G., Rigardetto, S., Cuniberti, F., Vitriol, V. G., Florenzano, R. U., Andreoli, A., Burnand, Y., López-Rodríguez, J., Villamil-Salcedo, V., Twisk, J. W. R., & Cuijpers, P. (2020). The efficacy of adding short-term psychodynamic psychotherapy to antidepressants in the treatment of depression: A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clinical psychology review, 80*.
- Driessen, E., Fokkema, M., Dekker, J. J. M., Peen, J., Van, H. L., Maina, G., Rosso, G., Rigardetto, S., Cuniberti, F., Vitriol, V. G., Andreoli, A., Burnand, Y., López Rodríguez, J., Villamil Salcedo, V., Twisk, J. W. R., Wienicke, F. J., & Cuijpers, P. (2022). Which patients benefit from adding short-term psychodynamic psychotherapy to antidepressants in the treatment of depression? A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Psychological medicine, 1*, 1–12.
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., Jansma, E. P., & Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic

- psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical psychology review*, *42*, 1–15.
- Driessen, E., Smits, N., Dekker, J. J., Peen, J., Don, F. J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Cuijpers, P., & Van, H. L. (2016). Differential efficacy of cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for major depression: a study of prescriptive factors. *Psychological medicine*, *46*, 731–744.
- Jones, G. T., Power, C., & Macfarlane, G. J. (2009). Adverse events in childhood and chronic widespread pain in adult life: Results from the 1958 British Birth Cohort Study. *Pain*, *143*, 92–96.
- Ferenczi, S. (1950). The further development of an active therapy in psychoanalysis. In J. Suttie (Ed.), *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. (pp.198-217). London: Hogarth.
- Flegenheimer, W. V. (1986). *Psicoterapia breve: Teorie e tecniche di trattamento*. Raffaello Cortina Editore.
- Häuser, W., Kosseva, M., Üceyler, N., Klose, P., & Sommer, C. (2011). Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Arthritis care & research*, *63*, 808–820.
- Hoglend, P. (2003). Long-Term Effects of Brief Dynamic Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *13*, 271-292.
- Hoglend, P. (1996). Motivation for Brief Dynamic Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *65*, 209-215.
- Hoglend, P., & Heyerdahl, O. (1994). The Circumscribed Focus in Intensive Brief Dynamic Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *61*, 163-170.

- Joyce, A. S., Ogrodniczuk, J. S., & Piper, W. E. (2003). The Alliance as Mediator of Expectancy Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 672–679.
- Mantosh, D., Priyanthy, W., Lynn, S.(2009). Individual Psychodynamic Psychotherapy. In O., G., Gabbard(Eds.), *Textbook of psychotherapeutic Treatments*. American Psychiatric Publishing, Inc. (Tr. it. La psicoterapia psicodinamica breve: aspetti tecnici (pp. 79-107). In G. O. Gabbard (Ed.), *Le psicoterapie, teoria e modelli di intervento*. Raffaello Cortina Editore, 2010).
- Levenson, H., (1995). *Time-limited Dynamic Psychotherapy: A Guide To Clinical Practice*. New York, Basic Books.
- Lubosky, L., Crits-Christoph, P. (1995). *Understanding transfert the core conflictual relationship method*. International psychotherapy institute.
- Malan, D., H., (1963). *A Study of Brief Psychotherapy*. Routledge.
- Mann, J. (1981). Time Limited Psychotherapy. In P., Crits-Christoph & J., P., Barber (Eds). *Handbook of Short-Term Dynamic Psychotherapy*. (pp. 34-82). Basic Books.
- Marmor, J. (1979). Short-term dynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 136*, 149-155
- Messer, S. B. (2001). What Makes Brief Psychodynamic Therapy Time Efficient. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 5-22.
- Silberschatz, G., Fretter, P. B., & Curtis, J. T. (1986). How Do Interpretations Influence the Process of Psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 646-652.
- Stewart, L. A., & Parmar, M. K. B. (1993). Meta-analysis of the literature or of individual patient data: Is there a difference? *Lancet, 341*, 418–422.

- Tudur Smith, C., Marcucci, M., Nolan, S. J., Iorio, A., Sudell, M., Riley, R., Rovers, M. M., & Williamson, P. R. (2016). Individual participant data meta-analyses compared with meta-analyses based on aggregate data. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9
- Westen, D. (1986). What changes in short-term psychodynamic. *Psychotherapy*, 23, 501-512.
- Wienicke, F. J., Beutel, M. E., Zwerenz, R., Brähler, E., Fonagy, P., Luyten, P., Constantinou, M., Barber, J. P., McCarthy, K. S., Solomonov, N., Cooper, P. J., De Pascalis, L., Johansson, R., Andersson, G., Lemma, A., Town, J. M., Abbass, A. A., Ajilchi, B., Connolly Gibbons, M. B., López-Rodríguez, J., Villamil-salcedo, V., Maina, G., Rosso, G., Twisk, J., Burk, W., Pijker, J., Cuijpers, P., & Driessen, E. (2023). Efficacy and moderators of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clinical psychology review*, 101.