

INSERM RETE n° xxxxxxxx

Coordinatori: Bruno FALISSARD e Jean-Michel THURIN

RETE DI RICERCHE BASATE SULLE PRATICHE PSICOTERAPEUTICHE

RAPPORTO VALUTATIVO a 4 anni

POLO AUTISMO – marzo 2013

Rete di ricerche basate sulle pratiche psicoterapeutiche

Coordinatori: Jean-Michel Thurin e Bruno Falissard

Istituzioni: Unité Inserm U669 e Fédération Française de Psychiatrie

Sostegno finanziario: Inserm, Direzione Generale per la Salute e Fondation de France

Comitato di Pilotaggio: Dott. Jean-Michel Thurin, Prof. Bruno Falissard, Sig.ra Monique Thurin, Prof. Bernard Golse, Prof. David Cohen, Prof. Catherine Barthélémy, Dott.ssa Geneviève Haag, Dott.ssa Marie-Christine Cabié, Dott. Olivier Lehembre, Prof. Philippe Robert, Sig. Denis Mellier

Metodologia e analisi dei dati: Bruno Falissard, Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, Tiba Baroukh, Fadia Dib (U669)

<http://www.techniques-psychotherapiquesorg/Reseau/>

Introduzione

JM. THURIN, B. FALISSARD¹, M. THURIN²

Questo secondo rapporto valutativo del Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFPP, rete di ricerche basate sulle pratiche psicoterapeutiche) è stato realizzato *a partire dall'esperienza degli studi già condotti sulle psicoterapie nel polo autismo* e organizzato intorno a 2 assi: quello della *costituzione e delle modalità del lavoro in rete* e quello della ricerca vera e propria, della metodologia della ricerca, dell'analisi dei dati e dei primi risultati emersi. Sebbene questi due registri possano teoricamente risultare distinti, sono in realtà strettamente legati fra loro perché interconnessi nella realizzazione di una nuova generazione di ricerche come quella presentata in questa sede.

Il rapporto del marzo 2010 aveva presentato la messa a punto della rete e delle sue operazioni fino alla presentazione dei primi casi di studio realizzati in ciascuno dei poli nel corso della Giornata di feedback tenutasi il 22 gennaio 2010.

Da allora a oggi, il numero dei casi inclusi e quello dei clinici che conducono le loro psicoterapie nel polo autismo sono notevolmente aumentati. Attualmente, sono attivi 23 gruppi di pari e coinvolti 79 bambini. La partecipazione resta aperta. Di recente si è costituito 1 nuovo gruppo di pari incentrato su autistici adulti e riceviamo nuove richieste di partecipazione da clinici e istituzioni.

Dal 2010, il piano di analisi del processo è stato approfondito. Il crescente numero di casi portati a termine ha consentito di realizzare un'analisi individuale dell'evoluzione di ognuno dei bambini autistici che hanno partecipato alla ricerca, la progressiva raccolta dei casi studio portati a compimento (12 casi, 26 casi, 41 casi poi 50 casi), e uno studio comparativo fra casi "analoghi"³. L'analisi dei dati è mista e comprende l'analisi quantitativa e l'analisi qualitativa.

La costituzione della rete e le ricerche già condotte al suo interno mettono in evidenza cinque aspetti:

- il primo aspetto è *l'adattamento della metodologia alle condizioni e agli obiettivi della pratica clinica e della ricerca*. Ha favorito il coinvolgimento di diversi clinici e la tangibile evoluzione della loro posizione rispetto alla presentazione e alla valutazione delle loro pratiche.

Si tratta di casi studio individuali e realizzati in condizioni naturali, di cui sono stati valutati e analizzati sia i cambiamenti manifesti avvenuti nel corso di un anno di psicoterapia, sia le caratteristiche del processo interno sulla base di indicatori relativi al bambino, al terapeuta e alla loro interazione. Successivamente raccolti in una banca dati, questi studi permettono di realizzare lo studio del gruppo e gli studi comparativi. Lo studio intensivo comprende una sistematica formulazione del caso iniziale e finale che completa l'ICD e le valutazioni iniziali. In seguito, vengono ripetute delle valutazioni dei comportamenti autistici e dello sviluppo delle attitudini psicosociali che consentono di seguire, a partire da vari indicatori, l'evoluzione dei disturbi, lo sviluppo e l'acquisizione di nuove abilità individuali e psicosociali che contribuiscono alla salute mentale. Parallelamente, una descrizione del processo interno della psicoterapia permette di descriverne gli elementi più caratteristici e i principali mediatori che intervengono nei cambiamenti del bambino.

Il lavoro in gruppi di pari occupa un posto centrale nella metodologia. Consente sia di assicurare la qualità delle valutazioni (3 valutazioni individuali + 1 riunione di confronto e convalida), che di avviare discussioni cliniche a partire dai dati raccolti, elemento oltremodo apprezzato dai clinici. L'utilizzo delle

1 Bruno Falissard. Inserm U669, Maison de Solenn, 97 Bld de Port Royal, 75679 Paris cedex 14

2 Jean-Michel Thurin & Monique Thurin. Inserm U 669 & Fédération Française de Psychiatrie. Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques, 9 rue Brantome, 75003 PARIS, France. E-mail : jmthurin@techniques-psychotherapiques.org - www.techniques-psychotherapiques.org/reseau

3 Le contenu de ce terme sera précisé à partir des critères utilisés pour réunir les patients et de ceux issus de classifications et d'analyses factorielles

nuove tecnologie della comunicazione e dell'informazione (NTCI⁴) ha reso possibile effettuare formazioni e riunioni a distanza. L'organizzazione in rete e la collaborazione attiva dei ricercatori e dei clinici alla base hanno rappresentato un sostegno indispensabile, sia da una parte che dall'altra, per realizzare ricerche rigorose e controllate capaci di apportare un beneficio clinico e cognitivo a coloro che vi partecipano. Anche il lavoro sulla base degli strumenti e l'analisi dei dati hanno notevolmente beneficiato di questa collaborazione;

- il secondo aspetto riguarda *l'efficacia delle psicoterapie nei bambini autistici* realizzate da professionisti esperti, di cui *attualmente l'80%* è di orientamento psicoanalitico, il 10% di orientamento cognitivo-comportamentale e il 10% di orientamento psicomotorio o altro. Le dimensioni dell'effetto globali sono significative (2,1 per la riduzione di comportamenti autistici e di 1,3 per le acquisizioni nello sviluppo). La loro traduzione clinica, sia a in termini di comportamento che di nuove abilità acquisite, denota l'importanza dei cambiamenti ottenuti;
- il terzo aspetto completa il secondo. Riguarda *la possibilità di descrivere con precisione la diversità dei casi e delle risposte agli interventi psicosociali nell'autismo*, spesso sottolineata ma trattata poco in modo sistematico. Questa diversità è stata affrontata in base a vari criteri (età, diagnosi, numero di anni di psicoterapia già effettuati, gravità dei disturbi,...) in relazione con i percorsi evolutivi. Le comunità e le differenze di questi percorsi associati a una definizione precisa dei mediatori e dei fattori ambientali suscettibili di spiegarli hanno permesso di andare molto al di là delle indagini classiche "prima-dopo" e di considerare diverse ipotesi sulla causalità dei cambiamenti (mediatori e meccanismi) e sull'impatto dei moderatori sugli effetti della terapia;
- il quarto aspetto, evidenziato dai clinici che hanno partecipato, riguarda *le questioni teoriche che la ricerca ha sollevato e l'impatto che ha esercitato sulla qualità delle loro pratiche*. Questi aspetti sono stati espressi dai clinici nel corso delle numerose riunioni di feedback, nell'indagine che abbiamo realizzato al riguardo⁵ e nel rapporto dei coordinatori del gruppo italiano⁶. Questi effetti sembrano essere una conseguenza di una concezione della ricerca che va al di là della constatazione di un risultato. La ricerca interpella costantemente chi vi partecipa non solo sulla natura dei cambiamenti, ma su ciò che li sottende. L'importanza generale di questo approccio e dei suoi potenziali effetti sulle pratiche sono stati rilevati già da diversi anni da Kazdin⁷ e da vari autori.
- il quinto aspetto riguarda *i processi di cambiamento e i loro diversi livelli di approccio*. La definizione precisa, realizzata in questa ricerca, dei mediatori e dei moderatori che intervengono nelle psicoterapie fornisce informazioni sulle modalità di azione e sui meccanismi che sottendono agli effetti degli interventi psicosociali nello spettro autistico. È inoltre, come sottolineano Lerner *et al.*⁸, la prima fase di un approccio più basilare che tiene conto della diversità e della complessità dei casi, nonché dei diversi marker, tra cui forse quelli fisiologici e neuroanatomici, che associati all'analisi clinica e funzionale permettono di seguire e capire la varietà delle loro evoluzioni.

Questa rete è di recente costituzione. Anche se nata nel 2007 e selezionata nel 2008, i suoi lavori rientrano a pieno titolo nelle raccomandazioni 2012 della HAS (Haute Autorité de Santé) relative allo sviluppo degli studi di ricerca⁹ e nella 4^a parte del piano autismo 2013 dedicato alla ricerca¹⁰.

4 Nouvelles Technologies de Communication et d'Information

5 Thurin JM, Thurin M & Midgley N. Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network. *Counselling and Psychotherapy Research* 2012; 12(3): 187-193.

6 Amenta M & Messecia S. Le groupe de recherche italien. *Pour la recherche* 2012 ; 73-74: 5-6.

7 Par exemple, Kazdin AE. Evidence-Based Treatment and Practice New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. *American Psychologist* 2008 ; 63 (3): 146-159.

8 Lerner MD, White SW, McPartland JC. Mechanisms of change in psychosocial interventions for autism spectrum disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2012; 14: 307-418.

⁹ HAS et Anesm. *Actions futures : le développement des études de recherche. Recherche-action, Recherche clinique*. In *Recommandations de bonne pratique pour Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (Méthode Recommandations par consensus formalisé)*, mars 2012, p 44-47.

- I casi studio realizzati all'interno della rete rientrano nello statuto di ricerche-azioni. Hanno dato impulso a una dinamica di apertura dei clinici verso azioni di ricerca. La costituzione di una banca dati molto nutrita rende disponibili dati ed esperienze raccolti nel quadro dell'implementazione degli interventi, che contribuiscono a ottenere una migliore conoscenza dei processi di cambiamento nei bambini autistici, dei loro bisogni e delle modalità di intervento e di assistenza che gli vengono proposte.

- Questa ricerca ha inoltre permesso di valutare per mezzo di studi molto rigorosi l'efficacia e la sicurezza delle pratiche non valutate per le quali esiste una divergenza di opinioni fra gli esperti (ad es.: psicoterapie psicodinamiche), interventi consensuali ma non valutati da ricerche controllate (ad es. terapia di scambio e sviluppo, interventi avviati tardi durante l'infanzia o attuati nell'adolescenza, ecc.).

- I principali criteri di giudizio dell'efficacia corrispondono a variabili considerate essenziali per il miglioramento della partecipazione del bambino/adolescente nel contesto sociale, sia a livello comportamentale che funzionale.

- Parallelamente, il controllo a posteriori dei bambini dovrebbe permettere di chiarire gli effetti a lungo termine degli interventi realizzati. Questi interventi sono stati illustrati con molta precisione a partire dalla descrizione dettagliata delle caratteristiche della psicoterapia e delle azioni terapeutiche condotte, ottenuta grazie al questionario sul processo psicoterapeutico, che è uno strumento multi-teorico.

Il rapporto presenta nella prima parte il contesto internazionale della costituzione delle reti di ricerca basata sulle pratiche (*Practice-Based Research Network*) nei primi anni 2000, gli obiettivi, la metodologia, la messa a punto, le modalità di lavoro dell'RRFPP, le sue azioni interne (riunioni di formazione, di informazione e di feedback con i clinici, riunione settimanale del gruppo metodologico) ed esterne (interventi, conferenze, comunicazione e pubblicazioni). La seconda parte è dedicata ai casi studio, alla loro analisi su 3 livelli (casi singoli, casi raggruppati, casi comparati), alle prime conclusioni che ne sono state tratte e alle prospettive.

Il rapporto è corredato di documenti complementari, disponibili in allegato o su Internet, e di fogli statistici da cui sono stati ricavati i risultati presentati.

I risultati preliminari sono stati oggetto nel 2012 e all'inizio del 2013 di numerose riunioni interne, di 2 interventi radiofonici e di 20 presentazioni in convegni e congressi, 14 delle quali sono prima state effettuate nel corso di iniziative internazionali.

Il presente rapporto prevede un seguito in cui verranno trattati i risultati ottenuti da un numero di casi più ampio, nonché un approfondimento dei metodi di analisi statistica nel campo insieme innovativo e complesso che gli è proprio.

Ogni commento e domanda saranno i benvenuti.

Jean-Michel THURIN

Ringraziamenti

Ringrazio in modo particolare

¹⁰ Troisième Plan Autisme (2013-2017) présenté le jeudi 2 mai 2013 par Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, et Marie-Arlette CARLOTTI, ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-autisme2013.pdf>

- Geneviève Haag, che ha attivato la comunità degli psicanalisti e partecipato a tutte le riunioni e a tutti i seminari d'informazione e di formazione con i clinici coinvolti nella rete, portandovi segnatamente la sua lunga esperienza clinica nel campo dell'autismo e la sua apertura verso metodi pluridisciplinari e aperti sul contesto educativo e psicosociale dei bambini.
- Catherine Barthélémy, che è stata presente fin dalla concezione scientifica del progetto e vi ha partecipato direttamente includendovi casi di terapie di scambio e sviluppo (molti altri sono in fase di analisi e di inserimento). La sua presenza molto attiva nelle giornate di feedback e nel comitato scientifico ha favorito discussioni oltremodo fruttuose con i clinici e i coordinatori della rete. La sua disponibilità nel rispondere a domande mirate o generali è stata di grande aiuto, così come la sua attentissima rilettura del rapporto e le proposte che ha avanzato sulla sua valorizzazione e le sue prospettive.
- Bruno Falissard, che si è impegnato in questo progetto ambizioso e rischioso insieme, e ha partecipato attivamente al suo lancio e alla sua diffusione in numerose riunioni pubbliche. Ha aperto e strutturato discussioni fondamentali sull'analisi statistica e mista dei dati complessi che, lungi dall'essere terminate, contribuiscono alla dinamica scientifica basilare della rete.
- Monique Thurin, che si è dedicata attivamente a gestire il funzionamento della rete e i rapporti con i clinici, a raccogliere e organizzare i dati dopo averne verificato la validità, a gestire la formazione tramite riunioni e su Internet. Ha inoltre prestato la sua competenza specifica all'analisi qualitativa del corpus presentata nel rapporto generale e nelle numerose presentazioni che ha realizzato in occasione di congressi nazionali e internazionali.
- David Cohen, coordinatore del polo borderline adolescente della rete e fortemente impegnato nelle ricerche sull'autismo, che ha offerto sostegno e consigli che hanno dato molto alla rete e alle sue prospettive.
- Bernard Golse, che ha sostenuto l'implementazione del polo autismo e ha operato per la sua promozione.
- i clinici che si sono impegnati nella ricerca con rigore, curiosità e competenza. Hanno compiuto un'opera considerevole (come volontari) e i casi raggruppati costituiscono già una banca dati di grande spessore. La loro partecipazione attiva segna una svolta rispetto a un atteggiamento generale di rifiuto e all'idea che sia impossibile presentare e valutare il processo psicoterapeutico e i cambiamenti che lo accompagnano. Aggiungo che questo lavoro è stato realizzato in un clima altamente professionale e in un'atmosfera improntata alla massima serenità.
- le diverse personalità e responsabili di reparto che hanno partecipato alla discussione, incoraggiato i clinici del loro reparto a entrare nella rete e a partecipare alla ricerca, e alimentato la dinamica intorno alle questioni poste e/o che hanno invitato i responsabili della rete a venire a esporre il progetto alle iniziative scientifiche che hanno organizzato.
- la Direzione Generale per la Salute, l'Inserm e la Fondation de France per il sostegno finanziario offerto per la messa a punto, l'attivazione della rete e la realizzazione degli studi.

Contesto internazionale delle reti di ricerche basate sulle pratiche

Le reti di ricerca basate sulle pratiche (Réseaux de Recherches Fondées sur les Pratiques, RRF) costituiscono una risposta al divario che può esistere fra l'approccio ai problemi che si incontrano nella pratica e le risposte fornite dalla ricerca in laboratorio. Se nella ricerca gli obiettivi sono ben definiti, nella pratica invece sono implicati diversi fattori che non possono essere trascurati o dissociati dal problema principale del paziente. Tali fattori includono la natura plurale delle loro patologie, le peculiarità della loro storia, delle loro vulnerabilità e del loro contesto di vita, l'eterogeneità dei clinici in termini di competenza e di esperienza delle varie terapie. Tutti questi aspetti suscitano problematiche cliniche che vanno al di là del campo delle generalizzazioni che è legittimo fare a partire dagli studi clinici. Questa situazione è particolarmente evidente nel campo delle psicoterapie, in cui la dimensione interpersonale e la variabilità individuale costituiscono un aspetto essenziale dello svolgimento e dell'efficacia della psicoterapia.

Le prime reti di questo genere sono nate negli anni '60 in Oceania e in Europa e si sono estese, soprattutto negli Stati Uniti, negli anni '90. Si sono sviluppate nell'ambito delle discipline cliniche: medicina generale, pediatria, psichiatria, psicologia.

Sono state così istituite reti di ricerche basate sulle pratiche in medicina generale, sotto l'impulso dell'*American Academy of Family Physicians*, che ha costituito nel 1997 la [*Federation of Practice Based Research Networks*](#). La presentazione di questa rete è corredata di 7 pubblicazioni che riportano esperienze professionali a essa correlate. Queste reti si sono sviluppate in pediatria, negli ospedali rurali, nelle cure di fine vita e palliative (comprendono 205 ospizi e centri di cura, di cui 145 hanno raccolto dati e partecipato a 16 ricerche di rete), in psichiatria, per le pratiche psicoterapeutiche e di comunità.

La possibilità di lavorare e di condividere informazioni con persone che si trovano in posti molto diversi è parte integrante del lavoro delle reti di ricerche basate sulle pratiche. Idealmente, l'infrastruttura deve includere un sistema elettronico di dati ed essere capace non soltanto di raccogliere, trasferire e riunire dati di ricerca di base, ma anche di comunicare in tempi brevi una nuova ricerca e di valutare i risultanti cambiamenti in ambito clinico.

Definizione delle reti di ricerche basate sulle pratiche

Le reti sono oggetto di definizioni un po' diverse in base al loro funzionamento e ai loro obiettivi peculiari, ma sono legate da un comune denominatore rappresentato da clinici che si organizzano per condurre ricerche su temi relativi alla loro pratica.

- Una rete di ricerche basate sulle pratiche è costituita da "un gruppo di medici che collaborano per raccogliere dati e condurre una serie di ricerche" (Zarin, 1995). [Rete degli psichiatri dell'Am. Psych. Ass.].

- Una rete di ricerche basate sulle pratiche è "semplicemente una rete di clinici che collaborano per condurre una ricerca che li informerà riguardo alla loro pratica quotidiana" (Audin *et al.*, 2001) [Rete UK psicoterapie].

- "Per rete di ricerche basate sulle pratiche si intende un gruppo di clinici, di pratiche o di istituzioni che dedicano una parte essenziale del loro tempo alla cura del paziente e che sono associati fra loro per trattare temi legati alla pratica nella comunità. Le reti sono in genere delle collaborazioni formalizzate fra i medici che operano nella comunità e in istituzioni universitarie: i medici raccolgono dati di ricerca e le istituzioni universitarie mettono a disposizione il personale e gli strumenti necessari per realizzare studi di ricerca e per analizzare, interpretare e pubblicare i dati. Questa definizione racchiude un atteggiamento di impegno verso la ricerca, come pure una struttura organizzativa che va al di là del singolo studio di ricerca. Per essere considerata una rete di ricerche basate sulle pratiche, i clinici e/o membri dello staff della rete devono partecipare attivamente al processo di ricerca". (Kutner *et al.*, 2005) [Rete cure palliative rispetto a reti di generalisti e pediatri].

Principali reti esistenti nel campo della salute mentale

Negli Stati Uniti

- La rete dell'istituto psichiatrico americano

Istituita nel 1993 da Zarin, Pincus *et al.*, è diventata la rete di ricerche basate sulle pratiche (Practice Research Network, PRN) dell'American Psychiatric Institute for Research and Education's (APIRE):
<http://www.psychiatry.org/researchers/practice-research-network>

Il Practice Research Network dell'APIRE è un'iniziativa di ricerca costituita da una rete di psichiatri di tutto il Paese, che collaborano per riunire dati e intraprendere studi di ricerca su una serie di tematiche cliniche e sull'erogazione dei servizi sanitari. Il PRN è attualmente composto da circa 800 psichiatri. Quando sarà completamente sviluppato, comprenderà 1000 psichiatri operanti nell'intera gamma di forme di trattamento pubbliche e private.

L'APIRE è stato fondato nel 1998 per costituire la direzione del contributo alla base scientifica della pratica e della politica psichiatrica, rinforzare l'infrastruttura di ricerca in questo campo, puntare a migliorare la qualità della cura psichiatrica conducendo e sostenendo la ricerca clinica sui servizi sanitari e sulle attività educative.

Questa rete si è costituita a partire dalla presa di coscienza di una necessità di ricerche basate sulle pratiche in campo psichiatrico. È nata per completare i metodi tradizionali di ricerca producendo informazioni a partire da un ampio ventaglio di pazienti, terapie e forme di trattamento. Di conseguenza, i risultati delle ricerche della rete sono adatte ed estendibili alla *presa di decisioni cliniche* giorno per giorno.

La rete riveste anche un ruolo essenziale per la raccolta dei dati appropriati alla politica sanitaria. Considerati i rapidi cambiamenti dell'organizzazione, del finanziamento, e dell'erogazione della cura psichiatrica, questo laboratorio di ricerca permanente fornisce una risorsa valida per la realizzazione di questo genere di studi. È disponibile una [bibliografia](#) delle pubblicazioni relative a questa rete.

- Il Pennsylvania Practice Research Network

Avviata da T.D. Borkovec (2001) e continuata soprattutto da L. [Castonguay](#), costituisce la prima esperienza al riguardo nel campo delle psicoterapie. Questa rete si è posta l'obiettivo di *creare programmi capaci di ottimizzare sia la validità interna con la loro scelta di metodologie scientifiche rigorose, che la validità esterna conducendo la ricerca in psicoterapia nelle forme attuali in cui è applicata*. Questo obiettivo rientra nella prospettiva del NIMH di concentrarsi maggiormente sulla ricerca nel mondo reale in campo clinico. In pochi anni, questa rete ha dato impulso a numerose ricerche, l'ultima delle quali sulle risposte terapeutiche che si possono dare alla recrudescenza di disturbi mentali gravi (depressione, ansia, disturbi dell'alimentazione, autolesionismo, ecc.) negli studenti. Questa rete insiste in modo particolare sullo sviluppo di una concreta collaborazione fra clinici e ricercatori.

Bridging the divide between clinicians and academic researchers

"One of the most exciting extensions of our work at BHL is our collaboration between researchers and our extensive network of clinicians. Working with leading academics in the field, we are facilitating academic research in the real world. As clinicians, we have long expressed concern that academic studies have little relevance to ongoing clinical work. The PRN will benefit policy makers, administrators, clinicians and clients by providing research-based clinical solutions to real clinical problems".

Questa rete, diretta da T.D. Borkovec, ha pubblicato un articolo in cui riporta le condizioni della sua creazione e affronta diverse problematiche relative alla ricerca proponendo dei consigli.

- La rete di neuropsichiatria infantile comunitaria di San Diego

Conduce in 6 centri di cura pubblici a San Diego (CA, USA) uno studio osservativo di psicoterapia per bambini di 4-13 anni che presentano problemi legati a disturbi comportamentali (Garland *et al.*, 2006).

Il Northern Practice Research Network (SPR-N PRN) del Regno Unito

Questa rete è nata da un gruppo della *Society for psychotherapy research*. I suoi obiettivi generali sono di standardizzare la raccolta dei dati di routine fra tutti i luoghi partecipanti e di utilizzare la banca dati derivante dall'operazione per comparare e distinguere le pratiche nel loro contesto, il profilo dei casi e la pratica standard. La prima iniziativa è stata quella di selezionare gli strumenti di valutazione e di definire le varie metodologie di valutazione e la loro articolazione (Audin *et al.* 2001, Barkham *et al.* 2003);

Obiettivi: standardizzare la raccolta di dati di routine fra tutti i luoghi partecipanti e utilizzare la banca dati derivante dall'operazione per confrontare e distinguere l'erogazione di servizi, il profilo dei casi e la pratica standard. Come modello di ricerca che agevola la raccolta di dati di efficacia reale, il metodo del PRN può essere utile al clinico in ambiti specifici, quali: efficienza dei costi, sviluppare e divulgare la ricerca, eliminare il divario fra ricerca e pratica, ridurre la resistenza alla valutazione sull'efficacia reale, contribuire all'implementazione e allo sviluppo di una politica sanitaria. Il concetto di "efficacia reale" dovrebbe comprendere anche le ricerche sui meccanismi di cambiamento.

Organizzazione: dei sottogruppi di clinici in un PRN possono identificare particolari settori di interesse per la ricerca e, usando i dati generati dalla rete nel loro complesso, collaborare per produrre pubblicazioni, rapporti e presentazioni.

I clinici intervengono direttamente in merito alla scelta dei temi, alla concezione e all'implementazione della raccolta dati con i loro pazienti. Gli studi del PRN hanno così una maggiore possibilità di generare dati della massima pertinenza che riflettono i bisogni prioritari dei clinici. Così facendo i risultati vengono introdotti nella pratica in modo più naturale rispetto a quanto avviene con i tipi di ricerca tradizionali.

Realizzazioni: selezione di strumenti di valutazione. Articoli sul CORE

Il Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFPP) in Francia

La sua creazione è il risultato di un processo avviato da diversi anni ad opera di Jean-Michel Thurin. L'INSERM, con la selezione di questa rete nel 2008, ha voluto rendere nota una mancanza di conoscenza in Francia in materia di pratiche psicoterapeutiche. Alla base dell'RRFPP figurano due obiettivi generali: da una parte, la conoscenza delle pratiche psicoterapeutiche nei diversi contesti e condizioni in cui vengono esercitate; dall'altra, lo sviluppo della valutazione delle psicoterapie in condizioni naturali approfondendo le conoscenze sulle forme e sui meccanismi di cambiamento nel corso del processo psicoterapico.

La sua metodologia risiede sui casi studio e combina l'approccio qualitativo con quello quantitativo. Ogni studio osserva il processo naturale della psicoterapia, tiene conto delle singole differenze e incorpora i migliori criteri di prova. Questa ricerca di rete permette di riunire casi analoghi e di esaminare le differenze e le comunità che intervengono nei loro percorsi evolutivi.

I clinici e i ricercatori lavorano in stretto contatto su un obiettivo comune e riducono il divario che caratterizzava in precedenza i loro rispettivi approcci.

La rete ha beneficiato del sostegno finanziario dell'INSERM, della Direzione generale per la Salute e della Fondation de France. Il suo funzionamento poggia su due strutture: Unité Inserm 669 (Prof. B. Falissard) e la Fédération Française de Psychiatrie.

Il Réseau de Recherche sur la Pratique Psychothérapique (PPRNet) in Canada

Il Réseau de recherche en pratique psychothérapique (PPRNet) mette in campo in Canada una collaborazione interdisciplinare fra gli psicoterapeuti clinici, gli educatori, i ricercatori e gli utenti della

conoscenza impegnati nella ricerca psicoterapeutica basata sulla pratica. Tale collaborazione conduce a una ricerca psicoterapeutica che si avvale delle competenze congiunte dei clinici che la praticano e dei ricercatori. Il suo obiettivo è quello di far progredire la ricerca basata sulla pratica con un obiettivo di giungere all'eccellenza in ambito psicoterapeutico e di migliorare il benessere della comunità. Il PPRNet si è impegnato a mantenere il benessere della comunità formando la futura generazione di clinici e ricercatori in una ricerca collaborativa in psicoterapia basata sulla pratica. Il PPRNet opera in parte grazie al generoso sostegno e al finanziamento della University of Ottawa, dell'Hôpital d'Ottawa e degli istituti di ricerca sulla salute in Canada (<http://www.med.uottawa.ca/pprnet/eng/index.html#4>).

Il giornale online Pragmatic Case Studies (PCSP)

Su iniziativa di D. Fishman, il PCSP è stato creato sotto l'egida dell'APA (*American Psychological Association*) per trattare le tematiche metodologiche dei casi studio pragmatici¹ e riunire le relative pubblicazioni (<http://pcsp.libraries.rutgers.edu/index.php/pcsp>).

L'International Project on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training (IPEPPT)

Questa rete persegue due obiettivi: la ricerca basata sulla pratica nei luoghi di formazione e la valutazione dell'efficacia della formazione (<http://www.experiential-researchers.org/ipeppt.html>).

GLI OBIETTIVI DELLA RETE

Gli obiettivi generali della rete selezionata sulla base del bando 2007 dell'Inserm "Réseaux de recherche clinique et en santé des populations" sono descritti nel dettaglio in [Pour la recherche 55](#). Tali obiettivi sono:

- assicurare una migliore conoscenza delle pratiche psicoterapeutiche nei diversi contesti e condizioni in cui vengono esercitate;
- sviluppare la valutazione delle psicoterapie in condizioni naturali e approfondire la conoscenza sulle forme e i meccanismi di cambiamento nel corso del processo psicoterapeutico.

Tre i disturbi al centro delle ricerche della rete: autismo e disturbi pervasivi dello sviluppo, borderline, Alzheimer e disturbi associati.

Il presente rapporto è dedicato alle ricerche del polo autismo incentrate sullo studio delle competenze emergenti nel processo di sviluppo di bambini autistici o affetti da disarmonie evolutive nel corso di terapie di scambio e di sviluppo, di psicoterapie psicodinamiche o altre forme di terapia.

II. SCELTA DELLA METODOLOGIA DELLA RETE NEL CONTESTO INTERNAZIONALE DELLA RICERCA PSICOTERAPEUTICA E DELLA PRATICA BASATA SULLA PROVA

La metodologia dell'RRFPP si inserisce pienamente nell'evoluzione generale della ricerca psicoterapeutica che si è imposta dal 2000 a oggi e si è espressa in diversi rapporti realizzati dal NIMH (National Institute of Mental Health), dall'APA (American Psychological Association) e nell'ambito della ricerca europea.

Gli obiettivi che accompagnano questa evoluzione sono:

- ridurre il divario fra la ricerca e la pratica (NIMH Rush AJ 1998, Insel, 2006; APA Levant 2006), soprattutto mediante lo sviluppo di ricerche sugli elementi che funzionano nella pratica.
- prendere in considerazione i limiti delle ECR (*efficacy research*) di prima generazione (campioni troppo specifici, indicatori troppo ridotti, durata limitata dell'indagine, mancata presa in considerazione del contesto), cosa che riduce l'applicabilità dei loro risultati¹¹ ;
- avvicinarsi alla ricerca incentrata sul mondo reale, ossia condurre studi in condizioni naturali (*effectiveness naturalistic studies*) e in grado di rispondere alle domande dei pazienti, dei clinici, dei servizi sanitari e delle assicurazioni. Così facendo, raccomanda anche di abbattere le barriere fra le varie ricerche e i relativi attori.

Nel concreto, questo si tratta di:

- sviluppare studi clinici di seconda generazione con l'obiettivo di coinvolgere il maggior numero di pazienti e seguirli per un periodo di tempo più lungo; tenere conto delle complessità della diagnosi (ad es. comorbidità e cronicità, sottotipi di pazienti e loro peculiarità); ampliare gli indicatori di risultati a

¹¹ «**Pourquoi des RRFPP ?**

Des travaux récents réexaminant l'écologie des soins médicaux aux Etats-Unis ont mis en évidence les disparités entre les endroits où la plupart des gens reçoivent la plupart du temps des soins médicaux et les lieux dans lesquels la recherche médicale est effectuée. Les études réalisées dans l'environnement de soins tertiaires excluent souvent systématiquement l'environnement physique et psychosocial du patient, la relation patient-médecin, et les multiples effets des facteurs inhérents à l'organisation, la prestation et le financement des soins de santé. En outre, les problèmes couramment observés par ceux qui pratiquent les soins primaires sont souvent d'origine multifactorielle, se présentent avec une gamme de signes et de symptômes, et sont abordés par une variété de techniques sur plusieurs visites. La compréhension de ces problèmes est limitée, et ce que nous savons est souvent basé sur des sous-groupes de patients sélectionnés. La recherche effectuée en pratique ou dans des dispositifs communautaires est nécessaire pour fournir un aperçu et une compréhension du spectre clinique de la maladie car elle affecte la plupart les gens, la plupart du temps, dans le contexte de leur vie, de leurs normes et de leurs valeurs socioculturelles. Même la récente feuille de route des «Instituts Nationaux de Santé [américains] (NIH) » s'est faite le défenseur de nouveaux partenariats entre les communautés organisées de patients, les médecins travaillant dans la communauté et les chercheurs universitaires, notant que «l'efficacité et la productivité de l'entreprise de recherche clinique de la nation seront renforcées par la promotion de réseaux de recherche clinique capables de mener rapidement des études et des essais où de multiples questions de recherche clinique de grande qualité peuvent être abordées.» *In Kutner et al.*

una normalizzazione funzionale; esaminare e mettere a confronto gli interventi concretamente attuati nella pratica e il loro effetto sullo svolgimento della terapia; considerare la riabilitazione come un'importante forma di intervento ed esaminare in che modo agiscono gli interventi singolarmente o collettivamente;

- di realizzare studi multi-luogo tenendo conto dei diversi contesti organizzativi delle cure e dell'esistenza di forme particolari nelle variazioni dei risultati.

Oltre alle evoluzioni generali presentate qui sopra, particolarmente attese non solo dai clinici ma anche dai ricercatori, si è registrata un'importante evoluzione, in generale come in particolare, delle ricerche sulla psicoterapia nel corso degli ultimi anni, ossia quella di abbandonare la prospettiva globale degli studi dei risultati legata a dei "marchi" (*brand names*) in favore di un interesse puntuale rivolto ai fattori individuali e generali di cambiamento (e di non cambiamento), al modo concreto in cui essi intervengono nel processo psicoterapeutico (*mediatori*) e a una messa in relazione con i meccanismi di cambiamento.

L'asse generale della ricerca psicoterapeutica si è così spostato da "*La psicoterapia funziona?*", "*Quali sono gli approcci terapeutici generali che funzionano nei vari disturbi?*" a "*Come agisce una psicoterapia e in che condizioni?*" (Kraemer *et al.* 2001, seminario del NIMH 2002, Kazdin & Nock 2003), "*Quali sono i fattori che contribuiscono a ottenere risultati positivi in ogni tipo di terapia, in diverse terapie, e attraverso le terapie*" (Barber, 2007).

Questa evoluzione generale ha comportato un ricentramento sulle pratiche e sui casi studio intensivi, e ha determinato una partecipazione congiunta di clinici e ricercatori. Questa evoluzione si esprime nei temi dei congressi internazionali della *Society for Psychotherapy Research* (SPR) e della *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI) dal 2010¹².

Tali principi metodologici spiegano l'importanza attribuita nella rete:

- ai casi studio intensivi individuali e alle analisi qualitative e quantitative che li accompagnano; in effetti, solo con un'ampia quantità di dati è possibile comprendere i mediatori e i meccanismi di cambiamento;
- alla perizia clinica iniziale (fino alla formulazione del caso), riguardo soprattutto alla diagnosi psicopatologica (particolarmente attenta ai sottotipi clinici e ai disfunzionamenti peculiari che li accompagnano, come pure ai punti di supporto) per elaborare la strategia iniziale della terapia. Questa strategia e gli obiettivi che l'accompagnano tengono inoltre conto delle variabili peculiari (ad es., gravità del disturbo) e di contesto (isolamento sociale): i *moderatori*;
- alle variabili di processo (paziente, terapeuta e tecnica adottata, loro interazioni), che intervengono inizialmente sull'alleanza terapeutica (fattore fondamentale di risultato) e sullo svolgimento della terapia, soprattutto sulla scelta degli interventi specifici.
- al fatto che questi casi studio derivino da pratiche effettuate nel "mondo reale" e che possano essere raggruppate perché nessun terapeuta o organismo istituzionale avrebbe la possibilità di condurre da solo il lavoro di ricerca che richiede questo programma.

E la scelta di una struttura organizzativa di rete.

¹² "Going the Distance: From Psychotherapy Research to Practice and Back," (SPR, 2013); "Psychotherapy Integration: Researchers and Clinicians Working Together Towards Convergence" (SEPI 2013); "Change mechanisms in psychotherapy: State of the art, state of the science, and a bridge between them" (SPR 2012); "Change Process Research: Implications for Integrative Practice" (SEPI 2012); "Therapeutic Relationships & Psychotherapy Outcomes: Future Directions for Psychotherapy Research, Practice and Training" (SPR 2010)

III. IMPLEMENTAZIONE E MODALITÀ DI LAVORO DELLA RETE

1. Preparazione dell'organizzazione della rete e del suo funzionamento

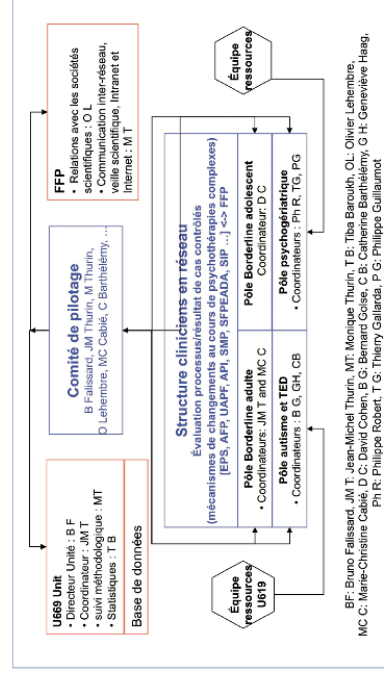
Nella vasta letteratura passata in rassegna prima dell'implementazione della rete, 2 articoli ci hanno aiutato molto perché presentavano le riflessioni degli autori sulla loro esperienza in questo ambito. Si tratta dell'articolo di Borkovec *et al.* all'inizio dell'implementazione del *Pennsylvania Practice Research Network* nel 2000 e quello di Kutner *et al.* all'interno della ricerca sull'assistenza di fine vita. La loro rilettura mostra che gli obiettivi, i temi centrali, gli ostacoli incontrati e il modo di superarli ivi presentati restano molto attuali e transdisciplinari per quanto riguarda i principi e le modalità di lavoro.

2. Presentazione della rete e invito a partecipare alla ricerca

Un invito generale a partecipare alla ricerca è stato lanciato con la pubblicazione in [*Pour la Recherche 55*](#) della metodologia della rete e delle condizioni di partecipazione. Il 25 aprile 2008 si è tenuta, presso l'ospedale Sainte Anne di Parigi, una prima riunione di presentazione e di discussione. Se ne può leggere un resoconto in [*Pour la Recherche 56*](#), mentre tutte le presentazioni, comprese le domande dei partecipanti, sono consultabili sul [sito web](#). Questo invito è stato ampiamente diffuso dalle istituzioni, dai servizi interessati e dalle iniziative scientifiche che si sono tenute successivamente. Nello stesso anno si sono svolte altre tre riunioni di invito a partecipare, incentrate sui tre poli della rete: borderline, autismo e Alzheimer.

Per presentare la rete è stato realizzato un opuscolo, che viene regolarmente divulgato durante le varie iniziative scientifiche.

- **Coordinateurs** : Jean-Michel Thurin et Bruno Falissard
- **Institutions** : Inserm U669 et Fédération Française de Psychiatrie
- **Soutien et support financier** : Inserm, DGS et Fondation de France
- **Comité de Pilotage** : Dr Jean-Michel Thurin, Pr Bruno Falissard, Monique Thurin, Pr David Cohen, Pr Catherine Barthélémy, Pr Bernard Golse, Dr Geneviève Haag, Dr Marie-Christine Cabié, Dr Olivier Lehenbre, Pr Philippe Robert, M Denis Mellier
- **Méthodologie et analyse des données** : Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, Tiba Baroukh, Fadia Dib, Bruno Falissard (U669).



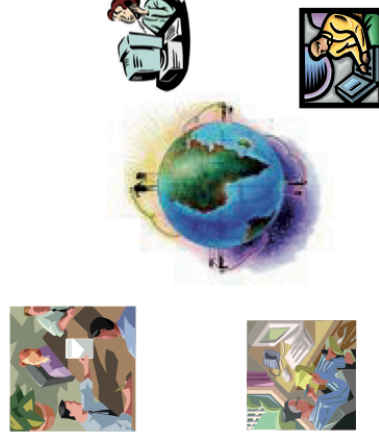
● Comment s'inscrire ?

- ◆ Adresser un e.mail (mthurin@techniques-psychotherapies.org) en faisant la demande d'inscription dans l'un des pôles du réseau (borderline, autisme et troubles envahissants du développement ou alzheimer et troubles apparentés).
- ◆ Le clinicien évaluera le suivi psychothérapique d'un de ses patients dans le cadre d'un groupe de pairs (avec deux autres cliniciens).
- ◆ Le clinicien désirant s'engager dans les études peut consulter le site internet, poser des questions et participer aux réunions régulières qui se tiennent sur le réseau. Concernant ces dernières, un agenda est affiché sur le site à l'adresse suivante :

<http://www.techniques-psychotherapies.org/Reseau/>



Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques



● Qu'est ce que le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFPP) ?

- ◆ Ce réseau constitue le cadre innovateur d'une recherche clinique en psychiatrie ayant vocation à répondre aux questions qui se posent aux cliniciens dans leurs pratiques quotidiennes. Il est coordonné par B. Falissard (U669) et JM. Thurin (FFP & U669). La recherche porte sur les psychothérapies, un traitement majeur en psychiatrie et en santé mentale.
- ◆ Les méthodologies développées permettent de mener des études rigoureuses dans des conditions réelles. Elles ouvrent des voies tout à fait prometteuses, tant au niveau des connaissances que des pratiques.
- ◆ Actuellement, près de 200 cliniciens participent aux études. Des collaborations internationales très dynamiques sont d'ores et déjà établies.
- ◆ Issue d'une sélection très compétitive par l'Inserm, cette recherche bénéficie du soutien de la Direction Générale de la Santé et de la Fondation de France.

● En quoi ce réseau est-il novateur ?

- ◆ Sa méthodologie repose sur les études de cas de troisième génération (études pragmatiques de cas) et l'organisation du travail en réseau.
- ◆ Cette méthodologie associe les approches qualitative et quantitative. Elle permet de décrire effectivement le processus d'approches thérapeutiques qui étaient mises antérieurement hors jeu de la recherche empirique en raison de leur complexité (par exemple, thérapie de jeu, psychothérapie psychodynamique, thérapie psychanalytique).
- ◆ Chaque étude respecte le processus naturel de la psychothérapie, prend en compte les différences individuelles et intègre les meilleurs critères de preuve.
- ◆ A partir d'une formulation psychopathologique initiale accompagnée d'objectifs et d'une stratégie de départ pour les atteindre, chaque cas bénéficie d'une observation longitudinale de ses changements manifestes (symptômes, comportements et fonctionnements) et du processus interne de la psychothérapie qui les sous-tend. Il en résulte une vision multidimensionnelle et systématique du processus de changement qui ouvre à une compréhension de ses causes et de ses mécanismes.
- ◆ La recherche en réseau permet de réunir des cas analogues et d'interroger les différences et les communautés qui interviennent dans leurs trajectoires d'évolution. Le caractère individuel ou plus général des résultats est pris en considération.
- ◆ Les cliniciens et les chercheurs travaillent en liaison étroite sur un objet commun et réduisent le fossé qui caractérisait auparavant leurs approches respectives.
- ◆ Le réseau utilise pleinement les nouvelles technologies de communication.

● Comment fonctionne-t-il ?

- ◆ Trois cliniciens se réunissent en groupe de pairs (GP).
- ◆ Chaque clinicien suit l'évolution de l'un de ses cas pendant un an, à partir des données qu'il recueille au cours des 3 premiers entretiens, puis de 2 entretiens à 3 mois, 6 mois et 12 mois. Les évaluations sont réalisées individuellement. Les cotations sont comparées et discutées en GP jusqu'à accord.
- ◆ La formation à la recherche est réalisée à partir :
 - de présentations de la méthodologie et des instruments sur le site Internet du réseau : www.techniques-psychotherapies.org/reseau ;
 - de formations ciblées ; de réunions de retours d'expériences ;
 - d'un accompagnement par mail et éventuellement téléphonique du groupe de pairs.
- ◆ L'analyse des données de son cas est transmise au clinicien.

● Qu'apporte le réseau au clinicien qui y participe ?

- ◆ Une réduction de son isolement, la possibilité de partager des questions cliniques et théoriques avec une méthodologie solide pour y répondre.
- ◆ Une connaissance de l'efficacité générale et dimensionnelle de la thérapie qu'il anime.
- ◆ Un enrichissement de ses outils d'observation clinique et de compréhension des ressorts de l'interaction thérapeutique.
- ◆ Une possibilité de décrire son approche, les principales actions thérapeutiques qu'il met en œuvre et leur évolution au cours du processus psychothérapique.
- ◆ Une base de formation à la recherche et la validation de ses obligations d'EPP / DPC.

● Quels sont ses premiers résultats ?

- ◆ Les pratiques ne correspondent pas aux stéréotypes. Les thérapeutes adoptent une attitude empathique et ajustent leur approche à l'état de base et aux évolutions de leurs patients.
- ◆ Les modérateurs (sévérité des troubles, alliance familiale,...) interviennent dans les résultats.
- ◆ L'alliance est un facteur essentiel, avec des convergences ou des « ratapages » entre le patient et le thérapeute.
- ◆ D'autres facteurs, tels que l'insight, l'amélioration des relations interpersonnelles constituent des facteurs importants de l'évolution du patient.

3. Adesione al codice etico, raccolta, valutazione e gestione dei dati

a) Informativa e consenso del paziente

Nell'aprile 2008 è stata realizzata da J-C. Thalabard una presentazione generale del codice etico relativo agli studi osservativi condotti nell'RRFPP ([presentazione in PPT](#) online).

È stata formulata una richiesta di consenso prima al CCTIR, che l'ha accordato, poi alla CNIL, che l'ha accordato con le seguenti condizioni:

- Tutti i terapeuti partecipanti alla ricerca dell'RRFPP (Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques) che desiderino includervi un paziente sono tenuti a informare la famiglia del paziente in merito all'obiettivo della ricerca.
- In caso di accordo di principio della famiglia, il medico le consegna un [modulo di consenso](#) per partecipare a una ricerca sulla valutazione delle psicoterapie, comprensivo di un'informativa sul diritto di accesso e rettifica dei dati, in conformità con la legge "Informatica e libertà" del 6 gennaio 1978.
- Alla ricezione del consenso formale del rappresentante del paziente, il terapeuta contatta Monique Thurin (MT), psicologa clinica, responsabile dei dati identificativi, per ottenere un codice paziente. Se il paziente in questione è il primo a essere incluso nella ricerca, al terapeuta viene assegnato anche un codice terapeuta. Per poter partecipare alla ricerca, il terapeuta è tenuto anche a indicare due colleghi che valuteranno la psicoterapia del suo paziente con gli stessi strumenti.
- Il codice terapeuta è un numero di registro composto da tre caratteri, elaborato da MT secondo un ordine progressivo a partire dal primo paziente incluso nella ricerca dal terapeuta: 001, 002, ... Il numero assegnato al terapeuta è unico e viene annotato su un registro riservato esclusivamente a questo scopo, recante il nome e il cognome del medico. Tale codice fungerà da ID del terapeuta per tutta la durata della ricerca e gli garantirà l'anonimato. Anche i codici paziente vengono creati in ordine progressivo, via via che i pazienti vengono inclusi nello studio. Per distinguere facilmente i codici paziente dai codici terapeuta, i codici paziente sono composti da un numero di registro progressivo contenente tre caratteri preceduti da una X per pazienti di sesso femminile (X001, X002, ...) e da una Y per pazienti di sesso maschile (Y001, Y002,...). Per i pazienti italiani, i codici contengono una "i" (Xi01, Xi02, ...).

b) Quaderno d'osservazione

- Dopo l'assegnazione del codice paziente, viene fornito al terapeuta un [libretto di valutazione](#) del paziente, anonimo e relativo alla sua patologia, in formato Word convertito in RTF. Nel libretto il clinico raccoglierà i dati, pertinenti alla ricerca, della psicoterapia effettuata con il paziente per 1 anno. I codici terapeuta e paziente, nonché il libretto di valutazione privo di altre informazioni al di fuori di quelle chiave, vengono forniti su richiesta del terapeuta inviata tramite e-mail alla responsabile dei dati identificativi.
- Alla ricezione del libretto di valutazione, il terapeuta vi inserirà il codice e l'età del paziente, la data di inizio della terapia, il codice terapeuta e i codici terapeuta dei due colleghi. Stilerà quindi nel corso dei primi tre incontri clinici una valutazione qualitativa del paziente, con diagnosi, obiettivo, strategia, secondo il metodo della formulazione del caso, come pure una valutazione quantitativa della patologia utilizzando punteggi relativi a questionari specifici al disturbo in oggetto. Ogni incontro clinico viene esaminato dagli altri due colleghi e i punteggi dei questionari dei tre terapeuti sono posti a confronto per giungere a una conferma globale della diagnosi. I tre terapeuti comunicano fra loro con e-mail protette, per telefono oppure nel corso di riunioni fisiche o online.
- Alla fine di questa fase, il terapeuta invia con una e-mail protetta alla responsabile dei dati identificativi la valutazione iniziale, la prima parte del libretto, identificata dal codice paziente e convalidata dal gruppo di pari. Se prima dello studio sono stati realizzati dei test, il clinico li fornisce congiuntamente alla formulazione del caso.

c) Raccolta e valutazione dei dati

I dati sono desunti dagli appunti esaustivi presi dal clinico durante le sedute o immediatamente dopo. Quando possibile, sono accompagnati da video registrati nei primi 3 incontri, poi nel corso di 2 sedute a 2, 6 e 12 mesi dall'inizio della terapia. I dati sono più completi possibile e contengono, in ordine cronologico, non solo le parole del paziente, ma anche informazioni sui suoi comportamenti, le sue posture, gli interventi del terapeuta, quello che pensa il terapeuta durante la seduta e l'atmosfera della seduta.

Questi dati vengono inviati in formato elettronico agli altri 2 membri del gruppo di pari¹³ (non presenti durante la seduta). Ogni clinico stila una valutazione individuale sulla base degli strumenti utilizzati nella ricerca, poi attraverso una riunione del gruppo di pari (in genere tramite videoconferenza) si elabora la valutazione definitiva dopo aver discusso delle differenze nei punteggi della valutazione.

La questione dell'accordo fra giudici, centrale in virtù del fattore multicentrico della ricerca, è stata oggetto di un'attenzione particolare. La procedura di accordo fra giudici si effettua in tre fasi. Nella prima fase ogni giudice stila una valutazione individuale dei dati, a partire da strumenti convalidati. La seconda fase vede una riunione di analisi dei risultati e di convergenza verso un punteggio globale realizzata nel gruppo di pari. Questo metodo è stato utilizzato per migliorare l'affidabilità delle valutazioni di strumenti che possono richiedere un periodo di adattamento per i clinici che, operando isolatamente, non li conoscono alla perfezione, soprattutto individuando le distorsioni della valutazione e per formalizzare le cause razionali di divergenza. Al punteggio globale non si giunge effettuando una media dei 3 punteggi, ma discutendo sui dati. I punteggi di ogni fase vengono conservati.

Queste due fasi relative a ogni caso sono completate da regolari riunioni di feedback in cui si dedica sistematicamente una parte alle eventuali difficoltà incontrate nelle valutazioni. Ai partecipanti vengono fornite a voce delle precisazioni, in genere relativamente ai manuali di valutazione. Quando necessario, vengono stilate e pubblicate istruzioni complementari sul sito della rete.

d) Ricezione, controllo e archiviazione dei dati

Una volta effettuate le valutazioni e ottenuto l'accordo su ciascuna di esse, i dati vengono inviati a MT per essere inseriti e archiviati nelle banche dati.

- Alla ricezione delle valutazioni, la responsabile dei dati identificativi, MT, informa il tecnico statistico e Jean-Michel Thurin, psichiatra, responsabile della rete RRFPP, della disponibilità dei dati. I dati qualitativi e testuali sono archiviati in un server Mac OS Server X 10.5, mentre i dati quantitativi sono archiviati in un secondo server Mac OS Server X 10.5 che si trova al Centre Inserm P. Broca. Vengono poi inseriti nella banca dati della rete RRFPP, gestita dal software di gestione file FileMaker Pro.
- MT controlla che l'avvio della procedura di follow-up del paziente sia conforme alla metodologia della ricerca e soprattutto che le varie sezioni siano compilate in modo corretto. MT effettua successivamente una verifica dei contenuti e della coerenza dei dati quantitativi. L'accesso a distanza ai due server Mac OS Server è protetto mediante il software FileMaker Pro Server e il protocollo di condivisione dei file utilizzato da Macintosh, AFP (*Apple Filing Protocol*).
- Il FileMaker Pro Server permette di codificare tutte le comunicazioni fra i client dotati di FileMaker Pro e il server Mac OS Server X 10.5 con crittografia SSL. Consente di designare un insieme di utenti con autorizzazioni POSIX, ispirato al sistema di lista di utenti UNIX e di controllarli in tempo reale per mezzo dell'Admin Console. In questa ricerca, la lista degli utenti è molto ridotta: Monique e Jean-Michel Thurin, e il tecnico statistico.

In caso di riscontro di incompletezza o anomalia nei dati, MT richiede via e-mail al terapeuta di completare o riesaminare i dati.

13 Les cliniciens travaillent par groupes de 3 pairs.

Dalla data di ricezione dei dati inizia un periodo di 2 mesi, al termine dei quali il terapeuta invia la sua valutazione essenzialmente quantitativa (punteggi ai questionari), convalidata dal suo gruppo di pari, seguendo la procedura descritta nella seconda fase. In caso di mancata ricezione della valutazione, MT sollecita il terapeuta per e-mail.

Le procedure a 6 mesi, (9 mesi se possibile) e a 12 mesi si svolgono nello stesso modo: il terapeuta invia la sua valutazione, MT la riceve e ne verifica il contenuto e la coerenza prima di inserirla nella banca dati.

La valutazione a 12 mesi produce di nuovo una diagnosi del paziente, come pure una formulazione del caso, convalidata dal gruppo di pari. I dati vengono inviati per l'ultima volta a MT e, dopo la loro convalida, il dossier del caso viene chiuso e non può più essere modificato.

e) Organizzazione delle banche dati

I dati vengono organizzati in 12 banche dati, realizzate con il software FileMaker Pro, basate sui casi individualizzati, sugli indicatori di risultati, sugli indicatori di processo e sui casi raccolti.

Di seguito è riportato il grafico che illustra la loro organizzazione. L'accesso ai dati e la loro presentazione in configurazioni che consentono già di effettuare classificazioni, estratti, ecc. sotto diversi formati, dal singolo caso all'insieme dei casi, hanno permesso un approccio diretto e una rapida visione che sono stati consolidati dagli strumenti statistici.

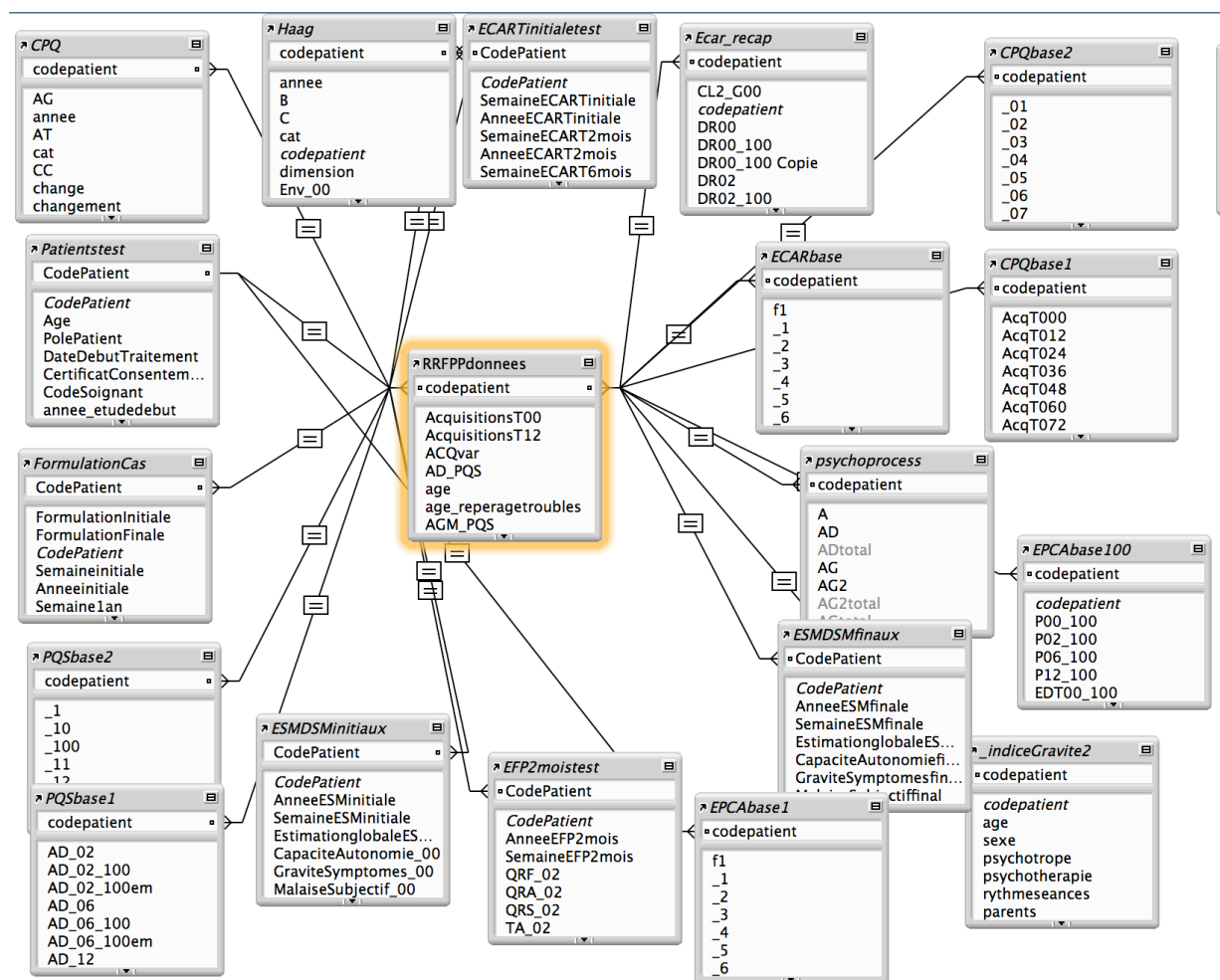


Grafico delle banche dati e della loro organizzazione

4. Funzionamento della rete per i clinici partecipanti alla ricerca

Il sostegno dei membri della rete ha un'importanza fondamentale. È uno degli aspetti sui quali Kutner *et al.* insistono di più, sulla base della loro vasta esperienza nel settore¹⁴.

Nell'RRFPP, il sostegno fornito ai clinici per partecipare al Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques, comprendere la metodologia e utilizzare gli strumenti necessari si è articolato intorno a sei modalità principali: le giornate dedicate all'informazione, alla formazione e al feedback; i documenti scritti; il sito web della rete e gli scambi telefonici; il riconoscimento del lavoro dei clinici.

a) Le giornate dedicate all'informazione, alla formazione e al feedback

- Le giornate si svolgono in due modalità

Le *giornate* vere e proprie vedono riuniti tutti i clinici di tutti i poli della rete e il pubblico interessato.

I *seminari* dedicati a ogni polo sono incentrati sul lavoro dei clinici, discusso e presentato intorno a dei risultati.

b) I documenti scritti

- Il libretto di valutazione, specifico per ogni polo

Viene inviato a ciascuno dei clinici al loro ingresso nella rete. Riporta la metodologia dettagliata e le schede di valutazione.

- Le pubblicazioni di *Pour la Recherche*

¹⁴ **Soutenir le Réseau**

Les RRFP ont, par définition, une vie indépendante des études individuelles. Afin de maintenir un RRFP au fil du temps, une attention particulière doit être accordée aux besoins des membres du réseau. Les besoins des membres du réseau peuvent être traités de diverses manières: (1) Fournir les résultats propres de chaque site et les résultats agrégés en temps opportun pour les sites participants, avec leur interprétation et suggestions pour leur traduction dans la pratique clinique - le retour intellectuel d'un projet peut être la meilleure récompense pour leurs efforts. Le fait de ne pas recevoir en temps opportun un retour sur les résultats d'une étude peut créer du ressentiment et réduire l'intérêt pour les projets de recherche futurs ; (2) Aider à l'utilisation des données de l'étude du réseau pour l'amélioration de la qualité / des projets d'assurance qualité ; (3) Fournir sur place des services se rapportant - aux études du réseau ; (4) Mener des revues de littérature - pour les membres du réseau - et fournir des articles pertinents ; (5) Tenir compte des intérêts de recherche des membres. Ceux qui pensent que le projet est sans importance ou ne concerne pas leur population de patients sont peu susceptibles d'être d'une grande aide ; (6) adapter le projet aux routines cliniques. Un projet de recherche clinique située dans un cadre communautaire doit s'intégrer harmonieusement dans le fonctionnement quotidien de la pratique. S'il apparaît qu'un projet interfère de façon significative avec le soin des patients, l'investigateur doit être prêt à faire des changements dans la conception ou la mise en œuvre de la recherche, y compris le lieu ou le mode de recrutement des patients, la durée de passation des instruments d'étude, la méthode et les fréquences de suivi, la source de données de l'étude ; (7) limiter la charge sur les personnes en maintenant des exigences proportionnées au temps qu'ils ont actuellement à consacrer au projet.

L'équipe de recherche doit rester consciente et reconnaître les exigences concurrentes rencontrées par les cliniciens. Le maintien de l'intérêt que les membres RRFP portent à la recherche en général et la possibilité de générer leur intérêt à participer à des études particulières nécessite un contact personnel continu et fréquent entre l'équipe de recherche et les membres du réseau via des appels téléphoniques, des visites de sites, des messages e-mail, lettres, etc. En outre, l'équipe de recherche devrait fournir à ses sites membres les moyens d'établir des relations publiques, de donner des informations via des communiqués de presse, de gérer la paternité (ou au moins la reconnaissance dans les publications), et les mentionner dans les bulletins de la société et professionnels. Le RRFP devrait continuellement rechercher comment augmenter le respect et la réputation du réseau parmi les sites participants, les organisations professionnelles et les collègues.

Des mesures incitatives pour les sites participants et les individus sont appréciées et aident la participation à l'étude et son achèvement. Notre réseau a utilisé des certificats reconnaissant l'activité des personnes, des marques de reconnaissance des organisations pour leurs contributions à l'étude, des logos, des stylos, des abonnements à des revues et des réunions festives pour remercier ses membres pour leurs contributions aux études ». In Kutner *et al.* 2005

Diversi numeri sono stati consacrati alla metodologia generale, alla metodologia di ogni polo e alla sintesi dei feedback.

- I rapporti valutativi della rete e la loro discussione.

c) Il sito web dedicato alla rete www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/

Contiene

Informazioni generali sulle condizioni per diventare membro: <http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/Candidatures.html>

La toolbox dei membri della rete: <http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/BoiteOutils.html>

- questo link rimanda a una pagina in cui il clinico può consultare la metodologia generale della rete in tutte le sue componenti sotto forma di testi, di slideshow
- il clinico può facilmente scaricare gli strumenti informatici necessari per visionare i video disponibili (*Quicktime*) o per comunicare a distanza con il gruppo di pari (*Skype*)
- il percorso da seguire per avviare la ricerca
- questa pagina propone anche dei link relativi alle informazioni su ciascuno dei poli: descrizione generale degli strumenti e il link alla metodologia specifica per ognuno di loro.
- A partire da questa pagina i clinici operanti in uno dei poli possono accedere a una serie di formazioni per imparare a usare gli strumenti e realizzare verifiche online¹⁵.

Il calendario delle attività della rete <http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/Calendrier.html>

- Molto utile per i clinici, contiene le date delle riunioni ma anche il resoconto delle riunioni precedenti (slideshow e video)²⁴.

Una rassegna delle pubblicazioni relative alle questioni prioritarie della ricerca <http://www.psydoc-france.fr/Phorum5/list.php?10>

- Contiene sintesi delle recenti ricerche sulle tematiche della rete.

- Il sito [techniques-psychotherapiques.org](http://www.techniques-psychotherapiques.org/): <http://www.techniques-psychotherapiques.org/>

Fonte documentaria sulla valutazione delle psicoterapie

d) Gli scambi via e-mail con i clinici

- Primi contatti: iscrizione alla rete

Gli scambi di e-mail con il clinico cominciano con la sua domanda di partecipazione. Gli viene quindi inviata una scheda informativa che lo riguarda, contenente il suo nome, il suo indirizzo professionale, le modalità di presa in carico psicoterapeutica dei suoi pazienti (privata, istituzionale, ecc.), il suo modello teorico di riferimento (psicodinamico, cognitivo-comportamentale, terapia familiare, ecc.). In questa occasione, vengono chiesti al clinico

¹⁵ Ce niveau est accessible avec mot de passe, distribué à chacun des cliniciens qui s'inscrit dans le réseau.

età, sesso e data della prima seduta di psicoterapia del paziente che partecipa alla ricerca (data corrispondente all'inizio della valutazione). Il clinico riceve quindi un codice terapeuta, un codice per il suo paziente (anonimato dei dati clinici) e il libretto di valutazione relativo al polo al quale appartiene.

- Assistenza per l'assimilazione della metodologia

Sulla base di queste premesse si tengono numerosi scambi per rispondere alle domande del clinico, per spiegare nuovamente un dato punto metodologico, per aiutare a utilizzare uno strumento ...

- Le valutazioni

Le schede di valutazione dei diversi strumenti vengono inviate per e-mail a un solo referente (M. Thurin) che le controlla. Eventualmente M. Thurin chiede delle precisazioni al clinico o di rivedere in gruppo di pari gli elementi non specificati. Per ciascuno dei casi seguiti, la valutazione definitiva è costituita da 23 schede: 9 contengono i dati di base (appunti esaustivi delle sedute), 2 contengono le formulazioni del caso iniziali e a 12 mesi che corrispondono a una diagnosi psicopatologica del bambino, ai suoi problemi ma anche alle sue risorse, 1 scheda contiene i moderatori, le altre 11 contengono le valutazioni che, realizzate con i vari strumenti, riguardano 1. i sintomi e i comportamenti, 2. lo sviluppo e 3. il processo interno della psicoterapia.

Con i gruppi di pari viene fatto a cadenza regolare il punto della situazione per verificare che i dati siano giunti a destinazione e per stimolare il lavoro dei clinici.

e) Scambi telefonici

- Il clinico può chiamare tutti i lunedì dalle 21.00 alle 22.00. Sono inoltre previsti appuntamenti individuali per discutere della metodologia o di un punto difficile da risolvere.

f) Riconoscimento del lavoro dei clinici

Il riconoscimento del lavoro dei clinici viene effettuato, come proposto nell'articolo di Kutner, citando il loro lavoro nelle presentazioni, negli articoli, nelle conferenze. Il gruppo italiano ha chiesto e ottenuto dei certificati in occasione di una delle sue Giornate.

IV. METODOLOGIA DELLA RICERCA E ANALISI DEI DATI

1. Metodologia relativa al follow-up del paziente

A partire da un tempo T (inizio di una psicoterapia o una psicoterapia in corso), il terapeuta prende appunti esaustivi delle prime tre sedute che serviranno da base alla valutazione. In seguito verranno effettuate altre valutazioni - a cadenza di 2, 6 e 12 mesi - dove il terapeuta prenderà appunti esaustivi di due sedute.

Moderateurs

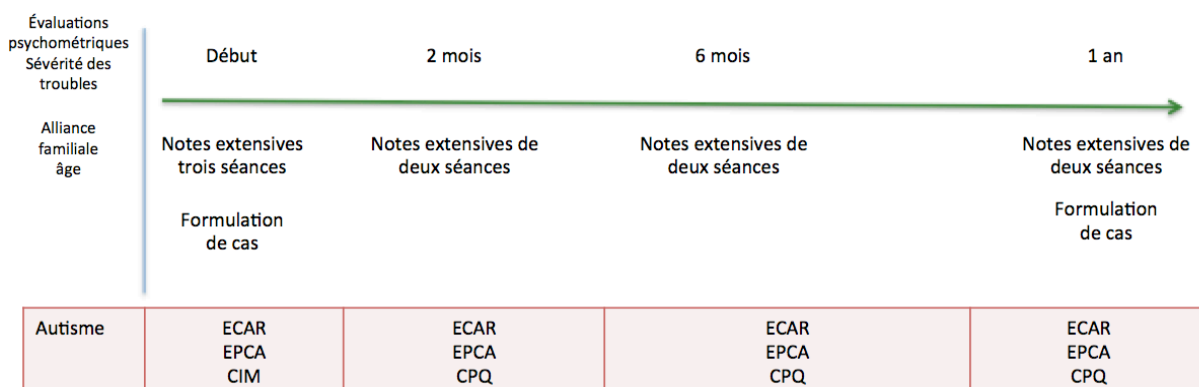


SCHÉMA CHRONOLOGIQUE DE COLLECTE DES DONNÉES PAR LES CLINICIENS

Perché appunti esaustivi? La metodologia proposta nella rete risiede su casi studio pragmatici, ossia su studi in situazioni naturali. Le valutazioni non devono interferire nel corso della seduta e il clinico e i colleghi riempiranno le tabelle sulla base di dati clinici scritti. In sostanza, quindi, i cambiamenti prodottisi potranno essere compresi alla luce di una valutazione di una decina di sedute di psicoterapia (effettuate in tempi diversi) e a partire da tre principali tipi di strumenti:

- La formulazione del caso, linea di base delle valutazioni per le tre patologie in oggetto. È costituita da una definizione dei problemi e una diagnosi psicopatologica del paziente che conducono alla formulazione degli obiettivi e a una strategia per raggiungerli. Nella metodologia della rete ruota intorno a quattro punti:
 1. Problemi attuali del paziente e loro posto nel contesto della sua vita attuale, della sua storia e del suo sviluppo
 2. Fattori non dinamici che possono aver contribuito al suo problema (genetici, perinatali, sociali, patologie, ...)
 3. Integrazione sintetica dei dati disponibili che porta a un'interpretazione dei fattori scatenanti e delle influenze che mantengono i problemi della persona. Elementi favorevoli; elementi ritenuti mancanti
 4. Prima definizione degli obiettivi intermedi e finali della psicoterapia e della strategia per raggiungerli (modalità psicoterapeutica utilizzata).
- Gli strumenti che valutano la gravità dei sintomi e il funzionamento del paziente ECAR-t (Barthélémy, Lelord, 1997) e la griglia di riferimento delle tappe evolutive dell'autismo infantile (EPCA, Haag *et al.* 1995) per il polo autismo.

La valutazione del funzionamento viene effettuata sulla base di una serie di indicatori, quali, ad esempio, per il polo autismo: Autonomia; Gravità dei sintomi; Deficit relazionale; Malessere e sconforto soggettivo; Uso da parte del bambino delle sue capacità soprattutto nel gioco, nell'apprendimento e nel linguaggio; Qualità della comunicazione; Esplorazione dello spazio e degli oggetti; Natura e diversità degli interessi del bambino; Espressione e tolleranza emotiva; Insight; Risoluzione di problemi e capacità di adattamento...

Tali indicatori permettono quindi di cogliere le evoluzioni intrapsichiche e intersoggettive, e di prendere in considerazione degli indici di salute. Gli strumenti che permettono di raccogliervi sono molto vicini al campo clinico e facili da utilizzare.

- Uno strumento di valutazione del processo, il CPQ. Questo strumento descrive il processo della terapia sulla base di 100 item. Ogni item è concepito per essere osservabile, per evitare i riferimenti a una teoria specifica. È destinato a essere in gran parte neutro e a poter essere usato per qualsiasi terapia. Permette di rappresentare un ventaglio di interazioni terapeutiche e soprattutto di descrivere sistematicamente le interazioni terapeuta-paziente. Lo studio dei processi di cambiamento, a partire dall'evoluzione delle forme caratteristiche della terapia, non è soltanto un confronto di tabelle statiche, ma tiene conto della dinamica della loro variazione nel loro contesto di espressione.

2. Metodologia relativa alle valutazioni

Uno dei punti importanti degli studi è rappresentato dalla partecipazione del clinico alle valutazioni, che consente al terapeuta di conoscere più approfonditamente il processo e i risultati della psicoterapia che conduce. La collaborazione di altri due clinici favorisce la discussione clinica e permette di ottenere una concordanza fra giudici: le codifiche dei vari strumenti sono effettuate da ciascuno dei membri del gruppo di pari. Una riunione di consenso con una nuova presa visione dei dati in caso di divergenza permette di giungere a una valutazione definitiva. La valutazione di ogni item è così convalidata non solo dal clinico che ha in carico il paziente, ma anche da due suoi colleghi.

In sintesi, tre clinici costituiscono un gruppo di pari. Hanno tre pazienti in psicoterapia i cui dati clinici saranno valutati da ciascuno di loro e convalidati nel corso di riunioni di discussione. Tali riunioni possono essere effettuate in presenza o online (via Skype).

3. Elaborazione del piano di analisi e strumenti statistici

Il piano di analisi è stato elaborato a partire dal secondo semestre di operatività della rete, nel corso di una riunione settimanale, da JM. Thurin, M. Thurin e T. Baroukh. Il piano si basa, nelle sue linee essenziali, sui capitoli metodologici 2 e 5 della perizia collettiva Inserm pubblicata nel 2004¹⁶ e sulle pubblicazioni a cui essa fa riferimento. L'analisi della letteratura è stata completata dagli articoli pubblicati a partire dal 2002 sui nuovi approcci e sull'indispensabile collaborazione fra clinici e ricercatori. Detti lavori sono presentati in una serie di articoli pubblicati da JM. Thurin¹⁷ e M. Thurin¹⁸. Anche i temi relativi alle reti sono stati approfonditi nel corso di congressi internazionali.

Una serie di lavori e di articoli ha particolarmente contribuito alla messa a punto del piano di analisi. Fra i lavori citiamo quelli di A. Kazdin¹⁹, W. Shadish²⁰, B. Falissard²¹ e McLeod²². Quelli relativi alla creazione e all'uso dello *Psychotherapy Process Q-set* e del *Child Psychotherapy Process Q-set* sono stati particolarmente utili. Sono riportati nella bibliografia a cura di M. Thurin ([in allegato](#) insieme a una [tabella di riepilogo](#)). Alcuni sono stati tradotti e sono disponibili online su www.techniques-psychotherapiques.org. Fra gli articoli più generali, segnaliamo il numero speciale della rivista *Psychotherapy Research*²³, quello della *Clinical Psychology Review*²⁴, la rivista online *Pragmatic Case Studies* di Fishman²⁵ e in particolare il

¹⁶ Inserm. Psychothérapie: trois approches évaluées. Expertise Collective (Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM). Paris : Inserm, 2004.

¹⁷ Publications de JM Thurin dans le domaine de la psychothérapie et de l'évaluation des psychothérapies : <http://www.techniques-psychotherapiques.org/PublicationsPsychothJMTvfr.html>

¹⁸ Publications de JM Thurin dans le domaine de la psychothérapie et de l'évaluation des psychothérapies <http://www.techniques-psychotherapiques.org/administrationsite/CVMThurin.htm>

¹⁹ Kazdin A E. Single case Research Designs. N.Y. Oxford, Oxford University Press, 1982.

²⁰ Shadish, W., Cook, T. & Campbell, D (2002) Experimental & Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference. Boston: Houghton Mifflin.

²¹ Falissard B. Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie. Paris, Masson 2005.

²² Single case studies, second, McLeod J. The role of case studies in the development of theory and practice in counselling and psychotherapy. London, SAGE bacsp, 2010

²³ Special Issue; Quantitative and qualitative methods for psychotherapy research. *Psychotherapy research* 2009 ; 4-5 : 369-615

²⁴ Special Issue. New Approaches to the Study of Change in Cognitive Behavioral Therapies. Edited by Debra A. Hope and Adele M. Hayes. *Clinical Psychology Review*, Volume 27, Issue 6, Pages 679-768 (July 2007)

²⁵ Fishman D. The "Individual-Case-Comparison" Method for systematically comparing good-outcome and poor-outcome RCT clients: editor's introduction. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, <http://pcsp.libraries.rutgers.edu> 2011 ; 7(2), Article 1, pp. 242-245, 06-05-11.

numero dedicato al metodo del caso studio comparativo²⁶, i numerosi articoli pubblicati da A.E. Kazdin sulle questioni metodologiche e i consigli di ricerca relativi allo studio dei meccanismi di cambiamento (in [allegato](#)), come pure l'articolo di Kraemer *et al.*²⁷.

I calcoli statistici sono stati realizzati parallelamente per programmazione su R e a partire dai diversi moduli di XLSTAT sviluppati da oltre dieci anni allo scopo di rendere il più accessibile possibile uno strumento di analisi dei dati e delle statistiche potente, completo e insieme maneggevole.

4. Un'analisi su 3 livelli

L'analisi dei dati desunti dai casi studio di bambini autistici viene effettuata su tre livelli secondo il seguente piano:

a) caso individuale

La metodologia attuata è quella di casi studio singoli controllati.

La diagnosi viene formulata sulla base della CIM 10 e su una formulazione del caso strutturata. È completata dai diversi bilanci effettuati e dall'identificazione dei principali *moderatori* potenziali²⁸.

I cambiamenti evidenti e la loro cronologia vengono studiati sulla base di due strumenti, ECAR²⁹ (comportamenti autistici) ed EPCA³⁰ (riduzione dei comportamenti patologici, sviluppo delle rappresentazioni psichiche e acquisizione di abilità). Sono completati da 3 indicatori tratti dal CPQ e relativi all'insight, allo stato emotivo, alla sua espressione e all'evoluzione delle difese, al rapporto con il mondo esterno.

L'analisi del processo è effettuata sulla base del *Child Psychotherapy Q-set (CPQ)*³¹. Il CPQ comprende 100 item la cui valutazione da -4 a +4 deve rispettare una distribuzione normalizzata.

a. Selezione degli item *più caratteristici*, a 2, 6 e 12 mesi e in media sull'intero anno, di quelli *rimasti stabili sui valori centrali* (-2 e +2) e infine di quelli *rimasti a un valore neutro* (-1, 0 e +1).

b. Definizione del peso rispettivo dei potenziali fattori di cambiamento (*mediatori*³²). I mediatori provengono da una configurazione fissa (precostruita)³³ o emergente³⁴ di item del CPQ.

²⁶ Fishman D. The «Individual-Case-Comparison» Method for systematically comparing good-outcome and poor-outcome RCT clients: Editor's Introduction. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 2011 ; 7(2): 241-245.

²⁷ Kraemer H, Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D. How Do Risk Factors Work Together? Mediators, Moderators, and Independent, Overlapping, and Proxy Risk Factors. *Am J Psychiatry* 2001 ; 6:158:6.

²⁸ Modérateurs : Âge de l'enfant et genre, Sévérité de l'autisme, Début manifestations et de la prise en charge, Comorbidités somatiques ?, Plateau technique (type de psychothérapie, nombre de séances/semaine, autres médiations thérapeutiques), Psychotropes ?, Soutien de l'enfant par sa famille, Collaboration avec la famille, Scolarisation ?, Contextes (événements de vie, familial et psychosocial) et autres éléments.

²⁹ Barthélémy C., Roux S., Adrien J.L., Hameury L., Guérin P., Garreau B., Fermanian J., Lelord G. (1997). Validation of the Revised Behavior Summarized Evaluation Scale. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 2, 139-153.

³⁰ Haag G., Botbol M., Gaignic R., Perez- Diaz F., Bronsard G., Kermarrec S., Clément M.-C., Cukierman A., Druon C., Duprat A., Jardin F., Maufras du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S. : Haag G., Tordjman S., Clément M.-C., Cukierman A., Druon C., Duprat A., Jardin F., Maufras du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S., Guilé J.M., Cohen D., Tordjman S., The Autism Psychodynamic Evaluation of Changes (APEC) scale : a reliability and validity study, *Journal of Physiology*, Vol. 104- N° 6, p. 323-336.

³¹ Schneider C et Jones E. *Child Psychotherapy process Q-set (CPQ)*. Traduction française : M Thurin, JM Thurin et C Schneider. Questionnaire de configuration du processus psychothérapique. *Pour la Recherche* 2010 ; 66 (3) :1-12.

³² Médiateur : une variable intermédiaire qui peut expliquer (statistiquement) la relation entre les variables indépendantes et dépendantes. Quelque chose qui médiatise le changement peut ne pas nécessairement expliquer le processus suivant lequel le changement s'est produit. En outre, le médiateur peut être le représentant d'une ou plusieurs autres variables ou être un concept général qui n'est pas nécessairement destiné à expliquer les mécanismes du changement. Un médiateur peut être un guide qui indique les mécanismes possibles, mais n'est pas nécessairement un mécanisme.

Mécanisme : ce qui produit l'effet, à savoir, les processus ou les événements qui sont responsables du changement ; les raisons pour lesquelles le changement s'est produit ou la façon dont le changement est arrivé. (Kazdin AE.

Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy. *Research. Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2007; 3:1-27)

c. I cambiamenti manifesti, la loro intensità e la loro cronologia sono posti in relazione con i mediatori di cambiamento e con i moderatori (vedi le presentazioni in [PLR 60](#), pp. 7-8 e 63). Vengono esaminati i reciproci rapporti fra il quadro clinico, i mediatori attivati e la cronologia della loro attivazione.

d. Per ogni paziente viene realizzato un rapporto sintetico.

b) insieme dei casi

Sono presentati i cambiamenti manifesti di tutti gli n casi riuniti, avvenuti fra T0 e T12, e la loro cronologia.

Il profilo generale del processo interno della psicoterapia degli n casi raggruppati è descritto sulla base dei loro 20 item più caratteristici e dei mediatori che vi intervengono, degli item rimasti stabili sui valori centrali o neutri.

Viene realizzata una classificazione dei percorsi a partire dalle situazioni iniziali e dagli effetti osservati dopo 12 mesi complessivamente al livello del comportamento e dello sviluppo (punteggi ECAR e EPCA).

Vengono individuate le situazioni cliniche specifiche iniziali estreme (ad esempio, gravità o carattere moderato del disturbo, elevato deficit della regolazione emotiva, deficit relazionale e dell'impegno, deficit attitudinale, ecc.). La loro incidenza è studiata sia al livello dei risultati che a quello dell'adattamento della terapia rispetto al gruppo medio che funge da gruppo testimone.

Vengono esaminate e descritte le specificità del processo corrispondenti a specificità cliniche (adattamento della terapia alle specificità).

c) casi comparati

Confronto delle variazioni del paziente con quelle del gruppo nei 3 periodi e sotto tutti gli aspetti.

Vengono raggruppati i casi analoghi e i loro percorsi messi a confronto. Vengono inoltre sistematicamente esaminati i fattori potenzialmente implicati in percorsi atipici.

Queste tre fasi sono indicate nel piano di analisi descritto in [allegato](#). Sono presentate in dettaglio nei capitoli corrispondenti del presente rapporto.

V. ESEMPIO DI CASO DI STUDIO: MERLIN

1. Valutazione alla baseline

a) Vignetta introduttiva

I genitori di Merlin (Y001 nella ricerca), fortemente preoccupati del suo sviluppo atipico, hanno contattato direttamente lo psicoterapeuta. Avevano rifiutato il ricovero del bambino in un ospedale a 40 km da casa e il trattamento psicotropo proposto contro l'agitazione. È stata formulata per Merlin una diagnosi di autismo moderato. Il bambino soffre anche di una malattia somatica molto seria che ha richiesto diverse ospedalizzazioni. Ha vissuto un periodo complicato perché ad appena 15 giorni dalla sua nascita, la madre ha dovuto essere ricoverata.

33 Les facteurs préconstruits concernant l'alliance thérapeutique et quatre configurations thérapeutiques relatives aux principales fonctions pivots potentiellement impliquées dans les changements : expression et conscience des affects, communication et verbalisation, interprétation de la signification des comportements, conseils et interventions à propos des comportements. L'alliance thérapeutique est considérée globalement, et à partir de sous-facteurs concernant le patient (engagement vs résistance, participation aux activités, relation transférentielle avec thérapeute), le thérapeute (engagement et ajustement technique) et leur interaction (incluant les thèmes abordés avec le thérapeute).

34 Les facteurs émergents sont issus de l'analyse factorielle de l'ensemble des valeurs moyennes de chacun des 100 items (à partir des 3 cotations 2, 6 et 12 mois) chez chaque patient (pour 50 patients, 50 valeurs moyennes de 100 items). Ils permettent de distinguer un facteur commun et plusieurs facteurs spécifiques qui sont identifiés par leur thématique générale. Le profil de la psychothérapie de chaque patient est caractérisé par la valeur propre de chacun de ces facteurs ([présentation ci-dessous](#))

Alla prima seduta il bambino passa il tempo ad attaccare e staccare etichette che impila poi sulla mano. Il suo sguardo non incrocia quello della psicoterapeuta. Cammina rasente al muro e non se ne stacca, come se vi fosse incollato; si provoca stimoli visivi premendo le mani sui bulbi oculari. Lancia gli oggetti e aggredisce la madre con morsi, colpi e graffi. È un bambino molto agitato e non può essere inserito in un gruppo di coetanei.

Merlin ha 4 anni al momento del suo inserimento nella ricerca ed è in psicoterapia da 2 anni (2 sedute a settimana, di 45 minuti l'una). Non parla, manca di autonomia, ha problemi di alimentazione e di comportamento (aggressività, agitazione, stereotipie) e un comportamento di forte chiusura nella relazione.

b) Moderatori della psicoterapia

Merlin ha iniziato la terapia a due anni e mezzo. Beneficia di un ottimo sostegno da parte della famiglia. I genitori hanno un'ottima intesa. Beneficia inoltre di ottimi servizi di supporto e assistenza (scuola, terapeuta, logopedista, ecc...) che operano in stretto contatto con i genitori. L'inizio di vita è stato difficile: quando ha 15 giorni, la madre viene ricoverata. In seguito gli viene riscontrata una malattia grave ai reni che rende indispensabile effettuare ospedalizzazioni regolari. Il lavoro della terapeuta con i genitori è stato molto positivo e mira a rimuovere le angosce legate alla sua malattia (incontro con la pediatra), all'acquisizione di abilità, ecc. La terapeuta incontra anche i fratelli di Merlin nel momento in cui nasce un problema con il bambino.

L'indice di gravità contestuale (IG) è stato valutato a 2/10 (contesto precoce difficile e comorbidità somatica)

c) Formulazione iniziale del caso

1. Sintomi e problemi attuali del bambino

Mancanza di autonomia, Linguaggio molto limitato, Disturbi alimentari, Disturbi del comportamento (aggressività, agitazione, stereotipie), Distacco dalla relazione.

Evento stressante: malattia somatica che porta a numerose ospedalizzazioni e fratture.

Elementi favorevoli: logopedista, scolarizzazione (2 mattine a settimana), sostegno parentale alla psicoterapia e buona collaborazione degli altri partner.

2. Fattori non dinamici

Madre ricoverata 15 giorni dopo la nascita del bambino, che viene affidato alla nonna depressiva. Malattia delle reni e delle ossa.

3. Ipotesi associate ai problemi attuali e generali del bambino

Impatto dei problemi medici precoci, dello svezzamento brusco, delle ripetute ospedalizzazioni, delle frequenti separazioni.

4. Obiettivi

Giungere al livello di comunicazione comprensiva partendo dalle dimostrazioni del bambino che permettono di aprire la strada verso il suo sviluppo e la sua autonomia (immagine del corpo, pulizia, linguaggio, attività ludiche e relazionali).

5. Strategia iniziale

Giochi con l'acqua (travaso per lavorare sul contenimento e imitazione in attività di pulizia, ad es.). Giochi con la palla per lavorare sulla qualità della comunicazione.

Approccio psicodinamico (2 sedute di 45 min/settimana). Incontri trimestrali con i genitori.

2. Valutazione dei cambiamenti manifesti a 0, 2, 6 e 12 mesi

a) Misurazioni

1. Strumenti

L'evoluzione di Merlin viene descritta esaminandone tre aspetti: sintomatico e comportamentale (ECA-R), dello sviluppo (EPCA), e a partire da alcuni tratti del suo funzionamento psichico (CPQ).

L'ECA-R (scala di valutazione dei comportamenti autistici)³⁵ comprende 29 item valutati da 0 a 4 in funzione della frequenza con cui compaiono. Questo strumento permette di esaminare il bambino autistico in diversi ambiti del suo comportamento: distacco sociale, turbe della comunicazione verbale e non verbale, adattamento alle situazioni ambientali, ipotonìa, problemi di motricità, reazioni affettive, turbe delle grandi funzioni istintive, disturbi dell'attenzione, delle percezioni e delle funzioni intellettuali. Indica, per i diversi comportamenti osservati, le variabili spontanee nel corso del tempo e i miglioramenti indotti dai terapeuti e dalle attività rieducative. I dati quantificati a partire dalla scala si possono utilizzare come variabili cliniche per la ricerca di eventuali relazioni con altre variabili. È così possibile seguire l'evoluzione del "deficit relazionale" (DR) e dell'"insufficienza di modulazione" (IM) sulla base dei punteggi di riepilogo specifici che completano l'evoluzione globale (EG).

L'EPCA (valutazione psicodinamica dei cambiamenti nell'autismo)³⁶ permette di seguire lo sviluppo del bambino autistico in sette aspetti nel corso di cinque fasi evolutive: espressioni emotive nella relazione, sguardo, immagine del corpo, linguaggio verbale, esplorazione dello spazio e degli oggetti, riferimenti temporali, manifestazioni aggressive. L'asse teorico sottostante è che la costituzione dell'immagine del corpo è al centro della situazione soggettiva e della sua simbolizzazione. Il rapporto con l'ambiente e con l'altro può essere affrontato a partire dall'evoluzione dello sguardo, del linguaggio, dell'esplorazione e delle manifestazioni aggressive. I 147 item sono suddivisi in 3 categorie: Patologia (P), Sviluppo (D) e Sviluppo Temporaneo (EDT).

Il CPQ (Child Psychotherapy Process Q-set, questionario sul processo psicoterapeutico del bambino)³⁷ *costituisce un linguaggio comune* per descrivere e classificare il processo psicoterapeutico sulla base di 100 item. Ogni item è concepito per essere osservabile ed evitare i riferimenti a una teoria specifica. È destinato a essere in gran parte neutro e a poter essere usato per qualsiasi terapia. Il CPQ permette di rappresentare un ventaglio di interazioni terapeutiche e soprattutto di descrivere sistematicamente le interazioni terapeuta-paziente.

La valutazione si effettua sulla base di sedute complete (appunti esaustivi, accompagnati eventualmente da una registrazione audio), procedimento che offre molte possibilità di circoscrivere gli elementi importanti e di valutare meglio i loro effetti nel processo psicoterapeutico. Lo scopo generale dello strumento è fornire un indice significativo del processo terapeutico da utilizzare in analisi comparative o per valutazioni pre- e post- terapia.

Il CPQ utilizza la metodologia della scelta forzata, che porta a ritrovare un certo numero di item definiti in ognuna delle 9 categorie che vanno dal più caratteristico (+4), al meno caratteristico (-4), passando per un valore neutro (0).

³⁵ Barthélémy C., Roux S., Adrien J.L., Hameury L., Guérin P., Garreau B., Fermanian J., Lelord G. (1997). Validation of the Revised Behavior Summarized Evaluation Scale. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 2, 139-153.

³⁶ Haag G., Botbol M., Gaignic R., Perez- Diaz F., Bronsard G., Kermarrec S., Clément M.-C., Cukierman A., Druon C., Duprat A., Jardin F., Maufras du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S. : Haag G., Tordjman S., Clément M.-C., Cukierman A., Druon C., Duprat A., Jardin F., Maufras du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S., Guilé J.M., Cohen D., Tordjman S., The Autism Psychodynamic Evaluation of Changes (APEC) scale : a reliability and validity study, *Journal of Physiology* 2010 ; 104 (6): 323-336.

³⁷ Schneider C et Jones E. *Child Psychotherapy process Q-set (CPQ)*. Traduction française : M Thurin, JM Thurin et C Schneider. Questionnaire de configuration du processus psychothérapique. *Pour la Recherche* 2010 ; 66 (3) :1-12.

2. Misurazione a T0 dei sintomi e comportamenti autistici (ECA-R)

CP	età	EG00				DR00				IM00			
Y001	5	52				50				67			
EM		15				7				30			

EG00: punteggio generale a T0, DR00: deficit relazionale a T00, IM00: insufficienza di modulazione emotiva EM: scarto dalla media calcolata per il gruppo di 50 bambini

3. Misurazione a T0 dello sviluppo e delle abilità acquisite (EPCA)

CP	età	Dev00								Apt00			
Y001	5	40								7			
EM		5								3			

Dev00: punteggio di sviluppo a T0, Apt00: abilità acquisite a T0.

b) Cambiamenti

1. Sintomi e comportamenti autistici (ECA-R)

CP	età	EG00	EG02	EG06	EG12	DR00	DR02	DR06	DR12	IM00	IM02	IM06	IM12
Y001	5	52	29	22	8	50	23	17	0	67	25	17	25
EM		15	3	-1	-11	7	-8	-9	-23	30	-1	-7	5

Il follow-up longitudinale dalla baseline a 12 mesi rivela un'evoluzione regolare del miglioramento sia a livello globale (52, 29, 22, 8)³⁸, che per quanto concerne l'insufficienza di modulazione emotiva (67, 25, 17, 25) e il deficit relazionale (50, 23, 17, 0). Lo scarto dalla media (semplice) di tutti i 50 pazienti, inizialmente più alto di quello degli altri casi, si riduce progressivamente e addirittura si inverte nel senso del miglioramento relativamente al punteggio globale e al deficit relazionale. Questo miglioramento tocca anche l'insufficienza di modulazione affettiva, ma con un'inversione instabile.

Le variazioni e la dimensione dell'effetto³⁹ dalla baseline a 12 mesi sono le seguenti:

EM		27 %	20		52 %	15		17 %	15			

2. Sviluppo e acquisizione di abilità (EPCA)

I punteggi P si riducono (21, 11, 13, 6), i punteggi D aumentano (40, 38, 50, 62), mentre i punteggi EDT sono molto variabili. Rispetto alla media dei 50 casi, il punteggio P si allontana dalla media in decremento, mentre il punteggio D si allontana dalla media in incremento.

	P 00	P 02	P 06	P 12	EDT00	EDT02	EDT06	EDT12	Dev00	Dev02	Dev06	Dev12
Y001	21	11	13	6	24	14	26	15	40	38	50	62
EM	2	-4	0	-5	8	-2	9	-1	5	0	8	14

Dal punto di vista dell'acquisizione di abilità cardine, si osservano i seguenti elementi salienti.

Abilità acquisite:

Abilità di sviluppo	T0	T12	Δ
---------------------	----	-----	---

³⁸ Scores normalisés (sur 100)

³⁹ Taille d'effet = (variation entre baseline et 12 mois / sd moyenne du groupe à baseline)

16. (relazione) Ricerca di veri scambi relazionali.	2	3	1
33. (sguardo) Sguardo con una buona tonalità di scambio.	3	3	0
34. (sguardo) Ricerca dello sguardo dell'altro per l'attenzione congiunta.	2	3	1
35. (sguardo) Sviluppo dell'indicare proto-dichiarativo.	0	3	3
55. (immagine del corpo) Pulizia dello sfintere innata o acquisita	0	3	3
62. (immagine del corpo) Lo stadio dello specchio si conferma.	0	2	2
85. (linguaggio verbale) Comparsa di un linguaggio gestuale socializzato (bravo, ciao...).	3	3	0
67. (linguaggio verbale) Linguaggio esistente	3	3	0
80. (linguaggio verbale) Comparsa del NO	0	2	2
85. (linguaggio verbale) Perfezionamento della prosodia (melodia, intonazione e accenti)	3	3	0
87. (disegno) Disegno esistente	0	3	3
99. (disegno) Chiusura del cerchio.	0	3	3
124. (stereotipie) Scomparsa quasi completa delle stereotipie e comparsa dei giochi simbolici	1	2	1
138. (temporalità) Cognizione dello scorrere del tempo. Migliore tolleranza verso la separazione.	2	2	0

A T12, le 14 abilità cardine sono acquisite (punteggio 3) o prossime a esserlo (punteggio 2).

3. Funzionamento psichico e rapporto con la realtà (CPQ)

L'insight aumenta (10, 25, 25), il bambino è a suo agio con le sue emozioni e con la loro espressione. Non ricorre a forti meccanismi di difesa (36, 33, 36). È sicuro di sé, tranquillo e curioso (29, 48, 37)

	INS02	INS06	INS12	EAD02	EAD06	EAD12	REE02	REE06	REE12	INSvar	EADvar	REEvar
Y001	10	25	25	36	33	36	29	48	38	15	0	8
EM	25	37	32	23	15	18	21	36	21	8	5	8

Le variazioni e le dimensioni dell'effetto⁴⁰ dalla baseline a 12 mesi sono le seguenti:

4. Punteggio globale di variazione (SGV) e acquisizione di abilità (Δ Apt)

Il punteggio globale di variazione è la somma della riduzione dei comportamenti autistici e dell'aumento del punteggio di sviluppo.

Per Merlin, SGV = 66 (moy = 31; sd = 16) e Δ Apt = 7 (moy = 4; sd = 3)

3. Cosa accade a livello del processo?

a) I □ 10 item⁴¹ più caratteristici relativi al bambino, al terapeuta e alla loro interazione (media dei punteggi ≤ -3 e ≥ 3)

item	Formulazione	MsY001
9	(R. il terapeuta è coinvolto affettivamente).	-3,00
24	(R. il terapeuta non risponde personalmente alla provocazione e al materiale perturbante)	-3,67

⁴⁰ Taille d'effet = (variation entre baseline et 12 mois / sd moyenne du groupe à baseline)

⁴¹ □ 10 items : le nombre d'items est autour de 10 prenant en compte les items qui ont la même moyenne.

40	(R. le comunicazioni del bambino sono cariche di affetto).	-3,00
41	(R. il bambino esprime che il terapeuta comprende la sua esperienza o le sue emozioni).	-3,00
44	(R. il bambino si sente sicuro e protetto).	-3,00
45	Il terapeuta tollera l'affetto o le pulsioni violente del bambino.	3,67
46	Il terapeuta interpreta il significato del gioco del bambino.	3,67
61	(R. Il bambino non sembra imbarazzato, è tranquillo, a suo agio o sicuro di sé).	-3,00
64	Il bambino include il terapeuta nel gioco.	3,33
71	Il bambino si impegna nel gioco del "far credere".	3,67
81	Il terapeuta sottolinea le emozioni del bambino per aiutarlo a provarle più in profondità	3,33

Le formulazioni fra parentesi e precedute da R. corrispondono alla definizione dell'item quando la valutazione è negativa

A livello del processo, gli item più caratteristici durante l'anno riguardano da una parte l'azione del terapeuta, dall'altra parte l'espressione da parte del bambino della sua relazione con lui o con i suoi affetti, le sue emozioni e il suo gioco.

Il terapeuta è coinvolto affettivamente, non risponde personalmente alla provocazione del bambino, ne tollera gli affetti o le pulsioni violente, ne interpreta il significato del gioco e ne sottolinea le emozioni per aiutarlo a provarle più in profondità.

Il bambino esprime che il terapeuta comprende la sua esperienza o le sue emozioni, le sue comunicazioni sono cariche di affetto, si sente sicuro, tranquillo, si impegna nel gioco del "far credere" e include il terapeuta nel suo gioco.

Fra questi 11 item più caratteristici, 4 restano a un punteggio ≥ 3 o ≤ -3 in ciascuna delle 3 valutazioni (a 2, 6 e 12 mesi): item 24, 45, 46 e 71.

b) Gli elementi stabili (2 o -2)

Tre item caratterizzano il bambino in modo stabile a un livello mediano durante l'anno:

49	Il bambino esprime emozioni ambivalenti o conflittuali verso il terapeuta	2,00
73	Il bambino sembra calmo, coraggioso, anche in presenza di qualcosa che lo spaventa o sconcerta.	2,00
84	(R. Il bambino evita deliberatamente di esprimere forti emozioni di rabbia o aggressività).	-2,00

c) I mediatori precostruiti e la loro evoluzione

1. L'alleanza e i mediatori specifici

	EP	PP	TP	AL	ET	AT	IT	ECA	CLV	IS	CC
Y001	30	20	41	28	39	37	15	24	13	27	-25

Media	14	3	41	19	46	26	4	18	17	7	-6
EM	16	17	0	10	-7	10	11	6	-4	19	-19

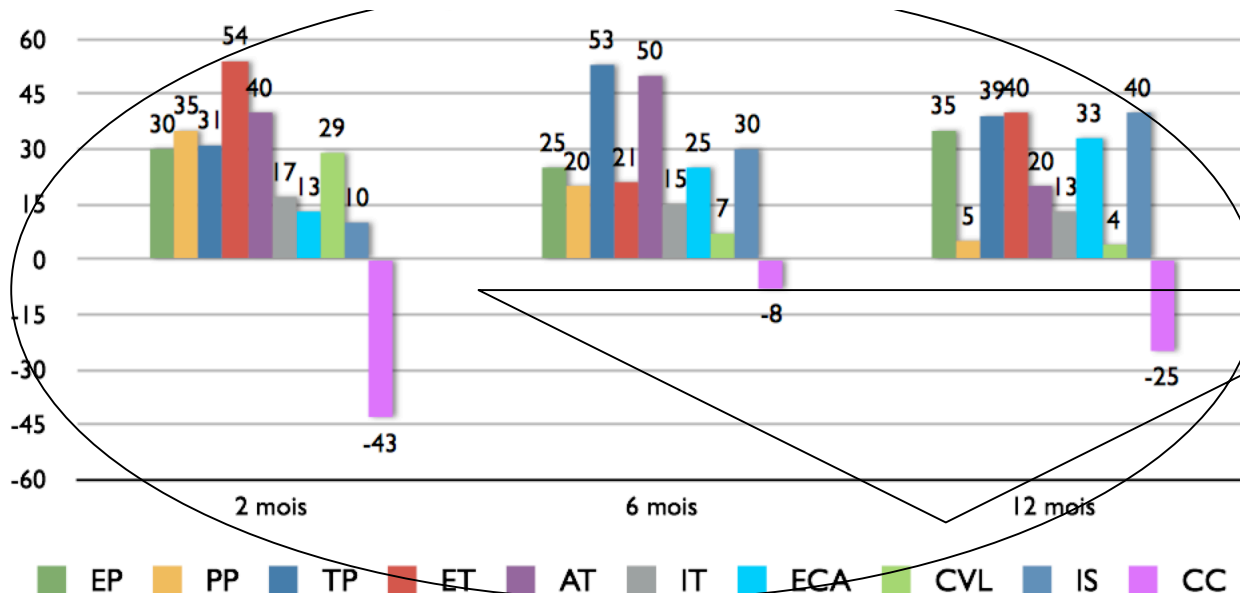
EP = Impegno del paziente; PP = Partecipazione del paziente; TP = Transfert del paziente; AL = Alleanza globale; ET = Impegno del terapeuta; AT = Adattamento del terapeuta; IT: Interazione paziente/terapeuta; ECA = Espressione, consapevolezza degli affetti; CVL = Comunicazioni, verbalizzazione, linguaggio; IS= Interpretazione/significato; CC= Consiglio e comportamento.

La riga superiore illustra la media dei punteggi dei diversi mediatori d'alleanza e delle tecniche a 2, 6 e 12 mesi. La riga inferiore presenta, per ogni fattore, lo scarto dalla media (EM) semplice di ogni punteggio rispetto a quello di tutti i 50 casi insieme.

	EP02	EP06	EP12	PP02	PP06	PP12	TP02	TP06	TP12	ET02	ET06	ET12	AT02	AT06	AT12	IT02	IT06	IT12
Y001	30	25	35	35	20	5	31	53	39	42	54	21	40	50	20	17	15	13
EM	19	9	20	35	16	0	-9	12	-2	-3	6	-23	11	25	-6	-1	-5	-7

I punteggi di impegno e di partecipazione di Merlin alla psicoterapia sono molto al di sopra della media di quelli degli altri bambini, come quelli dell'interazione e dell'adattamento della sua terapeuta a 2 e 6 mesi.

	ECA02	ECA06	ECA12	CVL02	CVL06	CVL12	IS02	IS06	IS12	CC02	CC06	CC12
Y001	13	25	33	29	7	4	10	30	40	-43	-8	-25
EM	-1	5	14	15	-10	-15	4	22	31	-39	-3	-15



Gli interventi tecnici con punteggi significativamente al di sopra di quelli degli altri bambini sono il CVL⁴² a 2 mesi, l'ECA⁴³ a 6 e 12 mesi e l'IS⁴⁴, in modo crescente a 2, 6 e 12 mesi. Gli interventi CC⁴⁵ presentano punteggi negativi.

2. L'approccio teorico e pratico generale

	PPD 02	PPD 06	PPD 12	TCC 02	TCC 06	TCC 12	Moy PPD	Moy TCC
Y001	70	53	83	-29	-14	-24	69	-22
Media	42	43	47	3	3	-3	44	1

L'approccio psicoterapeutico di Merlin è psicodinamico con una proporzione con i criteri tipici di questa psicoterapia che va da 0,70 a 2 mesi a 0,83 a 12 mesi, passando per 0,53 a 6 mesi. È molto lontano dall'approccio cognitivo-comportamentale con punteggi che oscillano fra -14 e -29.

3. Evoluzione dei mediatori precostruiti in Merlin

Si nota fra i mediatori "alleanza" della psicoterapia una riduzione della partecipazione di Merlin a 12 mesi, che si riscontra nei punteggi di Impegno del paziente e di Adattamento del terapeuta, e nell'interazione fra Merlin e la sua terapeuta. Questa dimensione presenta un picco a 6 mesi e in seguito diminuisce. *Occorre segnalare che, parallelamente, a 12 mesi, l'espressione e il contenimento degli affetti (ECA) da una parte, e l'interpretazione del significato dell'esperienza e della condotta di Merlin (IS) occupano un posto molto importante.*

I mediatori "tecnici": l'ECA aumenta (12, 25, 33), come pure l'IS (10, 30, 40), mentre il CVL diminuisce (29, 7, 4). Il CC resta negativo.

I moderatori

I moderatori sono gli elementi di contesto, preesistenti all'inizio della psicoterapia e suscettibili di influenzarne il corso e i risultati. Alcuni moderatori sono fissi, come una somatizzazione cronica o un ritardo

⁴² CVL (Communication Verbalisation Langage) : ce facteur regroupe les items reliés aux actions du thérapeute destinées à faciliter l'expression verbale de l'enfant. Sont inclus dans ce cadre, les items qui, dans cette perspective, se rapportent au style et à l'adaptation du thérapeute au discours de l'enfant, ceux qui concernent les informations et explications qu'il lui donne, les clarifications ou reformulations qu'il introduit ou la discussion du cadre de la psychothérapie.

⁴³ ECA (Expression et contenance des affects) : ce facteur regroupe les items décrivant l'attitude du thérapeute et sa technique pour aider l'enfant à prendre conscience de ses affects, de ses sentiments et de ses changements d'humeur, à les exprimer et à les contrôler.

⁴⁴ IS (Interprétation/Signification) : Ce facteur regroupe les items où le thérapeute interprète, établit des liens ou pointe un aspect particulier de son fonctionnement, de son expérience ou de sa conduite pour mener l'enfant à l'interprétation de leur signification.

⁴⁵ CC (Conseil et Comportement) : Ce facteur regroupe les items où le travail de la séance est focalisé plus particulièrement sur le comportement de l'enfant. Il décrit les actions du thérapeute et les moyens qu'il utilise pour amener une modification des comportements non souhaitables.

nella diagnosi e/o nella presa in carico, altri sono dinamici come il sostegno e l'intesa familiare o l'esistenza di rapporti psicosociali esterni alla famiglia (soprattutto la scuola).

Per valutare questo fattore abbiamo stilato, sulla base delle letteratura esistente e dell'esperienza clinica, una lista di 10 elementi che sono valutati 1 se presenti e 0 se assenti. Tali elementi sono: 1. ritardo della presa in carico, 2. comorbidità somatica; 3. contesto di sviluppo precoce difficile; 4. antecedente traumatico; 5. sostegno familiare debole; 6. assenza di rapporti con pari; 7. sostegno dei genitori alla psicoterapia; 8. servizi di supporto e assistenza; 9. scolarizzazione; 10. comorbidità psichica.

Nel caso di Merlin, la diagnosi e la sua presa in carico sono stati molto precoci, e il bambino beneficia di un solido sostegno familiare e di una buona rete psicosociale. Dall'altra parte, ha subito un brusco svezamento a 15 giorni di vita dovuto al ricovero in ospedale di sua madre ed è stato lui stesso ospedalizzato più volte. Il punteggio emerso è 2.

4. Discussione dei risultati e conclusioni

L'evoluzione di Merlin è considerevole, sia per quanto riguarda la riduzione della patologia che i progressi nello sviluppo, partendo da un punteggio nell'ECAR abbastanza elevato (52)⁴⁶.

Gli elementi salienti del processo sono il suo impegno, la sua partecipazione e la sua ottima interazione con la terapeuta. Per quanto riguarda l'approccio generale, la psicoterapia è nettamente psicodinamica con un punteggio iniziale di 0,70, che sale a 0,83 a 12 mesi (questo bambino è già in psicoterapia con la stessa persona da 1 anno e mezzo all'inizio della ricerca). Ritroviamo questa dimensione nel punteggio del mediatore Interpretazione/significato. Peraltro, la tecnica specifica si è orientata piuttosto verso l'espressione e il contenimento degli affetti, rispetto alla modulazione iniziale delle emozioni fortemente ridotta.

I moderatori sono in contrasto. Da una parte si rilevano problemi medici precoci nel bambino e nella madre, poi proseguiti nel bambino. Dall'altra, la diagnosi precoce, la presa in carico tempestiva, il sostegno familiare forte e il buon inserimento psicosociale del bambino sono stati dei punti di supporto fondamentali alla psicoterapia psicoanalitica, che si è sviluppata con una grande attività, partecipazione e interazione del bambino e della sua terapeuta.

Relativamente ai 4 fattori emergenti ([presentati più avanti](#)), Merlin è uno dei pochi bambini a presentare valori elevati nel fattore comune (F1) e positivi negli altri 3 fattori specifici.

VI. SITUAZIONE ED EVOLUZIONE DI 50 BAMBINI IN UN ANNO DI TERAPIA

1. Introduzione

Settantasei clinici⁴⁷ hanno inserito ciascuno un loro paziente nel polo autismo del *Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques*. I clinici hanno portato avanti questo lavoro con il massimo impegno e la massima serietà, nell'ottica di rispondere all'evidente mancanza di ricerca in questo ambito.

La ricerca è ancora in corso, ma già disponiamo attualmente di 50 casi studio intensivi completi inerenti a 1 anno di psicoterapia effettuato su bambini e ragazzi di 3-15 anni con diagnosi CIM è F84.0, F84.1 e F84.9 (autismo e disturbi pervasivi dello sviluppo). Gli studi sono condotti in condizioni naturali e sono osservativi. In altre parole, non comportano nessuna manipolazione sperimentale.

Il profilo dei clinici che hanno condotto gli studi è il seguente:

⁴⁶ Score normalisé

⁴⁷ À la date du 31 décembre 2012.

- 41 sono di indirizzo psicoanalitico, 5 di indirizzo cognitivo-comportamentale, 3 di indirizzo psicomotorio, e 1 pratica una terapia attraverso il gioco.
- i terapeuti di indirizzo psicoanalitico vantano un'esperienza di diversi anni sui disturbi dello spettro autistico. Hanno ricevuto una formazione psicoanalitica ampia e specializzata⁴⁸ oltre alla loro formazione generale in psicologia clinica o in psichiatria, e hanno dichiarato che il loro orientamento principale era la psicanalisi.

Operano su tutto il territorio francese e italiano.

Il reclutamento dei clinici è stato effettuato in Francia a partire da un invito a partecipare lanciato dalla FFP, divulgato dalle sue associazioni, in seguito alla risposta favorevole dell'Inserm al progetto che avevamo presentato. L'impulso di G. Haag è stato determinante per la corposa adesione degli psicoanalisti francesi a questa ricerca.

In Italia, il reclutamento dei terapeuti è avvenuto tramite 7 associazioni psicoanalitiche⁴⁹ in contatto con la CIPPA e grazie all'energia di Margherita Amenta e di Suzanna Messeca.

- i clinici di indirizzo cognitivo-comportamentale sono stati chiamati a partecipare con la stessa modalità generale, ma solo quelli del CHU di Tours (C. Barthélémy) hanno aderito completamente alla ricerca. Praticano terapie di scambio e di sviluppo per le quali hanno ricevuto una formazione specifica oltre alla loro formazione generale in psicologia clinica o in psichiatria.

I bambini. La ricerca è imperniata su 6 bambine e 35 bambini suddivisi per età:

3 - 4 anni	9 bambini
5 - 6 anni	16 bambini
7 - 8 anni	7 bambini
9 - 10 anni	6 bambini
11 - 12 anni	6 bambini
13 -15 anni	6 bambini

Dopo aver ricevuto le necessarie informazioni, i genitori di ogni bambino sono stati sollecitati a fornire un'autorizzazione per consentire l'inclusione del figlio nella ricerca. La rete ha ottenuto il consenso della CNIL per le sue banche dati.

I servizi di supporto e assistenza di cui hanno beneficiato i 50 bambini è sintetizzato nella tabella "[servizi di supporto](#)" in allegato. Nella tabella sono indicati i seguenti elementi: età, numero di sedute a settimana, eventuali sedute di logopedia, di psicomotricità, frequenza delle visite dal pediatra, degli incontri con lo psichiatra, laboratori e loro frequenza, scolarizzazione.

48 La formation des français comporte : une analyse personnelle, une formation à la psychothérapie psychanalytique des bambins acquise par la fréquentation de séminaires et de supervisions, parfois suivis dans le cadre codifié de la FFPPEA (Fédération Française de Psychothérapie Psychanalytique d'Bambins et Adolescents), plus souvent "à la carte. Beaucoup ont suivi ou suivent les séminaires tri-annuels du GERPEN qui ont depuis longtemps travaillé autour de la pathologie autistique, surtout avec les apports de Meltzer et Tustin et/ou de la SEPEA, et, concernant la "sur spécialisation" pour les autistes, les séminaires plus spécialisés dans divers courants (Alfred Binet, Espace analytique, séminaires de G Haag), et des supervisions spécifiques hebdomadaires ou bimensuelles souvent pendant plusieurs années pour suivre leurs cas afin d'approfondir les particularités de la psychopathologie autistique et les manières de repérer et interpréter les phénomènes de transfert et contre-transfert de ces niveaux de fonctionnement. Les italiennes sont formées en général à la PSA de l'"bambin sur le modèle Tavistock (4 ans ,je crois, avec "obligation de passer par l'Observation de Nourrissons (E. Bick),et ont été également enseignées par D. Meltzer et Tustin.

49 AIPPI (Association Italienne de Psychothérapie Psychanalytique avec bambins, adolescents et familles), AMHPPIA (Association Martha Harris de Psychothérapie Psychanalytique de l'enfance et de l'adolescence), ASNE-SIPsIA (Société Italienne de Psychothérapie Psychanalytique de l'enfance, de l'adolescence et pour les couples), ASP (Association Études Psychanalytiques), CISPP (Centre Études Psychothérapie Psychanalytique), CSA (Centre Études Ariosto), SPI (Société Psychanalytique Italienne).

La psicoterapia è iniziata allo stesso momento o prima dell'avvio della ricerca.

2. Riepilogo della metodologia degli studi, delle valutazioni e dell'analisi dei dati

Sono qui riassunti dei punti presentati in dettaglio in un [paragrafo precedente](#).

a) Raccolta e valutazione dei dati

I dati derivano dagli appunti esaustivi presi dal clinico durante le sedute o immediatamente dopo. Quando possibile, sono accompagnati da video registrati nei primi 3 incontri, poi nel corso di 2 sedute a 2, 6 e 12 mesi dall'inizio della terapia. I dati sono più completi possibile e contengono, in ordine cronologico, non solo le parole del paziente, ma anche informazioni sui suoi comportamenti, le sue posture, gli interventi del terapeuta, quello che pensa il terapeuta durante la seduta e l'atmosfera della seduta.

Questi dati vengono inviati in formato elettronico agli altri 2 membri del gruppo di pari⁵⁰ (non presenti durante la seduta). Ogni clinico stila una valutazione individuale sulla base degli strumenti utilizzati nella ricerca, poi attraverso una riunione del gruppo di pari (in genere tramite videoconferenza) si elabora la valutazione definitiva dopo aver discusso delle differenze di valutazione in riferimento ai dati (appunti esaustivi delle sedute).

b) Accordo fra giudici

La questione dell'accordo fra giudici, centrale in virtù del fattore multicentrico della ricerca, è stata oggetto di un'attenzione particolare. La procedura di accordo fra giudici si effettua in tre fasi. Nella prima fase ogni giudice stila una valutazione individuale dei dati, a partire da strumenti convalidati. La seconda fase vede una riunione di analisi dei risultati e di convergenza verso un punteggio globale realizzata nel gruppo di pari. Questo metodo è stato utilizzato per migliorare l'affidabilità delle valutazioni di strumenti che possono richiedere un periodo di adattamento per clinici che, operando isolatamente, non li conoscono alla perfezione, soprattutto individuando distorsioni della valutazione e per formalizzare le cause razionali di divergenza. Al punteggio globale non si giunge effettuando una media dei 3 punteggi, ma discutendo sui dati. I punteggi di ogni fase vengono conservati. Nella terza fase sono state effettuate regolari riunioni di feedback in cui si dedica sistematicamente una parte alle eventuali difficoltà incontrate nelle valutazioni. Ai partecipanti sono state fornite a voce delle precisazioni a partire dai manuali e, quando necessario, sono state stilate e pubblicate istruzioni complementari sul sito della rete.

c) In ogni caso studio intensivo sono riuniti cinque registri di informazioni

1. *Le formulazioni del caso*, iniziali e finali, articolate intorno a 5 assi. La formulazione iniziale contiene una presentazione sintetica e organizzata delle informazioni raccolte per ogni bambino⁵¹. È realizzata a partire da una sintesi delle opinioni dei 3 clinici desunte dai dati dei primi 3 incontri. Questa descrizione, alla quale sono associati i bilanci preclinici e la diagnosi CIM, conduce a una definizione degli obiettivi e a un programma di intervento personalizzato.
2. *Gli elementi di contesto* (10 moderatori)⁵². Rappresentano gli elementi preesistenti all'inizio della psicoterapia, suscettibili di intervenire favorevolmente o sfavorevolmente sui risultati. La scelta di

⁵⁰ Les cliniciens travaillent par groupes de 3 pairs.

⁵¹ Symptômes et problèmes actuels ; traits de vulnérabilité et circonstances déclenchantes des comportements pathologiques ; éléments favorables ; facteurs non dynamiques qui ont pu contribuer au problème de l'enfant (prématurité, séparation précoce...) ; niveau de développement, de ses relations interpersonnelles, de son autonomie et de son handicap ; capacité de l'enfant de contenir et d'exprimer ses émotions, ses capacités de se défendre et de s'ajuster ; hypothèses associées aux problèmes actuels et généraux de l'enfant par le thérapeute.

⁵² Les modérateurs sont des éléments de contexte déjà présents avant le début de la psychothérapie qui sont susceptibles d'en modifier le cours. Les modérateurs favorables sont les suivants : 1. Prise en charge précoce ; 2. Absence de comorbidité somatique ; 3. Contexte développemental précoce simple ; 4. Absence d'antécédent de traumatisme ; 5. Soutien familial fort ; 6. Relation avec pairs existante ; 7. Soutien parental psychothérapie actif ; 8. Bon plateau technique ; 9. Scolarisation existante ou en cours ; 10. Absence de comorbidité psychique. Présentés sous une forme négative (retard de la prise en charge, etc) ils constituent un index d'une difficulté prévisible accentuée, dont certains éléments sont susceptibles cependant de se modifier, d'autant plus qu'ils ont été considérés.

questi elementi è stata effettuata a partire dalla letteratura e dalle situazioni attuali (ad esempio, la scolarizzazione). Alcuni di questi elementi possono costituire fattori di vulnerabilità a cui fare particolare attenzione, altri invece sono elementi favorevoli allo sviluppo della psicoterapia (in special modo il sostegno familiare).

3. *Gli indicatori di stato iniziale e di cambiamento a 2, 6 e 12 mesi*, valutati sulla base di 3 aspetti principali partendo da 3 strumenti:

1) sintomi e comportamenti autistici (ECAR, Barthelemy *et al.* 1997), 2) sviluppo in 8 aspetti⁵³ (EPCA, Haag *et al.* 2010), 3) rapporto con se stessi e con il mondo esterno: vissuto emotivo e meccanismi di difesa, rapporti con il mondo esterno e con gli altri e loro conseguenze individuali di apertura o di chiusura (CPQ, Schneider e Jones, 2007).

4. *La descrizione delle principali caratteristiche della psicoterapia a 2, 6 e 12 mesi a partire dal CPQ.* Questo questionario a scelta forzata sul processo psicoterapeutico è multiteorico. Comprende 100 item che descrivono la terapia sulla base di 3 aspetti principali: il bambino (i suoi problemi e la loro evoluzione, il suo impegno e la sua partecipazione alla terapia); il terapeuta (il suo impegno, il suo approccio e la sua tecnica, e il suo adattamento durante la terapia alle peculiarità e all'evoluzione del bambino); l'interazione fra il terapeuta e il bambino. Ogni item è valutato da -4 a +4 in base all'importanza che gli è attribuita rispetto agli altri nella seduta valutata e a una distribuzione "normale" dei punteggi⁵⁴.
5. *La messa in relazione dei risultati con le caratteristiche della psicoterapia a 2, 6 e 12 mesi*, e la presentazione di ipotesi sui fattori di cambiamento coinvolti.

d) Possono essere studiati a tre livelli: casi singoli, casi raggruppati, casi comparati.

3. Contributo dei casi singoli

Il protocollo del caso singolo (*single-case design*) consente di effettuare un'osservazione molto accurata, dal punto di vista sia qualitativo che quantitativo, del processo di cambiamento del bambino nella psicoterapia e dei vari fattori potenzialmente coinvolti.

- Fornisce al clinico informazioni che gli permettono di seguire i progressi (o i blocchi) del suo paziente nei sintomi, nel funzionamento e nello sviluppo. Gli consente anche di comprendere meglio i motivi e le condizioni della sua azione terapeutica e di sostenere la sua riflessione teorica, con effetti che si ripercuotono sulla sua pratica.

Il caso studio di Merlin presentato in precedenza ([vedi sopra](#)) ne è un esempio. Altri casi sono stati presentati in seminari, corsi universitari⁵⁵, giornate scientifiche⁵⁶, poster ([SPR 2011](#), [SPR 2012](#)) o pubblicati in *Pour la recherche* (63 pp. 3-4, 68-69 pp. 15-16, 73-74 pp. 7-9 e 12-16)

- Mette a disposizione per la ricerca informazioni che non possono essere fornite dagli studi classici di gruppi. Questo contributo è particolarmente importante nel campo dell'autismo, caratterizzato fra l'altro dalla diversità fra un caso e l'altro.
- Il rimando alla singolarità di ogni caso può rivelarsi indispensabile per costituire dei sottogruppi che comprendono determinati aspetti e avanzare ipotesi fondate di fronte a percorsi di cui è difficile cogliere la logica generale.

⁵³ Émotions/Relations ; Regard ; Image du corps ; Langage verbal ; Graphisme ; Exploration ; Temporalité ; Agressivité.

⁵⁴ Distribution normale : 5 items (+4), 8 items (+3), 12 items (+2), 16 items (+1), 18 items (0), 16 items (-1), 12 items (-2), 8 items (-3), 5 items (-4).

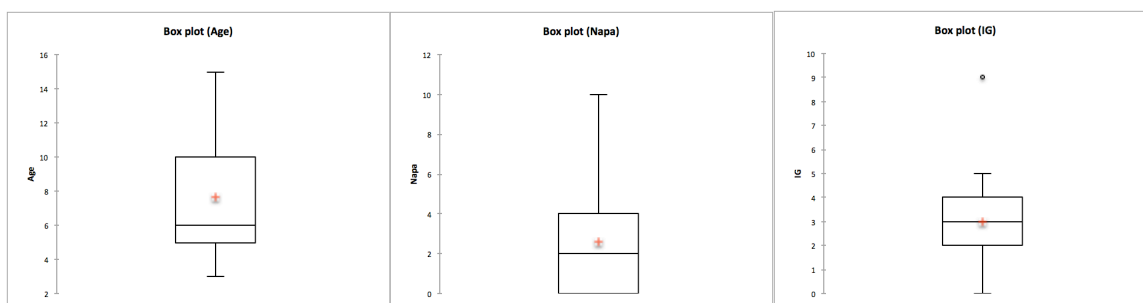
⁵⁵ P Poyet, C Ritter, L Barrer. Évolution du processus dans la psychothérapie d'inspiration analytique (PIP) chez l'enfant autiste. Université Paris VII.

⁵⁶ C Brodin, C Barthélémy, M Thurin, JM Thurin. Présentation du réseau et du déroulement d'une étude de cas. Journées annuelles de l'ANCRA.

I risultati di ogni caso sono ricapitolati in un file a parte ([scheda di esempio in allegato](#)). Le varie [banche dati](#) permettono di affrontare le questioni che si pongono riguardo a un caso particolare o a una serie di casi (ad esempio, ruolo di certi moderatori, approccio psicoterapeutico a una turba importante della regolazione emotiva).

4. Contributi del raggruppamento dei 50 casi

a) Dati generali alla baseline



La metà dei bambini ha
 ≤ 6 anni di età

La media del numero di anni di
psicoterapia effettuati prima
dell'inclusione nella ricerca è di 2,6
anni

15 bambini presentano un indice
di gravità contestuale di ≥ 4 ; 7
un indice di gravità contestuale
= 0 o 1

Vedi scheda descrittiva [di riepilogo](#) e [istogrammi](#) in allegato

b) Contributi della formulazione del caso (FC)

Ricordiamo che la FC viene effettuata dallo psicoterapeuta del bambino e convalidata nel gruppo di pari sulla base delle prime 3 sedute che avviano la valutazione. Verrà ripetuta dopo 12 mesi. I dati presentati di seguito sono tratti dalla prima FC.

1. I principali disturbi comuni per tutti i bambini

Come per l'analisi dei primi 12 casi conclusi, presenteremo di seguito i disturbi comuni dei 50 pazienti: disturbi dello sviluppo del linguaggio, disturbi delle interazioni e forte reattività del bambino davanti a determinate situazioni. Alcuni disturbi riguardano la dimensione del ritardo, altri quella dell'espressione.

Disturbi del linguaggio

I clinici registrano che 8 bambini presentano un'assenza di linguaggio (16%), 4 bambini un ritardo (8%), 5 bambini un limite (espressione povera o limitata) (10%), 10 bambini presentano problemi di linguaggio specifici (assenza di linguaggio condiviso, difficoltà di eloquio, labilità, linguaggio piatto, disarmonia, linguaggio "personale", difficoltà di narrazione, ossessione nel linguaggio, linguaggio ripetitivo) (20%). In un bambino è stato rilevato un linguaggio al di sopra della norma (2%). È stato registrato che 4 bambini presentano disturbi del linguaggio non altrimenti specificati (8%).

I dati indicati qui sopra sono stati forniti dai terapeuti al momento della formulazione del caso effettuata all'inizio della loro valutazione. Non tutti hanno posto in primo piano i disturbi del linguaggio. Questi disturbi sono valutati in modo preciso nella griglia EPCA.

Disturbi dell'interazione

Sono descritti secondo modalità diverse da un bambino all'altro. I clinici segnalano che 11 bambini hanno difficoltà con i loro pari (22%), 16 bambini presentano disturbi del contatto visivo (sguardo sfuggente,

assenza di contatto visivo, contatto oculare povero, non altrimenti specificato) (32%), 12 bambini presentano una difficoltà di contatto con gli altri (socializzazione difficile, socializzazione selettiva, non specificata) (18%), 14 bambini presentano disturbi seri di comunicazione e relazionali (28%), 1 bambino non ha alcuno scambio (2%).

Dai dati emerge che i clinici si sono espressi molto di più sui disturbi dell'interazione che sulle turbe del linguaggio.

Forte reattività del bambino in determinate situazioni

La descrizione di questi bambini è più comune. Ventisette bambini sono descritti come intolleranti alla frustrazione con manifestazioni di rabbia, crisi o pianti (54%), per 4 bambini soltanto i clinici hanno segnalato forti reazioni davanti alla separazione (8%), 5 bambini presentano un contenimento insufficiente (10%), 7 bambini presentano un deficit o un'instabilità di ordine emotivo (14%).

Ricordiamo che questi dati sono desunti dalla formulazione del caso iniziale, ossia dai primi 3 incontri che hanno dato il via alla valutazione da effettuarsi su un anno di psicoterapia, e sono basati sugli strumenti di valutazione.

2. Gli obiettivi e le strategie stabilite dal clinico

Gli obiettivi

Abbiamo realizzato una tabella sulla base di 4 grandi livelli (identici a quelli utilizzati per i 12 bambini nella tabella presentata in precedenza). Gli obiettivi per i 50 pazienti sono uguali a quelli per i 12 pazienti. Notiamo che il lavoro con i genitori figura fra gli obiettivi, così come alcuni elementi supplementari per l'acquisizione di abilità: autonomia, immagine di sé e individuazione.

Comunicazione/interazione	Intolleranza/frustrazione	Lavoro psicocorporeo	Acquisizione di abilità
• Sviluppare la comunicazione (linguaggio e interazioni sociali) • Ridurre l'isolamento e il distacco difensivo del bambino dal suo entourage • Stimolare iniziative di comunicazione • Mantenere un clima di sicurezza che consenta una migliore interazione • Lavorare con i genitori	• Diminuire l'intolleranza alla frustrazione e le angosce di separazione • Favorire la regolazione motoria ed emotiva	• Lavorare sugli involucri psichici (dentro/fuori) • Lavorare sulla fase separazione-individuazione • Diminuire le angosce orali, anali • Consolidare il contenimento psicocorporeo e il senso di sé	• Acquisizione della pulizia • Acquisizione del linguaggio • Costruzione dell'immagine di sé • Autonomia • Giungere all'individuazione

Le strategie

Solo per 7 bambini i clinici hanno indicato un tipo di psicoterapia come strategia (4: psicodinamica, 1: sostegno, 2: terapia di scambio e sviluppo), 5 hanno indicato il numero di sedute necessarie (per 4 bambini 2 sedute a settimana, per il quinto, 3 sedute a settimana). Nove hanno proposto un lavoro sul setting (18%), 10 hanno segnalato l'importanza del lavoro con i genitori (20%) e 5 l'importanza del lavoro con i collaboratori (10%).

Riguardo alle azioni concrete che i clinici intendono effettuare con i bambini: 18 pensano di far verbalizzare le emozioni (36%), 6 pensano di sostenere le iniziative e le capacità del bambino (12%), 4 di farli lavorare sulla separazione (8%), 9 di favorire uno spazio transizionale (18%) e 11 di mettere a disposizione del bambino oggetti mediatori della relazione (22%), 5 pensano di utilizzare un metodo di imitazione (10%) e 3 la teatralizzazione (6%). Una serie di propositi del clinico è relativa alla sua posizione: empatia e holding,

capacità di scambio, attenzione ai ritmi del bambino, limitare i contesti di forte eccitazione, instaurare una situazione di contenimento, diversificare le situazioni interattive (12%). Le ultime strategie riguardano l'interpretazione (angosce e difese, transfert e contro-transfert, sottolineare i nessi associativi) (28%).

3. I moderatori

I moderatori possono essere definiti come caratteristiche contestuali alla psicoterapia che influenzano la direzione o l'intensità della relazione fra variabili indipendenti e dipendenti⁵⁷. I moderatori costituiscono fattori di cui tenere conto nell'interpretazione dei risultati senza tuttavia doverli considerare come determinanti sistematicamente fisse. In molti casi, il loro impatto può essere modificato, se non addirittura capovolto, da un'attenzione o azioni particolari (Kazdin 2008)⁵⁸.

Nell'ambito dell'autismo, abbiamo individuato 10 elementi di contesto suscettibili di intervenire sull'evoluzione del bambino e, relativamente alla questione particolare posta in questa ricerca, di avere un impatto sul processo psicoterapeutico e sui suoi effetti: *Diagnosi e presa in carico psicoterapeutica*, *Contesto dello sviluppo precoce*, *Contesto potenzialmente traumatico dello sviluppo precoce*, *Qualità del sostegno familiare*, *Rapporti psicosociali*, *Sostegno alla psicoterapia da parte dei genitori*, *Comorbidità psichica*, *Comorbidità somatica*, *Qualità dei servizi di supporto e assistenza*, *Scolarizzazione*.

Per ciascuno di questi criteri viene specificato il numero di bambini coinvolti.

- **Diagnosi e presa in carico psicoterapeutica**

- Diagnosi*

- 30 bambini hanno ricevuto la diagnosi sotto i 3 anni
 - 20 bambini hanno ricevuto la diagnosi sopra i 3 anni (tramite la scuola, il pediatra, il centro diurno per bambini fra 3 anni e mezzo e 5 anni)

- Inizio della presa in carico psicoterapeutica*

- 29 bambini hanno iniziato una psicoterapia fra i 3 e i 4 anni
 - 20 bambini hanno iniziato una psicoterapia dopo i 5 anni
 - non specificato per 1 bambino

- **Contesto dello sviluppo precoce**

- 16 bambini non hanno presentato problemi particolari riguardo al loro contesto di sviluppo precoce (sviluppo normale, bambino descritto come facile...).
 - Per 34 bambini è stato riscontrato un contesto di sviluppo difficile, con i seguenti elementi: disturbi del sonno nel bebè o altri disturbi, ad es. ansia (9 bambini); difficoltà personali del padre o della madre (20 bambini); rottura, ad es. trasloco, cambiamento di tagesmutter (1 bambino). Difficoltà legate a problemi familiari (ad esempio, separazione ma anche trasferimento o isolamento della famiglia) che hanno potuto perturbare il contesto (4 bambini).

- **Contesto potenzialmente traumatico dello sviluppo precoce**

- Può riguardare il bambino o tutta la famiglia, in quest'ultimo caso con possibili ripercussioni sul bambino.
 - Non si rilevano eventi traumatici in 24 bambini.
 - Si rileva un evento indicato come traumatico in 26 bambini.
 - ▶ trasloco con allontanamento dal luogo e dalla cultura di vita abituali per la famiglia, vissuto traumatico della madre alla nascita o nei primi mesi di vita del bambino (lutto, malattia di parenti stretti): 10.
 - ▶ Brusca rottura con persone di riferimento (madre, tagesmutter): 5.
 - ▶ Nascita traumatica: 5.
 - ▶ Incidente o evento medico precoce: 6.

⁵⁷ Kazdin A, *Annual Review of Clinical Psychology* 2007

⁵⁸ Kazdin A, *American Psychologist* 2008

- **Qualità del sostegno familiare**

- 30 bambini beneficiano di un ottimo sostegno familiare.
- Per 20 bambini, questo sostegno può essere alterato da
 - Problema legato alla fragilità dei genitori: 17.
 - Problema legato a un obbligo dei genitori: 3.

- **Rapporti psicosociali**

- 46 bambini beneficiano di un ottimo sostegno psicosociale.
- Per 4 bambini, questo sostegno può essere alterato da:
 - Isolamento della famiglia dovuto a un trasloco: 2.
 - Bambino tenuto a casa (1 bambino). Grande difficoltà (1 bambino).

- **Sostegno alla psicoterapia da parte dei genitori**

- 41 famiglie assicurano un solido sostegno al bambino.
- Per 9 famiglie il sostegno può essere alterato da:
 - Difficoltà a portare il bambino alle sedute di psicoterapia: 5.
 - Disaccordo dei genitori (uno vuole, l'altro no): 3.
 - Non pervenuto: 1.

- **Comorbidità psichica**

- 40 bambini non soffrono di comorbidità psichiche (disturbi non legati direttamente alla diagnosi di autismo).
- 10 bambini presentano comorbidità psichiche, quali
 - depressione: 5
 - crisi di panico: 1
 - serio disturbo del sonno: 1
 - iperattività: 2
 - sospetto neurologico: 1

- **Comorbidità somatica**

- 33 bambini non soffrono di comorbidità somatiche.
- 17 bambini presentano comorbidità somatiche, quali:
 - disturbi del sonno che richiedono un monitoraggio cardiaco o sono farmaco resistenti: 4
 - disturbo che richiede un'ospedalizzazione precoce: 8
 - epilessia: 1
 - macrocefalia: 1
 - reflussi esofagei: 3
 - asma: 1
 - disturbo dermatologico ricorrente: 2

- **Qualità dei servizi di supporto e assistenza**

- Tutti i bambini usufruiscono di buoni servizi di supporto e assistenza (tranne 1 per il quale tali servizi sono in procinto di essere avviati) con modalità diverse, quali:
 - Il ritmo delle sedute è di 1-3 volte a settimana.
 - La maggior parte dei bambini è seguita da specialisti in logopedia e psicomotricità (questi elementi non figurano in tutte le FC).
 - Molti praticano attività esterne o interne (centro diurno): laboratori.
 - I genitori sono per lo più ricevuti regolarmente.

I dati inerenti ai servizi di supporto e assistenza sono riassunti in una [tabella in allegato](#)

- **Scolarizzazione**

- 44 bambini vanno a scuola.
- 6 bambini non vanno a scuola, 2 dopo un tentativo, 1 frequenta l'IME (Istituto Medico-Educativo), 1 segue un lavoro educativo in centro diurno, 2 sono ospedalizzati.

c) Misurazione e analisi dei cambiamenti in un anno di psicoterapia

1. Cambiamenti manifesti

• Indicatori ECAR, EPCA e CPQ

I punteggi dell'ECAR fanno riferimento a 3 ambiti: globale, relazionale ed emotivo/psicomotorio. I punteggi medi globali dell'ECAR si riducono progressivamente in media da 36,5 a 19,1 (con una deviazione standard (*sd*) di 12,8 all'inizio e di 11,0 dopo 12 mesi). Si registra anche una riduzione da 42,7 a 22,7 del punteggio di deficit relazionale (*sd* = 19,5 a T0 e = 15,9 a T12) e una riduzione da 36,5 a 20,2 (*sd* = 16,6 a T0 e = 14,7 a T12) del punteggio di insufficienza di modulazione. Per questi 3 ambiti, è respinta l'ipotesi nulla di una variazione dovuta al caso [*p-value* (bilaterale) <0,0001]. Le dimensioni medie dell'effetto sono rispettivamente 2,1 per EG, 1,7 per DR e 1,2 per IM.

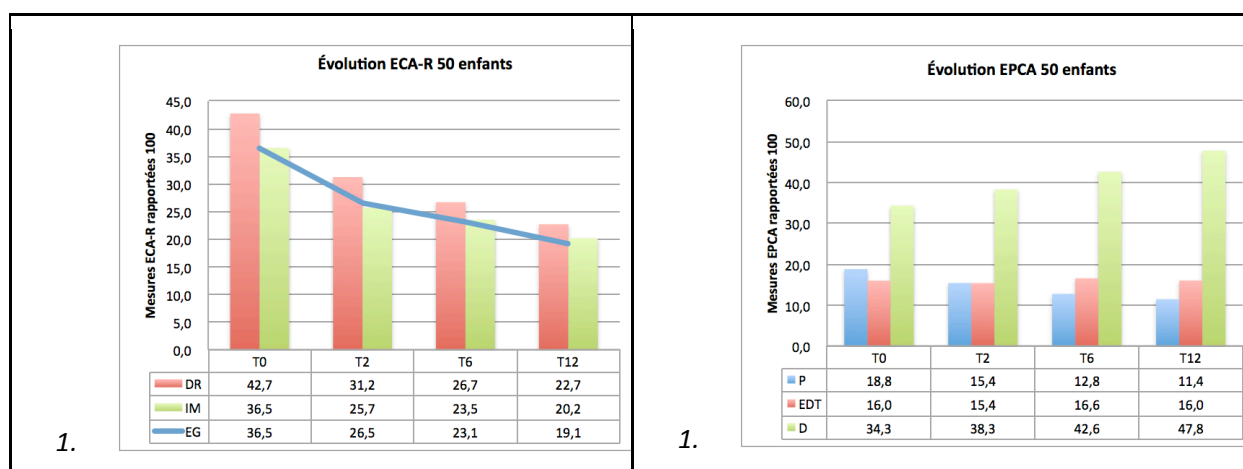
(per consultare i test t ECAR [EG](#), [DR](#) e [IM](#))

I punteggi dell'EPCA fanno riferimento a 3 categorie: P (patologia persistente), D (sviluppo acquisito) e EDT (sviluppo temporaneo). Quest'ultimo ambito è costituito da item che descrivono manifestazioni che traducono un processo di sviluppo in corso, che possono però sembrare patologiche in virtù dello scarto fra questi elementi e l'età reale del bambino.

I punteggi P scendono in media da 18,8 a 11,4 (*sd* = 9,8 a T0 e = 7,1 a T12); i punteggi D salgono da 34,3 a 47,8 (*sd* = 16,5 a T0 e = 17,4 a T12). Per queste 2 categorie, è respinta l'ipotesi nulla di una variazione dovuta al caso [*p-value* (bilaterale) <0,0001]. Il punteggio EDT, che è un indicatore della dinamica di sviluppo, rimane stabile a 16. Le dimensioni medie dell'effetto sono rispettivamente 1 per P e 1,2 per D.

I punteggi del CPQ traducono un'evoluzione media più debole degli indicatori selezionati del funzionamento intrapsichico. Il valore dell'insight resta negativo, ma con una variazione di 7,5 punti e una dimensione dell'effetto di 0,3. Il vissuto affettivo registra un valore positivo e guadagna in media 4,8 punti, con una dimensione dell'effetto di 0,4. La relazione con il mondo esterno e con gli altri, sempre positiva, guadagna 8,3 punti con una dimensione dell'effetto di 0,4. Per gli ultimi due ambiti, è respinta l'ipotesi nulla di una variazione dovuta al caso [*p-value* (bilaterale) <0,0001]. Per quanto riguarda l'insight, si rilevano notevoli differenze di evoluzione fra i casi, che si traducono in una deviazione standard iniziale già elevata che si accentua con il tempo (*sd* = 27,6 a T0 e = 31,2 a T12), mentre è 2 volte inferiore e tende a diminuire negli altri ambiti.

(per consultare i test t CPQ: [INS](#), [EAD](#) e [RMA](#))



Grafici sull'evoluzione in 1 anno dei comportamenti autistici (ECAR) e della patologia e dello sviluppo (EPCA)

	risultato globale	deficit relazionale	modulazione emotiva
--	-------------------	---------------------	---------------------

	T0	T12	Δ	TE	T0	T12	Δ	TE	T0	T12	Δ	TE
ECAR	36,5	19,1	17,4	2,1	42,7	22,7	20	1,7	36,5	20,2	16,3	1,2
	patologia				sviluppo temporaneo				sviluppo			
	T0	T12	Δ	TE	T0	T12	Δ	TE	T0	T12	Δ	TE
EPCA	18,8	11,4	7,4	1	16	16	0	0	34,3	47,8	13,5	1,3
	insight				EAD				RMA			
	T0	T12	Δ	TE	T0	T12	Δ	TE	T0	T12	Δ	TE
CPQ	-14,4	-6,9	7,5	0,3	13,1	17,9	4,8	0,4	7,4	15,7	8,3	0,4

Tabella delle variazioni e dimensioni dell'effetto a partire dagli indicatori ECAR, EPCA e CPQ

NB. La differenza con i punteggi di evoluzione per 12 pazienti si può spiegare tramite i risultati dei pazienti italiani, più grandi di età e più avanti al momento in cui sono inclusi nella ricerca.

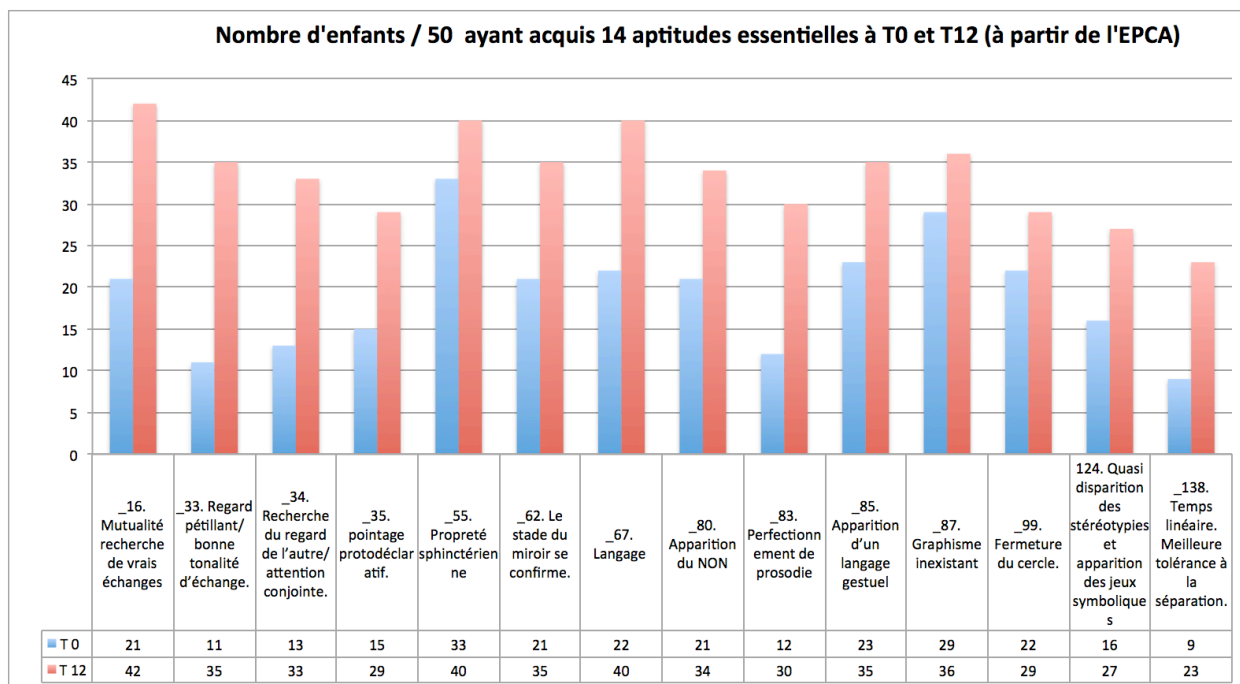
È presentata e commentata in allegato una [tabella di riepilogo dei dati](#) che indica, suddivise per ambiti e basate su diversi strumenti, le evoluzioni dei bambini da 3 a 6 anni e di quelli sopra i 6 anni.

- **Un indicatore clinico derivato dall'EPCA: il punteggio di abilità**

Fra le 147 formulazioni contenute nella scala EPCA, abbiamo selezionato quelle inerenti all'acquisizione di abilità che hanno rappresentato al contempo un punto di riferimento e una trasformazione con una funzione cardine per il bambino e il suo entourage. Corrispondevano a questi criteri⁵⁹ quattordici abilità. Il seguente grafico presenta l'evoluzione del loro numero nel corso dell'anno di valutazione. In blu è indicato il numero di bambini nei quali ogni abilità è presente a T0, in rosso il numero di bambini nei quali ogni abilità è presente a T12.

Il grafico mostra che le abilità più difficili da acquisire sono, da un lato, la scomparsa delle stereotipie e la comparsa del gioco simbolico e, dall'altro, la cognizione del tempo lineare e la tolleranza della separazione. La ricerca di veri scambi, la pulizia, il linguaggio e il disegno sono le abilità che evolvono meglio nel nostro gruppo di pazienti.

⁵⁹ F16) Recherche de vrais échanges relationnels. (F33) Regard avec bonne tonalité d'échange. (F34) Recherche du regard de l'autre pour l'attention conjointe. (F35) Développement du pointage protodéclaratif. (F55) Propreté sphinctérienne acquise ou mieux intégrée. (F62) Stade du miroir se confirme. (F67) Langage verbal existant. (F80) Apparition du NON. (F83) Perfectionnement de la prosodie (mélodie, intonation et accents). (F85) Apparition d'un langage gestuel socialisé (bravo, au revoir). (F87) Graphisme existant. (F99) Fermeture du cercle. (F124) Quasi disparition des stéréotypies et apparition jeux symboliques. (F138) Notion d'écoulement du temps ; meilleure tolérance à séparation.



- costituzione di punteggi generali di variazione**

Sono stati realizzati tre punteggi generali di variazione: SGV1 combina il punteggio di variazione dell'ECAR (sintomi comportamentali) con il punteggio di variazione dell'EPCA (sviluppo); SGV2 combina con SGV1 la variazione globale dei 3 indicatori di funzionamento intrapsichico derivati dal CPQ (insight, affetto e difese, relazione con il mondo esterno e gli altri); il delta delle abilità (Δ Apt) misura il numero di abilità acquisite durante l'anno della ricerca e completa la presentazione dei cambiamenti.

I punteggi di variazione sono indicatori di cambiamento che possono essere considerati come tali e dare luogo a classificazioni generali inerenti, ad esempio, al numero di bambini che hanno realizzato moderati o notevoli cambiamenti. Possono anche essere messi in relazione con le variabili suscettibili di esserne la causa (mediatori) o di influenzarli (moderatori). Quest'aspetto è particolarmente studiato nella presente ricerca centrata sulle azioni terapeutiche, sui meccanismi che le sottendono e sulle condizioni contestuali che le moderano.

2. Il processo psicoterapeutico interno e la sua evoluzione (CPQ)

- Modalità di valutazione dei cambiamenti nel processo interno della psicoterapia**

Il processo interno della psicoterapia è descritto da una serie di formulazioni di rilevanza gerarchizzata con un punteggio che va da -4 a +4. Una delle particolarità dell'utilizzo del questionario CPQ è che il valore fortemente negativo di alcuni item non denota solo l'assenza di una caratteristica, ma introduce una dimensione supplementare. Ad esempio la forma invertita dell'item 37 *"Il terapeuta si comporta in modo didattico"* (che fa riferimento a un approccio cognitivo-comportamentale) è *"Il terapeuta evita l'istruzione o l'educazione esplicita in favore di formulazioni più esplorative o più metaforiche"* (che fa riferimento a un approccio psicodinamico). In caso di assenza di risposta possibile o di non pertinenza di una formulazione nel contesto della seduta, vengono utilizzate le valutazioni -1, 0 o 1. Queste caratteristiche non appartengono al questionario utilizzato, ma rientrano nella più ampia metodologia del Q-sort alla quale il CPQ fa capo.

Per condurre le analisi, siamo partiti dalle numerose pubblicazioni riguardanti il PQS, il CPQ e l'APQ realizzate inizialmente da Jones *et al.*, quindi da Ablon e Jones e infine dai gruppi che hanno dedicato pubblicazioni a questi strumenti a livello internazionale. In allegato sono disponibili una tabella di riepilogo

che presenta i suddetti articoli⁶⁰, un testo più esaustivo⁶¹ e un testo imperniato sui prototipi di processo terapeutici ideali⁶².

Le analisi pubblicate riguardano gli elementi più caratteristici delle psicoterapie realizzate con diversi gruppi, la connessione delle psicoterapie realizzate con i prototipi di diverse psicoterapie, in particolare di quelle psicodinamiche e cognitivo-comportamentali, l'analisi delle interazioni e dei cambiamenti a partire da analisi di serie temporali, ecc.

Abbiamo inizialmente testato l'influenza di mediatori precostruiti nella continuità di un'azione che fa capo a un *approccio interazionale*. In quest'approccio il concetto d'interazione, derivato dalla ricerca deduttiva e dal modello sperimentale, racchiude il presupposto che ogni variabile è un'entità distinta, e che le entità distinte si influenzano reciprocamente. I mediatori (variabili indipendenti) sono stati selezionati in funzione dei dati esistenti sui fattori comuni di cambiamento (alleanza terapeutica) e su quelli che sarebbero specifici per l'autismo, entrando "nei fattori cardine": comunicazione, verbalizzazione, linguaggio; espressione e contenimento affettivo. Vi abbiamo associato i mediatori relativi all'approccio psicodinamico e all'approccio cognitivo-comportamentale. Questi diversi mediatori sono stati costituiti riunendo gli item del CPQ a essi specifici e tenendo conto del significato dell'item in base al suo segno.

Per comprendere anche i mediatori latenti, abbiamo utilizzato l'analisi fattoriale desunta dalle comunità tra pazienti a partire dalle valutazioni dei 100 item del CPQ in ciascuno di loro. Secondo Jones *et al.*, una delle particolarità di queste analisi è definire la psicoterapia a partire da configurazioni di item secondo un *approccio transazionale* dove il significato di ogni item assume il suo significato in relazione a quelli che lo circondano⁶³. Questo approccio porta a definire mediatori emergenti (serie di item che costituiscono una configurazione attiva che si iscrive nei fattori di cambiamento o di non cambiamento) nei quali approcci e tecniche psicoterapeutici sono associati a relative descrizioni dei bambini coinvolti.

L'analisi è stata realizzata in 3 fasi: 1) Ricerca degli elementi più caratteristici nel gruppo dei 50 pazienti; 2) punteggi medi dei fattori precostruiti e loro evoluzione nei 3 periodi di valutazione (2 mesi, 6 mesi e 12 mesi); 3) mediatori emergenti e distinzione di profili di psicoterapie per i 50 casi e nei 3 sottogruppi di età.

Queste diverse analisi permettono allo stesso tempo di determinare le principali caratteristiche delle psicoterapie condotte nella ricerca con bambini autistici - con numerose possibilità di specificazione in base all'età, al momento della psicoterapia e a diverse altre variabili - ma anche di suddividere le psicoterapie di ogni paziente in sottogruppi e secondo i mediatori che esercitano in essi un peso particolare.

- **gli elementi più caratteristici**

I 20 item più caratteristici del CPQ su un periodo di un anno per i 50 pazienti autistici (punteggio CPQ $\leq -1,32$ o $\geq 1,32$) sono i seguenti:

item	formulazione descrittiva
9	Il terapeuta non è ricettivo (atteggiamento freddo, formale, distaccato) (R. Il terapeuta è ricettivo e coinvolto affettivamente).
6	Il terapeuta è sensibile alle emozioni del bambino e comunica con il bambino in modo adeguato.

⁶⁰ M Thurin. Tableau récapitulatif des publications concernant la méthodologie et les études menées avec le PQS, l'ACQ et le CPQ. [Manuscrit présenté en annexe](#)

⁶¹ M Thurin. Le PQS, le CPQ et l'APQ, trois formats d'un instrument du processus de la psychothérapie adaptés à l'adulte, l'enfant et l'adolescent. [Manuscrit présenté en annexe](#)

⁶² J Barthe. Prototypes de processus thérapeutiques idéaux. Application du PQS. [Manuscrit présenté en annexe](#)

⁶³ Jones EE, Parke LA & Pulos S. How therapy is conducted in the pirate consulting room: A multivariate description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research* 1992 ; 2(1): 16-30.

77 L'interazione del terapeuta con il bambino è adattata al livello di sviluppo del bambino.

24 I conflitti emotivi del terapeuta interferiscono nella relazione terapeutica (R. *Il terapeuta evita di rispondere personalmente alla provocazione e al materiale perturbante*)

47 Quando l'interazione con il bambino è difficile, il terapeuta si adatta al bambino.

88 Il materiale della seduta è significativo e appropriato ai conflitti del bambino.

65 Il terapeuta chiarisce, ripete o riformula ciò che dice il bambino.

86 Il terapeuta è sicuro e tranquillo.

72 Il bambino è attivo.

3 Le osservazioni del terapeuta hanno lo scopo di aiutare il bambino a esprimersi verbalmente.

81 Il terapeuta sottolinea le emozioni del bambino per aiutarlo a provarle più in profondità.

28 Il terapeuta percepisce esattamente il processo terapeutico.

53 Il bambino esprime che è cosciente delle sue difficoltà interiori (R. *Il bambino non sembra essere cosciente delle sue difficoltà interiori o capirle*).

41 Il bambino non si sente compreso dal terapeuta (R. *Il bambino dà la sensazione che il terapeuta comprenda la sua esperienza o le sue emozioni*).

45 Il terapeuta tollera l'affetto o gli impulsi violenti del bambino.

18 Il terapeuta esprime un giudizio e trasmette un disaccordo (R. *Il terapeuta si astiene dall'esprimere in maniera palese o velata giudizi negativi verso il bambino*).

46 Il terapeuta chiarisce, spiega o rende comprensibile il significato del gioco del bambino.

2 Il terapeuta commenta il comportamento non verbale del bambino (ad esempio la postura corporea, i gesti).

13 Il bambino è vivace o attivo.

37 Il terapeuta si comporta in modo didattico (R. *Il terapeuta ricorre a formulazioni esplorative o metaforiche*).

I colori associati ai numeri degli item fanno riferimento alla loro eventuale appartenenza ai prototipi dell'approccio psicodinamico e di quello cognitivo-comportamentale. Il **giallo** fa così riferimento al prototipo psicodinamico, il **blu** al prototipo cognitivo-comportamentale e il **verde** ai due prototipi con valutazioni dello stesso segno.

Inoltre, quando l'item presenta un valore negativo, la formulazione a essere presa in considerazione è quella indicata tra parentesi e in corsivo con R (*reverse*) iniziale. Ad esempio, una valutazione negativa dell'item 9: "Il terapeuta non è ricettivo (atteggiamento freddo, formale, distaccato)" conduce al significato opposto R "*Il terapeuta è ricettivo e coinvolto affettivamente*".

Mediatori che corrispondono a questi 20 item

Gli item più caratteristici possono essere raggruppati in 3 mediatori:

- Il primo riguarda l'**atteggiamento e l'adattamento del terapeuta** che determinano il **setting** della psicoterapia. Il terapeuta è ricettivo e coinvolto affettivamente (item 9r), è sensibile alle emozioni del bambino e può comunicare questa comprensione in un modo adatto a lui (item 6). Il suo stile è sicuro e tranquillo (item 86), si astiene dall'emettere giudizi negativi nei confronti del bambino (item 18r). Percepisce esattamente il processo terapeutico (item 28). La sua interazione con il bambino è adattata

al suo livello di sviluppo (item 77). Quando l'interazione con il bambino è difficile, si adatta a lui (item 47). Il materiale della seduta viene essenzialmente messo in relazione ai conflitti psicologici del bambino o a questioni relative a un problema centrale (item 88).

- Il secondo riguarda il **lavoro psicoterapeutico di contenimento e di verbalizzazione degli affetti**. Il terapeuta sottolinea le emozioni del bambino per aiutarlo a viverle più in profondità (item 81). Tollera gli impulsi violenti del bambino (item 45) ed evita di rispondere personalmente alle sue provocazioni e alle conseguenti perturbazioni della seduta (item 24r). Il terapeuta chiarisce, ripete o riformula la tonalità emotiva del bambino, i suoi stati d'animo, le sue idee (item 65) o il suo comportamento non verbale (item 2) per rendere i loro significati più evidenti. Le sue osservazioni hanno lo scopo di aiutare il bambino a esprimersi verbalmente (item 3). Chiarisce, spiega, o rende comprensibile il significato del gioco del bambino (item 46). Le sue formulazioni sono piuttosto esplorative e metaforiche (item 37r).
- Il terzo riguarda il **bambino**. È attivo (item 72) e vivace (item 13). Dà la sensazione che il terapeuta comprenda la sua esperienza e le sue emozioni (item 41), anche se non sembra essere cosciente delle sue difficoltà interiori o capirle bene (item 53r).

- mediatori precostruiti

Punteggi medi dei mediatori precostruiti

I punteggi medi corrispondenti ai mediatori precostruiti (che includono i sottofattori relativi all'alleanza terapeutica) sono riassunti nella tabella seguente:

	EP	TP	PP	AL	ET	AT	IT	ECA	CLV	IS	CC
Media	13,9	2,9	40,6	18,6	45,8	26,4	3,8	18,1	17,0	7,4	-5,9
Max	50,0	38,3	73,1	36,9	93,1	61,7	27,8	54,2	41,7	43,3	30,0
Min	-21,7	-46,7	25,9	-1,9	-4,2	-18,3	-29,9	-11,1	-2,4	-29,2	-39,2
sd	16,4	18,3	8,1	8,1	17,5	16,8	12,6	15,5	11,2	17,3	16,1

EP=Impegno del paziente; TP=Tranfert del paziente; PP=Partecipazione del paziente; AL=Alleanza globale; ET=Impegno del terapeuta; AT= Adattamento del terapeuta; IT=Interazione paziente/terapeuta; ECA=Espressione, consapevolezza degli affetti; CVL=Comunicazione, verbalizzazione, linguaggio; IS= Interpretazione/significato; CC= Consiglio e comportamento. La definizione precisa di questi mediatori e gli item che li compongono sono indicati in [allegato](#).

Dai punteggi espressi per pazienti emerge una grande diversità fra i casi. Tuttavia, tre punteggi sono praticamente sempre positivi e raggiungono livelli elevati: la relazione transferenziale del bambino (TP), l'impegno e l'adattamento del terapeuta (ET e AT), e per estensione l'alleanza (AL). La differenza fra il punteggio massimo e quello minimo per gli altri mediatori denota la loro variabilità da un bambino all'altro. I punteggi IS e CC giungono rispettivamente a una media di 7,4 e di -5,9 a causa della loro valutazione in 2 gruppi di terapeuti di dimensioni diverse, uno di orientamento psicodinamico e l'altro di indirizzo cognitivo-comportamentale.

Punteggi individuali medi dei mediatori precostruiti

I punteggi individuali sono riuniti nella seguente tabella:

CP	EP	TP	PP	AL	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
X003	50,0	29,6	-6,7	27,3	31,9	26,7	7,6	18,1	1,2	-3,3	-39,2	68,4	-17,5
X005	26,7	39,8	20,0	23,6	44,4	8,3	25,0	22,2	17,9	33,3	-26,7	80,6	-19,4
X007	18,3	40,7	-33,3	19,0	38,9	11,7	27,8	50,0	15,5	23,3	-13,3	63,8	-31,1
X030	-1,7	28,7	13,3	8,4	33,3	46,7	-13,2	8,3	4,8	-17,5	30,0	-10,2	44,0
Xi01	25,0	39,8	-1,7	23,5	45,8	38,3	8,3	-1,4	0,0	15,8	-15,0	49,8	-5,6
Xi03	25,0	37,0	13,3	13,6	29,2	28,3	2,1	20,8	22,6	31,7	2,5	54,8	-16,6
Xi26	28,3	33,3	-5,0	29,6	61,1	15,0	20,1	15,3	17,9	12,5	-25,8	70,7	-7,4

I dati di questa tabella permettono, ad esempio, di individuare l'impatto particolare di alcuni mediatori sullo svolgimento e i risultati della psicoterapia. Ad esempio, quali effetti ha sul profilo della psicoterapia e sul suo percorso un debole impegno iniziale o una scarsa partecipazione del bambino nella terapia? I dati

permettono anche di definire l'approccio generale del terapeuta e le sue variazioni in base alle peculiarità del bambino.

La tabella completa è disponibile in [allegato](#).

Le statistiche descrittive (dati quantitativi) di questa tabella sono le seguenti:

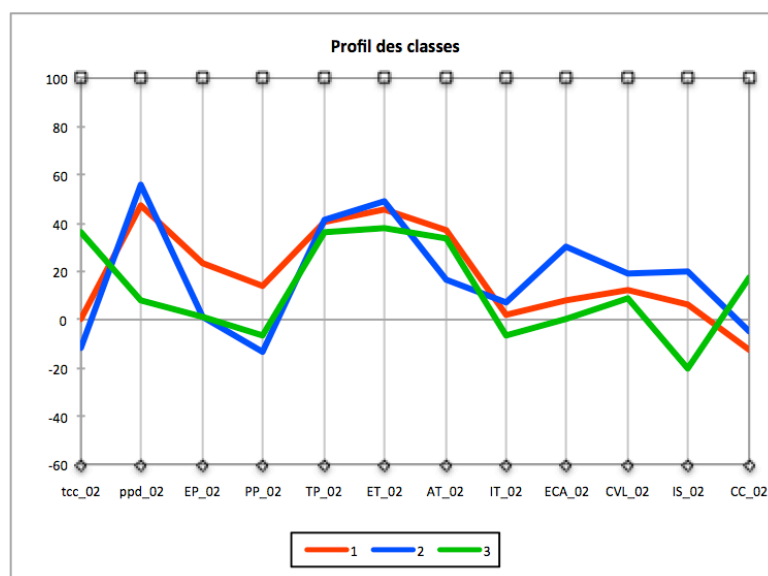
Statistica	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC
N. di osservazioni	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Minimo	-21,7	-46,7	25,9	-1,9	-4,2	-18,3	-29,9	-11,1	-2,4	-29,2	-39,2
Massimo	50,0	38,3	73,1	36,9	93,1	61,7	27,8	54,2	41,7	43,3	30,0
1° Quartile	2,1	-9,6	36,3	13,5	34,0	13,3	-5,0	8,3	7,4	-3,1	-17,5
Mediano	18,3	3,3	40,7	17,4	43,1	26,7	5,6	17,4	16,1	9,6	-8,3
3° Quartile	25,0	15,0	43,5	24,2	56,6	37,9	12,5	26,0	22,6	20,8	2,5
Media	13,9	2,9	40,6	18,6	45,8	26,4	3,8	18,1	17,0	7,4	-5,9
Varianza (n-1)	269,1	333,7	65,8	66,3	306,3	283,6	158,0	239,2	126,0	299,6	259,2
Deviazione standard (n-1)	16,4	18,3	8,1	8,1	17,5	16,8	12,6	15,5	11,2	17,3	16,1

Ricerca di profili di psicoterapie sulla base dell'attivazione dei mediatori precostruiti a 2, 6 e 12 mesi

A partire dai punteggi dei mediatori precostruiti a 2, 6 e 12 mesi sono state effettuate tre classificazioni gerarchiche ascendenti (CGA) dei 50 pazienti. La dissimilarità corrisponde alla distanza euclidea e per l'aggregazione è stato utilizzato il metodo di Ward. I dati sono stati centrati. Il numero di classi scelto è 3.

Classificazione a 2 mesi

22 bambini si trovano nella classe 1 (in rosso nel grafico), 18 bambini nella classe 2 (in blu nel grafico) e 10 bambini nella classe 3 (in verde nel grafico).



allegato: [pdf CGA T02](#)

A T02, le classi 1 e 2 sono psicodinamiche, la classe 3 cognitivo-comportamentale

5. Quali caratteristiche presentano le tre classi?

Ricordiamo che lo strumento CPQ, da cui derivano i mediatori rappresentati in queste curve, segue la metodologia del Q-sort che richiede necessariamente una classificazione forzata degli item. *I punteggi devono dunque essere letti come “più caratteristici” o “meno caratteristici” gli uni rispetto agli altri a un tempo t.* Questa classificazione relativa è comune a molti pazienti e si riscontra nelle classi. In altre parole, il grafico qui riportato corrispondente ai mediatori deriva da una ponderazione dei vari item di cui sono composti relativa rispetto agli altri nei diversi periodi della terapia e da una comunità di determinati pazienti rispetto a questa ponderazione.

La curva della classe 1 parte da un punteggio TCC a 0 e da un punteggio PPD intorno a 50. Per quanto riguarda questi due mediatori, la classe 1 è vicina alla classe 2 che presenta un punteggio PPD intorno a 60 e un punteggio TCC leggermente negativo (circa -10). La classe 3 si distingue nettamente dalle classi 1 e 2 con un punteggio TCC prossimo a 40, mentre il punteggio PPD è circa 5.

6. Le curve descrivono una netta differenza iniziale fra i 2 approcci psicoterapeutici generali PPD e TCC, rappresentati rispettivamente dalle classi 1 e 2 (PPD) e 3 (TCC).

Successivamente, la classe 2 raggiunge la classe 3 al livello dei due mediatori Impegno del paziente (EP) e Partecipazione del paziente (PP), con un punteggio comune pari a 0 per EP e a -10 e -5 per PP. La classe 1 presenta invece una curva positiva, con 25 per EP e 15 per PP.

Ricordiamo che 22 bambini si trovano nella classe 1. Circa la metà dei bambini rivela quindi un buon impegno e una buona partecipazione nella terapia a 2 mesi della loro valutazione.

Si registra poi un movimento sorprendente al livello del mediatore Transfert del paziente (TP), dove tutte le classi si ricongiungono su un punteggio pari a 40.

Anche per il mediatore Impegno del terapeuta (ET) le 3 classi presentano un punteggio analogo, poco al di sotto di 40 per la classe 3 e al di sopra di 40 per le altre due classi.

In Adattamento terapeuta (AT) le classi 1 e 3 registrano un punteggio equivalente prossimo a 40, mentre la classe 2 presenta un punteggio inferiore, intorno a 20.

Questa osservazione è di grande rilevanza, anche perché indica che i due mediatori ET e AT sono molto importanti nel lavoro psicoterapeutico condotto con i bambini autistici.

Le tre classi si ricongiungono successivamente con punteggi intorno allo 0 per il mediatore IT (Interazione paziente/terapeuta). Come indicato in precedenza, questo dato non significa assenza di interazione, ma che l'interazione si esprime più nel mediatore TP che nel mediatore IT, i cui item specifici, nella valutazione effettuata a T02, sono incentrati sul dialogo basato su temi.

I punteggi di ECA e CVL sono simili per le classi 1 e 3 (tra 0 e 10), mentre la classe 2 presenta punteggi più elevati per questi 2 mediatori, rispettivamente attorno a 30 e 20.

Per i mediatori Interpretazione/significato (IS) e Consiglio e comportamento (CC), i punteggi delle classi 1 e 2 sono opposti a quelli della classe 3. Per quanto riguarda l'IS, la classe 1 registra un punteggio basso (intorno a 5), la classe 2 si aggira intorno a 20, mentre la classe 3 presenta un valore nettamente negativo (intorno a -20). Lo schema si inverte per il CC, con un punteggio positivo (circa 20) per la classe 3, e un punteggio negativo per le classi 1 e 2 (rispettivamente intorno a -10 e -5).

In sintesi

Sembra delinearsi una classe chiaramente psicodinamica, la classe 2. In effetti, abbiamo visto che per i mediatori PPD e IS la classe 2 presenta punteggi più elevati rispetto alle altre due classi. I valori degli altri mediatori, in particolare ECA e CVL, sembrano indicare che con i bambini di questa classe il terapeuta ha

potuto utilizzare una tecnica specifica per lavorare sull'espressione delle emozioni, sulla verbalizzazione e sul linguaggio.

Anche la classe 1 è chiaramente psicodinamica con punteggi tuttavia meno alti. **Sarebbe interessante esaminare quello che rende positivo il punteggio di Partecipazione del paziente di questa classe, mentre per le altre due è negativo.** Sarebbe anche che, per i pazienti di questa classe, l'adattamento del terapeuta sia maggiore.

La classe 3 sembra delineare un profilo TCC se si osserva il punteggio del mediatore corrispondente a quest'approccio e quello del mediatore Consiglio e comportamento che riunisce item specifici di questo registro.

Gli altri mediatori non sono specifici, pare, a una data psicoterapia. I punteggi non sembrano così significativi da essere discriminanti. Tuttavia osserviamo che anche se i terapeuti conducono le loro psicoterapie sulla base del loro modello teorico di riferimento, alcuni mediatori registrano punteggi positivi simili nelle 3 classi, in particolare in Transfert del paziente, Impegno del terapeuta, Adattamento del terapeuta.

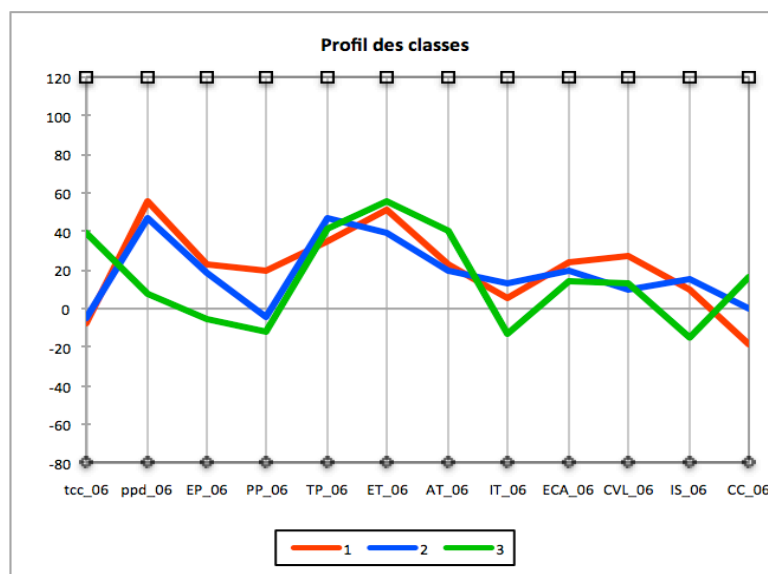
La classe 1 si distingue al livello di EP e PP con punteggi positivi, contrariamente alle altre due classi.

La classe 2 si distingue per i mediatori ECA e CVL, con punteggi più significativi rispetto a quelli delle altre due classi.

Classificazione a 6 mesi

21 bambini si trovano nella classe 1 (in rosso nel grafico), 19 bambini nella classe 2 (in blu nel grafico) e 10 bambini nella classe 3 (in verde nel grafico). Relativamente al numero di bambini nelle varie classi si osservano poche modifiche rispetto alla prima valutazione. Vedremo più avanti se i bambini in questione sono gli stessi o se si registrano spostamenti da una classe all'altra.

allegato [pdf CGA T06](#)



A T6, le classi 1 e 2 sono psicodinamiche, la classe 3 cognitivo-comportamentale

Quali caratteristiche presentano le tre classi?

Le classi 1 e 2 partono da un punteggio TCC analogo attorno allo 0 e a un punteggio PPD positivo pari, rispettivamente, a 60 e 50. La classe 3 presenta inizialmente una curva inversa, con TCC a 40 e PPD a circa 5. Si osserva che questa volta la classe 1 presenta un punteggio PPD più elevato rispetto alla classe 2, inversamente a quanto registrato nella valutazione a 2 mesi.

I punteggi delle classi 1 e 2 sono ora analoghi in Impegno del paziente ($\simeq 20$), mentre per la classe 3, EP è leggermente negativo. Il punteggio EP della classe 2 è cambiato rispetto alla valutazione a T02, dove era uguale a 0, ed è vicino a quello della classe 3. In Partecipazione del paziente, il punteggio della classe 2 è meno negativo che a 2 mesi ed è molto vicino a quello della classe 3, leggermente negativo. Quello della classe 1 è positivo, a circa 20.

Il mediatore Tranfert del paziente vede nuovamente le tre classi ricongiunte, con un punteggio intorno a 40, ma un po' più elevato nelle classi 2 e 3.

Anche per Impegno del terapeuta il punteggio delle 3 classi è analogo, con un valore più elevato per la classe 3 ($\simeq 60$), un po' più basso per la classe 1 ($\simeq 50$) e ancora più basso per la classe 2 ($\simeq 40$). Mentre i punteggi delle classi 1 e 2 restano relativamente costanti, il punteggio della classe 3 passa da 35 in T02 a 60 mentre EP e PP sono rimasti negativi.

Per Adattamento del terapeuta, i punteggi delle classi 1 e 2 sono equivalenti con un punteggio prossimo a 20, mentre quello della classe 3 è più alto, intorno a 40.

Per Interazione, i punteggi delle classi 1 e 2 sono tra 10 e 20, con un valore più elevato nella classe 2. La classe 3 presenta un punteggio negativo, intorno a -10.

I punteggi ECA e CVL sono simili per le classi 2 e 3 ($\simeq 20$), con valori leggermente più elevati per la classe 1 ($\simeq 25$ per ECA e $\simeq 30$ per CVL).

Per i mediatori Interpretazione/significato e Consiglio e comportamento, i punteggi delle classi 1 e 2 restano opposti a quelli della classe 3. Il punteggio IS per le classi 1 e 2 si aggira intorno a 15, mentre è negativo per la classe 3 (-15 circa). La situazione si inverte per Consiglio e comportamento, con un punteggio di 20 per la classe 3, e valori negativi per le classi 1 e 2 (rispettivamente intorno a -20 e 0).

In sintesi

Le classi 1 e 2 si delineano chiaramente come psicodinamiche. In questa valutazione a 6 mesi però la classe 1 presenta punteggi leggermente più alti per i mediatori PPD e IS rispetto alla classe 2. La classe 3 resta, secondo i criteri definiti a 2 mesi, chiaramente TCC.

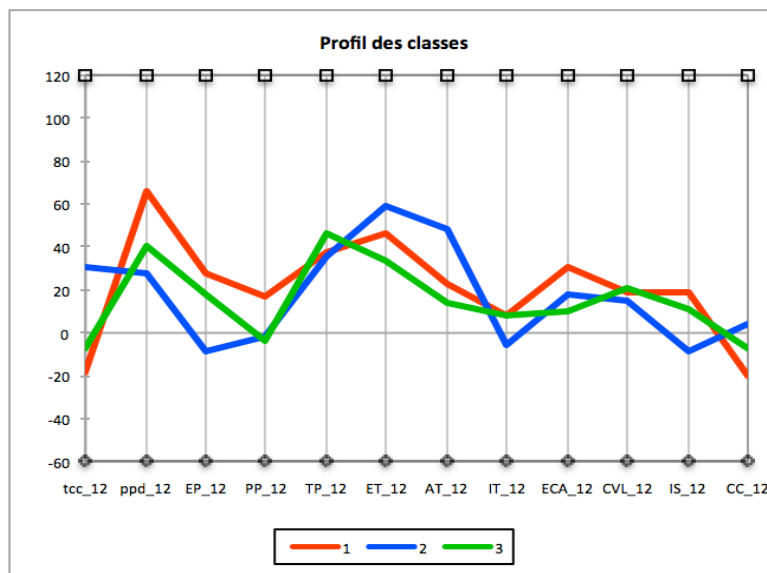
Per quanto riguarda gli altri mediatori, la classe 1 si distingue a 6 mesi in Partecipazione del paziente, che presenta un punteggio positivo contrariamente alle altre due classi, e in Comunicazione, verbalizzazione, linguaggio, che mostra un punteggio più alto di quello delle altre due classi.

La classe 3 si distingue per il punteggio di Impegno del paziente e Interazione, che contrariamente alle altre due classi è negativo, e per un punteggio in Impegno e Adattamento del terapeuta più elevato di quello delle 2 altre classi. La classe 2 non presenta particolari caratteristiche distintive rispetto alle altre due classi.

Classificazione a 12 mesi

19 bambini sono nella classe 1 (in rosso nel grafico), 12 bambini nella classe 2 (in blu nel grafico) e 19 nella classe 3 (in verde nel grafico). Si osserva un'oscillazione nel numero di bambini nelle classi 2 e 3. La classe 1 resta costante a questo livello.

Allegato [pdf CAH T12](#)



A T12, le classi 1 e 3 sono psicodinamiche, la classe 2 è piuttosto cognitivo-comportamentale

Quali caratteristiche presentano le tre classi?

Le classi 1 e 3 partono da un punteggio TCC negativo, -20 per la classe 1, -5 per la classe 3. La classe 2 presenta un punteggio positivo attorno a 30. Per quanto riguarda PPD, le tre classi registrano punteggi positivi relativamente alti, che vanno da 30 per la classe 2 a più di 60 per la classe 1, passando per 40 per la classe 3. A quest'ultima valutazione, sembrerebbe che la classe denominata TCC alle prime due valutazioni sia ormai la classe 2, con la particolarità di avere alto sia il punteggio TCC che quello PPD.

In Impegno del paziente, le classi si discostano quanto a punteggio: la classe 1 registra circa 30 punti, la classe 2 presenta un valore negativo intorno a -5 e la classe 3 un valore positivo intorno a 20. In Partecipazione del paziente la classe 1 si distingue con un punteggio intorno a 20, mentre le altre due classi presentano entrambe un punteggio a 0.

Le 3 classi si ricongiungono come nelle prime due valutazioni in Tranfert del paziente, con un valore intorno a 40.

In Impegno del terapeuta, le curve delle tre classi sono vicine tra loro con un picco di 60 per la classe 2. Il punteggio della classe 1 si aggira intorno a 50 e quello della classe 3 intorno a 40.

In Adattamento del terapeuta, la classe 2 presenta il punteggio più alto, attorno a 50. I punteggi delle altre due classi sono vicini, circa 30 per la classe 1 e attorno a 20 per la classe 3.

In Interazione, il punteggio della classe 2 è negativo, attorno a -5, mentre i punteggi delle classi 1 e 3 sono simili, intorno a 10.

I punteggi dei mediatori tecnici Espressione, contenimento degli affetti (ECA) e Comunicazione, verbalizzazione, linguaggio (CVL) sono positivi per le 3 classi. In ECA il punteggio è un po' più alto nella classe 1, attorno a 30, mentre i valori delle altre due classi variano fra 15 e 20. In CVL, le 3 classi presentano punteggi vicinissimi, intorno a 20.

In Interpretazione e significato, la classe 1 presenta il punteggio più alto, intorno a 20, la classe 3 un punteggio poco più basso e la classe 2 un valore negativo, attorno a -5.

In Consiglio e comportamento, la curva si inverte per ogni classe: la classe 1 presenta un punteggio di -20, la classe 2 un valore intorno a 2 e la classe 3 un punteggio di circa -3.

In generale, si può dire che a 12 mesi il divario tra gli approcci generali PPD e TCC è molto meno marcato che a 2 mesi, e che la terapia, inizialmente TCC, è successivamente diventata quasi "mista". Quest'evoluzione si riscontra al livello di IS.

Oltre che per questi approcci generali, la classe 1 si distingue rispetto alle altre due per il punteggio positivo, contrariamente alle altre due classi, di Partecipazione del paziente e per il punteggio più alto di ECA.

La classe 2 si distingue in 4 mediatori rispetto alle altre due classi, contrariamente alle quali presenta in Impegno del paziente e in Interazione un punteggio negativo, e in Impegno e Adattamento del terapeuta con un punteggio più elevato.

La classe 3, di orientamento psicodinamico, occupa una posizione relativamente mediana negli altri mediatori, con un punteggio un po' più elevato in TP e CVL e un punteggio un po' meno elevato in ET, AT ed ECA.

Baricentri delle classi:

Classe	tcc 02	ppd 02	EP 02	PP 02	TP 02	ET 02	AT 02	IT 02	ECA 02	CVL 02	IS 02	CC 02
1	0,5	47,0	23,6	13,6	40,8	45,8	36,8	1,7	8,0	12,5	6,3	-12,5
2	-11,4	55,7	0,8	-13,3	41,7	48,6	16,1	6,8	29,9	19,2	20,0	-4,7

3	36,1	7,6	1,0	-6,5	36,4	37,5	33,5	-6,7	0,4	8,6	-20,5	17,3
Classe	tcc_06	ppd_06	EP_06	PP_06	TP_06	ET_06	AT_06	IT_06	ECA_06	CVL_06	IS_06	CC_06
1	-7,7	55,7	22,6	20,0	35,3	51,6	22,4	6,0	24,0	27,2	10,0	-18,7
2	-5,0	47,4	18,7	-4,7	47,4	39,3	19,7	13,2	19,7	10,3	15,4	0,3
3	39,0	8,0	-5,0	-12,0	41,9	55,4	40,0	-13,3	13,8	13,2	-15,0	16,8
Classe	tcc_12	ppd_12	EP_12	PP_12	TP_12	ET_12	AT_12	IT_12	ECA_12	CVL_12	IS_12	CC_12
1	-18,6	66,3	27,4	17,1	37,6	46,3	22,9	8,0	30,5	19,4	19,1	-20,0
2	30,4	27,6	-8,3	-1,7	35,4	59,0	48,3	-6,1	18,1	14,6	-9,0	4,0
3	-7,2	40,3	17,6	-3,7	46,6	33,6	13,7	8,6	10,1	20,7	11,2	-7,2

In sintesi

- ▶ A partire dai mediatori TCC e PPD, è possibile distinguere facilmente l'approccio psicodinamico (forte e medio) e comportamentale. Si osserva tuttavia nell'approccio TCC a 12 mesi una parte psicodinamica rilevante (punteggio 27,6).
- ▶ L'impegno dei bambini si rafforza nelle psicoterapie psicodinamiche; la loro partecipazione è forte nella classe 1 e si rafforza a T12 nelle classi 2 e 3.
- ▶ Il transfert dei bambini è forte per tutto l'anno nelle 3 classi.
- ▶ L'impegno e l'adattamento del terapeuta si mantengono a un livello elevato, in particolare nella classe TCC.
- ▶ L'interazione si rafforza nei gruppi PPD e resta debole nel gruppo TCC.
- ▶ L'attivazione dei mediatori tecnici, attuata precocemente nella psicoterapia psicodinamica "forte", si rafforza nettamente negli altri 2 gruppi a T6 e a T12. Le medie di ECA e CVL passano così rispettivamente da 12,7 a 19,5 e da 13,4 a 18,2.

È disponibile in allegato la tabella di riepilogo, corredata di commento, della costituzione dei gruppi a T02, T06 e T12 e degli eventuali spostamenti dei bambini dall'uno all'altro gruppo ([vedi allegato](#)).

Correlazioni tra profili di psicoterapia a T02 e T12 e risultati

La questione è qui trattata a partire dal confronto dei risultati relativi alla riduzione dei comportamenti autistici e alle acquisizioni nello sviluppo.

I casi appartenenti rispettivamente alle classi 1, 2 e 3 a T02 presentano variazioni medie tra T0 e T12 pari a rispettivamente 18,2, 16,3 e 17,6 per i disturbi del comportamento e a 12,1, 15,9 e 12,1 per lo sviluppo. Rispetto alle classi 1 e 3, la classe 2 sembra dunque ottenere migliori risultati per lo sviluppo e risultati meno buoni per i disturbi del comportamento.

I casi appartenenti rispettivamente alle classi 1, 2 e 3 a T12 presentano a T12 punteggi medi di comportamento pari rispettivamente a 16, 22,4 e 20,1 per i disturbi del comportamento e 51,5, 42,1 e 47,7 per lo sviluppo.

	Δ EG 0-12	Δ DEV 0-12	Δ Apt 0-12		EG 12	DEV 12	Δ EG 0-12
Classe 1 - T02	18,2	12,1	3,9	Classe 1 - T12	16	51,5	16,4
Classe 2 - T02	16,3	15,9	4,3	Classe 2 - T12	22,4	42,1	19,8
Classe 3 - T02	17,6	12,1	3,9	Classe 3 - T12	20,1	47,7	16,9

Queste osservazioni saranno approfondite tenendo conto dell'età e delle specificità di ogni paziente nel capitolo seguente (casi comparati).

- **mediatori emergenti**

Da un'analisi fattoriale semplice e con rotazione Varimax sono stati estratti come fattori principali quattro fattori emergenti a partire dalla media dei punteggi ricavati in un anno per ogni item del CPQ per i 50 pazienti. La ricerca non investe i fattori latenti interni al CPQ, perché lo strumento è stato costruito in modo tale da garantire l'indipendenza tra gli item che lo compongono e l'assenza di una struttura fattoriale latente⁶⁴. *La ricerca è invece incentrata sulle similarità e dissimilarità tra le psicoterapie delle diverse diadi paziente-terapeuta a partire da gruppi di item (che costituiscono dei mediatori) condivisi.*

Questi quattro fattori sono costituiti da gruppi di item composti in base alla loro rilevanza e alla loro appartenenza a una configurazione particolare comune a una serie più o meno importante di psicoterapie.

analisi fattoriale semplice

Il **Fattore 1** interviene per il 40% della variabilità. Copre praticamente gli item più caratteristici presentati [in precedenza in questo rapporto](#). I 18 item che lo compongono, con una rilevanza di $\geq 1,2$, possono essere riuniti in 3 mediatori:

- Il primo riguarda **l'adattamento del terapeuta e il setting**. Il terapeuta è ricettivo e coinvolto affettivamente (item 9r), è sensibile alle emozioni del bambino e può comunicare questa comprensione in un modo adatto al bambino (item 6). Il suo stile è sicuro e tranquillo (item 86), si astiene dall'emettere giudizi negativi nei confronti del bambino (item 18r). Percepisce esattamente il processo terapeutico (item 28). La sua interazione con il bambino è adattata al livello di sviluppo del paziente (77). Quando l'interazione con il bambino è difficile, si adatta a lui (item 47). Il materiale della seduta è essenzialmente messo in relazione con i conflitti psicologici del bambino o con questioni relative a un problema centrale (item 88).
- Il secondo riguarda **gli affetti e il relativo lavoro psicoterapeutico sul contenimento e la verbalizzazione**. [Le comunicazioni del bambino sono cariche di affetto (item 40r)]. Il terapeuta sottolinea le emozioni del bambino per aiutarlo a viverle più in profondità (item 81). Tollera gli impulsi violenti del bambino (item 45) ed evita di rispondere personalmente alle sue provocazioni e alle conseguenti perturbazioni della seduta (item 24r). Il terapeuta chiarisce, ripete o riformula la tonalità emotiva del bambino, i suoi stati d'animo, le sue idee o il suo comportamento non verbale per rendere i loro significati più evidenti (item 65). Le sue osservazioni hanno lo scopo di aiutare il bambino a esprimersi verbalmente (item 3).
- Il terzo riguarda **il bambino**. Le sue comunicazioni sono cariche di affetto (item 40r)]. È attivo (item 72) e vivace (item 13). Dà la sensazione che il terapeuta comprenda la sua esperienza e le sue emozioni (item 41), anche se non sembra essere cosciente delle sue difficoltà interiori o capirle bene (item 53r).

Il **Fattore 2** interviene per il 9% della variabilità. I 14 item che lo compongono, con rilevanza pari a $\geq 1,2$, concernono la **tecnica generale del terapeuta** (10 item) e **l'atteggiamento del bambino** al riguardo (impegno, partecipazione e comprensione) (4 item).

Nel complesso, il valore di questo fattore è positivo se la terapia è di orientamento psicodinamico, negativo se l'orientamento è cognitivo-comportamentale, ma devono anche essere presi in considerazione i 4 item che descrivono in modo positivo la sua sintonizzazione nelle interazioni, il suo impegno nel gioco del "far credere", il suo includere il terapeuta nel suo gioco e la sua comprensione di ciò che dice. Pertanto una terapia cognitivo-comportamentale con un bambino non sintonizzato si presenterà sotto forma di punteggio fattoriale fortemente negativo.

⁶⁴ Jones EE, Cumming D, et Horowitz MJ. Another look at the noon specific Hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of consulting and clinical psychology* 1988; 56 (1): 48-55.

- **Il terapeuta** non esercita un controllo sull'interazione *al contrario* lo esercita (item 17r), non è direttamente rassicurante *al contrario* lo è (item 66r). Ricorre a formulazioni esplorative o metaforiche *al contrario* si comporta in modo didattico (item 37r), interpreta desideri rimossi o inconsci *al contrario* non li interpreta (item 67), i sogni o le fantasie del bambino vengono discussi *al contrario* non lo sono (item 90), non cerca di ricompensare o di sottolineare i cambiamenti di comportamento *al contrario* li ricompensa o li sottolinea (item 55r). Sottolinea la verbalizzazione di condizioni interiori e affettive *al contrario* evita di farlo (item 97). Non dà consigli o istruzioni al bambino *al contrario* li dà (item 99r). Non presta attenzione a un comportamento non verbale ripetitivo o problematico *al contrario* vi presta attenzione (item 2r). Evita di intervenire se non si sente a suo agio con il comportamento del bambino *al contrario* pone dei limiti (item 48r).
- **Il bambino** è coinvolto nella psicoterapia e attento alle interazioni *al contrario* non è sintonizzato o sincronizzato nei suoi scambi sociali (item 26). Si impegna nel gioco del "far credere" *al contrario* il suo gioco è concreto o ha regole stabilite (item 71), include il terapeuta nel gioco *al contrario* non lo include nel gioco, o organizza un gioco in modo tale da escluderne il terapeuta (item 64). Comprende facilmente ciò che gli dice il terapeuta *al contrario* ha difficoltà a comprendere i suoi commenti (item 5).

Il **Fattore 3** interviene per il 4,3% della variabilità. I 13 item che lo compongono, con rilevanza pari a $\geq 1,2$, descrivono **un bambino** (6 item) curioso, chiaro, fantasioso che può esprimere emozioni conflittuali o ambivalenti al suo terapeuta se i punteggi di valutazione sono positivi o il contrario se sono negativi. **Il terapeuta** (7 item) adotta un approccio più cognitivo-comportamentale se i punteggi di valutazione sono positivi o psicodinamico se sono negativi. Nella presentazione che segue, se i punteggi sono positivi, la terapia è cognitivo-comportamentale con un bambino che presenta le qualità descritte.

- **Il bambino** è curioso *al contrario* non sembra curioso (item 8), è chiaro e organizzato nella sua espressione verbale *al contrario* parla in modo confuso, fa spesso digressioni o è vago (item 54), è fantasioso nel suo gioco e ha nuove idee *al contrario* il suo gioco manca di spontaneità (item 95r), lo stile del suo gioco è fluido e concentrato *al contrario* è frammentato, sporadico (item 29), il suo affetto è ben modulato ed equilibrato *al contrario* il bambino è distante dal suo o dalle sue emozioni (56 r). Il bambino trasmette o prova emozioni ambivalenti o conflittuali nei confronti del terapeuta *al contrario* esprime emozioni costanti (positive o negative) nei confronti del terapeuta durante la seduta (item 49).
- **il terapeuta** esprime opinioni o prende posizioni esplicite o sottintese *al contrario* è neutrale (item 93r), non interpreta la relazione terapeutica e si concentra soltanto sul contenuto *al contrario* la interpreta (item 98r), interpreta poco o affatto le difese *al contrario* segnala al bambino che sta utilizzando meccanismi di difesa (item 36r), non interpreta il significato del gioco del bambino *al contrario* ne interpreta il significato (item 46r), non segnala un tema esistente evidente nell'esperienza o nella condotta del bambino *al contrario* lo segnala (62r), non si parla delle funzioni corporee (ad esempio, chiede di andare al bagno) quando questo tema emerge nel gioco o nel comportamento *al contrario* se ne parla (item 16r), apparentemente si evita di parlare dei genitori (o dei loro sostituti) *al contrario* i genitori del bambino sono un argomento di discussione (item 96r).

Il **Fattore 4** interviene per il 3% della variabilità. I 15 item che lo compongono, con rilevanza di $\geq 1,2$, descrivono principalmente **un bambino** (11 item) **vicino al suo terapeuta, in interazione positiva e che si comporta in modo dipendente con lui**, non esplora pensieri o emozioni (*o il contrario*). **Gli interventi del terapeuta** (4 item) **sono strettamente legati all'attuale situazione della psicoterapia**.

- il bambino sembra poco disposto a esaminare pensieri o emozioni (item 58), cerca una maggiore intimità con il terapeuta (item 10), risponde alle osservazioni del terapeuta con un gioco, commenti o associazioni (item 42r), stabilisce un contatto fisico con il terapeuta (item 15), non ha difficoltà ad andare via dalla seduta (item 25), è in competizione con il terapeuta (item 39), esprime l'aspettativa di ricevere dei complimenti o di essere protetto (item 22 r), rivolge la sua rabbia o le sue emozioni aggressive verso l'esterno (item 85r), si comporta in modo dipendente (item 80). Esprime che approva o ammira il suo terapeuta (item 01r). Non esprime pensieri o emozioni di ordine sessuale (item 11r).

- il terapeuta risponde alle emozioni implicite o non elaborate del bambino con formulazioni concettuali o esplicative (item 12), non stabilisce nessi tra la relazione terapeutica e altre relazioni (item 100), sollecita attivamente una descrizione più dettagliata di ciò che dice o pensa il bambino (item 31), le interruzioni o le pause nella terapia sono un elemento di discussione (item 75).

I 4 fattori emersi da analisi fattoriali descrivono situazioni “vive” delle psicoterapie nelle quali gli atteggiamenti del terapeuta e del bambino sono meticolosamente definiti e messi in relazione.

(Le tabelle corrispondenti sono presentate in [allegato](#))

Correlazioni fra i fattori e le psicoterapie dei 50 pazienti

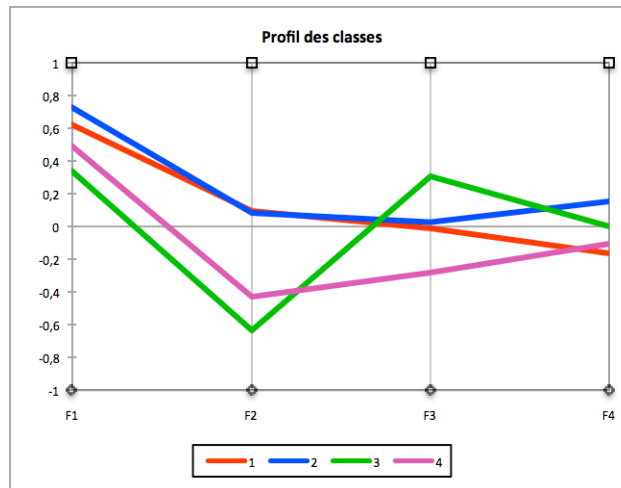
Questi fattori/mediatori di cambiamento (che possono includere situazioni nelle quali i tentativi del terapeuta si scontrano con un atteggiamento avverso del bambino come indicato nelle descrizioni dei fattori 2 e 3) possono essere correlati con ciascuna delle psicoterapie dei pazienti secondo il modello qui sotto (vedi in allegato la [tabella completa](#)). La tabella può essere esaminata in modo generico o fungere da supporto insieme a quella dei fattori precostruiti per comprendere alcune situazioni particolari che saranno affrontate con comparazioni approfondite dei casi raggruppati secondo l’età dei pazienti. Questo aspetto

Corrélations entre les variables et les facteurs :					
		F1	F2	F3	F4
MsX003		0,724	0,211	0,157	-0,150
MsX005		0,832	0,326	0,038	0,132
MsX007		0,754	0,218	-0,212	0,278
MsX030		0,308	-0,735	0,142	0,078
MsXi03		0,736	0,078	-0,201	-0,080
MsXi26		0,722	0,440	0,270	0,110
MsXi32		0,681	0,145	-0,127	0,304
MsY001		0,776	0,374	0,122	0,034
MsY003		0,707	0,047	-0,069	0,263
MsY009		0,839	0,008	0,112	0,006
MsY010		0,815	-0,035	-0,246	0,210
MsY011		0,799	0,076	-0,187	-0,248
MsY012		0,691	-0,098	-0,014	0,226
MsY013		0,686	-0,095	-0,370	0,406
MsY014		0,789	-0,088	0,105	0,104

sarà sviluppato nella parte seguente, dedicata alle comparazioni di casi.

Presentazione delle psicoterapie secondo 4 profili

Una classificazione gerarchica ascendente (CGA) relativa alla tabella delle correlazioni tra le variabili (punteggi mediati di ciascuno dei 100 item nelle 50 psicoterapie) e dei valori di ciascuno dei fattori descritti sopra per ognuna delle 50 psicoterapie conduce al seguente grafico, che descrive i profili delle 4 classi di cui è possibile consultare la descrizione e la composizione in [allegato](#):



- La classe 1 è composta soltanto da terapie PPD (18)
- La classe 2 è composta da terapie PPD (18) e da terapie Pmot (3)
- La classe 3 è composta soltanto da terapie TED (5)
- La classe 4 è composta da terapie PPD (5) e 1 terapia con il gioco.

Correlazioni tra profili di psicoterapia e risultati

La questione è qui trattata a partire dai risultati comparati relativi alla riduzione dei comportamenti autistici e alle abilità acquisite a T12 in base alle classi di psicoterapie/pazienti presentate.

- Le medie delle riduzioni dei comportamenti autistici per le classi 1, 2, 3 e 4 sono rispettivamente 15.8, 18.6, 20.5 e 15.2.
- Le medie delle acquisizioni nello sviluppo per le classi 1, 2, 3 e 4 sono rispettivamente 12.3 (1.2), 14.2 (1.4), 10.8 (1.0), 16.9 (1.6).
- Le medie delle acquisizioni di abilità per le classi 1, 2, 3 e 4 sono rispettivamente 3.8, 4.4, 3.4, 4.3.

Queste correlazioni saranno approfondite anche alla luce dell'età e delle specificità di ogni paziente nel 2° capitolo (casi comparati).

In seguito verranno presentati altri tre grafici, che descrivono i principali profili psicoterapeutici secondo l'età.

Analisi fattoriale con rotazione Varimax

Questa analisi viene presentata qui per informazione. È abbastanza vicina alla precedente, ma non fornisce elementi supplementari e ci è sembrato che la presentazione degli item invertita rispetto alla realtà clinica generale nella ricerca complicasse la lettura e l'interpretazione dei risultati.

Il Fattore 1 interviene per il 40% della variabilità. I 21 item che lo compongono, con rilevanza pari a ≥ 1 , possono essere riuniti in 3 mediatori:

Il primo riguarda il **setting**. Il terapeuta è ricettivo e coinvolto affettivamente (item 9); è sensibile alle emozioni del bambino e può comunicare questa comprensione in un modo che sembra adattarsi al bambino (item 6); il suo stile è sicuro e tranquillo (item 86); si astiene dall'emettere giudizi negativi nei confronti del bambino (item 18 r); evita le istruzioni esplicite e preferisce formulazioni più esplorative o metaforiche (item 37); chiarisce, ripete o riformula la tonalità emotiva del bambino, i suoi stati d'animo, le sue idee o il suo comportamento non verbale per rendere i loro significati più evidenti (item 65); la sua interazione con il bambino è adattata al livello del suo sviluppo (77).

Il secondo riguarda **gli affetti**. Il terapeuta incoraggia il bambino a esplorare e a verbalizzare i suoi pensieri e le sue emozioni (item 97), indica al bambino come i suoi affetti siano legati alla sua esperienza (item 76). Si registra anche che il terapeuta e il bambino danno prova di un vocabolario o di una comprensione condivisi in riferimento a eventi o emozioni (item 38), che il terapeuta tollera gli impulsi violenti del bambino (item 45) e che i suoi conflitti emotivi non intervengono nella relazione terapeutica (item 24).

Il terzo riguarda **il bambino**. È attivo (item 72), in contatto con le sue emozioni (item 56 r), le sue comunicazioni sono cariche di affetto, è tranquillo, non è sulla difensiva nel suo rapporto con gli altri, include il terapeuta (item 44), è allegro o trasmette un umore di benessere (item 94 r). Palesemente comprende i commenti del terapeuta (item 5 r) ed esprime che si sente compreso (item 41).

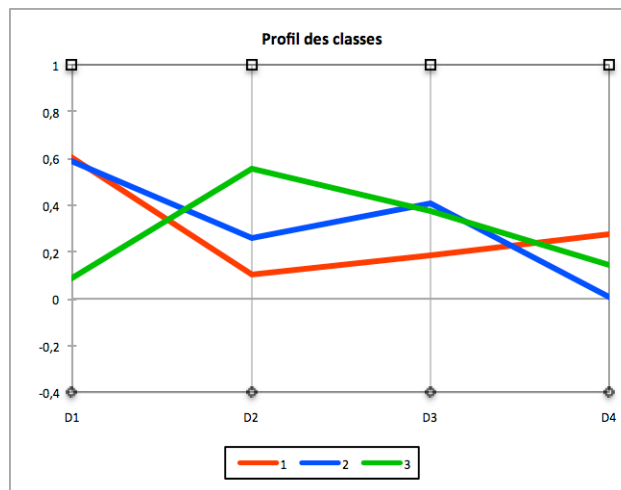
Il Fattore 2 interviene per l'11% della variabilità. I 18 item che lo compongono, con rilevanza di ≥ 1 , comprendono 5 item fortemente negativi rispetto a un approccio psicoanalitico (90, 98, 46, 67, 93) e 4 item fortemente positivi rispetto a un approccio cognitivo-comportamentale (17, 66, 3, 55), ossia 9 item / 20 del prototipo TCC. Gli altri item indicano che l'interpretazione dei meccanismi di difesa esercita solo un piccolo o nessun ruolo nella seduta (item 36); che il terapeuta offre aiuto o consigli (item 99), pone dei limiti (item 48), aiuta il bambino a controllare le sue emozioni (item 82), si adatta al bambino quando l'interazione con il bambino è difficile (item 47), lo protegge direttamente o lo mette in guardia nei confronti di un comportamento non sicuro o rischioso (item 60). Non si parla dei sintomi o della salute fisica (item 14). Il bambino è vivace (item 13), provocatorio e testa i limiti della relazione terapeutica (item 20).

Il fattore 3 interviene per l'11,3% della variabilità. I 18 item che lo compongono, con rilevanza pari a ≥ 1 , descrivono un bambino che parla in modo confuso, fa spesso digressioni o è vago (item 54 r), passa da un'attività all'altra senza un interesse costante cosicché nessuna attività si sviluppa in qualcosa che può essere compreso o seguito (item 29 r), il gioco è concreto o ha regole stabilite, senza dialogo (item 71 r), non sembra essere consapevole delle sue difficoltà interiori o capirle (item 53 r). Il suo gioco manca di spontaneità (item 95), il bambino non è sintonizzato o sincronizzato nei suoi scambi sociali (item 26) e non include il terapeuta nel suo gioco (item 64 r). Non sembra curioso (item 8 r) ed evita di parlare dei suoi rapporti con i suoi cari (item 63 r), evita o non sembra capace di immaginare di essere in competizione con il terapeuta (item 39 r), non sembra sforzarsi di trattenere o di gestire le emozioni che prova (item 70 r), evita di chiedere un consiglio o un'informazione o respinge i suggerimenti o il parere proposti dal terapeuta (item 19 r). Dal canto suo, il terapeuta sottolinea le emozioni del bambino per aiutarlo a provarle più in profondità (item 81), effettua commenti sul comportamento non verbale del bambino (item 2), parla di lui o di reazioni personali (item 21), indica un tema ricorrente nell'esperienza o nella condotta del bambino (item 62), non agisce per consolidare le difese o per sopprimere le emozioni o i pensieri negativi (item 89 r). Si parla o si fa menzione delle funzioni corporee (menzione, movimenti intestinali, organi sessuali) (item 16).

Il fattore 4 interviene per il 5,2% della variabilità. I 14 item che lo compongono, con rilevanza pari a ≥ 1 , presentano un bambino che resta distante, o evita una maggiore intimità o vicinanza con il terapeuta (item 10 r), mantiene una distanza fisica con il terapeuta (item 15 r), termina la seduta con una notevole facilità (item 25 r), è poco disposto a esaminare i pensieri, le reazioni o le motivazioni associati ai suoi problemi (item 58), rivolge verso l'esterno la sua rabbia o le sue emozioni aggressive (al di fuori di ciò che riguarda il terapeuta) (item 85 r), esprime emozioni negative nei confronti del terapeuta (item 1), esprime un rifiuto della dipendenza (item 80 r). Il terapeuta risponde alle emozioni implicite o non elaborate del bambino con formulazioni concettuali o esplicative (item 12 r), con pochi tentativi o nessuno di mettere in relazione gli aspetti interpersonali della terapia con le esperienze in altri rapporti (item 100 r), chiede più informazioni o una maggiore elaborazione (item 31). Sembra che venga evitato il discorso sulle interruzioni o sulla conclusione della terapia (item 75 r). La seduta psicoterapeutica ha un obiettivo o un tema specifico (item 23).

Le [tabelle](#) corrispondenti a questi fattori sono presentate in allegato.

Una classificazione gerarchica ascendente relativa alla tabella delle correlazioni tra le variabili (punteggi mediati di ciascuno dei 100 item nelle 50 psicoterapie) e dei valori di ciascuno dei fattori descritti sopra per ognuna delle 50 psicoterapie porta al grafico seguente, che illustra i profili delle 3 classi di cui è possibile consultare la descrizione e la composizione in allegato.



d) Casi raggruppati in sintesi

Dai 50 casi raggruppati emergono i seguenti risultati preliminari.

1. Tutti i bambini migliorano e 42 bambini su 50 presentano un miglioramento pari o superiore al 25%.

- In un anno, la *diminuzione dei comportamenti autistici (ECAR)* e lo *sviluppo di nuove abilità (EPCA)* rappresentano in media rispettivamente un progresso complessivo del 48% e del 39% rispetto alle valutazioni iniziali. La gestione e l'espressione dei propri affetti da parte del bambino, e la qualità della sua relazione con il mondo esterno e con gli altri mostrano rispettivamente un miglioramento del 37% e del 110%.

2. L'approccio sensibile, coinvolto e contenitivo degli psicoterapeuti verso i bambini autistici viene adattato alle difficoltà e all'evoluzione specifiche di ogni bambino.

Oltre alla diversità dei loro principali modelli teorici di riferimento (psicoanalitico: 82%, cognitivo-comportamentale: 10% e altri: 8%) e dell'esercizio delle loro attività [22 nel pubblico (ospedale, centro diurno, centri medico-psicologici CMP, centri di azione medico-sociale precoce CAMSP); 21 nel privato; 6 in un'istituzione semi-privata; 1 esercizio misto], le valutazioni dei 10 item più caratteristici del CPQ tracciano "un ritratto" degli psicoterapeuti nella loro presa in carico dei bambini affetti di autismo:

- sono tranquilli, coinvolti affettivamente, sensibili alle emozioni del bambino pur non rispondendo personalmente ai suoi eventuali eccessi. Si adattano al suo livello di sviluppo e, se si verifica, alla difficoltà dell'interazione. Intervengono verbalmente chiarendo, ripetendo o riformulando ciò che esprime il bambino.

Dal raggruppamento degli item del CPQ in fattori relativi all'alleanza terapeutica, alle tecniche specifiche riguardanti due "funzioni cardine" (contenimento emotivo e verbalizzazione) e agli approcci psicodinamico e cognitivo-comportamentale emerge in particolare che:

- l'impegno dei terapeuti risulta maggiore nella psicoterapia quando i bambini manifestano inizialmente comportamenti di ritiro;
- adattano il loro approccio ad alcune difficoltà dei bambini, come una considerevole insufficienza nella modulazione delle emozioni;
- gli agenti individuali e tecnici agiscono e si modificano reciprocamente nel corso della psicoterapia.

3. La gravità iniziale del caso e lo scarso impegno iniziale del bambino non sono ostacoli insormontabili.

La classificazione dei 50 pazienti effettuata *a partire dai mediatori precostruiti* a 2, 6 e 12 mesi conferma una netta distinzione degli approcci psicodinamico e cognitivo-comportamentali. Tale distinzione non è contraddittoria con l'integrazione nell'approccio TCC a T12 di una rilevante parte psicodinamica (punteggio: 27,6), né con l'assunzione di un profilo cognitivo-comportamentale in certi periodi da parte di diverse psicoterapie psicodinamiche.

- L'impegno dei bambini si rafforza nelle psicoterapie psicodinamiche; la loro partecipazione è forte nella classe 1 e si rafforza a T12 nelle classi 2 e 3.
- Il transfert dei bambini è forte durante tutto l'anno nelle 3 classi.
- L'impegno e l'adattamento del terapeuta si mantengono a un livello elevato, in particolare nella classe TCC.
- L'interazione si rafforza nei gruppi PPD e resta debole nel gruppo TCC.
- L'attivazione dei mediatori tecnici, precocemente attuata nella psicoterapia psicodinamica "forte", si rafforza nettamente negli altri 2 gruppi a T6 e a T12. Le medie di ECA e CVL passano così rispettivamente da 12,7 a 19,5 e da 13,4 a 18,2.

Il raggruppamento degli item del CPQ *a partire da un'analisi fattoriale* dei loro valori medi (derivati dalle 3 valutazioni effettuate a 2, 6 e 12 mesi) in ogni paziente permette di distinguere i principali fattori (e i mediatori che li compongono) che strutturano la comunità delle situazioni psicoterapeutiche. È allora possibile identificare profili psicoterapeutici che mettono in relazione l'approccio psicoterapeutico adottato dal terapeuta con la situazione/l'atteggiamento del bambino al quale è proposto. L'interazione tra le due dimensioni diventa rappresentabile ed è quindi possibile descrivere situazioni particolari (ad esempio, effetto della condizione del bambino e del suo modo di essere sulla tecnica del terapeuta). Si apre anche la possibilità di esaminare se queste situazioni psicoterapeutiche e i profili che le accompagnano o le sottendono si traducono in un'evoluzione dei bambini durante l'anno della ricerca.

4. La situazione, la gravità e lo sviluppo dei casi trattati con la psicoterapia sono molto diversi.

La **diversità dei casi** riuniti sotto la diagnosi di autismo può essere descritta a partire da vari indicatori, quali:

- l'età, come abbiamo visto in precedenza;
- la diagnosi: 30 bambini hanno ricevuto la diagnosi prima dei 3 anni di età. Gli altri l'hanno ricevuta fra i 3 anni 1/2 e i 5 anni;
- l'età d'inizio della psicoterapia: 22 bambini hanno iniziato una psicoterapia all'età di 3 o 4 anni (9 a 3 anni, 13 a 4 anni), 9 all'età di 5 anni, 3 all'età di 6 anni *e gli altri 6 tra 7 e 13 anni*;
- il numero di sedute a settimana (1-3 sedute);
- il contesto nel quale si intraprende la psicoterapia, in riferimento ai moderatori;
- la gravità iniziale dei *disturbi comportamentali autistici*, valutata nell'ECAR, che varia da 62 a 12 (punteggi normalizzati a 100) (moy: 38, sd: 12,8). Nel concreto, ciò si traduce:

I casi con i punteggi più alti (≥ 50) hanno in comune un punteggio elevato (≥ 3) nei seguenti sintomi: Interazione sociale insufficiente (SOC), Sguardo inadeguato (REG), Non si impegna a comunicare con la voce e le parole (VOI), Difficoltà a comunicare

con i gesti e la mimica (GES), Difficoltà a fissare l'attenzione, attenzione labile (ATT), Non condivide l'emozione (EMO).

Per i casi con punteggi bassi (≤ 20), il carattere fondamentale della sintomatologia si concentra su 1 solo sintomo: i disturbi dell'umore (HUM).

Per i casi con punteggi ≤ 20 o ≥ 50 , sono presenti tutti gli intermediari, a partire dai 29 item della scala.

- Il livello di sviluppo

il numero e la natura di *abilità acquisite nello sviluppo* già presenti all'inizio della ricerca ne costituiscono un indicatore. La tabella seguente presenta 14 abilità importanti per le quali è stato calcolato il numero dei bambini che le possiedono già all'inizio della ricerca (T0). Ad esempio, 22 bambini possiedono il linguaggio verbale all'inizio della ricerca.

Abilità dello sviluppo presenti a T0	nb
16. (relazione) Ricerca di veri scambi relazionali	21
33. (sguardo) Sguardo con buona tonalità di scambio	11
34. (sguardo) Ricerca dello sguardo dell'altro per l'attenzione congiunta	13
35. (sguardo) Sviluppo del gesto di indicare proto-dichiarativo	15
55. (immagine del corpo) Pulizia dello sfintere innata o acquisita	33
62. (immagine del corpo) Si conferma lo stadio dello specchio	21
85. (linguaggio verbale) Comparsa di un linguaggio gestuale socializzato (bravo, ciao...)	23
67. (linguaggio verbale) Linguaggio esistente	22
80. (linguaggio verbale) Comparsa del NO	21
85. (linguaggio verbale) Perfezionamento della prosodia (melodia, intonazione e accenti)	12
87. (disegno) Disegno esistente	29
99. (disegno) Chiusura del cerchio.	22
124. (stereotipie) Scomparsa quasi completa delle stereotipie e comparsa dei giochi simbolici	16.
138. (temporalità) Cognizione dello scorrere del tempo. Migliore tolleranza verso la separazione.	9

Il numero delle abilità acquisite nello sviluppo risulta nettamente diverso un anno dopo (T12). Ad esempio, 40 bambini possiedono il linguaggio verbale.

Abilità dello sviluppo	T0	T12	Δ
16. (relazione) Ricerca di veri scambi relazionali	21	42	21
33. (sguardo) Sguardo con buona tonalità di scambio	11	35	24
34. (sguardo) Ricerca dello sguardo dell'altro per l'attenzione congiunta	13	33	20
35. (sguardo) Sviluppo del gesto di indicare proto-dichiarativo	15	29	14
55. (immagine del corpo) Pulizia dello sfintere innata o acquisita	33	40	17
62. (immagine del corpo) Si conferma lo stadio dello specchio.	21	35	14
85. (linguaggio verbale) Comparsa di un linguaggio gestuale socializzato (bravo, ciao...).	23	35	12
67. (linguaggio verbale) Linguaggio esistente	22	40	18
80. (linguaggio verbale) Comparsa del NO	21	34	13
85. (linguaggio verbale) Perfezionamento della prosodia (melodia, intonazione e accenti)	12	30	18
87. (disegno) Disegno esistente	29	36	7
99. (disegno) Chiusura del cerchio.	22	29	7
124. (stereotipie) Scomparsa quasi completa delle stereotipie e comparsa dei giochi simbolici	16.	27	11
138. (temporalità) Cognizione dello scorrere del tempo. Migliore tolleranza verso la separazione.	9	23	14

5. Questi elementi intervengono nel processo psicoterapeutico

- L'impegno *iniziale* del bambino nella terapia è assente, o addirittura completamente negativo, in 19 casi. Tuttavia, questo elemento non si trova sistematicamente nella terapia dei 6 bambini affetti da autismo relativamente grave (ECAR ≥ 50), perché in 5 casi presentavano inizialmente un punteggio positivo nell'impegno.

- Questa tendenza si riscontra anche nella partecipazione del bambino alle attività terapeutiche, che inizialmente presenta un punteggio positivo solo in 22 casi. Fra i 6 bambini “gravi” (ECAR $\geq$ 50), due di loro presentano un punteggio iniziale di partecipazione positivo.
- Contribuiscono ai risultati ottenuti dei moderatori quali il sostegno al bambino da parte della famiglia e la sua partecipazione all’alleanza terapeutica.

Un’analisi precisa dei casi ha mostrato l’importanza degli elementi individuali, che solo la comparazione dei casi poteva cogliere, come indicato nel capitolo seguente.

7. Contributo della comparazione dei 50 casi

a) Comparazione dei percorsi di evoluzione di casi analoghi

In psichiatria e in psicologia, la nozione di casi analoghi si basa sull’esperienza clinica in cui un caso rimanda a un altro con cui ha dei tratti in comune. Nella ricerca non basta dire che dei casi “si assomigliano”, ma è necessario definire criteri obiettivi su cui questo giudizio possa poggiare.

In campo psicoterapeutico, la ricerca basata sui casi analoghi è stata posta in primo piano da Strupp⁶⁵, che ha cercato di comprendere perché casi teoricamente simili, da lui personalmente seguiti, non avessero presentato lo stesso percorso evolutivo. Così facendo, neutralizzava (in teoria) le variabili “terapeuta”, “setting” e “modello teorico di riferimento” della psicoterapia perché direttamente correlate alla sua persona.

Il concetto di percorso pone la questione dei fattori che lo influenzano e delle vie che prende. L’obiettivo è quello di comprendere meglio le variazioni dei risultati e determinare l’influenza delle variabili intermedie, dei mediatori o dei moderatori che vi intervengono. La questione non è soltanto accademica, è anche pratica, con la possibilità di non prendere ciecamente la via di pseudo fattori pre-esplicativi e di considerare i modi più efficaci per rispondere a determinati blocchi prestando loro attenzione (Stiles, Lutz, Kazdin).

La situazione iniziale del paziente è stata a lungo trattata in modo non sufficientemente preciso sulla base delle diagnosi DSM o CIM. Non sono stati presi in considerazione elementi come la gravità e la cronicità del disturbo, i disturbi correlati che l’accompagnano, i sottotipi che può coprire. Al livello dei fattori di cambiamento, la riduzione riscontrata fa riferimento alla terapia nella sua globalità e non ai fattori di contesto, ritenuti neutralizzati dalla suddivisione aleatoria nei gruppi, mentre la ricerca era effettuata su un numero limitato di campioni, 20-30 pazienti (per molto tempo 7). Lo stesso dicasi per i fattori individuali di personalità e d’interazione tra il paziente e il terapeuta (Barber, Blatt, Jones). In alcuni casi, tuttavia, è stata studiata l’influenza potenziale di fattori intermedi specifici e non specifici. Fra le ipotesi considerate e verificate su gruppi, sono state prese in esame le disposizioni iniziali dei pazienti verso la psicoterapia, l’abilità e la formazione dei terapeuti, ecc. (Beutler 1994, in Guthrie 2000, Dazord). Ma ci sono molte altre variabili potenzialmente attive, come l’impegno del paziente e la sua partecipazione, la sua personalità, l’importanza della sua sintonizzazione con il terapeuta, il suo livello di insight e le sue capacità relazionali e comunicative.

L’importanza del contesto della terapia è stata sottolineata in tempi abbastanza recenti, in particolare da Kazdin, nell’ambito dei disturbi comportamentali dei bambini per i quali l’assistenza familiare si è rivelata fondamentale se associata alla psicoterapia. Le stesse questioni sono state poste, ad esempio, con i disturbi dell’attenzione con iperattività.

La ricerca basata su casi analoghi permette anche di conoscere meglio l’approccio adottato con i pazienti appartenenti a uno stesso gruppo, che però differiscono in particolare in un ambito, come il comportamento di ritiro o l’emozione. In altre parole, permette di comprendere in che modo l’approccio è stato adattato alla specificità del paziente.

⁶⁵ Strupp HH. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37 (5): 595-603; 1980; 37 (6): 708-16; 1980; 37 (7): 831-41; 1980; 37 (8): 947-54.

Le ricerche condotte all'intero della rete permettono di esaminare i percorsi evolutivi al livello dei casi raggruppati, al livello dei sottogruppi di casi di cui sono definiti alcuni parametri distintivi (età, anni di psicoterapia già effettuati, gravità dei comportamenti autistici e sviluppo iniziale, peculiarità sintomatiche,...), e al livello dei casi comparati individualmente a partire dalle differenze incontrate in questi sottogruppi. Questo permette di considerare l'impatto potenziale di variabili complementari, soprattutto quelle di natura interattiva e contestuale.

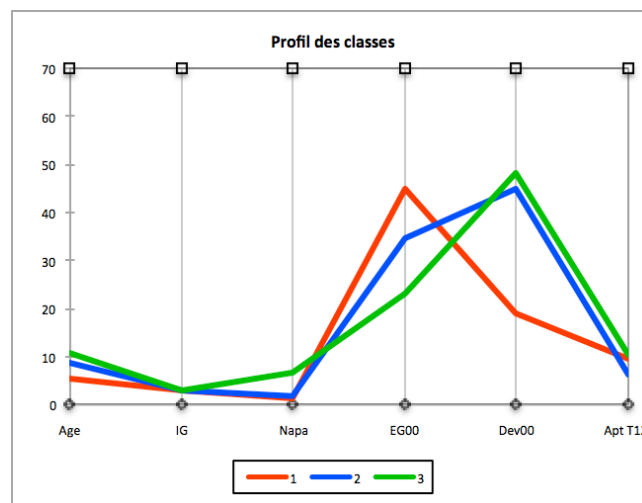
b) Confronto dei 50 casi raggruppati

Abbiamo implementato un processo d'analisi per verificare se i dati misurati alla baseline - età, indice di gravità, anni di psicoterapia già effettuati, punteggio iniziale degli strumenti del comportamento (ECAR) e dello sviluppo (EPCA), abilità acquisite a T12 - identificassero delle classi. Per realizzare questo test è stata effettuata una CGA sulla base dei 50 casi raggruppati.

In questo contesto, un grafico con i profili di 3 classi mette in relazione vari dati alla baseline: età, indice di gravità (IG), anni di psicoterapia già effettuati (Napa), punteggio iniziale globale dell'ECAR (EG00), punteggio di sviluppo iniziale dell'EPCA (Dev00) e abilità dell'EPCA a 12 mesi della valutazione (AptT12).

Il grafico è stato realizzato a partire da una CGA basata sui 50 casi raggruppati, utilizzando il metodo di Ward, dati centrati e ridotti, e troncamento automatico.

La CGA è disponibile nella sua forma completa in [allegato](#); qui presentiamo semplicemente lo schema di



riepilogo delle tre classi costruite e il suo commento.

IG: Indice di difficoltà prevedibile (moderatori); NAPA: numero di anni di psicoterapia già effettuati; EG00: punteggio generale dei disturbi del comportamento a T0; Dev: punteggio generale dello sviluppo a T0; Apt12: Abilità acquisite a T12.

- L'indice di gravità medio è analogo per le 3 classi (baricentri: 3, 2.9 e 2.9).
- La classe 3 (in verde) è quella in cui i bambini sono in media più grandi di età (baricentro: 10,6), hanno effettuato il maggior numero di anni di psicoterapia (baricentro: 6,5), presentano una gravità comportamentale meno rilevante (baricentro: 23), il maggiore sviluppo iniziale (baricentro: 48) e il maggior numero di abilità acquisite (baricentro: 10,5).
- La classe 2 (in blu) riunisce i bambini di fascia di età media (baricentro: 8 anni). Questi bambini hanno effettuato un minor numero di anni di psicoterapia (baricentro: 1,75) e presentano una gravità comportamentale media (baricentro: 34,7), uno sviluppo iniziale già elevato (baricentro: 45) e il minor numero di abilità acquisite a T12 (baricentro: 6).

- La classe 1 (in rosso) riunisce i bambini in media più piccoli di età (baricentro: 5,2), che hanno effettuato in media 1 anno di psicoterapia, presentano una rilevante gravità comportamentale (baricentro: 45), uno sviluppo iniziale debole (baricentro: 19) ma un'acquisizione di abilità a T12 pressoché pari a quella del gruppo dei bambini più grandi di età (baricentro: 10,5).

c) Comparazioni in 3 classi di età

Sulla base dei 50 casi, abbiamo iniziato a descrivere profili di gruppo secondo 3 classi d'età. Le informazioni sono importanti ma non permettono di definire a questo livello un elemento ricorrente che possa spiegare l'evoluzione di un gruppo di bambini e ancor meno quella di un bambino rispetto a un altro. Questo ci porta a una seconda fase, in cui l'analisi dell'evoluzione dei bambini viene effettuata a partire dal piano seguente:

1. presentazione generale dei casi (età, numero di anni di psicoterapia effettuati, ECAR a T0 e T12, abilità a T0 e T12, Δ Apt), accompagnata da un commento che sottolinea gli aspetti particolari di ogni caso e le questioni che si pongono al livello del caso e fra i casi.

Questa presentazione è seguita da un riepilogo dei cambiamenti osservati nei registri del comportamento e dell'acquisizione di nuove abilità.

2. Le differenze dei percorsi in relazione all'indicatore Acquisizione di abilità e alle questioni attinenti sono esaminate a partire dall'impatto potenziale sull'evoluzione dei casi che sono evoluti di più o di meno: 1) tipo di psicoterapia; 2) mediatori precostruiti ed emergenti e 3) moderatori.

Abbiamo osservato che l'indice IG (indice di gravità) non era abbastanza preciso e che era necessario presentare esplicitamente gli elementi desunti dalla formulazione del caso relativi ai moderatori che fino a quel momento erano indicati soltanto sulla base di una valutazione binaria presente-assente (1 vs 0). Le considerevoli differenze rispetto a situazioni analoghe sono oggetto di un'analisi caso per caso delle differenze (Strupp, 1980; Hilliard, 1993; Fishman 2011) riprendendo gli elementi contenuti nelle iniziali formulazioni del caso.

1. Bambini da 3 a 6 anni

□ 2 bambini⁶⁶ hanno iniziato la terapia a 3 anni⁶⁷.

- Il primo ha effettuato una terapia con il gioco e il secondo una terapia di indirizzo psicodinamico.
- I loro punteggi iniziali dell'ECAR sono molto diversi: quello di Yi20 è più elevato (62; 39). A T12, i punteggi a questo livello sono molto vicini (33; 29).
- In termini di abilità, Yi20 non ne presenta inizialmente nessuna, ma dopo 12 mesi ne ha acquisite 5; Y019 non presenta nessuna abilità né all'inizio della valutazione, né dopo 12 mesi.

	Età	Napa	ECAR T0	Apt T0	ECAR T12	Apt T12	Δ Apt	
Yi20	3	0	62	0	29	5	5	PPD
Y019	3	0	39	1	33	0	-1	TDJ

Commento

Esiste una differenza rilevante fra i risultati di Yi20 e Y019, sia per quanto riguarda la riduzione dei punteggi di sintomi e comportamenti (Δ EG: 33 vs 6) che per l'acquisizione di abilità (Δ Apt: 5 vs -1). Y019 non ha acquisito nessuna abilità. Perché?

⁶⁶ [Y019, Yi20]

⁶⁷ Légende du tableau - Age: âge de l'enfant au moment de son entrée dans l'étude. Napa : nombre d'années antérieures de psychothérapie. ECAR T0 : score général initial à l'échelle des comportements autistiques (révisée). Apt T0 : nombre d'aptitudes (présentation et liste) acquises à T0

□ *7 bambini di 4 anni seguono una terapia*⁶⁸.

- Quattro di loro seguono una terapia di indirizzo psicodinamico, 3 una terapia di scambio e sviluppo
- Cinque bambini (Y010, Y030, Y032, Y033, Yi07) cominciano la terapia nel momento in cui vengono inclusi nella ricerca. Y007 è in terapia già da 1 anno, Xi26 da 2.
- Nella tabella seguente sono riportati l'età, gli anni di terapia già effettuati, i punteggi dell'ECAR e le abilità acquisite dei bambini.

	Età	Napa	ECAR T0	Acquis T0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y010	4	0	41	1	27	7	6	PPD
Y033	4	0	41	1	21	5	4	TED
Y030	4	0	54	1	16	7	6	TED
Y032	4	0	44	2	34	3	1	TED
Yi07	4	0	25	7	12	13	6	PPD
X007	4	1	48	4	22	13	9	PPD
Xi26	4	2	13	12	2	13	1	PPD

Commento

In media, i bambini di 4 anni hanno acquisito 4 abilità all'anno (1... 9; sd = 10,6) e i loro sintomi comportamentali si sono ridotti del 50%.

Y010 e Y033 partono tutti e due con punteggi analoghi in termini di comportamenti autistici e di abilità acquisite. A T12, Y010 e Y033 presentano punteggi dell'ECAR da 27 a 21 e hanno acquisito rispettivamente 6 e 4 abilità. Complessivamente la loro evoluzione resta analoga, ed è molto vicina a quella di Yi20 (3 anni) che ha effettuato una buona evoluzione. *Il fatto che Y010 e Y033 abbiano iniziato la terapia 1 anno più tardi non sembra aver avuto conseguenze.*

Y030 evolve bene in termini di ECAR (54-16) e di abilità acquisite (1-7).

Lo stesso dicasi di Yi07, che parte con un punteggio ECAR più debole (25) e un punteggio di abilità acquisite già elevato (7). Un anno dopo, il punteggio dei suoi comportamenti autistici si è ridotto a 12 e il numero di abilità è salito a 13.

In Y032 si osserva un grado di evoluzione molto basso (ECAR 44-34, abilità acquisite 2-3). Perché? Questa particolarità sarà approfondita più avanti.

X007 ha già effettuato 1 anno di psicoterapia. Al suo ingresso nella ricerca, presenta pressoché lo stesso numero di abilità acquisite da Yi20 dopo 1 anno di psicoterapia (4; 5). In compenso, il suo punteggio di gravità dell'ECAR è più alto di quello di Yi20 (48-29), il cui elevatissimo punteggio ECAR iniziale (62) si è ridotto a 29 in 1 anno. Alla fine del secondo anno il punteggio ECAR di X007, sceso a 22, esplicita una considerevole riduzione dei comportamenti autistici. Completa l'ottimo risultato il numero delle sue abilità acquisite, salito a 13. *In 2 anni di psicoterapia, X007 ha acquisito 13 abilità.*

Xi26 è in psicoterapia da due anni. Ha un punteggio basso dell'ECAR (13) e possiede già 12 abilità quando viene inserito nella ricerca. Ne acquisisce una durante l'anno, ma resta in difficoltà per la "ricerca dell'altro per l'attenzione congiunta" che non riesce ad acquisire.

Questa tabella evidenzia profili medi di evoluzione positiva e sottolinea il blocco di uno dei bambini rispetto al processo. Inoltre, Xi26 "è bloccato" sull'attenzione congiunta.

□ *8 bambini di 5 anni sono in terapia.*⁶⁹

- Sei di loro seguono una psicoterapia psicodinamica, 2 una terapia di orientamento psicomotorio.

⁶⁸ [X007, Y010, Y030, Y032, Y033, Yi07, Xi26]

⁶⁹ [X003, Y001, Y018, Y036, Y021, Y034, Y037, Y014]

- Tre bambini⁷⁰ iniziano la loro terapia nel momento in cui sono inclusi nella ricerca. Tre di loro⁷¹ seguono già una terapia da 1 anno, e due⁷² da 2 anni.

La tabella seguente riporta l'età, gli anni di psicoterapia effettuati, i punteggi dell'ECAR e le abilità acquisite dei bambini.

	Età	Napa	ECAR T0	AcquisT0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y034	5	0	44	3	22	10	7	PPD
Y021	5	0	37	2	16	8	6	Pmot
Y037	5	0	34	9	15	14	5	Pmot
Y018	5	1	46	4	9	13	9	PPD
Y036	5	1	41	1	23	6	5	PPD
Y014	5	1	34	3	17	6	3	PPD
Y001	5	2	52	6	8	14	8	PPD
X003	5	2	16	8	7	14	6	PPD

Commento

In media, i bambini di 5 anni hanno acquisito 6 abilità durante l'anno (3... 9; sd = 11,7), e i loro sintomi comportamentali si sono ridotti del 62%.

- Y034, Y021 e Y037 cominciano la terapia a 5 anni, contemporaneamente al loro inserimento nella ricerca. Y034 e Y021 presentano comportamenti autistici e abilità acquisite analoghi a quelli iniziali (ECAR: 44; 37 e Apt EPCA: 3; 2). Y037 presenta un punteggio iniziale di 34 dell'ECAR, ma possiede già 9 abilità acquisite.

Perché Y037 ha già più abilità acquisite di Y034 e Y021 a 5 anni?

Un anno dopo (6 anni), i tre bambini presentano punteggi simili dell'ECAR (22; 16; 15). Dopo 1 anno, tutti e 3 presentano un buon risultato in termini di abilità acquisite (8; 10 ; 14), con un Δ rispettivo di 6, 7 e 5.

Y037 continua ad avere un punteggio maggiore rispetto agli altri due, con un numero di abilità equivalente a quello raggiunto da bambini che hanno cominciato prima e hanno già effettuato 1 anno (Y018) o 2 anni (X003 e Y001) di terapia.

Y018, Y036 e Y014 hanno già effettuato 1 anno di psicoterapia; Y018 e Y036 partono con punteggi simili dell'ECAR (46; 41), ma Y018 presenta un risultato più alto di Y036 quanto ad abilità acquisite (4; 1). Un anno dopo, all'ECAR Y018 mostra un miglioramento molto più significativo rispetto a Y036 sia per i comportamenti autistici (9; 23) che per le abilità acquisite (13; 6). Da parte sua, Y036 presenta lo stesso punteggio in acquisizioni di abilità di X003 e di Y001 dopo 1 anno di psicoterapia. *Il risultato più stupefacente è quindi quello di Y018, che in 2 anni di psicoterapia ha raggiunto pressoché gli stessi risultati di X003 e di Y001 in 3 anni.*

- Y014 parte con un punteggio più alto dell'ECAR (34), che si riduce notevolmente a 12 mesi (17). Anche le abilità acquisite aumentano, da 3 a T0 a 6 a T12.
- Y001 e X003 hanno già effettuato 2 anni di psicoterapia; i loro punteggi relativi ai comportamenti autistici sono sensibilmente diversi (52; 16), mentre nell'acquisizione di abilità presentano un risultato analogo (8; 6). Un anno dopo (a 6 anni), i punteggi relativi ai comportamenti autistici si sono notevolmente ridotti in entrambi e sono ora quasi identici (8; 7). Parallelamente, tutti e due hanno acquisito 14 abilità.

In 3 anni di psicoterapia, Y001 e X003 sono considerevolmente evoluti, sia al livello del comportamento che dello sviluppo.

70 [Y021, Y034 et Y037]

71 [Y018 et Y036, Y014]

72 [X003 et Y001]

□ 8 bambini di 6 anni sono in terapia⁷³.

- Sei di loro seguono una terapia psicodinamica, 2 una terapia di scambio e sviluppo.
- Due bambini⁷⁴ cominciano la terapia all'inizio o nel corso dell'anno del loro inserimento nella ricerca, tre⁷⁵ sono già in terapia da 1 anno, due⁷⁶ da 2 anni e uno⁷⁷ da 3 anni.

La tabella seguente riporta l'età, gli anni di psicoterapia effettuati, i punteggi dell'ECAR e le abilità acquisite dei bambini.

	Età	Napa	ECAR T0	AcquisT0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
X030	6	0	60	2	40	3	1	TED
Yi22	6	0,5	40	8	28	12	4	PPD
Y003	6	1	56	1	41	5	4	PPD
Y031	6	1	31	3	18	5	2	TED
Y027	6	1	22	7	20	7	0	PPD
Yi13	6	2	47	3	31	11	8	PPD
Yi25	6	2	28	0	15	1	1	PPD
Yi06	6	3	18	6	5	12	6	PPD

Commento

In media, i bambini di 6 anni hanno acquisito 3 abilità all'anno (0... 8; sd = 5,5), e i loro sintomi comportamentali si sono ridotti del 34,5%.

X030 e Yi22 presentano all'inizio rispettivamente un punteggio di 60 e 40 nei comportamenti autistici, e 2 e 9 abilità acquisite. Dopo 12 mesi, i punteggi ECAR si sono ridotti abbastanza simmetricamente per tutti e due: 40; 28. Diversa è la situazione per le abilità acquisite: solo 3 per X030, 12 invece per Yi22. X030 sembra essere in grande difficoltà. Perché?

- Y003, Y031 e Y027 hanno iniziato la terapia 1 anno prima (all'età di 5 anni). I loro punteggi iniziali dell'ECAR sono molto diversi (56, 31, 22). Per quanto riguarda le abilità acquisite, i primi due ne hanno 1 e 3, mentre Y027 ne ha 7. *Un anno dopo, i punteggi dell'ECAR si sono ridotti (41, 18, 20), ma il numero delle abilità acquisite resta basso: 6, 5 e 7.*

Y003 ha acquisito 4 abilità, invece Y031 ne ha acquisite solo 2 e Y027, nonostante presentasse inizialmente un numero di abilità maggiore rispetto agli altri due bambini, nessuna. Si spiega forse con l'inizio tardivo della terapia? Non sembra essere una ragione sufficiente, perché i bambini che hanno cominciato come loro, a 5 anni, a 6 anni presentavano punteggi simili a quelli che hanno un anno dopo.

- Yi13 e Yi25 hanno già effettuato 2 anni di psicoterapia quando vengono inseriti nella ricerca. Partono con punteggi dell'ECAR molto diversi (47, 28). I punteggi relativi alle abilità acquisite di Yi13 e Yi25 sono entrambi molto bassi (3, 0) a T0. Un anno dopo, i punteggi dell'ECAR si sono ridotti (21, 15). L'evoluzione delle abilità acquisite differisce nei due bambini: Yi13 ne presenta 11, Yi25 1 sola.

A 7 anni, il punteggio relativo alle abilità acquisite da Yi13 è medio e quello di Yi25 allarmante, tanto più che partiva da un punteggio dell'ECAR più basso di Yi13. Perché?

- Yi06 ha già effettuato 3 anni di psicoterapia. Il suo punteggio iniziale dell'ECAR è 18 e ha già acquisito 6 abilità. A T12, le abilità acquisite sono 12 e il punteggio dell'ECAR 5. La sua evoluzione sembra soddisfacente.

⁷³ [Yi06, Yi13, Yi25, Y031, Y003, X030, Yi22, Y027]

⁷⁴ X030 et Yi22

⁷⁵ Y031, Y003 e Y027

⁷⁶ Yi13 et Yi25

⁷⁷ [Yi06]

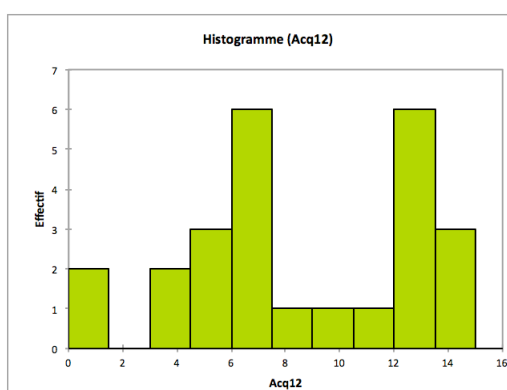
- **Riepilogo dell'evoluzione comparata dei bambini di 3-6 anni**

Le quattro tabelle precedenti sono sintetizzate nella tabella seguente

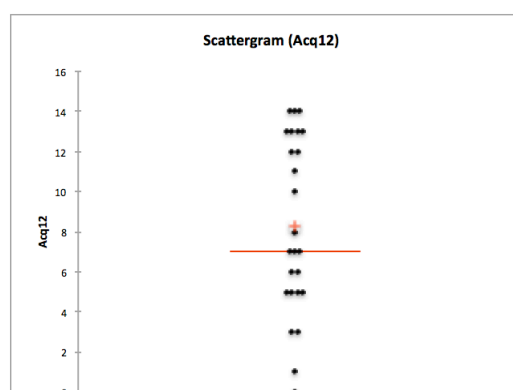
[illegible]

Nella piccola popolazione dei 25 bambini di 3-6 anni, la media del numero totale di abilità acquisite cresce fino a 5 anni (2,5 per i bambini che cominciano a fare psicoterapia a 3 anni; 8,7 a 4 anni; 10,6 a 5 anni) poi diminuisce a 7 a 6 anni. Lo stesso dicasi per le abilità acquisite durante l'anno della ricerca (2 per i bambini che cominciano a fare psicoterapia a 3 anni; 5 a 4 anni; 6 a 5 anni; 3 a 6 anni).

Il numero di abilità acquisite nel gruppo dei bambini di 3-6 anni è rappresentato nell'istogramma seguente:



1.

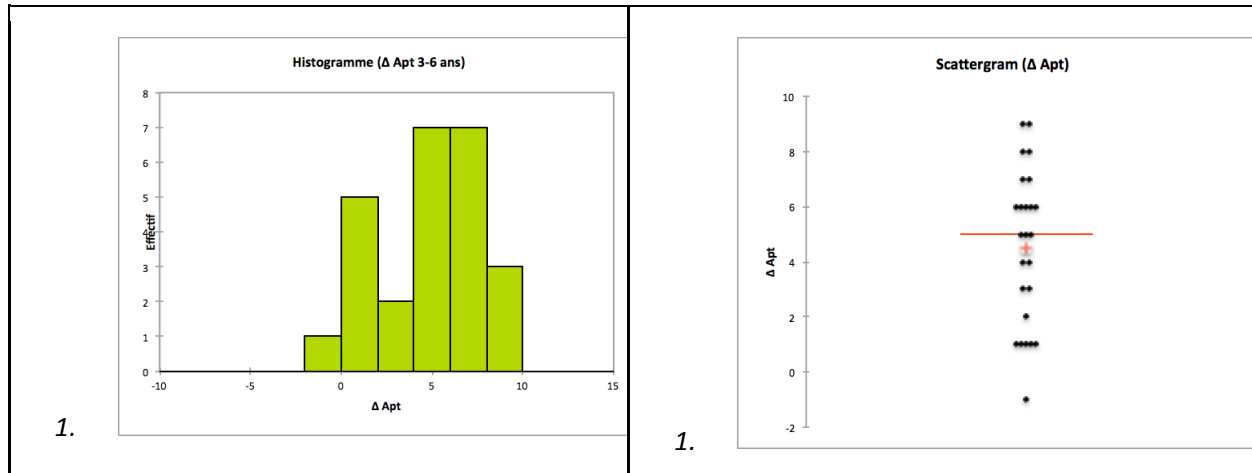


1.

Variabilità nella fascia di età 3-6 anni del numero di abilità acquisite a T12

2 bambini (8%) presentano 0 -1 abilità, 11 bambini (44%) 3-7 abilità, 3 bambini (12%) 8-11 abilità e 9 bambini (36%) 12-14 attitudini (vedi [istogramma Acq12](#) e [Quartili Acq12](#) 3-6 dettagliati in allegato)

Le abilità acquisite in 1 anno sono distribuite nel modo seguente



Variabilità nella fascia di età 3-6 anni del numero di abilità acquisite durante l'anno della ricerca

1 bambino non ha confermato un'abilità presente all'inizio, 5 bambini hanno acquisito 1-2 abilità, 8 bambini ne hanno acquisite 3-5, 5 bambini ne hanno acquisite 6 e 6 bambini ne hanno acquisite 7-9. Da notare che fra i bambini che hanno acquisito 1-3 abilità, uno di loro possedeva già 12 abilità (vedi [istogramma Δ Apt](#) e [Quartili Δ Apt](#) 3-6 dettagliati in allegato).

• Si può procedere su una tale diversità di percorsi?

I dati precedenti hanno mostrato che molti bambini (Y019, Y032, X030, Y031, Y027, Yi25) sembravano avere un deficit o un blocco dello sviluppo rispetto agli altri. Altri sono particolarmente evoluti in 1 anno ($\Delta \text{Apt} \geq 5$: Yi20, Y010, Y030, Yi07, X007, Y034, Y021, Y037, Y018, Y036, Y001, X003, Yi13 e Yi06).

Yi22 e Y037 pongono una questione analoga: Y037 possiede già 9 abilità acquisite a 5 anni quando comincia la psicoterapia, Yi22 ne ha 8 a 6 anni dopo 6 mesi di psicoterapia, mentre la media per i gruppi di quest'età è notevolmente inferiore (4,8 e 3,6).

Queste differenze possono aiutare a comprendere meglio sia i mediatori che contribuiscono agli effetti di una psicoterapia, che l'impatto dei moderatori.

La diversità dei percorsi sarà così affrontata a partire dai sottogruppi con poche o molte abilità acquisite, esaminando ciò che, nel processo interno della psicoterapia e nei moderatori contestuali, può spiegare tali differenze.

Psicoterapie dei bambini di 3-6 anni con poche abilità acquisite

Cinque bambini (dai 3 ai 6 anni) hanno acquisito 1 sola abilità o nessuna, quando il numero iniziale delle loro abilità acquisite è < 3 per 4 di loro e al di sopra della media del gruppo (7 contro 4,5) per il quinto (Y027).

	Età	Napa	ECAR T0	Apt T0	ECAR T12	Apt T12	ΔApt	
Y019	3	0	39	1	33	0	-1	TDJ
Y032	4	0	44	2	34	3	1	TED
Yi25	6	2	28	0	15	1	1	PPD e div
X030	6	0	60	2	40	3	1	TED

Y027	6	1	22	7	20	7	0	PPD
------	---	---	----	---	----	---	---	-----

Influenza del tipo di psicoterapia?

Fra questi 5 bambini, 2 seguono una terapia psicodinamica, 2 una terapia di scambio e sviluppo e 1 una terapia attraverso il gioco.

L'approccio generale non è una variabile esplicativa in questo campione.

Influenza dei mediatori?

La prospettiva globale della psicoterapia può essere completata da quella dei fattori precostruiti ed emergenti che l'hanno caratterizzata nel corso dell'anno di psicoterapia.

CP	Età	Napa	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Y019	3	0	-16,7	-18,3	35,2	17,8	69,4	60,0	-5,6	12,5	6,0	-9,2	15,8	9,8	33,1
Y032	4	0	-13,3	3,3	31,5	6,7	36,1	28,3	-20,8	1,4	6,0	-28,3	27,5	-3,4	38,9
Yi25	6	1	-5,0	8,3	31,5	14,9	56,9	13,3	0,7	13,9	22,6	22,5	-22,5	56,3	-8,0
X030	6	0	-1,7	-23,3	36,1	8,4	33,3	46,7	-13,2	8,3	4,8	-17,5	30,0	-10,2	44,0
Y027	6	1,5	25,0	13,3	37,0	16,2	44,4	13,3	-15,3	5,6	14,3	20,8	-6,7	55,0	-14,9

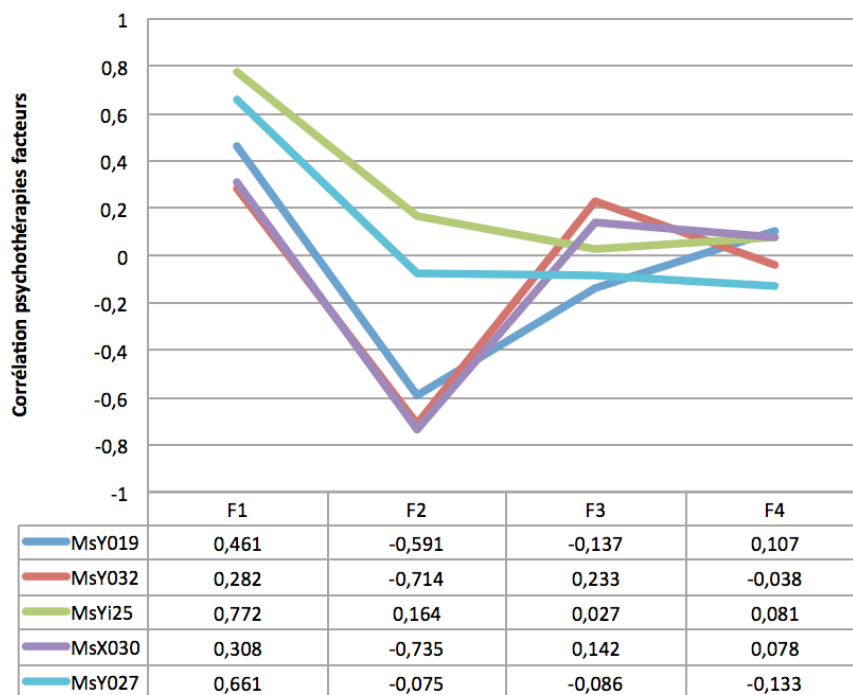
Punteggi dei fattori precostruiti nelle psicoterapie con poche abilità acquisite (- 1... 1)

Riguardo ai *mediatori precostruiti*, tutti i bambini eccetto Y027 presentano un punteggio relativo all'impegno negativo e anche molto negativo per Y019 e Y032. Anche l'interazione incentrata su temi è negativa o pressoché nulla per tutti i bambini. Il punteggio relativo all'impegno del terapeuta è elevato per tutti i bambini. I mediatori tecnici ECA e CVL sono in media molto meno attivi di quelli dell'intero gruppo di bambini di 3-6 anni (8,3 e 10,7 contro 14,9 e 14,3) e i mediatori di approccio PPD e TCC rispecchiano la composizione del sottogruppo. Da notare che la terapia con il gioco combina i 2 approcci.

In sintesi, il grande impegno profuso dai terapeuti non giunge a compensare la scarsità dell'impegno e della partecipazione dei bambini. Questa situazione è associata all'attivazione meno significativa dei fattori specifici rispetto a quella dell'intero gruppo dei bambini di 3-6 anni.

Riguardo ai *mediatori emergenti*, la situazione di ogni bambino può essere descritta dal grafico seguente, che rappresenta il profilo delle 5 psicoterapie in relazione ai valori dei 4 principali mediatori.

Profils psychothérapies 3-6 ans avec Δ aptitudes faibles



Profili individuali delle psicoterapie con poche abilità acquisite (- 1; 1) a partire dai mediatori emergenti⁷⁸

L’F1 presenta valori bassi/molto bassi in 3 bambini (2 di loro sono in TED, 1 in TJ), e medi nei bambini in PPD. L’F2 del bambino in TJ è vicino a quello dei 2 bambini in TED (fortemente negativo, in relazione all’adozione di una tecnica cognitivo-comportamentale con bambini che presentano punteggi negativi di sintonizzazione, di comprensione dei commenti del terapeuta, d’impegno nel gioco del “far credere” e d’inclusione del T nel gioco). La situazione di Y019 è identica. Solo Y032 presenta un punteggio >0,2 all’F3, ma un’analisi più precisa mostra che ha in comune con X030 una curiosità positiva. I punteggi dell’F4 sono prossimi a 0 nei 5 bambini.

In sintesi

- 4 dei 5 bambini con una progressione di sviluppo debole presentano punteggi relativi al fattore comune bassi/molto bassi. Gli elevati punteggi TCC non compensano l’F1 debole quando il bambino non è nell’interazione e nel gioco con il terapeuta. I fattori F2 e F3 non sono attivi per i bambini in PPD. I punteggi dell’F4 sono prossimi a 0 nei 5 bambini.

La procedura e una presentazione più dettagliata sono disponibili in [allegato](#).

Influenza dei moderatori?

Y019. A 4 anni, dopo un anno di terapia, Y019 non ha acquisito nessuna abilità. Il suo punteggio dell’ECAR è sceso da 39 a 33 (15%), registrando una delle riduzioni più deboli insieme a quella di Y027. Il bambino segue una terapia di sviluppo tramite il gioco.

Nell’FC iniziale si indicano: gravi difficoltà nell’instaurare una relazione emotiva e sociale di tipo A; pianificazione e gesti intenzionali difficili; affettività debole; giochi sensoriali e perseverazioni con oggetti; difficoltà a stabilire, mantenere e sviluppare una forma semplice di comunicazione gestuale non verbale.

Y019 ha ricevuto la diagnosi a 15 mesi. Benché offra un grande sostegno al bambino, la famiglia ha attraversato delle difficoltà al momento della sua nascita (trasferimento molto problematico della famiglia).

⁷⁸ Légende du graphique : F1 (facteur commun) comprend 3 médiateurs 1) le cadre (ajusté, sensible et secure, ouvert à l’approche des conflits et des problèmes centraux), 2) le travail psychothérapique associé aux affects et 3) l’enfant (actif, éveillé, et accordé avec le thérapeute). F2 définit l’approche psychodynamique (si score positif) ou cognitivo-comportementale (si score négatif) et l’enfant. F3 décrit l’enfant dans son état d’être (curieux, clair, imaginatif ou l’inverse) avec une approche du thérapeute plutôt cognitivo-comportementale (si score positif). F4 est centré sur la recherche de proximité de l’enfant par rapport au thérapeute.

Inoltre, la famiglia vive un momento di grande ansia perché la presa in carico del bambino nell'istituzione dove attualmente si svolge sta per terminare. Sembra che i valutatori abbiano riscontrato nel bambino miglioramenti significativi, ma che questi progressi non siano sufficientemente consolidati. Esprimono la loro preoccupazione nella formulazione del caso finale, in particolare in merito alla sospensione del follow-up psicoterapeutico.

Y032. A 4 anni, non ha mai seguito prima una terapia. Ha ricevuto la diagnosi a 18 mesi (CAMPS). Effettua una terapia di scambio e sviluppo.

Il contesto familiare è stato molto difficile nel periodo perinatale. Per un'emorragia, la madre è stata ricoverata all'8° mese di gravidanza e il parto è stato difficile. Alla nascita Y032 pesava poco e ha sofferto di cianosi. È stato ricoverato in ospedale all'età di un anno (mononucleosi con rianimazione). La famiglia beneficia di servizi di assistenza sociale. Il punteggio del bambino in termini di comportamenti autistici si è ridotto da 44 a 34 nel corso del suo 2° anno di psicoterapia. Ha acquisito 2 abilità all'inizio del 2° anno e 3 alla fine.

Nell'FC finale (il bambino ha 5 anni) emerge che il contesto familiare è rimasto molto conflittuale (violenza familiare e divorzio dei genitori quando il bambino ha 1 anno e mezzo) e che il bambino ha cambiato due volte terapeuta nel corso dei 12 mesi di TED. Le sue capacità d'interazione sono rimaste molto scarse⁷⁹.

Yi25. Al momento in cui è incluso nella ricerca, Yi25 ha già effettuato 2 anni di psicoterapia. È un bambino che ha avuto problemi precoci con l'alimentazione e il sonno. Segue una terapia psicodinamica.

Benché l'intesa tra la madre e il padre non sia buona, i genitori sostengono il lavoro psicoterapeutico. Il bambino segue inoltre il metodo ABA (25 ore a settimana) da 2 anni. Nel corso del 3° anno di psicoterapia il suo punteggio dell'ECAR è sceso da 28 a 15 e quello relativo alle abilità è passato solo da 0 a 1.

Nell'FC finale di Yi25 (il bambino ha 7 anni) emerge che l'ambiente familiare è molto conflittuale e a volte aggressivo, anche nei confronti del bambino. Il bambino è oggetto di messaggi ambivalenti. Viene evidenziata una grave situazione di conflitto all'interno della coppia. Il bambino vive angosce profonde che, molto spesso, non hanno la possibilità di essere contenute.

X030 è stata presa in carico precocemente. I rapporti dei terapeuti con i genitori, con cui è stato fatto un lavoro, sono buoni, ma la coppia è esausta. Nonostante la loro stanchezza, i genitori danno prova di un ottimo adattamento alle difficoltà della loro figlia con la quale hanno un rapporto caloroso, addirittura complice. La bambina ha presentato un'evoluzione normale fino a 24 mesi (bambina allegra e interattiva, cammina a 12 mesi), ma tra i 24 e i 36 mesi sono comparsi regressioni nel del linguaggio, disturbi del sonno e sviluppo di rituali. È l'assistente materna ad allertare i genitori. Quando entra alla scuola materna, a 36 mesi, è notata dall'insegnante e sarà indirizzata al CMP dal suo pediatra. Sembra che la bambina sia rimasta fortemente contrariata dalla nascita della sorella; da quel momento si sono scatenati conflitti permanenti con la madre. Inoltre, lo svezzamento della bambina, a 6 mesi, è stato difficile e la fine di ogni poppata era causa di ansia.

Y027 è il primo figlio di una famiglia ricostituita in cui entrambi i genitori hanno subito traumi e perdite in un paese in guerra. Il contesto sociale familiare è molto difficile, ma i genitori si sostengono reciprocamente. Sono entrambi fragili a causa del loro vissuto. La madre soffre di una patologia cardiaca spossante e di depressione. Anche il bambino nato dopo Y027 è affetto da autismo. Il contesto di vita è migliorato all'arrivo di un fratello più grande (che era rimasto nel paese natale) e che si occupa molto dei suoi due fratelli. Si registra anche un'ottima qualità di relazione tra la famiglia e il terapeuta. Inoltre la recente ammissione del bambino in una struttura specializzata ha rassicurato i genitori.

⁷⁹ Une analyse comparative du processus de sa psychothérapie a été présentée au congrès de la IACAPAP, qui souligne la difficile entrée dans le travail psychothérapique lorsque l'environnement de vie est très perturbé, quelque soit la qualité de l'approche psychothérapique mise en oeuvre par le thérapeute.

Commento

Per il gruppo dei 5 bambini che evolvono poco o non evolvono, viene indicata una insicurezza di base, in particolare dai moderatori e nella formulazione del caso, che sembra legata al contesto di vita o all'ansia generale che permea l'ambiente circostante.

Una tale insicurezza di base può derivare dalla famiglia, come nel caso di Y019, i cui genitori, benché gli assicurino sostegno, nutrono ansia rispetto al futuro della presa in carico del figlio nell'istituzione in cui è attualmente seguito. Questa problematica è condivisa con il terapeuta.

Per Y032, la fonte di insicurezza è rappresentata da un contesto familiare con problematiche di violenza e di separazione. Oltre a questo problema importante, il bambino ha cambiato due volte terapeuta nel corso dell'anno.

Per Yi25, l'insicurezza è legata a una situazione di violenza in famiglia, in cui viene forse coinvolto anche il bambino, ma anche a una serie di prese in carico psicoterapeutiche parallele, con modello PDD, TCC e ABA.

Pour X030, l'insicurezza sembra più interiore. Non sembra che il contesto familiare e sociale sia cambiato o negativo. La bambina è seguita bene e circondata dall'affetto della famiglia. I terapeuti indicano nella formulazione del caso che la bambina presenta progressi lenti ma significativi. L'ECAR iniziale molto elevato (60) è sceso notevolmente a 12 mesi (40), ma il punteggio rimane comunque alto.

Per Y027, infine, l'insicurezza è evidente nella descrizione del contesto di vita molto difficile dei genitori, che assicurano tuttavia al bambino un grande sostegno. Alla fine di un anno di psicoterapia, il contesto di vita è nettamente migliorato. Questa condizione dovrebbe sfociare in un'evoluzione più positiva del bambino, ma il dato resta da verificare.

Psicoterapie dei bambini di 3-6 anni con ≥ 6 abilità acquisite durante l'anno della ricerca o ≥ 12 alla fine dell'anno della ricerca

≥ 6 abilità acquisite durante l'anno della ricerca

	Età	Napa	ECAR T0	Apt T0	ECAR T12	Apt T12	Δ Apt	
Y010	4	0	41	1	27	7	6	PPD
Y030	4	0	54	1	16	7	6	TED
Yi07	4	0	25	6	12	12	6	PPD
X007	4	1	48	4	22	13	9	PPD
Y021	5	0	37	2	16	8	6	Pmot
Y034	5	0	44	3	22	10	7	PPD
Y018	5	1	46	4	9	13	9	PPD
Y001	5	2	52	7	8	14	7	PPD
Yi13	6	2	48	3	31	11	8	PPD
Yi06	6	3	18	6	5	12	6	PPD

≥ 12 abilità acquisite a 12 mesi

	Age	Napa	ECAR T0	Apt T0	ECAR T12	Apt T12	Δ Apt	
Xi26	4	2	13	12	2	13	1	PPD
X003	5	2	16	9	7	14	5	PPD
Y037	5	0	34	9	15	14	5	Pmot
Yi22	6	0,5	40	8	28	12	4	PPD

In sintesi, sono dunque 14/25 bambini che hanno presentato un'evoluzione rapida.

Influenza del tipo di psicoterapia?

Fra questi 14 bambini, 11 seguono una terapia psicodinamica, 2 una terapia psicomotoria e 1 una terapia TED.

Influenza dei mediatori?

Come nei casi precedenti, la prospettiva globale della psicoterapia può essere completata e precisata da quella dei fattori precostruiti ed emergenti che l'hanno caratterizzata nel corso dell'anno di psicoterapia.

Per effettuare i calcoli, le psicoterapie con ≥ 6 abilità acquisite durante l'anno della ricerca sono state associate a quelle con ≥ 12 abilità acquisite a 12 mesi (in verde).

Tabella dei mediatori precostruiti

CP	Età	Napa	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Y010	4	0	25,0	-5,0	41,7	21,7	50,0	30,0	8,3	37,5	4,8	10,0	-12,5	65,3	-22,7
Y030	4	0	21,7	6,7	41,7	21,4	47,2	41,7	-10,4	6,9	4,8	-22,5	19,2	9,3	39,9
Yi07	4	0	0	-10	47,2	4,1	33,3	-18,3	15,3	8,3	3,6	-2,5	2,5	49,4	-17,5
X007	4	1	18,3	-1,7	38,9	19	38,9	11,7	27,8	50	15,5	23,3	-13,3	63,8	-31,1
Y021	5	0	11,7	-11,7	37,0	27,4	79,2	51,7	6,3	9,7	16,7	2,5	-8,3	31,8	21,9
Y034	5	0	-18,3	-16,7	44,4	19,4	79,2	53,3	-0,7	18,1	27,4	-4,2	-8,3	56,4	22,8
Y018	5	1	-21,7	-20	43,5	10,5	62,5	26,7	4,9	40,3	-2,4	24,2	4,2	36,2	11,6
Y001	5	2	30	20	40,7	28	38,9	36,7	14,6	23,6	13,1	26,7	-25	68,5	-22,4
Yi13	6	2	21,7	-6,7	29,6	12,5	41,7	13,3	-7,6	-11,1	31,0	-22,5	0,8	29,9	11,0
Yi06	6	3	18,3	16,7	43,5	29	63,9	26,7	19,4	-4,2	13,1	11,7	-16,7	48,9	-3,6
Xi26	4	2	28,3	23,3	29,6	29,6	61,1	15	20,1	15,3	17,9	12,5	-25,8	70,7	-7,4
X003	5	2	50,0	20,0	39,8	27,3	31,9	26,7	7,6	18,1	1,2	-3,3	-39,2	68,4	-17,5
Y037	5	0	21,7	23,3	25,9	36,9	93,1	50	-3,5	27,8	31	-24,2	-4,2	42,7	43,3
Yi22	6	0,5	36,7	15	73,1	24,9	40,3	45	-12,5	2,8	7,1	-9,2	-15,8	40,3	5,4

Riguardo ai mediatori precostruiti di questo sottogruppo:

- 11 bambini su 14 sono impegnati nella psicoterapia, 7 dei quali presentano punteggi molto positivi (> 20);
- 7⁸⁰ bambini su 14 partecipano alle attività proposte dal terapeuta;
- la relazione transferenziale di tutti i bambini con il terapeuta è molto forte (moy 41 - sd 11);
- anche l'interazione incentrata su temi è positiva per 9 bambini su 14⁸¹;
- l'impegno del terapeuta è positivo a un livello elevato per tutti i bambini (moy 54 - sd 19);
- anche l'adattamento è positivo (moy 29 - sd 20), a eccezione di una psicoterapia (Yi07);
- i mediatori tecnici sono attivi per l'ECA in 12 bambini (moy 18 - sd 20) e per il CVL in 13 bambini⁸² (moy 13 - sd 11). Sono in media più attivi per l'ECA e un po' meno attivi di quelli dell'intero gruppo di bambini di 3-6 anni (18 e 13 contro 14,9 e 14,3);
- i punteggi PPD sono positivi in tutti i bambini e si estendono da 9 a 70. I punteggi TCC sono positivi in 7 bambini Y030 (39,9), Y021 (21,9), Y034 (22,8), Y018 (11,6), Yi13 (11,0), Y037 (43,3) e Yi22 (5,4).

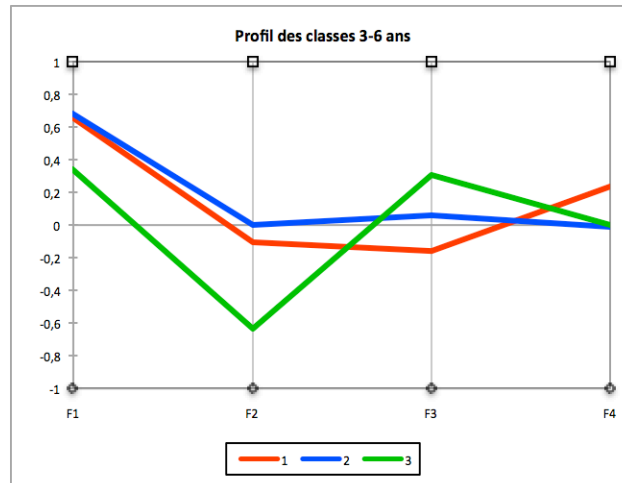
In sintesi

80 sauf Y018, Yi07 e X007

81 sauf Yi22 et Y037

82 sauf ECA pour Yi06 et CVL pour Y018

- Le psicoterapie sono molto attive, con un impegno dei 3/4 dei bambini in interazione con quello di tutti i terapeuti, ai quali si associano mediatori specifici che riguardano l'espressione e la modulazione dell'affetto, la comunicazione, la verbalizzazione e il linguaggio nell'ambito di un approccio generale fondamentalmente psicodinamico (11 bambini), ma anche in un orientamento psicomotorio (2 bambini) e in una terapia di scambio e sviluppo (1 bambino).



I mediatori emergenti

In riferimento alla classificazione generale dei 25 bambini in 3 profili, i bambini che durante l'anno della ricerca hanno acquisito ≥ 6 abilità o alla fine dei 12 mesi presentano ≥ 12 abilità sono così divisi: 3 bambini appartengono alla classe 1 (Y010, X007 e Y018), 10 bambini alla classe 2 (Yi07, Y021, Y034, Y001, Yi13, Yi06, Xi26, X003, Y037 e Yi22) e 1 (Y030) alla classe 3 (che raggruppa i 5 TED).

- Il fattore comune F1 è molto attivo (≥ 7) per 8 di loro e **0,5** per 5 di loro (classi 1 e 2). Per Y030, l'F1 è a 3,8.
- Il mediatore specifico F2 (PDD/TCC con + o - sintonizzazione del bambino) distingue nettamente 3 gruppi: intorno a 0 in 3 bambini (Y010, Yi07 e Yi22), tra [+04... -04] in 10 bambini (Xi26, Yi06, Y001, X007, X003 (in +); Y018, Y037, Y021, Y034 e Yi13 (in -), e -0,5 per Y030 (questo evidenzia un forte coinvolgimento TED con un bambino sintonizzato).
- Il mediatore F3 ("bambino attivo e partecipante" e TCC/PDD) è attivo $> 0,2$ in 6 bambini e $< 0,2$ in 4 bambini. È a 0,2 per Y030.
- Infine, il mediatore F4 ("bambino molto vicino al terapeuta in interazione positiva con lui e che esplora pensieri ed emozioni") è attivo $> 0,2$ in 3 bambini (Y010, X007, Y018).
- In 3 bambini (Y001, Yi06 e Xi26), tutti i mediatori presentano un risultato positivo, con un F1 $> 0,72$.

In sintesi

Il fattore comune F1 è molto attivo e i mediatori specifici F2 e F3 mostrano un'attuazione delle tecniche psicoterapeutiche con bambini partecipativi.

Un'analisi dettagliata del coinvolgimento del fattore "bambino" in relazione alle tecniche specifiche dei mediatori F2 e F3 è presentata [in allegato](#).

Influenza dei moderatori?

X003 è diagnosticata precocemente e comincia la terapia a tre anni. La bambina riceve la diagnosi di autismo F 84.1 prima dei tre anni, dopo una batteria di test ripetuti. Alla nascita della bambina, la famiglia si trova in una condizione di isolamento in un paese che non conosce. La madre lamenta numerose somatizzazioni; si sospetta una depressione in atto. Quest'isolamento tuttavia migliora. Nascita di una sorellina in una data compresa fra 2 e 6 mesi della valutazione. In questo periodo, X003 è allontanata dalla madre e dalla sorella. La situazione determina una sofferenza anche nella madre. X003 si impegna molto nell'ambiente scolastico e nell'apprendimento, che i genitori incoraggiano.

X007 è descritta come una bambina facile nei primi anni di vita, con abilità acquisite tardi (comincia a camminare a 20 mesi). È stata allattata fino a 6 mesi. È rimasta a casa fino all'età di 3 anni e 7 mesi, quando comincia ad andare a scuola e viene diagnosticata. I genitori non si sono mai accorti che la bambina avesse un problema. Si è stabilita un'ottima alleanza fra i genitori e il terapeuta e la bambina frequenta volentieri le sedute.

Xi26 è nata in un contesto drammatico per la madre perché 3 settimane dopo la nascita della bambina, la nonna materna muore. La mamma di Xi26 piangeva sempre. All'inizio della terapia si nota che entrambi i genitori sono molto fragili; si sono separati. Il contesto della presa in carico è quindi molto pesante e la terapeuta consiglia ai genitori di effettuare una terapia. La terapeuta si meraviglia dei rapidissimi progressi della bambina, che avvengono già nei primi mesi di terapia. Si crea intorno alla famiglia una rete di sostegno che permette di mantenere una coerenza del suo ambiente.

Y018 ha un'ottima evoluzione, dello stesso ordine di quella di X003 e Y001, ma più rapida. All'età di 6 anni, X003, Y001 e Y018 presentano un punteggio dell'ECAR simile (rispettivamente 7, 8, 9) e quasi le stesse abilità (rispettivamente 7, 8, 9). A Y018 è stata diagnosticata a 22 mesi una depressione, con rischio di autismo. La psicoterapia ha avuto inizio 18 mesi prima dell'inclusione nella ricerca. Effettua una terapia psicodinamica.

Questo bambino ha avuto uno sviluppo normale fino a circa 2 anni, periodo nel quale gli è stata diagnosticata una depressione. I genitori si sono separati e la mamma ha dovuto riprendere a lavorare ed è quindi assente durante il giorno e a volte la sera. Il bambino aveva allora 16 mesi. Anche la mamma soffriva di depressione. Il bambino è preso in carico con ottimi servizi di supporto e assistenza: assistenza a domicilio, insegnante di sostegno, asilo, fisioterapia, psicomotricità e logopedia, e psicoterapia con 2 sedute a settimana, di cui una con la madre. Viene confermata la diagnosi di autismo.

Per un anno il terapeuta ha effettuato sedute madre-bambino, parallelamente alla terapia individuale con il bambino. Il terapeuta ha inoltre contemporaneamente effettuato incontri di sostegno con la madre. Il follow-up madre-bambino e il follow-up individuale della madre per la sua depressione è un'informazione molto importante.

Y037. I genitori di Y037 sono molto coinvolti nell'evoluzione dei loro bambini autistici e nella psicoterapia (terapia a orientamento psicomotorio che hanno accettato molto bene, tanto più che la terapia produce progressi anche nel secondo bambino, affetto apparentemente da una forma più grave di autismo). In occasione del suo primo bilancio antecedente alla terapia, si osserva che il bambino è molto più a suo agio con il materiale non verbale: possiede una buona rappresentazione mentale e completa con successo la maggior parte dei giochi a incastro dell'adattamento pratico.

Non si sono verificati eventi particolari nel corso dell'anno, ma è stato svolto con il bambino un lavoro molto regolare con ottimi servizi di assistenza e supporto.

Nell'FC a un anno si nota che Y037 è: "Più autentico nella relazione, si confida, parla della sua tristezza, delle sue paure e può ora prendere in considerazione gli stati interni dell'altro". Si osserva che la mamma era depressa alla nascita del bambino e del suo gemello (anche lui autistico).

Yi06 è nato in un contesto difficile dopo un parto cesareo con complicazioni che l'ha separato per i primi due giorni di vita dalla madre. Difficoltà di allattamento e depressione della madre. Il bambino ha subito

molte separazioni precoci con figure di riferimento (baby-sitter), i genitori viaggiano spesso per lavoro e può accadere che restino lontani da casa anche una o due settimane. Si osserva che i genitori non notano le reazioni emotive del figlio e hanno difficoltà a comprendere il suo vissuto. La situazione migliora in seguito. A 5 anni, cade in un canale e viene salvato appena in tempo. I genitori non sono coinvolti nella psicoterapia, ma non la contrastano. L'inserimento a scuola è effettuato con una buona insegnante.

Yi07 è un bambino descritto come facile dai suoi genitori. La diagnosi ha molto angosciato i genitori, che tendono a porsi in un ruolo di educatori a casa imponendogli in continuazione prove di stimolazione cognitiva. Un elemento positivo è stato la sua ammissione in una scuola materna privata con un insegnante di sostegno. Usufruisce di buoni servizi di assistenza e supporto oltre alla psicoterapia, che i genitori hanno sostenuto fin dall'inizio. Yi07 ha una sorella più grande, che ha sempre sofferto di disturbi del sonno: dormiva con i genitori e poteva anche arrivare a svegliarsi ogni mezz'ora.

Yi22. Lo sviluppo cognitivo e il linguaggio sono per alcuni aspetti al di sopra della norma. Il vocabolario è molto ricco. Entrambi i genitori sono fragili e hanno precedenti familiari psichiatrici. Tuttavia sostengono la psicoterapia e sono ambedue seguiti da una psicoterapia individuale. Il bambino frequenta volentieri le sedute. L'integrazione scolastica è buona. Tra le maestre e il terapeuta si è stabilita una buona collaborazione.

Y010 è in grande difficoltà con disturbi significativi della comunicazione e comportamenti depressivi di chiusura. Si sveglia spesso di notte e soffre una forte angoscia di separazione. La mamma soffre di depressione da quando è nato. La famiglia soffre di diverse patologie somatiche che comportano l'ospedalizzazione della madre e del bambino. Y010 ha avuto un attacco epilettico nel primo anno di vita e un altro attacco all'inizio della terapia (a tale riguardo ci sono precedenti familiari). Dopo un tentativo di integrazione scolastica non andato a buon fine (il bambino non è riuscito ad adattarsi), Y010 ha dovuto lasciare la scuola. I genitori sono abbastanza ostili alla psicoterapia. Il bambino comincia con una seduta a settimana, poi con due, poi di nuovo con una. I genitori si oppongono anche al lavoro con il logopedista, con relativa interruzione, ripresa e riduzione delle sedute, ecc. Nella formulazione del caso a un anno, si segnala che il bambino va a scuola a orario ridotto.

Y030 è nato in un contesto di ansia della madre durante la gravidanza. Il padre del bambino si è risposato, è poco presente e sopporta a fatica l'handicap di suo figlio. La madre nega le difficoltà relazionali del bambino e pensa che soffra semplicemente di un ritardo di linguaggio che attribuisce a un frenulo linguale corto congenito, che ha determinato anche una difficoltà nell'allattamento. Y030 è l'ultimo nato di una famiglia con quattro figli e nell'ultima FC si legge che è molto seguito dalla madre e dai fratelli.

Y021 vive in un contesto di rottura (trasloco, viene ritirato dall'asilo senza una spiegazione...) e soffre di un disturbo della regolazione fin da piccolo. La psicoterapia viene inizialmente seguita con discontinuità (sedute saltate, conflitto con la madre). La FC finale registra un netto miglioramento della relazione con i genitori, che hanno infine aderito alle cure fornite al bambino.

Alla nascita **Y034** pesava 2 kg (ritardo di crescita intrauterino). Soffre di un disturbo dermatologico ricorrente e di una costipazione cronica. È ben seguito a casa, con 2 fratelli che si occupano di lui. Y034 ha seguito la terapia con impegno. I genitori sono angosciati e verbalizzano poco la loro emozione, o addirittura la negano. Il padre ha difficoltà a relazionarsi con il figlio, non sa come fare.

Yi13 vive un contesto difficile alla nascita. Sua madre soffre di depressione post-partum e ha difficoltà a entrare in contatto con il figlio. Soffre costantemente di disturbi ossessivi e di bulimia. Il padre è distante. Tuttavia si registra una continuità nella relazione terapeutica e una stabilità con insegnanti empatici.

Commento

Per il gruppo di bambini che ha conosciuto una buona evoluzione, si constata una situazione inversa a quella dei bambini interessati da una scarsa evoluzione, cioè una fiducia solida che non lo era

necessariamente all'inizio. Una fiducia dei genitori nei progressi del bambino con una buona alleanza con il terapeuta e gli altri partner sociali. Fiducia che può anche derivare da una migliore comprensione del mondo del bambino. La fiducia si può ritrovare anche nei legami del bambino con i fratelli. Ma anche una fiducia in se stesso raggiunta dal bambino nel suo contesto scolastico e certamente con la terapia (abbiamo visto che il transfert del bambino era molto forte). Si constata per questo gruppo l'esistenza di una solida rete sociale intorno al bambino e ai suoi genitori.

La stessa situazione non si presenta invece per Y010, che è socialmente in difficoltà. Tuttavia il bambino, che aveva dovuto essere ritirato da scuola per la sua incapacità di integrarsi, alla fine dell'anno di psicoterapia frequenta la scuola a orario ridotto.

Sulla base dei moderatori del gruppo di bambini che ha una buona evoluzione e di quello che evolve meno rapidamente, constatiamo che il bambino con autismo ha un lungo percorso da affrontare per evolvere.

Come per gli altri bambini non affetti da autismo, l'ambiente circostante è una chiave fondamentale per il suo sviluppo. Le difficoltà esistenti nell'ambito della famiglia del bambino potrebbero spiegare i blocchi riscontrati. Non è solo autistico, ma soffre anche delle difficoltà che vivono i suoi genitori.

Abbiamo potuto constatare inoltre che la situazione non è immutabile. Dei miglioramenti nel contesto - un ambiente più tranquillo, genitori più informati che possono così comprenderlo meglio - possono far evolvere il bambino. Ma non è tutto, anche il contesto sociale, come la stabilizzazione di una situazione precaria della famiglia, può avere il suo peso, perché può permettere ai genitori di essere ad esempio più disponibili. Le difficoltà legate alle strutture di cura nelle quali evolvono questi bambini, l'abbiamo visto, consolidano l'idea che tali strutture debbano essere solide e affidabili. Come è noto, i cambiamenti sono una fonte di destabilizzazione nei bambini autistici, nei loro genitori e in ciascuno di noi.

2. Bambini fra 7 e 11 anni

□ 4 bambini di 7 anni seguono una terapia⁸³.

- Seguono tutti e tre una terapia psicodinamica.
- Y044 viene inserito nella ricerca all'inizio della psicoterapia. Yi19, Xi32 e Y017 sono in terapia rispettivamente da 2, 3 e 4 anni.

Nella tabella seguente sono riportati l'età, gli anni di terapia già effettuati, i punteggi all'ECAR e le abilità acquisite dei bambini.

	Età	Napa	ECAR T0	Acquis T0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y044	7	0	47	0	28	8	8	PPD
Yi19	7	2	12	8	3	11	3	PPD
Xi32	7	3	38	3	23	12	9	PPD
Y017	7	4	58	1	46	2	1	PPD

Commento

⁸³ [Yi19, Xi32, Y044, Y017]

Riguardo a questi quattro bambini di 7 anni, i dati iniziali sono abbastanza eterogenei. In media, i bambini hanno acquisito 5,3 abilità durante l'anno [3; 6]; sd = 3,9 e i loro comportamenti autistici si sono ridotti del 43%.

- ▶ Y044 ha cominciato la terapia contemporaneamente alla sua valutazione. Nell'ECAR presenta un punteggio di riduzione dei comportamenti autistici nella media (48% contro 45%). Non si registra nessuna abilità acquisita a T0. Tuttavia, le 4 abilità acquisite a 2 mesi lasciano supporre la possibilità che si verifichi un blocco nel corso della prima valutazione.
- ▶ La comparazione fra Yi19 e Xi32 è difficile poiché non sappiamo quale fosse la situazione di Xi32 prima di cominciare la terapia nel quadro della ricerca (3 anni prima) e non conosciamo quindi il significato del punteggio elevato che presenta Xi32 nell'ECAR (38) rispetto a quello di Yi19 (12) dopo due anni di psicoterapia. La stessa osservazione si impone per le abilità acquisite: inizialmente Yi19 ne presenta di più rispetto a Xi32 (8 contro 3). Tuttavia, notiamo che nonostante l'ECAR dopo un anno resti a 23 per Xi32, mentre per Yi19 è sceso a 3, Xi32 sviluppa 9 abilità durante l'anno passando quindi a 12, mentre Yi19 ne sviluppa soltanto 3 (dopo l'anno di psicoterapia avrà acquisito 11 abilità).

Questa comparazione è importante perché segnala che dei sintomi persistenti non rappresentano sistematicamente un handicap per l'acquisizione di abilità e inoltre apre anche la possibilità di identificare con maggiore precisione ciò che contribuisce a favorire o ostacolare, a un dato momento dello sviluppo del bambino, l'acquisizione di nuove abilità.

- ▶ Y017, dopo 4 anni di psicoterapia, presenta all'inizio della ricerca un punteggio di comportamenti autistici molto elevato (58) e una sola abilità acquisita. La riduzione del punteggio dell'ECAR a 1 anno è moderata e l'acquisizione di abilità è molto debole (1).

L'evoluzione di Y017 pone un problema importante, sia al livello del comportamento che dello sviluppo.

□ **4 bambini di 8 anni seguono una psicoterapia**⁸⁴.

- Tutti e quattro seguono una terapia psicodinamica.
- Il primo (Y041) comincia una terapia per la prima volta. Gli altri tre sono in terapia da rispettivamente 2, 3 e 6 anni.

Nella tabella seguente sono riportati l'età, gli anni di terapia già effettuati, i punteggi all'ECAR e le abilità acquisite dei bambini.

	Età	Napa	ECAR T0	Acquis T0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y041	8	0	47	6	32	9	3	PPD
Yi15	8	2	32	11	12	14	3	PPD
Y013	8	3	47	4	33	6	2	PPD
Yi16	8	6	34	1	14	7	6	PPD

Commento

In media, i bambini di 8 anni hanno acquisito 3,5 abilità durante l'anno [2; 6]; sd = 1,7 e i loro comportamenti autistici si sono ridotti del 46%.

Si osserva anche qui una notevole eterogeneità tra i casi, che si presenta in modo diverso nei punteggi dell'ECAR e nelle abilità iniziali.

- ▶ I quattro bambini costituiscono due gruppi con un punteggio iniziale dell'ECAR equivalente per Y041 e Y013 (47) e molto vicino per Yi15 e Yi16 (32 e 34), anche se al momento di questa valutazione differiscono nel numero di anni di psicoterapia già effettuati.

⁸⁴ [Y041, Yi16, Y013 et Yi15]

- Yi15 e Yi16 partono con punteggi rispettivi di 32 e 34 dell'ECAR, che scendono a 12 e 14 dopo un anno di psicoterapia. La situazione delle loro abilità acquisite non è affatto equivalente, perché il primo presenta all'inizio 11 abilità, contro una sola del secondo. Un anno dopo, Yi15 è giunto a 14 abilità e Yi16 ne ha acquisite 6. Questi due bambini differiscono anche nel numero di anni di terapia effettuati prima dell'inizio della valutazione: 2 per Yi15 e 6 per Yi16.

In funzione del numero di anni di psicoterapia già effettuati, Yi15 rientra abbastanza nei profili di evoluzione già osservati nei bambini più piccoli (ad esempio, Y001), considerando che la variabile età è secondaria rispetto alla variabile Napa⁸⁵ (numero di anni di psicoterapia già effettuati). Lo stesso si può affermare per Y013, tenendo conto delle sue difficoltà particolari. Yi16 pone la questione degli elementi che hanno contribuito alla sua acquisizione in 1 anno di un numero elevato di abilità, dopo 6 anni di psicoterapia.

□ 2 bambini di 9 anni seguono una terapia⁸⁶.

- Seguono tutti e due una terapia psicodinamica.
- Il primo è in terapia da 2 anni, il secondo da 4 anni.

Nella tabella seguente sono riportati l'età, gli anni di terapia già effettuati, i punteggi dell'ECAR e le abilità acquisite dei bambini.

	Age	Napa	ECAR T0	Acquis T0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y012	9	2	46	10	23	11	1	PPD
Yi28	9	4	25	9	11	10	1	PPD

Commento

In media, i 2 bambini di 9 anni hanno acquisito 1 abilità durante l'anno (sd = 0) e i loro comportamenti autistici si sono ridotti del 52%.

- Presentano una riduzione dei punteggi dell'ECAR abbastanza vicina (49% e 55%), che non è però accompagnata da un'equivalente acquisizione di abilità.

□ 3 bambini di 10 anni seguono una terapia⁸⁷.

- Seguono tutti e tre una terapia psicodinamica.
- Il primo è in psicoterapia da 5 anni, gli altri due da 6 anni.

Nella tabella seguente sono riportati l'età, gli anni di terapia già effettuati, i punteggi dell'ECAR e le abilità acquisite dei bambini.

	Age	Napa	ECAR T0	Acquis T0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y022	10	5	39	10	14	14	4	PPD
Yi11	10	6	20	9	5	14	5	PPD
Yi10	10	6	34	9	14	14	5	PPD

Commento

In media, i 3 bambini di 10 anni hanno acquisito 4,7 abilità durante l'anno [4; 5], sd = 0,6 e i loro comportamenti autistici si sono ridotti del 66%. Hanno acquisito tutte le abilità valutate.

⁸⁵ Napa : nombre d'années antérieures de psychothérapie.

⁸⁶ [Y012, Yi28]

⁸⁷ [Y022, Yi11, Yi10]

- ▶ Due bambini (Y022 e Yi10) presentano punteggi simili all'inizio e alla fine della valutazione, sia per i comportamenti autistici che per le abilità acquisite, anche se Y022 ha effettuato un anno di terapia in meno.
- ▶ Il terzo bambino (Yi11) è in terapia dallo stesso numero di anni di Yi10 (6). I suoi punteggi dell'ECAR all'inizio e alla fine della valutazione sono più bassi, quindi è un bambino che dopo 6 anni di psicoterapia presenta un punteggio di comportamenti autistici estremamente ridotto. *Esamineremo più avanti se questo percorso può essere spiegato da elementi individuali.*

□ 4 bambini di 11 anni seguono una terapia⁸⁸.

- Tre di loro effettuano una terapia psicodinamica, e uno una terapia psicomotoria.
- Y020 inizia la terapia al momento del suo inserimento nella ricerca. Gli altri tre bambini sono in terapia da 7 anni.

Nella tabella seguente sono riportati l'età, gli anni di terapia già effettuati, i punteggi dell'ECAR e le abilità acquisite dei bambini.

	Età	Napa	ECAR T0	Acquis T0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y020	11	0	48	6	42	4	-2	Pmot
Y011	11	7	27	7	14	12	5	PPD
Xi03	11	7	27	6	14	10	4	PPD

Commento

In media, i 4 bambini di 11 anni hanno acquisito 2,5 abilità durante l'anno [-2 ... 5]; sd = 3,1 e i loro comportamenti autistici si sono ridotti del 45%.

- ▶ Anche qui si osserva una differenza fra i casi. Un bambino comincia una terapia a mediazione psico-corporea a 11 anni (Y020). In Y020 si osserva una scarsa evoluzione, sia a livello dei comportamenti autistici che delle abilità acquisite (2), che non sono confermate a T12.
- ▶ Tre bambini (Y011, Xi03 e Yi05) presentano all'inizio e dopo un anno punteggi equivalenti dell'ECAR e un numero simile di abilità acquisite (un po' più basso per Xi03).

• Riepilogo dell'evoluzione comparata dei bambini da 7 anni a 11 anni

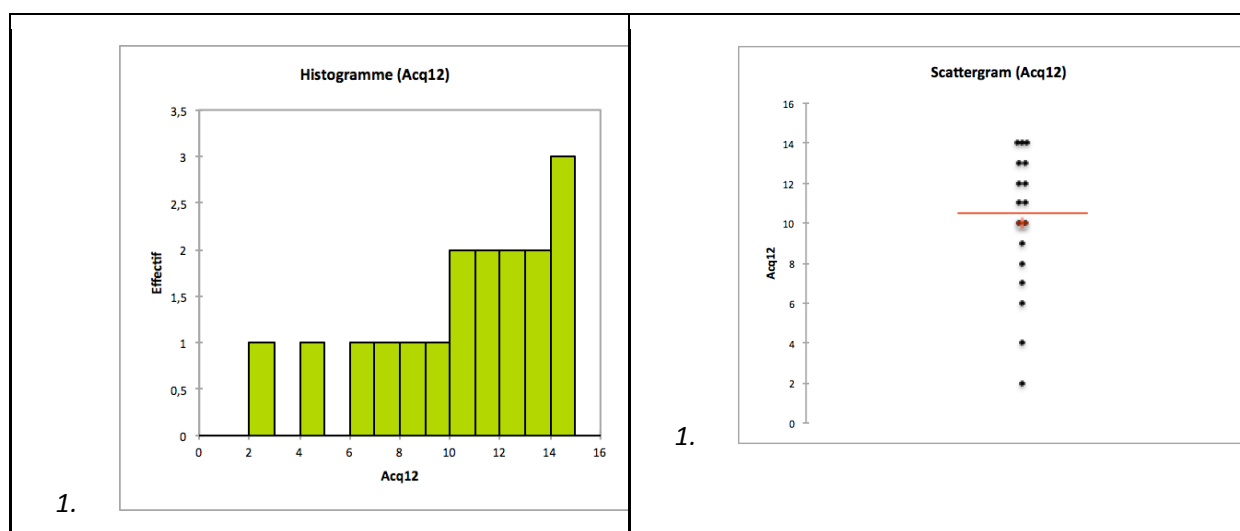
	IG	CP	Age	Napa	EG00	Acq00	EG12	Acq12	Δ Apt	
	1	Y044	7	0	47	0	28	8	8	PPD
	0	Yi19	7	2	12	8	3	11	3	PPD
	3	Xi32	7	3	38	3	23	12	9	PPD
	4	Y017	7	4	58	1	46	2	1	PPD
Moy									5,3	
sd									3,9	
	3	Y041	8	0	47	6	32	9	3	PPD
	3	Yi15	8	2	32	11	12	14	3	PPD
	3	Y013	8	3	47	4	33	6	2	PPD
	2	Yi16	8	6	34	1	14	7	6	PPD
Moy									3,5	
sd									1,7	
	3	Y012	9	2	46	10	23	11	1	PPD
	3	Yi28	9	4	25	9	11	10	1	PPD
Moy									1,0	
sd									0,0	
	4	Y022	10	5	39	10	14	14	4	PPD

88 [Y011, Y020, Xi03, Yi05]

	2	Yi11	10	6	20	9	5	14	5	PPD
	3	Yi10	10	6	34	9	14	14	5	PPD
Moy									4,7	
sd									0,6	
	5	Y020	11	0	48	6	42	4	-2	Pmot
	5	Y011	11	7	27	7	14	12	5	PPD
	5	Xi03	11	7	27	6	14	10	4	PPD
	3	Yi05	11	7	24	10	7	13	3	PPD
Moy									2,5	
sd									3,1	

Nella popolazione dei 17 bambini di 7-11 anni, la media del numero di abilità acquisite durante l'anno è di 3,6 (sd = 2,7). È dunque inferiore a quella del gruppo dei bambini di 3-6 anni (moy = 4,5; sd = 2,8). La media del numero totale di abilità acquisite è di 10,0 (sd = 3,6). Era di 8,3 (sd = 4,3) nel gruppo dei bambini da 3 a 6 anni. Il numero delle abilità acquisite varia secondo l'età, ma il numero di bambini è troppo basso per trarre conclusioni. Dopo un anno la riduzione dei comportamenti autistici è simile nelle 2 fasce di età (49%).

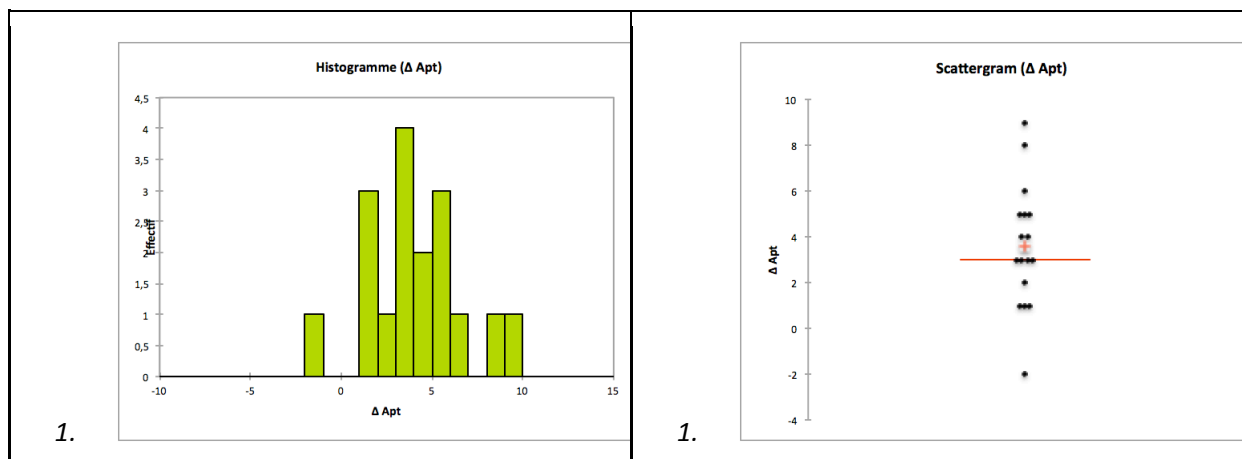
Il numero di abilità acquisite nel gruppo dei bambini di 7-11 anni è rappresentato dall'istogramma seguente:



Variabilità nella fascia di età 7-11 anni del numero di abilità acquisite a T12

4 bambini hanno acquisito fra le 2 e le 6 abilità, 4 bambini hanno acquisito fra le 7 e le 10 abilità, 4 bambini hanno acquisito 11 o 12 abilità e 5 bambini hanno acquisito 13 o 14 abilità (vedi in dettaglio [Istogramma Acq12 7-11](#) e [Quartili Acq12 7-11](#) in allegato).

Le abilità acquisite in 1 anno sono distribuite nel modo seguente:



Variabilità nella fascia di età 7-11 anni del numero di abilità acquisite durante l'anno della ricerca

1 bambino non ha confermato 2 abilità presenti inizialmente, 3 bambini hanno acquisito 1 abilità, 5 bambini hanno acquisito 2-3 abilità, 5 bambini hanno acquisito 4-5 abilità e 3 bambini hanno acquisito 6-9 abilità (vedi in dettaglio [istogramma Δ Apt 7-11](#) e [Quartili Δ Apt 7-11](#) in allegato).

- **Si può procedere su una tale diversità di percorsi?**

Psicoterapie dei bambini di 7-11 anni con poche abilità acquisite

Abbiamo preso in esame 5 bambini fra i 7 e gli 11 anni. Quattro hanno acquisito solo una o due abilità durante l'anno e uno non ha confermato le 2 che aveva acquisito.

	Età	Napa	ECAR T0	Apt T0	ECAR T12	Apt T12	Δ Apt	
Y017	7	4	58	1	46	2	1	PPD
Y013	8	3	47	4	33	6	2	PPD
Y012	9	2	46	10	23	11	1	PPD
Yi28	9	4	25	9	11	10	1	PPD
Y020	11	0	48	6	42	4	-2	Pmot

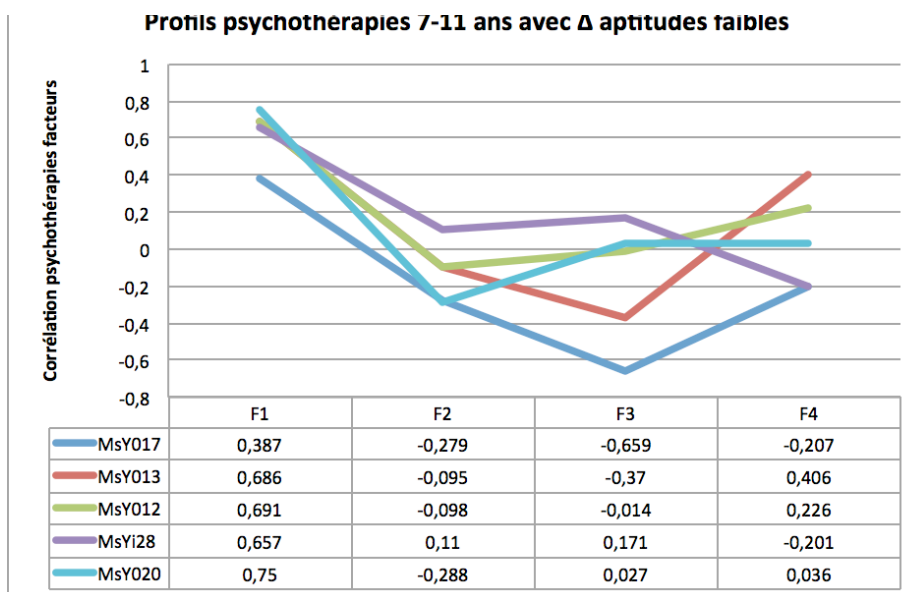
Influenza del tipo di psicoterapia?

Quattro bambini seguono una terapia psicodinamica e 1 una terapia di orientamento psicomotorio.

Influenza dei mediatori?

La prospettiva globale della psicoterapia può essere completata da quella dei fattori precostruiti ed emergenti che l'hanno caratterizzata nel corso dell'anno di psicoterapia.

CP	Age	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Y017	7	1,7	-23,3	46,3	-1,9	19,4	5,0	-12,5	8,3	22,6	43,3	7,5	36,7	-26,1
Y013	8	10,0	-33,3	40,7	11,9	45,8	21,7	15,3	51,4	22,6	12,5	13,3	47,7	-8,6
Y012	9	30,0	0,0	42,6	22,1	55,6	31,7	-6,9	31,9	10,7	23,3	2,5	40,9	3,3
Yi28	9	33,3	38,3	31,5	24,4	36,1	35,0	-20,8	20,8	2,4	9,2	-0,8	44,3	-6,8
Y020	11	-6,7	-11,7	38,0	15,7	63,9	38,3	-5,6	22,2	15,5	7,5	-9,2	53,7	9,8



Riguardo ai fattori precostruiti, il gruppo è abbastanza eterogeneo per il mediatore EP con 2 bambini (Y012 e Yi28) che presentano un buon punteggio e 3 che hanno un punteggio basso o negativo. Si osserva un risultato analogo anche con il mediatore PP, con un solo bambino con punteggio positivo (Yi28). La media del sottogruppo per i 2 fattori è inferiore a quella dell'intero gruppo di bambini di 3-11 anni (12 e -2,5 contro 15 e 1,67). Il punteggio relativo al transfert dei pazienti è elevato (40), analogamente a quello dei gruppi di 3-11 anni.

Il punteggio relativo all'impegno del terapeuta è elevato, come quello dell'intero gruppo 3-11 (44 contro 43). Il punteggio relativo all'adattamento è un po' più alto di quello dell'intero gruppo 3-11 (26 contro 21). L'interazione incentrata su temi è negativa per 4 dei 5 pazienti. I punteggi dei mediatori tecnici ECA e CVL sono attivi per i 6 bambini. Il punteggio ECA è simile a quello dell'intero gruppo 3-11, mentre il punteggio CVL è più basso (16 contro 18), come pure il punteggio PPD (40 contro 48). Il punteggio TCC è positivo in 2 bambini, e un po' più elevato di quello dell'intero gruppo 3-11 (-1,3 contro -6,6). Tale differenza è confermata nel punteggio CC.

In sintesi

Le variazioni dei mediatori precostruiti dei bambini con scarsa acquisizione di abilità durante l'anno della ricerca rispetto ai punteggi di quelli dell'intero gruppo riguardano la riduzione dell'impegno e della partecipazione del bambino, della verbalizzazione e dell'approccio psicodinamico.

(Le statistiche descrittive comparative sono disponibili in allegato [Desc compar 7-11](#))

Per quanto riguarda i mediatori emergenti,

Profili individuali delle psicoterapie con poche abilità acquisite [...] a partire dai mediatori emergenti

Per 4 dei 5 bambini, l'F1 è > 0,65, nella media di tutto il gruppo 3-11 (6,54). Per il quinto (Y017), il punteggio è molto più basso (0,38), mentre parallelamente i fattori F2, F3 e F4 registrano valori più elevati di quelli degli altri pazienti. Il punteggio F3 di Y017 (-0,659) è il più alto per tutto il gruppo 7-11. Ha in comune con Y020 il punteggio F2 (parimenti negativo) a un livello medio simile (-0,280). L'analisi precisa degli item che compongono tali fattori in questo bambino indica la grande distanza del bambino rispetto al terapeuta e alla terapia, cosa che compromette i suoi effetti potenziali nella situazione attuale⁸⁹. Y013 presenta anche

⁸⁹ Y017. Pour F3 : l'enfant ne semble pas curieux (item 08), il parle de façon confuse et désorganisée (item 54), il est distant de ses sentiments (item 56), la qualité de son jeu est fragmentée (item 29) et manque de spontanéité (item 95) ; le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant (item 46), pointe un thème récurrent dans son expérience ou sa conduite (item 62), la relation thérapeutique est discutée (item 98) FINE NOTA.

NOTA Pour F2: il bambino désaccordé nelle sue relazioni sociali (item 26), non include il thérapeute nel suo gioco (item 64), non si impegna nel gioco di fare credere (item 71); il thérapeute ricorre a formulazioni esplorative (item 37), si pronuncia sul comportamento non verbale del bambino (item 02), pone limiti (item 48), interpreta desideri respinti o inconsci, delle sensazioni o delle idee (item 67).

Pour F4, l'enfant garde une distance (item 15), reste éloigné ou évite une plus grande intimité ou proximité (item 10), ignore ou rejette les commentaires et observations du thérapeute (item 42), est peu disposé à examiner ses pensées ou réactions (item 58), dirige sa colère vers l'extérieur (item 85), finit la séance avec une grande facilité (item 25),

un punteggio negativo relativamente alto a F3 (-0,370) e un punteggio elevato a F4 (ricerca di prossimità con il terapeuta) (0,406) che presenta anche, a un grado inferiore, Y012.

In sintesi

I fattori tecnici sono ridotti al minimo in bambini non sintonizzati o poco attenti, che non si impegnano nel gioco. Per uno dei bambini (Y017), l'F1 molto basso si trova compensato da F2, F3 e F4 elevati con forte implicazione tecnica, ma con rifiuto del bambino.

Influenza dei moderatori?

Y017 (7 anni) si differenzia dal gruppo. Presenta un punteggio iniziale molto alto dell'ECAR (58), che dopo un anno non ha visto grandi variazioni (46). All'inizio della valutazione possedeva una sola abilità acquisita, nonostante i 4 anni di psicoterapia effettuati. In un anno di terapia ha acquisito soltanto una seconda abilità.

Y017 ha avuto uno sviluppo normale fino a 16 mesi, poi si è ripiegato a poco a poco su se stesso e da un giorno all'altro è diventato triste. Non si registrano eventi particolari. I genitori lo sostengono molto sia in casa che nella terapia. Ha frequentato la materna (dove è potuto rimanere perché ci lavorava la zia) ma in seguito è stato ritirato da scuola. Ha usufruito di ottimi servizi di supporto e assistenza: logopedista, specialista in psicomotricità... La formulazione del caso a T12 indica che il bambino quasi non parla e non ha comunicazione non verbale.

Dopo 5 anni di terapia, i genitori hanno deciso di interromperla e di tentare il metodo delle 3 i.

Y013 (8 anni). Il suo punteggio all'inizio e alla fine della valutazione è uguale a quello di Y041. Tuttavia, contrariamente a Y041, che comincia la terapia nel momento in cui viene inserito nella ricerca, Y013 segue già una psicoterapia da 3 anni. Un elemento certamente molto importante da tenere in considerazione è che i tre anni di psicoterapia non sono stati effettuati con la stessa terapeuta che inizia contemporaneamente la presa in carico e la valutazione. Si osserva inoltre che, sebbene benefici di un sostegno familiare solidissimo, il bambino non viene inizialmente accompagnato con assiduità alle sedute. È accompagnato a volte dai genitori, altre volte da persone via via diverse, fattore che ha impedito al bambino di stabilire un legame con loro. Il bambino usufruisce di ottimi servizi di supporto e assistenza, frequenta la CLIS (classe per l'inserimento scolastico), pratica un'attività sportiva regolare con il padre. Sulla condizione del bambino, al di là dell'autismo, pesa un contesto di trasloco, di cambiamento e di mancanza di continuità.

Y012 (9 anni) è stato visitato in età precoce (2 anni), ma ha ricevuto un bilancio diagnostico verso i 5 anni. Inizia una psicoterapia a 7 anni e mezzo. I genitori sono molto aperti a tutto ciò che può essere utile al bambino. Incontrano il terapeuta regolarmente. Prima della psicoterapia, era in un centro diurno e veniva seguito da uno specialista in psicomotricità e da un logopedista. Ha ripreso a effettuare sedute di logopedia su sollecitazione della psicoterapeuta attuale. Sembra che i comportamenti violenti del bambino si siano attenuati con il procedere dell'acquisizione del linguaggio. Di conseguenza, i genitori stanno meglio e sono anche più morbidi con lui... Il bambino effettua giochi educativi al computer (il computer è uno degli oggetti utilizzati dal terapeuta all'inizio della valutazione). Adesso dispone di un computer personale e può restarvi a lungo da solo. A quanto risulta, i due anni di psicoterapia precedentemente effettuati hanno permesso a Y012 di sviluppare il linguaggio e di attenuare le manifestazioni estremamente violente che gli provocavano frustrazioni (soprattutto nei confronti della madre).

Fra le abilità che restano da acquisire per questo bambino figurano lo stadio dello specchio, il miglioramento della prosodia e la cognizione del tempo lineare con una migliore tolleranza verso la separazione.

Yi28 (9 anni) ha una presa in carico psicoterapeutica plurale. Per due anni ha seguito una terapia psicomotricità con tre sedute a settimana, per poi passare l'anno successivo a 2 sedute a settimana. Dall'inizio della valutazione, è passato a 1 seduta a settimana, ma parallelamente effettua una psicoterapia cognitiva con 2 sedute a settimana. Inoltre, due volte a settimana vede un educatore a casa. Ciononostante, in un anno il bambino acquisisce solo un'abilità.

Per Yi28, le seguenti abilità restano difficili da acquisire: sguardo vivo con una buona tonalità di scambio; ricerca dello sguardo dell'altro e attenzione congiunta; gesto di indicare proto-dichiarativo; comparsa di un linguaggio gestuale socializzato.

Y020 (11 anni) parte da un punteggio abbastanza basso dell'ECAR (48) che diminuisce di poco (42). Presenta inizialmente 6 abilità acquisite, ma solo 4 sono confermate dopo un anno. Il bambino soffre di disturbi gravi fin da piccolo. La formulazione del caso a T12 indica che il bambino sta uscendo dal suo ripiegamento autistico e ha un livello globale di sviluppo dell'età di circa 2 anni.

.....

Commento

Per il gruppo dei bambini che evolvono poco o non evolvono, constatiamo un'eterogeneità a livello dei moderatori e della formulazione del caso.

I bambini di 7-11 anni hanno già effettuato fra i 2 e i 4 anni di psicoterapia. Un solo bambino (11 anni) inizia la terapia al momento della valutazione.

A differenza del gruppo di 3-6 anni, non risulta per questi bambini un contesto ambientale molto conflittuale. Il bambino beneficia del sostegno dei genitori e ha una presa in carico plurale.

Constatiamo invece che un bambino ha difficoltà a frequentare assiduamente la terapia, un altro presenta comportamenti violenti che si attenuano dopo un certo tempo (si registra che alla fine dell'anno, con l'acquisizione del linguaggio, il bambino si calma e permette ai genitori di stare più tranquilli), un altro subisce molte modifiche nel follow-up, un bambino non sembra trarre beneficio dalla psicoterapia (i genitori tentano alla fine dei 5 anni di psicoterapia il metodo delle 3 i), e l'ultimo bambino soffre di gravi turbe (a 11 anni il suo livello di sviluppo globale è paragonato a quello di un bambino di 2 anni).

Psicoterapie dei bambini di 7-11 anni con ≥ 5 abilità acquisite durante l'anno della ricerca

Abbiamo selezionato i 6 bambini fra i 7 e gli 11 anni di età che hanno acquisito abilità in 1 anno pari a ≥ 5 (quarto quartile).

	Età	Napa	ECAR T0	Apt T0	ECAR T12	Apt T12	Δ Apt	
Xi32	7	3	38	3	23	12	9	PPD
Y044	7	0	47	0	28	8	8	PPD
Yi16	8	6	34	1	14	7	6	PPD
Yi10	10	6	34	9	14	14	5	PPD
Yi11	10	6	20	9	5	14	5	PPD
Y011	11	7	27	7	14	12	5	PPD

Influenza del tipo di psicoterapia?

Tutti i bambini seguono una terapia psicomotricità.

Influenza dei mediatori?

Come per i casi precedenti, la prospettiva globale della psicoterapia può essere completata e precisata da quella dei fattori precostruiti ed emergenti che l'hanno caratterizzata nel corso dell'anno di psicoterapia.

CP	Age	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Xi32	7	3,3	8,3	43,5	13,5	38,9	10,0	6,9	16,7	9,5	25,0	-15,8	57,4	-15,5
Y044	7	3,3	15,0	51,9	14,5	30,6	20,0	3,5	16,7	22,6	3,3	10,0	16,0	20,5
Yi16	8	28,3	6,7	43,5	21,9	54,2	5,0	15,3	30,6	22,6	25,8	-0,8	55,6	-17,5
Yi10	10	13,3	-15,0	43,5	6,8	15,3	16,7	3,5	13,9	29,8	26,7	-18,3	56,8	-24,2
Yi11	10	21,7	25,0	41,7	26,3	52,8	26,7	5,6	36,1	27,4	-5,0	-20,8	55,8	-9,0
Y011	11	16,7	3,3	37,0	20,8	41,7	36,7	5,6	22,2	11,9	15,8	-20,0	72,0	-31,1

Riguardo ai mediatori precostruiti, tutti i bambini presentano riguardo all'impegno un punteggio positivo analogo a quello dell'intero gruppo 7-11, anche se 2 bambini hanno un punteggio basso (Xi32 e Y044). Anche per la partecipazione, 5 bambini su 6 (eccetto Yi10) registra un valore positivo. La relazione transferenziale con il terapeuta è molto forte (moy 43,5 - sd 4,8), soprattutto per Y044. Anche l'interazione incentrata su temi è positiva per i 6 bambini. Il punteggio relativo all'impegno del terapeuta è positivo ed elevato per tutti i bambini (moy 39 - sd 14,5). Anche il valore relativo all'adattamento è positivo (moy 19 - sd 11). I mediatori tecnici ECA e CVL sono attivi in modo congiunto in tutti i bambini e registrano punteggi medi sia analoghi che diversi da quelli dell'intero gruppo (22,7 contro 24,8 per ECA e 22,7 contro 18,7 per CVL) con un aumento relativo del CVL rispetto all'ECA. I mediatori di approccio PPD sono più attivi che nel gruppo dei 25 bambini di 3-6 anni (53 contro 48) e i mediatori TCC meno attivi (-4,3 contro 9,2). Da notare i punteggi comuni PPD e TCC in Y044.

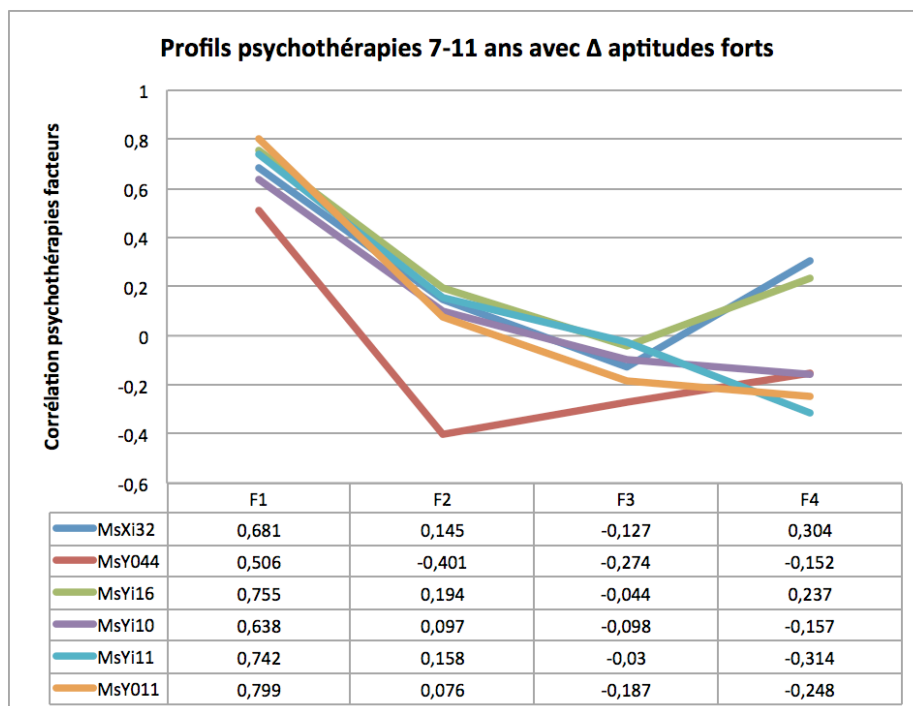
In sintesi

I bambini del gruppo che evolve rapidamente presentano punteggi più alti dell'intero gruppo 3-11, e ancora di più del gruppo che ha acquisito poche abilità durante l'anno della ricerca, riguardo ai mediatori seguenti: partecipazione del paziente, transfert del paziente, interazione su temi, comunicazione e verbalizzazione, approccio psicodinamico.

La descrizione statistica è [in allegato](#).

Al livello dei fattori emergenti, il fattore comune è fortemente attivo con un punteggio tra 7,4 e 8 per Yi16, Yi11 e Y011 (che ha il punteggio più alto di tutto il gruppo) e mediamente attivo per Xi32, Y044 e Yi10 con un punteggio tra 0,50 e 0,68. Il mediatore specifico psicodinamico con interazione del bambino è attivo in 5 bambini su 6 (eccetto Y044). Il mediatore "bambino partecipante e attivo" presenta un punteggio leggermente negativo tranne che per Y044 (-0,27). Il mediatore "bambino molto vicino al terapeuta in interazione positiva con lui e che esplora pensieri ed emozioni" è positivo solo in 2 bambini (Xi32 e Yi16). Da tali dati risulta che la psicoterapia di Y044⁹⁰ è l'unica nella classe 2, che Xi32 e Yi16 sono nella classe 1 e gli altri tre (Yi10, Yi11 e Y011) nella classe 4 del gruppo 3-11.

⁹⁰ La psychothérapie de Y044 présente les éléments spécifiques suivants: F1 souligne que l'enfant est peu animé (item 13), communique de façon plutôt inaffektive (item 40) et que la thérapie cherche son assise. F2. l'enfant n'inclut pas le thérapeute dans son jeu (item 64) ; le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (item 17), il peut recourir à des formulations exploratoires ou se comporter de façon didactique (item 37), il offre de l'aide ou des conseils. F3. l'enfant ne semble pas curieux (item 08), il parle de façon confuse et fait des digressions (item 54), son jeu manque de spontanéité (item 95) ; le thérapeute pointe un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite de l'enfant (item 62), la relation thérapeutique est discutée à T12 (item 98). F4. l'enfant reste à distance du thérapeute (item 10), il n'a pas de difficulté à partir de la séance (item 25), il insiste sur son indépendance (item 80), mais semble devenir plus disposé à participer (item 58, 42). Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées (item 12), demande progressivement plus d'information ou d'élaboration (item 31). Nous avons vu plus haut que le transfert de l'enfant est important et que la psychothérapie associe des éléments psychodynamiques et cognitivo-comportementaux.



Profili individuali delle psicoterapie con poche abilità acquisite [...] a partire dai mediatori emergenti

In sintesi

I bambini del gruppo che evolve rapidamente presentano punteggi più elevati del gruppo 3-11 nel suo complesso e del gruppo con poche abilità acquisite per il fattore F1 (moy: 0,687; 0,654 e 0,634). Il punteggio del fattore F2 è leggermente positivo, mentre è negativo nel gruppo con Δ Apt debole (questo secondo fattore deve essere esaminato con maggiore precisione perché comprende dati relativi al bambino e alle tecniche di cui è necessario prendere in considerazione la rispettiva rilevanza).

Influenza dei moderatori?

Xi32 è nata in una famiglia amorevole ma con problemi iniziali di depressione. Quando due anni dopo è nata una seconda bambina e sua madre è tornata dalla clinica con la neonata (era dovuta andare d'urgenza in ospedale), Xi32 non ha voluto guardarla. È una bambina intelligente che sembra abbastanza ben adattata nei contesti sociali e può esprimere emozioni più regressive durante la terapia. È andata all'asilo a 3 anni e ha iniziato le elementari a 6. L'FC del caso a un anno riporta tre aspetti positivi: la crescita della sorellina e la vita sociale aperta della famiglia, ma anche il sostegno "della maestra" che ha contribuito a migliorare la sua capacità di attenzione e a sviluppare il suo apprendimento scolastico. *Inoltre, la psicoterapeuta riferisce che la partecipazione alla ricerca ha rappresentato un motore positivo per lei in quanto l'ha aiutata a concentrare l'attenzione su ciò che era maggiormente evoluto nella paziente, quando invece fino a quel momento si basava soprattutto sulle espressioni più arcaiche.*

Y044 ha ricevuto la diagnosi a 3 anni ed è stato preso in carico a 4 anni e mezzo. Il suo follow-up è stato difficile e tardivo a causa del trasferimento della famiglia. La sua presa in carico psicoterapeutica inizia nello stesso momento della sua valutazione quando ha 7 anni. L'impegno del bambino e dei suoi genitori nella terapia, come pure i buoni servizi di supporto e assistenza di cui usufruisce (centro diurno, CLIS) hanno permesso alle competenze di questo bambino di svilupparsi considerevolmente. Dopo un anno di psicoterapia, Y044 ha acquisito 8 abilità e presenta un punteggio dell'ECAR che si è notevolmente abbassato, da 47 a 28. *Per quanto riguarda le abilità acquisite, ne presenta 4 alla valutazione a 2 mesi.* Da notare che sussistono problemi di linguaggio, più al livello della pronuncia che della comunicazione, sia a livello della comprensione che dell'espressione a scopo d'interazione con gli altri.

Yi16 beneficia di un grande sostegno da parte dei genitori. La madre è piuttosto ansiosa ed esigente e, nonostante i progressi del bambino, non si tranquillizza. Il bambino riceve un ottimo sostegno scolastico

dalla maestra. Si nota un miglioramento nel linguaggio condiviso con il terapeuta, insufficiente all'inizio dell'anno di valutazione. Il linguaggio sociale invece resta problematico. Il bambino ha ancora angosce profonde che gli impediscono di esprimere i suoi sentimenti ed emozioni. Esiste una grande disarmonia tra i livelli di sviluppo. Il setting costituito dai genitori, dagli insegnanti e dal terapeuta è stabile.

Anche Yi10 evolve in un contesto familiare difficile. I genitori sono attenti ma hanno avuto difficoltà a comprendere il figlio, non atteso, come la bambina nata dopo di lui (i genitori erano stati dichiarati sterili). Hanno incontrato molte difficoltà ma le hanno affrontate, e hanno creduto alle cure fornite al figlio, partecipando completamente a tutto ciò che è stato messo in campo per lui. Il bambino continua a evolversi al proprio ritmo nel contesto di un grande impegno profuso sia da lui che dai suoi genitori.

Yi11 ha un percorso tutto diverso rispetto agli altri due suoi coetanei. Ha un fratello gemello autistico e una sorella. La mamma ha vissuto un momento difficile dopo la nascita dei bambini e il padre era piuttosto assente. Il bambino ha un buon rapporto con il suo ambiente in generale, ma soffre di un ritardo cognitivo e di linguaggio. Ha tuttavia acquisito delle abilità e i suoi sintomi e comportamenti autistici si sono ridotti. I suoi scambi sociali sono nettamente migliorati e il suo ritardo nel linguaggio è spesso compensato dai disegni. Ha una scolarità normale e beneficia di un grande sostegno da parte dello psichiatra infantile, che organizza gruppi di lavoro con la madre e gli insegnanti. La madre favorisce molto l'integrazione di suo figlio negli scambi con gli altri.

Y011 ha una storia traumatica. Quando ha 2 anni, sia la madre che l'assistente materna soffrono di depressione nello stesso periodo (la madre in seguito alla nascita di un altro figlio). In questo periodo il bambino è deperito e ha avuto una regressione nel linguaggio. Sempre in questo periodo, ha dovuto essere ospedalizzato in seguito a un incidente che gli ha causato delle ustioni. Resta molto fragile davanti ai cambiamenti, ma ora può andare in settimana bianca con la scuola. Y011 cerca poco il conforto dei genitori, ma ha buoni rapporti con i figli della sua tagesmutter. Gli restano da acquisire due abilità: "sviluppo del gesto di indicare proto-dichiarativo" e "perfezionamento della prosodia".

...

Commento

Per il gruppo di bambini che ha avuto una buona evoluzione, constatiamo, come per il gruppo dei bambini di 3-6 anni, una fiducia in sé di fondo.

Un solo bambino (7 anni) inizia la terapia allo stesso momento della valutazione. Viene seguito già da prima, ma i trasferimenti hanno ritardato la presa in carico psicoterapeutica.

Quello che emerge per questo gruppo è che il bambino beneficia o del sostegno e della comprensione della famiglia, o del sostegno dell'ambiente sociale circostante (scuola, coetanei, ecc.), o del sostegno di entrambi i contesti.

3. Bambini da 12 a 15 anni

8 ragazzi dai 12 ai 15 anni seguono una terapia⁹¹.

- Seguono tutti una terapia psicodinamica.
- Sono in terapia da 1 a 10 anni.

⁹¹ [Y015, Y009, Yi14, X005, Yi24, Yi23, Yi17 e Yi30]

Nella tabella seguente sono riportati l'età, gli anni di terapia già effettuati, i punteggi dell'ECAR e le abilità acquisite dei bambini.

	Età	Napa	ECAR T0	Acquis T0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y009	12	2	47	3	20	11	8	PPD
Y015	12	3	39	11	11	14	3	PPD
Yi14	13	10	18	6	3	14	8	PPD
Yi24	14	1	34	7	22	10	3	PPD
Yi30	14	6	29	12	16	13	1	PPD
Yi17	14	10	22	12	9	14	2	PPD
X005	14	10	18	13	6	14	1	PPD
Yi23	15	4	41	4	26	8	4	PPD

Commento

La situazione di questi bambini indica nuovamente una diversità.

- **I due bambini di 12 anni (Y009 e Y015)** sono tutti e due nelle istituzioni in cui si svolge la loro psicoterapia. Il loro punteggio dell'ECAR si è notevolmente ridotto, per il primo da 47 a 20 e per il secondo da 39 a 11. Y009 ha acquisito 8 abilità durante l'anno e Y015 le ha acquisite tutte e 14.
- **Tre ragazzi di 13 e 14 anni (Yi14, Yi17 e X005)** sono in terapia da 10 anni. I loro punteggi dell'ECAR sono simili sia all'inizio della valutazione (18, 22 e 18) che dopo 12 mesi, dove registrano una regressione analoga. A 12 mesi, i tre ragazzi hanno acquisito tutte e 14 abilità.
- **Un ragazzo di 14 anni (Yi24)** è in psicoterapia da un anno soltanto. Nonostante la sua presa in carico tardiva, osserviamo una progressione positiva significativa di questo bambino che passa da un punteggio dell'ECAR di 34 a uno di 22 un anno dopo. Ha acquisito 3 abilità nel corso di quest'anno di valutazione per un totale di 10. Le abilità che non ha ancora potuto acquisire: sguardo vivo con una buona tonalità di scambio; comparsa del "no", chiusura del cerchio; cognizione del tempo lineare con una migliore tolleranza verso la separazione.
- **L'ultimo ragazzo di 14 anni (Yi30)** è in psicoterapia da 6 anni. Il punteggio relativo ai suoi comportamenti autistici è sensibilmente migliorato, passando da 29 a 16. Il ragazzo, che possedeva già 12 abilità, ne ha acquisita solo una. L'abilità che gli rimane da acquisire è "sguardo vivo con una buona tonalità di scambio".
- **Il ragazzo di 15 anni (Yi23)**, in psicoterapia da 4 anni, è il più grande di età del gruppo della ricerca. I suoi comportamenti autistici si sono molto ridotti nel corso dell'anno di valutazione (41-26) e ha acquisito 4 nuove abilità: "sguardo con buona tonalità di scambio", "ricerca dello sguardo dell'altro per l'attenzione congiunta", "sviluppo del gesto di indicare proto-dichiarativo" e "perfezionamento della prosodia". I suoi funzionamenti (insight, espressione e difese affettive, relazione con gli altri e con il mondo esterno) mostrano anche una forte evoluzione a T12.

• Riepilogo dell'evoluzione comparata dei bambini da 12 anni a 15 anni

	IG	CP	Età	Napa	EG00	Acq00	EG12	Acq12	Δ Apt	
	3	Y009	12	2	46	3	20	11	8	PPD
	5	Y015	12	3	39	11	11	14	3	PPD
	1	Yi14	13	10	18	6	3	14	8	PPD
	2	Yi24	14	1	34	7	22	10	3	PPD
	2	Yi30	14	6	29	12	16	13	1	PPD
	2	Yi17	14	10	21	12	9	14	2	PPD
	3	X005	14	10	18	13	6	14	1	PPD
	4	Yi23	15	4	41	4	26	8	4	PPD

moy								12,3	3,8	
sd								2,3	2,8	

Commento

Sugli 8 bambini, quattro hanno acquisito tutte le abilità valutate dall'EPCA e quattro hanno acquisito 8, 10, 11 e 13 abilità. Tutti sono molto migliorati per quanto riguarda i sintomi e i comportamenti autistici.

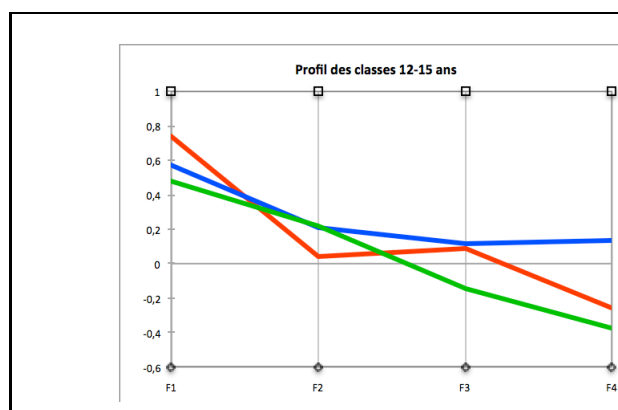
Influenza dei mediatori?

Mediatori precostruiti

CP	Età	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Y009	12	30,0	36,7	31,5	34,8	61,1	38,3	7,6	30,6	29,8	0,0	-22,5	62	-4
Y015	12	31,7	11,7	42,6	21,7	33,3	28,3	3,5	-5,6	17,9	21,7	-28,3	59	-23
Yi14	13	21,7	-1,7	56,5	17,1	37,5	25,0	2,8	-11,1	4,8	3,3	-6,7	35	4
Yi24	14	5,0	0,0	49,1	16,2	37,5	30,0	8,3	19,4	38,1	18,3	-20,8	62	-24
Yi30	14	-11,7	23,3	37,0	17,0	38,9	23,3	11,1	41,7	10,7	-4,2	-12,5	43	-8
Yi17	14	20,0	20,0	50,0	11,6	-4,2	-3,3	25,7	2,8	20,2	9,2	0,0	28	6
X005	14	26,7	13,3	28,7	23,6	44,4	8,3	25,0	22,2	17,9	33,3	-26,7	81	-19
Yi23	15	13,3	-8,3	44,4	16,1	52,8	6,7	16,0	11,1	41,7	5,8	-17,5	41	-8

Per questo gruppo di bambini più grandi di età i mediatori Transfert del paziente e PPD sono sempre positivi e presentano punteggi alti. A questo livello, questo gruppo eterogeneo non presenta grandi differenze rispetto agli altri gruppi di bambini più piccoli. I punteggi TCC sono negativi per tutti eccetto per un bambino (Yi14), che presenta comunque un punteggio basso (4). Il punteggio di Impegno del terapeuta, eccetto che per un bambino (Yi17), è elevato (tra 33 a 61), quello di Adattamento del terapeuta è ugualmente positivo, eccetto sempre per lo stesso bambino, che ha punteggi variabili (tra 7 e 38). Si osserva che i punteggi più bassi appartengono ai due ragazzi più grandi di età (14 e 15 anni). Il mediatore Azione del terapeuta più significativo è il CVL, positivo per tutto il gruppo con punteggi relativamente alti (da 11 a 42), tranne che per un bambino che presenta un punteggio di 5 (Yi14).

Mediatori emergenti



Ms indica che gli oggetti "psicoterapie" sono costruiti a partire dalla media dei punteggi a T0, T6 e T12 di ciascuno

Y009 e Yi14 sono nella classe 1, con un F1 molto positivo. Gli altri fattori della psicoterapia di Y009⁹² mostrano un bambino attivo, fantasioso ed espressivo in interazione con il terapeuta. Quest'ultimo

⁹² Y009. F2. L'enfant est attentif aux interactions sociales, il inclut le thérapeute dans son jeu à T12 ; le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (item 17), fait des commentaires sur le comportement non verbal de

controlla l'interazione, fa commenti, stimola la verbalizzazione, interpreta il gioco ma non le difese del bambino. Il bambino non è "incollato" al terapeuta, con il quale intrattiene un dialogo sia a livello verbale che con il gioco.

La psicoterapia di Yi14⁹³ sembra caratterizzata dall'adolescenza (emergere di pensieri sessuali, emozioni ambivalenti e aggressività espressa) che conduce il terapeuta a porre dei limiti e, allo stesso tempo, a interpretare il gioco del ragazzo e a iniziare a parlare dei suoi sogni e delle sue fantasie.

La psicoterapia psicodinamica di Yi23 è caratterizzata dalla situazione intermedia del ragazzo: il ragazzo comprende i commenti del terapeuta e lo include nel suo gioco, ma ha un'espressione verbale poco organizzata, è distante dalle sue emozioni. Non sembra curioso, il suo stile di gioco è moderatamente fluido, non trasmette emozioni ambivalenti verso il suo terapeuta, rivolge la sua rabbia verso l'esterno, esprime un'attesa di conferme pur non cercando una maggiore vicinanza con il terapeuta.

Influenza dei moderatori?

Y009 è stato preso in carico al centro diurno a 4 anni in un'équipe pluridisciplinare contenitiva. I genitori fragili e in fase di separazione sono causa di una grande ansia nel bambino. Nonostante il notevole carico di angoscia, il bambino ha una grande curiosità intellettuale e partecipa molto a ciò che gli viene proposto, e si impegna in particolare nella scrittura. Ha molta difficoltà a interagire con i suoi pari e un'espressione emotiva inibita da una difficoltà a regolare le proprie emozioni. Il bambino ha dovuto affrontare molte prove nel corso dell'anno di valutazione, soprattutto a partire dal 4° mese, tanto nel suo ambiente familiare che in quello istituzionale (prima è andato via il medico responsabile, poi anche la sua insegnante al centro diurno). Vede il padre un fine settimana su due e negli incontri mensili con l'insegnante e lo psicoterapeuta.

Y015 ha un ritardo cognitivo globale, psicomotorio e nel linguaggio, ed evolve lentamente. Ha difficoltà ad accettare la separazione dei suoi genitori, avvenuta di recente. La custodia è alternata, il padre è sull'orlo del crollo e la madre esce dalla sua problematica depressiva e ha un nuovo compagno. La FC finale riferisce che il padre è tornato a occuparsi di suo figlio e che il bambino, dopo un'entrata difficile nel gruppo dei grandi del centro diurno, è riuscito a integrarsi e a instaurare rapporti positivi con i suoi pari e i suoi educatori, i quali hanno realizzato un setting terapeutico specifico mediatizzato.

Yi14 è un bambino che evolve in un contesto di vulnerabilità familiare, con una madre attenta ma ansiosa. I genitori sostengono la psicoterapia. Il bambino ha una scolarità normale pur avendo una grande tendenza a isolarsi, cosa che gli permette di nascondere la sua realtà interiore. Sembra che questo bambino non sia stato valutato correttamente per quanto riguarda le abilità acquisite all'inizio della valutazione. Ad esempio per l'acquisizione del linguaggio presenta un punteggio pari a 0 a T0, quando invece il bambino ha una scolarità normale.

X005 è cresciuta in un ambiente affettuoso e i suoi rapporti interpersonali con i genitori sono improntati a una forte qualità affettiva. Ha inoltre buoni rapporti con gli educatori e le educatrici di un istituto medico-

l'enfant (item 02), souligne la verbalisation d'états internes et d'affects (item 97) ; F3. Le jeu de l'enfant est imaginaire (item 95), fluide, absorbé (item 29), exprime ses affects et sentiments ; le thérapeute interprète la signification du jeu chez l'enfant, mais pas ses défenses. F4. l'enfant garde une distance physique avec le thérapeute, exprime une attente d'être félicité ou protégé (item 22), répond aux remarques du thérapeute avec un jeu, des commentaires ou des associations (item 42), les interruptions, les pauses ou l'interruption de la thérapie sont discutées FINE NOTA.

⁹³ NOTA Yi14. F2 le thérapeute recourt à des formulations exploratoires (item 37 R), pose des limites (item 48), ne cherche pas à souligner ou à récompenser les changements de comportement de l'enfant (item 55 R) ; celui-ci fait preuve d'une compréhension aisée des commentaires du thérapeute (item 05 R) ; les rêves et les fantasmes commencent à être discutés à T12 (item 90). F3 L'enfant transmet ou éprouve des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute (item 49), son jeu est plutôt imaginaire (item 95), il devient clair et organisé dans son expression verbale à T6 et T12 (item 54) ; Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant (item 46) F4. l'enfant reste éloigné, ou évite une plus grande intimité ou proximité (item 10), se comporte de façon indépendante (item 80), des sentiments ou des pensées sexuels émergent à 2 et 12 mois (item 11), il dirige sa colère ou ses sentiments agressifs vers l'extérieur (item 85 R).

educativo (IME) in cui è entrata nel corso dell'anno. Ha una storia medica precoce con numerosi problemi medici della madre, causa del suo esaurimento, più delle rotture del legame a un anno.

Yi17 vive in un ambiente che ha conosciuto delle discontinuità, in particolare negli ultimi tre anni durante i quali il nonno del bambino che lo accompagnava regolarmente alle sedute si è ammalato, e la psicoterapia si è quindi ridotta a una seduta a settimana. Tuttavia, la scuola ha messo a disposizione un educatore per accompagnare il bambino alla terapia, per la quale esprimeva interesse. I genitori hanno inoltre molta difficoltà a comprendere i problemi del figlio e ne trascurano così le competenze e i bisogni.

Yi24 ha ricevuto la diagnosi soltanto all'età di 11 anni, sebbene le sue difficoltà fossero state notate dai genitori e a scuola. Ha iniziato una terapia a 13 anni, un anno prima dell'inizio della valutazione. Sua madre ha poca fiducia nell'evoluzione del bambino e sembra poco coinvolta affettivamente al contrario del padre, che è molto più disponibile e parla di suo figlio con la speranza di un miglioramento. I genitori lo accompagnano regolarmente alle sedute e partecipano entrambi agli incontri chiesti dallo psicoterapeuta. I rapporti di Yi24 con i suoi pari sono rari e poveri. Il ragazzo passa molto tempo da solo a giocare creandosi scenari fantasmatici. Il caso di questo ragazzo è stato presentato a Genova e pubblicato nel numero 73-74 di *Pour la Recherche*.

Yi30 vive in un ambiente difficile con un padre malato fisicamente, cosa che obbliga la madre a essere regolarmente assente da casa per occuparsi del marito durante i ricoveri. È ansiosa e intrattiene un rapporto simbiotico con il figlio. C'è stata una discontinuità nelle persone che lo assistono a scuola e con cui aveva un buon rapporto. Il contesto scolastico è comunque buono e il bambino è molto coinvolto nelle attività. Ha raggiunto buoni risultati e questo gli ha dato fiducia in se stesso. I genitori hanno una grande fiducia nella psicoterapia, alla quale il bambino partecipa volentieri.

Yi23 ha 15 anni, è il più grande del gruppo dei 50 bambini. È in psicoterapia da 4 anni, anche se riceve la prima diagnosi a 4 anni, diagnosi confermata diversi anni dopo. Il suo cursus scolastico è stato regolare fin dalla scuola materna, e ha beneficiato di un ambiente specializzato. Oggi è ben integrato a scuola e pratica varie attività per il tempo libero. Il rapporto di fiducia tra i genitori e lo psicoterapeuta produce un impegno in un lavoro regolare, anche da parte dei nonni che accompagnano il ragazzo alle sedute, che frequenta volentieri. Si rileva che la madre è molto ansiosa.

Commento

In generale, tutti i ragazzi evolvono in un ambiente in cui ricevono un buon sostegno, anche nei riguardi della psicoterapia, nonostante a volte la fragilità dei genitori. Si rilevano in effetti delle difficoltà, come la separazione dei genitori in un contesto spesso difficile. Si rileva spesso anche un'ansia nell'ambito familiare, soprattutto della madre, nonché talvolta una discontinuità degli accompagnatori. Quest'ultimo problema è stato tuttavia risolto con una rete sociale affidabile che fornisce un aiuto considerevole e favorisce nel bambino la fiducia in se stesso.

Sembra che a caratterizzare questo gruppo di bambini sia un coinvolgimento particolare del bambino, in attività come la scrittura, la musica, lo sport e/o la scuola.

relazioni internazionali

I congressi annuali ed europei della *Society for Psychotherapy Research* (SPR) che costituiscono il luogo di riferimento della ricerca in psicoterapia a livello internazionale sono stati molto positivi per la rete. Nel corso di quello del 2012, "*Change mechanisms in psychotherapy: State of the art, state of the science, and a bridge between them*", una grande affluenza di pubblico ha partecipato alla nostra presentazione di poster e abbiamo consolidato i rapporti nel corso di discussioni approfondite con i leader della ricerca in psicoterapia che sono venuti a parlarne e a esprimere il loro desiderio di seguire i nostri lavori e di collaborare.

I nostri interlocutori sono:

- J. Barber (docente di psicologia, Adelphi University, USA), ex presidente dell'SPR, valutatore esterno del progetto della rete. Allievo di Luborsky, ha pubblicato molti lavori e innumerevoli articoli sulla valutazione delle psicoterapie. Una sua intervista è stata pubblicata in [Pour la recherche](#).
- L. Castonguay (docente di psicologia, Penn State, USA), ex presidente dell'SPR, conduce attività di ricerca in 3 settori: studi di processi e di risultati su psicoterapia integrativa e reti di ricerca basate sulle pratiche. Ha scritto varie opere e numerosi articoli.
- N. Despland e Y. de Roten (docente di psichiatria e psicologo, Losanna, CH), autori di numerosi articoli in francese sulla valutazione delle psicoterapie.
- T.D. Eells (docente di psicologia nel dipartimento di psichiatria, Louisville). È autore di lavori di ricerca sulla formulazione del caso e dell'opera di riferimento nel settore, appena ristampata, nonché editore associato di *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. È inoltre molto attivo nell'organizzazione (Executive Officer) dei congressi internazionali dell'SPR.
- D. Fishman (docente in psicologia, Rutgers). Ha sviluppato il concetto di casi studio pragmatici in psicoterapia ed è il redattore capo della rivista online dell'APA *Pragmatic case studies in Psychotherapy*, <http://pcsp.libraries.rutgers.edu> in cui ci ha proposto di pubblicare.
- P. Hoglend (docente di psichiatria, Oslo). Dirige un'importante équipe di ricerca in psicoterapia in Norvegia (Oslo), di grande interesse perché è allo stesso tempo molto rigorosa e molto aperta riguardo alle ricerche d'ordine quantitativo e qualitativo, in particolare in ambito linguistico. L'équipe ha sviluppato gli *Psychodynamic functioning scales* che utilizziamo nel polo borderline. È autore di molti articoli pubblicati nell'*American Journal of Psychiatry*.
- H. Kächele (docente di psichiatria, Ulm). Membro dell'IPA, istituzione di riferimento in Germania per la ricerca in psicoterapia, ha coordinato molte ricerche e scritto innumerevoli articoli e opere, soprattutto sui casi studio, e banche dati di casi.
- N. Midgley (psicologo psicoanalista infantile, U Essex, Anna Freud Centre, UK). Lavora con P. Fonagy, è redattore capo di 2 riviste di psichiatria infantile, e responsabile dello sviluppo e della convalida dell'APQ-sort insieme a Céleste Schneider, autrice con Jones dello strumento di processo CPQ che utilizziamo nel polo autismo. È co-autore dell'articolo che abbiamo pubblicato con M. Thurin in *Counselling and psychotherapy research* e di riviste bibliografiche NHS sulla ricerca processi-risultati e risultati sul bambino e l'adolescente.
- D. Orlinsky (docente di psicologia, Chicago). Ha scritto testi molto interessanti sulla modellizzazione della psicoterapia (modello generico). Anima il polo formazione alla psicoterapia dell'SPR attivato l'anno scorso. È attualmente impegnato nella realizzazione di una ricerca internazionale sulla psicoterapia, a cui hanno risposto quasi tutti i paesi eccetto la Francia, che riprende le basi dello studio realizzato nel 1990 (al quale avevo partecipato con Gerin e Dazord). Vorrebbe attivarla in Francia, cosa che richiederebbe l'impegno di una o più persone.

- C. Schneider (università di Berkeley). È autrice con Jones del *Child Psychotherapy Process Q-Set* che abbiamo tradotto insieme a lei.

VII. CONCLUSIONI

1. Alcuni aspetti generali

- Su 25 bambini dai 3 ai 6 anni (96%) che hanno beneficiato di una psicoterapia effettuata da professionisti in condizioni naturali, ventiquattro hanno presentato dopo 1 anno una significativa riduzione dei loro sintomi e comportamenti autistici ($\geq 16\%$, $p < 0,001$).

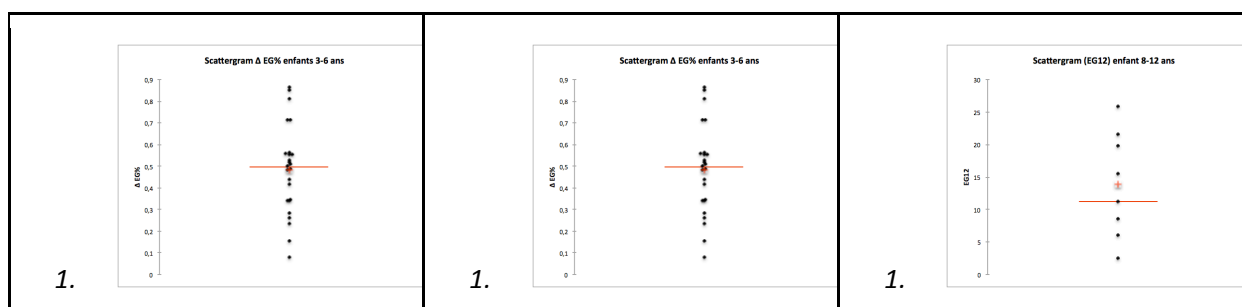
Per diciannove di loro (76%) la riduzione dei sintomi è stata accompagnata da un'evidente acquisizione (≥ 3) (3; 9) di abilità fondamentali (relazione, sguardo, scambio, pulizia, immagine di sé, linguaggio, disegno, stereotipie e gioco, temporalità).

- I 17 bambini dai 7 agli 11 anni che hanno beneficiato di una psicoterapia effettuata da professionisti in condizioni naturali hanno mostrato dopo 1 anno una riduzione significativa ($\geq 12,5\%$, $p < 0,001$) dei sintomi e comportamenti autistici.

Per 12 su 17 (70%), la riduzione dei sintomi è stata accompagnata da un'acquisizione evidente (≥ 3) (1; 7) di abilità fondamentali (relazione, sguardo vivo, attenzione congiunta, pulizia, stadio dello specchio, linguaggio, comparsa del NO, perfezionamento della prosodia, chiusura del cerchio, temporalità e tolleranza verso la separazione).

- Gli 8 ragazzi dai 12 ai 15 anni hanno proseguito la loro evoluzione, che non può essere presentata esattamente allo stesso modo di quella dei bambini più piccoli, perché 3 di loro raggiungono punteggi relativi ai comportamenti autistici molto bassi e il massimo delle abilità valutabili con gli strumenti utilizzati.

Gli scattergram seguenti sintetizzano la ripartizione della variazione dei punteggi relativi ai comportamenti autistici:



L'interpretazione di questi primi risultati deve essere effettuata con le dovute precauzioni, per le numerose variabili suscettibili di intervenire e per i campioni ancora deboli. Tuttavia, il miglioramento generale constatato con le numerose variabili considerate induce ad affermare che la psicoterapia è il principale fattore esplicativo.

Da un lato sembra che ci sia un ritmo di acquisizione di anno in anno relativo alla psicoterapia (alcuni bambini della stessa età sono in terapia da 1, 2 perfino 3 anni e si può osservare che hanno un livello iniziale diverso). Dall'altro, è degno di nota il fatto che i ragazzi più grandi che non hanno seguito una psicoterapia in età precoce abbiano un numero scarso di abilità acquisite quando la iniziano a 8, 11 e 13 anni.

I bambini presentano alcuni un'evoluzione più rapida, altri meno rapida, o altri ancora non presentano nessuna evoluzione. Queste differenze sono state esaminate per fasce di età e caso per caso.

Oggi si delinea una tendenza secondo la quale l'evoluzione dei bambini che seguono una psicoterapia è diversa da quelli che non l'hanno effettuata. La psicoterapia è tendenzialmente efficace. Il lavoro statistico rimane da perfezionare ed è quello su cui stiamo lavorando oggi.

Perché e come sono stati ottenuti questi risultati?

Abbiamo distinto due grandi categorie di fattori di cambiamento, quelli che riguardano il *processo interno della psicoterapia*, cioè i mediatori che intervengono sull'evoluzione dei sintomi e comportamenti autistici, sul funzionamento psichico del bambino e sul suo sviluppo, e quelli che riguardano il *contesto della psicoterapia*, i moderatori, che, preesistenti al bambino, lo accompagnano.

Per provare a descrivere i principali mediatori che compongono questi fattori abbiamo utilizzato un doppio metodo d'approccio: 1) quello dei *mediatori precostruiti* suscettibili, in riferimento ai lavori generali sulle psicoterapie e a quelli più specifici che riguardano i trattamenti nello sviluppo psichico dell'autismo, di contribuire all'evoluzione dei bambini; 2) quello dei *mediatori emergenti* a partire dall'analisi fattoriale delle misurazioni derivate dal processo a partire dai punteggi del CPQ, che descrive da un lato ciò che caratterizza la psicoterapia dei bambini nel nostro campione e dall'altro ciò che caratterizza la psicoterapia dei sottogruppi mettendo in relazione l'approccio adottato e il profilo di funzionamento e d'interazione con il terapeuta del bambino nella psicoterapia.

I primi confronti di casi analoghi sottolineano l'impatto che può avere ognuno dei fattori coinvolti nella psicoterapia e in particolare il sostegno che gli fornisce la famiglia. Il coinvolgimento del terapeuta e l'adattamento del suo approccio ai bisogni e alle possibilità del bambino a ogni fase della sua evoluzione, l'impegno e la partecipazione del bambino, ma anche le sue nuove abilità che modificano il suo rapporto con il mondo e con gli altri, intervengono nel processo transazionale della psicoterapia.

2. Influenza delle teorie e pratiche di riferimento

Fra i 50 casi studiati, 41 psicoterapie sono state realizzate da psicoterapeuti di orientamento psicoanalitico, 5 da terapeuti di orientamento cognitivo-comportamentale, 3 da terapeuti di orientamento psicomotorio e 1 per mezzo di una terapia con il gioco. Le analisi statistiche mostrano che le terapie di orientamento cognitivo-comportamentale possono essere chiaramente distinte dalle psicoterapie di orientamento psicoanalitico e psicomotorio, come confermato anche da indici di adeguamento a sedute "prototipo" di terapie.

Lo studio mostra che questa distinzione non deve essere considerata come una frontiera rigida. In effetti, esistono variazioni all'interno dei sottogruppi per riferimenti di terapie e dei "prestiti" da altre terapie che variano allo stesso tempo secondo il funzionamento del bambino e il periodo della valutazione. Così, ad esempio, il punteggio "psicodinamico" si eleva nelle TED alle valutazioni realizzate a 12 mesi. Da questo studio emerge così che l'applicazione di una tecnica resta contingente alle condizioni del bambino e al suo sviluppo.

3. A partire dai casi singoli

Cosa porta il caso studio nel piano d'analisi?

I casi studio in condizioni naturali permettono di osservare gli elementi realmente utilizzati nella psicoterapia piuttosto che di testare l'influenza di un presunto elemento senza tenere conto di altre variabili, che restano latenti, suscettibili di partecipare alla causalità dei risultati (Kazdin, 1982, 2007).

Il caso studio cerca di trarre vantaggio da tutti gli aspetti di un caso, come una cosa in sé. Può essere utilizzato per analizzare l'interazione complessa di fattori in un solo caso (McLeod, 2011). È in effetti uno degli obiettivi dell'analisi degli studi nella rete che tenta di seguire con la maggiore precisione possibile il

processo di una psicoterapia in un bambino autistico, a livello interiore (e questo avviene nella psicoterapia), ma anche attraverso la sua situazione (esterna alla psicoterapia) in senso lato, e la sua evoluzione nel corso della terapia.

Il caso studio nella ricerca dell'RRFPP permette di rappresentarsi il bambino con la maggiore precisione possibile, innanzitutto dal punto di vista del clinico, punto di vista rafforzato dai suoi pari che hanno accesso ai dati clinici del caso. Come abbiamo visto con il caso di Merlin, questo primo punto è trattato con "una vignetta clinica d'introduzione" che sintetizza l'osservazione globale del bambino inserendovi elementi della sua storia e delle modalità della sua presa in carico psicoterapeutica. Completata più tardi con i primi tre incontri, la situazione clinica, dello sviluppo e psicosociale (ambientale) viene descritta e organizzata intorno ai primi 3 assi della formulazione del caso. Più precisa della valutazione globale della vignetta clinica, la formulazione del caso specifica il contesto della storia del bambino, i suoi problemi attuali, il modo in cui i problemi persistono nel suo contesto di vita e i sintomi e comportamenti legati all'autismo. L'FC esamina gli elementi non dinamici che hanno potuto e possono tutt'oggi influenzare la situazione del bambino. Cerca anche di descrivere nel momento attuale, dall'inizio della valutazione, gli elementi suscettibili di spiegare la dinamica del funzionamento del bambino. Il quarto e quinto asse della formulazione del caso riguardano l'elaborazione di un primo piano di trattamento con obiettivi a breve, medio e lungo termine e quella di una strategia iniziale per raggiungerli.

Questo primo aspetto qualitativo introduce una rappresentazione del bambino, dal punto di vista del clinico e dei suoi pari, e costituisce una baseline che permetterà ai clinici di valutare lo svolgimento (processo) di un anno di psicoterapia in relazione a questi primi dati. Questi primi dati servono anche a stabilire l'indice di gravità sulla base di dieci moderatori che identificano non soltanto le vulnerabilità del bambino, ma anche i suoi punti di forza, da cui il clinico può prendere le mosse.

Le valutazioni di ogni strumento nei vari tempi previsti nella metodologia permettono di seguire l'evoluzione precisa del bambino in diverse dimensioni del suo comportamento, del suo sviluppo e di alcuni dei suoi funzionamenti. Permettono anche di seguirlo nel rapporto che instaura con la sua terapia (con il suo terapeuta, le sue interazioni con lui, i temi che tocca, le sue attività come il gioco, il disegno,...) e, per quanto riguarda il terapeuta, con le azioni terapeutiche che intraprende. La messa in relazione dei dati osservati per ogni caso, a partire dai diversi strumenti ma anche sulla base dell'osservazione qualitativa del bambino, spiega gli aspetti più discreti, e per questo molto significativi, che andrebbero persi nell'analisi di gruppo. Ad esempio, un abbassamento nella curva d'evoluzione a un certo punto può indicare un blocco interiore del bambino, ma anche un evento particolare che lo suscita. L'approccio del clinico per affrontare il problema o l'interpretazione che possiamo farne sarà di conseguenza diversa. Il ritorno ai dati qualitativi è essenziale per valutare esattamente la situazione di un determinato bambino.

Il caso studio è particolarmente utile per modificare o perfezionare un modello teorico (che tiene particolarmente conto della riproduzione e della generalizzazione dei casi) facendo emergere un aspetto che fino a quel momento non era stato preso in considerazione nel modello. Esercita inoltre un impatto sulla pratica, poiché fa o meno emergere l'adattamento della tecnica del terapeuta a questo particolare paziente.

4. A partire dai casi raggruppati

L'analisi dei casi raggruppati è naturalmente meno incentrata sui dettagli di ciascun caso, ma in compenso fa emergere elementi che non è possibile vedere in un caso unico, in particolare le differenze e le analogie all'interno del gruppo. L'analisi dei 50 casi ci ha permesso di conoscere la varietà e la complessità delle situazioni osservate.

Riprendiamo i principali elementi derivati dal raggruppamento dei casi.

Contrariamente all'analisi del caso singolo, in questa sede non riportiamo ovviamente le vignette cliniche.

I moderatori ci forniscono informazioni molto importanti sulla presa in carico di questi bambini. Ci dicono che su 50 bambini 30 sono stati diagnosticati prima dei 3 anni e 29 hanno iniziato a fare terapia tra i 3 e i 4

anni. 46 bambini beneficiano di un buon sostegno psico-sociale, 44 vanno a scuola e tutti usufruiscono di validi servizi di supporto e assistenza.

I principali disturbi comuni al gruppo di bambini evidenziati dai terapeuti nella *formulazione iniziale del caso* (dopo i primi 3 incontri) sono soprattutto di tre ordini: i disturbi dello sviluppo del linguaggio, i disturbi delle interazioni e la forte reattività del bambino in determinate situazioni. Alcuni disturbi appartengono all'ambito del ritardo, altri a quello dell'espressione. I disturbi più descritti dai clinici sono quelli relativi all'interazione.

Gli obiettivi fissati si articolano attorno a 4 grandi ambiti: 1. *comunicazione/interazione*, considerata secondo vari aspetti: quella del bambino (ad esempio, lo sviluppo del linguaggio), quella sociale (ridurre l'isolamento del bambino con l'ambiente circostante e sollecitare iniziative del bambino verso gli altri), e quella con i suoi genitori (lavorare con i genitori), 2. *intolleranza verso la frustrazione*, 3. *lavoro di articolazione tra corporeo e psico-corporeo* e 4. *abilità acquisite*.

Le strategie prese in considerazione dai terapeuti ruotano attorno al lavoro con i genitori e i partner (scuola, educatori...). Pochi si sono pronunciati su un tipo particolare di psicoterapia (7).

Secondo le medie osservate nei 50 casi, i punteggi dell'ECAR sono notevolmente regrediti, i punteggi relativi alla patologia all'EPCA sono regrediti, mentre i punteggi di sviluppo sono aumentati significativamente. In generale, si osserva nei bambini una riduzione dei sintomi autistici e un miglioramento nello sviluppo.

Riguardo alle abilità acquisite valutate all'EPCA, abbiamo visto che le più difficili da acquisire sono la scomparsa delle stereotipie e la comparsa del gioco simbolico, come pure la cognizione del tempo lineare e la tolleranza verso la separazione. La ricerca di veri scambi, la pulizia, il linguaggio e il disegno sono quelle che evolvono meglio nel nostro gruppo di pazienti.

Al livello dei tre indicatori del CPQ, abbiamo osservato poco o nessuno sviluppo dell'insight - il punteggio resta negativo nella maggior parte dei bambini -, un aumento di circa 5 punti nella valutazione dello stato emotivo e della sua espressione, una riduzione degli affetti negativi e delle difese (EAD), come pure una riduzione di 8 punti nell'ambito della relazione con il mondo esterno e con gli altri (RMA).

Riguardo al CPQ, dall'analisi effettuata sulla base dei mediatori precostruiti emerge una grande diversità fra i casi. Risultano tuttavia punteggi positivi analoghi per quanto riguarda la relazione transferenziale del bambino, l'impegno e l'adattamento del terapeuta.

Questa diversità fra i casi ha comportato una ricerca nei profili di psicoterapia di questi bambini. Le classi che ne sono risultate sono di grande pertinenza per distinguere gli approcci generali e le azioni del terapeuta TCC o PPD, e anche per osservare profili di psicoterapia che includono i due approcci. Permettono anche di rafforzare la valutazione dei tre mediatori positivi di cui abbiamo parlato in precedenza: transfert del paziente, impegno e adattamento del terapeuta.

Per esaminare similarità e/o dissimilarità tra le psicoterapie dei diversi pazienti a partire da gruppi di item, abbiamo realizzato un'analisi fattoriale sulla base della media dei punteggi in un anno di ogni item del CPQ per i 50 pazienti. I mediatori emersi da quest'analisi sono stati chiamati mediatori emergenti. Sono stati estratti quattro fattori emergenti. Il primo fattore, che spiega il 40% della variabilità, raccoglie tre mediatori: l'adattamento del terapeuta e il setting, gli affetti e il lavoro psicoterapeutico di contenimento e di verbalizzazione, e il bambino. Il secondo fattore, che spiega il 9% della variabilità, riunisce la tecnica generale del terapeuta e l'atteggiamento favorevole o sfavorevole del bambino al lavoro psicoterapeutico. Il terzo fattore, che spiega il 4,3% della variabilità, descrive un bambino curioso, chiaro, fantasioso, che può esprimere emozioni conflittuali o ambivalenti al suo terapeuta (o l'inverso). Il terapeuta ha un approccio più cognitivo-comportamentale o psicodinamico in base al segno dei punteggi in questo fattore. Il quarto fattore, che spiega il 3% della variabilità, descrive essenzialmente un bambino molto vicino al suo

terapeuta, in interazione positiva con lui, che esplora pensieri o sentimenti ed è in contatto con le sue emozioni (o il contrario). L'azione del terapeuta non è specifica a un approccio generale in particolare.

I fattori emergenti hanno una doppia specificità rispetto ai modelli classici. Inizialmente, mettono la tecnica psicoterapeutica del terapeuta in relazione diretta con lo stato psicologico del bambino e le sue capacità di partecipazione e di relazione. In seguito, fanno emergere situazioni-tipo peculiari a dei sottogruppi di bambini. L'analisi di queste situazioni è lungi dall'essere conclusa, ma si può già affermare che la loro conoscenza può attirare l'attenzione del terapeuta su alcune cause possibili di difficoltà e sulle condotte specifiche che potrebbero essere adottate. È possibili sottolineare un terzo aspetto, quello "del fattore comune", che in realtà definisce le condizioni di un approccio positivo di presa in carico dei bambini autistici a partire da 3 ambiti: il setting e l'adattamento del terapeuta alla situazione psicologica e relativa allo sviluppo del bambino; il lavoro psicoterapeutico di contenimento e di verbalizzazione degli affetti del bambino; la sintonizzazione del bambino che dipende in gran parte dai due ambiti precedenti.

In sintesi

L'analisi dei gruppi è di grande pertinenza per far emergere le regolarità e le analogie dei casi. Come abbiamo visto, queste analogie sono osservate a tutti i livelli della valutazione: al livello dei moderatori, della formulazione del caso, del processo della psicoterapia dal punto di vista delle azioni del terapeuta, ma anche del vissuto e del rapporto del bambino con la sua terapia e con il suo terapeuta.

Viene oggettivata l'esistenza di percorsi diversi. Si tratta ora di passare al terzo livello di analisi, un'analisi della diversità che ponga i casi a confronto.

5. A partire dai casi comparati

Le ricerche condotte nella rete permettono di affrontare i percorsi di evoluzione per sottogruppi di casi con parametri distintivi definiti (età, numero di anni di psicoterapia già effettuati, gravità dei comportamenti autistici e sviluppo iniziale), e per casi messi individualmente a confronto a partire dalle differenze incontrate in questi sottogruppi. Questo consente di esaminare l'impatto potenziale di variabili complementari, soprattutto contestuali.

I confronti fra sottogruppi prendono le mosse dal fattore età e introducono in modo sistematico come variabili complementari il numero di anni di psicoterapia già effettuati, così come i punteggi iniziali relativi ai comportamenti autistici e allo sviluppo (a partire dalle abilità acquisite).

I casi comparati portano alla luce percorsi medi di evoluzione in ogni classe d'età e casi estremi che si differenziano a partire dai parametri studiati per la debolezza o la rilevanza dei loro cambiamenti in un anno.

La seguente tabella sintetizza le evoluzioni medie per fasce di età:

1.	Età	Nombre	IG	Napa	Δ EG	% EG	Δ Dev	TE Dev	Δ Apt
1. Moy	3-4	9	3,3	0,3	19	0,49	16	1,6	4,1
sd	1.	1.	1. 2,3	1. 0,7	1. 11,2	1. 0,2	1. 18,5	1,8	3,2
1. Moy	5-6	16	3,1	1,1	18	0,48	16,4	1,6	4,7
sd			1,4	0,9	10,2	0,2	10,8	1,0	2,6
Moy	1. 7-11	1. 17	1. 2,8	1. 3,8	1. 15,8	1. 0,49	1. 10,8	1,0	3,6
sd	1.	1.	1. 1,5	1. 2,5	1. 4,8	1. 0,2	1. 8,7	0,8	2,7
Moy	12-15	8	2,8	5,8	17,1	0,58	7,5	0,7	3,8
sd			1,3	3,8	6,3	0,2	7,5	0,7	2,8

Queste evoluzioni medie mostrano caratteristiche interessanti.

- Per ogni gruppo, l'indice di gravità è simile, da 2,8 per i bambini più grandi a 3,3 per i più piccoli. Il numero di anni di psicoterapia già effettuati è in crescendo, da 0,3 per i bambini più piccoli a 5,8 per quelli più grandi. Il delta di riduzione dei sintomi e comportamenti resta più o meno simile fra i bambini più grandi (17) e i bambini più piccoli (19). Da notare che il punteggio più basso si riscontra nei bambini di 7-11 anni (15,8). Questa constatazione è interessante perché esplicita che, anche se effettuano un lavoro psicoterapeutico da più tempo (i più grandi e i più piccoli presentano un Napa rispettivamente di 5,8 e 0,3), i bambini continuano a ridurre i loro sintomi.
- Non è possibile effettuare la stessa constatazione nell'ambito dello sviluppo, perché osserviamo che il delta più elevato riguarda i bambini piccoli, con un valore pari a 16 che si riduce a 10,8 nel gruppo 7-11 anni, scendendo fino a 7,5 per i bambini di 12-15 anni. Questo sembra mettere in luce in modo più oggettivo che lo sviluppo, anche se più lento, è solo parzialmente correlato alla riduzione della gravità dei sintomi.
- L'ultima constatazione che si desume dalla tabella è che il delta delle abilità acquisite varia, secondo i gruppi d'età, da 4,1 per i bambini più piccoli a 3,8 per i più grandi, passando per 4,7 per il gruppo dei 5-6 anni e per 3,6 per quello dei 7-11 anni. Questa constatazione, che dovrà essere approfondita con un gruppo più grande, sembra già mostrare che le capacità di acquisizione di nuove abilità sono particolarmente forti nei bambini di 3-6 anni.

Abbiamo diviso risultati deboli e risultati forti per fasce di età. Riportiamo di seguito, in sintesi, le variabili desunte da queste differenze: tipo di psicoterapia, mediatori precostruiti, mediatori emergenti e moderatori.

- I risultati più bassi si riscontrano in 5 bambini dei gruppi di 3-6 e 7-11 anni. Non si riscontrano tali risultati nel gruppo dei bambini di 12-15 anni.

Per i bambini da 3 a 6 anni, 2 seguono una terapia psicodinamica, 2 una terapia di scambio e sviluppo e 1 una terapia tramite il gioco. I mediatori precostruiti indicano che il notevole impegno dei terapeuti non compensa la scarsità dell'impegno e della partecipazione dei bambini e che l'attivazione dei fattori specifici è ridotta. I mediatori emergenti confermano che il deficit d'impegno e di partecipazione dei bambini riduce le possibilità tecniche della terapia. I moderatori indicano un'insicurezza di base in questi bambini.

Per i bambini da 7 a 11 anni, 4 seguono una terapia psicodinamica e 1 una terapia psicomotoria. I mediatori precostruiti indicano una riduzione dell'impegno per 3 bambini e la partecipazione negativa o inesistente per tutti e 5 i bambini. Anche il punteggio relativo all'interazione incentrata su temi è negativo per 4 bambini. Questo sottogruppo presenta una riduzione dei punteggi CVL e PPD. I mediatori emergenti confermano che i fattori tecnici sono ridotti al minimo in questi bambini non sintonizzati o poco attenti, che non si impegnano nel gioco. I moderatori indicano che i genitori offrono sostegno, che la presa in carico di questi bambini è plurale. Tuttavia, difficoltà diverse (continuità, violenza del bambino, discontinuità nel follow-up, insuccesso della terapia, malattia grave), intervengono negativamente.

- I risultati più alti si riscontrano in 14 bambini, dei quali 6 nel gruppo 7-11 anni e tutti e 8 del gruppo di 12-15 anni.

Nel gruppo di bambini da 3 a 6 anni, 11 seguono una terapia psicodinamica, 1 una terapia di scambio e sviluppo e 2 una terapia psicomotoria. I mediatori precostruiti indicano un impegno positivo (4) o molto positivo (11) del bambino, una partecipazione positiva per la metà di loro, una relazione transferenziale molto forte. Il punteggio relativo all'impegno del terapeuta è molto alto, quello riguardante il suo adattamento al bambino è molto positivo e i mediatori tecnici sono attivi. Riguardo ai mediatori emergenti, il fattore comune F1 è fortemente attivo e i mediatori specifici F2 e F3 mostrano un'attuazione delle tecniche psicoterapeutiche con bambini partecipativi. I moderatori indicano una fiducia del bambino in se

stesso e nel suo entourage: fiducia del bambino nel suo contesto scolastico e nella sua terapia e fiducia dei genitori nei progressi del figlio, migliore comprensione del mondo del bambino.

Per quanto riguarda il gruppo 7-11 anni, i 6 bambini seguono una terapia psicodinamica. I mediatori precostruiti indicano che i punteggi sono più alti dell'intero gruppo 3-11 e del gruppo con Δ apt debole nella partecipazione del paziente, nel transfert del paziente, nell'interazione incentrata su temi, nella comunicazione e nella verbalizzazione. Quanto ai mediatori emergenti, il fattore comune F1 è molto attivo e l'F2 è positivo in 5 bambini, il fattore F3 in 3 bambini, analogamente all'analisi effettuata per il gruppo 3-6. I moderatori indicano, come per il gruppo dei 3-6 anni, l'esistenza di una fiducia di base: sostegno da parte dell'ambiente circostante o sostegno da parte dell'ambiente sociale o convergenza positiva dei 2 contesti.

Per quanto riguarda il gruppo 12-15 anni, gli 8 ragazzi seguono una terapia psicodinamica. I mediatori precostruiti indicano un punteggio abbastanza alto relativamente al transfert del paziente e alla tecnica psicodinamica, come pure per la comunicazione e verbalizzazione per 7 ragazzi, e per l'impegno del terapeuta. Per quanto riguarda i mediatori emergenti, il fattore comune F1 è molto positivo in tutti i bambini (3+++ , 3++ , 2+). L'F2 è poco attivo in 5 bambini e non è attivo in 3 bambini. L'F3 è poco attivo in 6 bambini e negativo per 2. I moderatori indicano un coinvolgimento particolare del bambino, in attività come scrittura, musica, sport o scuola.

I dati precedenti sono presentati nelle tabelle seguenti.

Age	Nbre enfants	Nbre Δ Apt faibles	%	Nbre Δ Apt forts	%	total Apt ≥ 12	%
3-4	9	2	0,22	4	0,44	3	0,33
1. 5-6	1. 16	1. 3	1. 0,	1. 6	1. 0,	6	0,38
7-11	17	5	0,29	3	0,18	7	0,41
12-15	8	-	-	2	0,25	5	0,63

Tabella 1: numero e % di psicoterapie con forte o debole acquisizione di abilità⁹⁴, per fasce d'età

Age	Nbre	influence type psychothérapie	médiateurs préconstruits	médiateurs émergents	modérateurs
3-6	5	2 PPD, 2 TED, 1 TJ	l'engagement important des thérapeutes ne compense pas la faiblesse de l'engagement et de la participation des enfants. l'activation des facteurs spécifiques est réduite	Le déficit d'engagement et de participation des enfants réduit les possibilités techniques de la thérapie	Insécurité de base décrite par les modérateurs et la formulation de cas
7-11	5	4 PPD, 1 Pmot	réduction de l'engagement pour 3 enfants et participation négative ou nulle pour les 5 enfants, interaction sur thèmes négative pour 4 enfants. Scores CVL et PPD réduits / ensemble du groupe	Les facteurs techniques sont réduits au minimum en relation à des enfants désaccordés ou peu attentifs, ne s'engageant pas dans le jeu	Parents soutenant, prise en charge plurielle. Mais difficultés diverses (continuité, violence de l'enfant, discontinuité dans le suivi, échec de la thérapie, atteinte grave), interviennent négativement
12-15	0	tous PPD			

Tabella 2: variabili nei risultati deboli, per fasce di età

Age	Nbre	influence type psychothérapie	médiate préconstruits	médiate émergents	modérateurs
-----	------	-------------------------------	-----------------------	-------------------	-------------

⁹⁴ Again d'aptitudes ≥ 6 durant l'année ou ≥ 12 à la fin de l'année d'étude

3-6	14	11 PPD, 1 TED, 2 PPmot,	engagement positif (4) ou très positif (11) de l'enfant, participation positive 7/14, relation transférentielle ++ (41). engagement +++ du thérapeute, ajustement +, médiateurs techniques activés	Le facteur commun F1 est très activé et les médiateurs spécifiques F2 et F3 montrent une mise en œuvre des techniques psychothérapeutiques avec des enfants participant.	Confiance établie de l'enfant et son entourage. Confiance de l'enfant dans son contexte scolaire et sa psychothérapie. Confiance des parents dans les progrès de leur enfant, meilleure compréhension du monde de l'enfant.
7-11	6	6 PPD	scores plus élevés que l'ensemble du groupe 3-11 et que groupe avec faibles Δ apt pour participation patient, transfert patient, interaction thèmes, communication, verbal. psychodynamique	Le facteur commun F1 est très activé et le F2 activé positif chez 5 enfants, le facteur F3 chez 3 enfants, ce qui rejoint l'analyse faite pour le groupe 3-6	Comme pour le groupe 3-6, existence d'une confiance de fond. Entourage très proche, possibilité de relais par l'environnement social ou de convergence positive des 2 contextes
12-15	8	8PPD	Transfert patient et PPD ++, communication, verbal 7/8 ++, Engagement T 7/8 ++.	Le facteur commun F1 est activé chez tous les enfants (3+++ , 3++ , 2+). Le F2 est peu activé chez 5 enfants et nul chez 3. F3 est peu activé chez 6 enfants et négatif pour 2	Implication particulière de l'enfant, que ce soit dans une activité précise comme l'écriture, la musique, le sport ou la scolarité.

Tabella 3: variabili nei risultati forti, per fasce di età

6. Partecipazione dei terapeuti alla ricerca e impatto sulla pratica

A questi risultati emersi dai casi studio intensivi, è opportuno associare quelli di un'indagine condotta presso i terapeuti che hanno direttamente partecipato alla ricerca e pubblicata in *Counselling and Psychotherapy Research*⁹⁵. 4 sono i punti sottolineati dai terapeuti: le questioni teoriche introdotte dalla ricerca; l'impatto che la ricerca ha avuto sulla loro pratica; il lavoro facile e interessante con il gruppo di pari; la sensazione che questa ricerca fosse importante per difendere la pratica psicoterapeutica.

Alcuni articoli già pubblicati (Amenta e Messeca⁹⁶) e da pubblicare (Molinié, Gausset, de Oliveira⁹⁷) in *Pour la recherche* specificano e confermano i dati presentati in *Counselling and Psychotherapy Research*, di cui presentiamo la traduzione dei risultati, della discussione e delle conclusioni.

7. Conclusioni generali, risultati e prospettive

L'inizio del XX secolo ha visto un notevole dibattito a proposito dei metodi più adeguati per valutare le psicoterapie nel contesto dell'importanza crescente "della pratica basata sulla prova".

Nuovi orientamenti e consigli sono stati proposti da numerosi ricercatori (ad es. Kazdin 2007), associazioni professionali (ad es. APA; Levante 2005) e istituti di ricerca (ad es. Rush, 1998). Da questi dibattiti sembrano emergere alcune idee comuni. Accanto all'idea che le prove controllate randomizzate (ECR) non dovrebbero essere il solo metodo di valutazione in psichiatria e in particolare in psicoterapia, sono emersi tre obiettivi principali: a) la necessità di sviluppare ricerche in condizioni naturali (Thurin & Briffault 2006); b) l'estensione della valutazione dei risultati a quella del processo psicoterapeutico, in modo da comprendere meglio le condizioni, le cause e i meccanismi di cambiamento; e c) la riduzione del divario tra clinici e ricercatori (vedi Goldfried & Wolfe 1996 e 1998, Thurin & Thurin 2007). I congressi internazionali

⁹⁵ Thurin JM, Thurin M & Midgley N. Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network. *Counselling and Psychotherapy Research* 2012; 12(3): 187-193.

⁹⁶ Amenta M et Messeca S. Le groupe de recherche italien. *Pour la recherche* 2012 ; 73-74 (2-3) : 5-6.

⁹⁷ Molinié M, Gausset M-F et de Oliveira DA. Les cliniciens et la recherche sur les psychothérapies : retour sur une expérience. à paraître 2013.

hanno inserito queste prospettive nei loro programmi. Due recenti articoli pubblicati in *Autism* (Mesibov 2011) e *Clinical Neurosciences* (Lerner e al. 2012) propongono un'evoluzione in questo senso e sottolineano l'interesse dello studio dei meccanismi di cambiamento al livello delle pratiche e di un legame possibile con la ricerca fondamentale.

Questi orientamenti sono molto motivanti, ma la loro implementazione è complessa. Nello specifico, richiedono non solo lo sviluppo di rigorose metodologie d'osservazione e d'analisi dei processi di cambiamento, ma anche l'aggregazione dei casi. Richiedono un alto livello di coinvolgimento nella ricerca da parte dei clinici e sollevano la questione della possibilità di una vera collaborazione tra clinici e ricercatori.

Il presente rapporto illustra che queste necessità possono essere combinate e che conducono a dei primi risultati molto interessanti, sia al livello delle conoscenze che delle pratiche.

Sviluppare la ricerca in condizioni naturali

Quest'obiettivo sembrava molto difficile da raggiungere a causa delle riserve e anche della resistenza iniziale abbastanza generale dei clinici a esporre ciò che si svolgeva *in situ* nella terapia. Il setting generale della psicoterapia è quello dell'incontro individuale e la sua descrizione era considerata un'intrusione suscettibile di perturbare o ostacolare il processo. È anche probabile che presentare un lavoro molto difficile e spesso molto frustrante rappresentasse per il clinico un rischio di giudizio negativo al quale non voleva esporsi.

La metodologia della rete ha permesso di superare gradualmente questi ostacoli, visto che non si fonda sul modello di una terapia ideale, ma su quello di terapie praticate in condizioni naturali da terapeuti che operano come meglio possono sulla base delle conoscenze acquisite e della loro esperienza, e per i quali la partecipazione a una ricerca in rete può avere un interesse professionale e contribuire ad ampliare la base delle conoscenze. A questo punto di partenza è seguita in qualche mese l'esperienza pratica della valutazione e delle riunioni in gruppi di pari sulla base dei dati raccolti nel corso delle sedute. I clinici hanno potuto constatare che la valutazione che effettuavano del loro caso, non solo non ostacolava il processo di cura, ma lo rafforzava. Un altro aspetto era la mancanza di formazione dei clinici alla ricerca. Il problema è stato risolto con formazioni online individuali e in piccoli o grandi gruppi, con riunioni di feedback durante le quali si affrontavano le difficoltà della valutazione e si fornivano risposte chiare e precise, e con un supporto personalizzato ai gruppi di pari.

Da notare anche che i conflitti fra gli approcci sono stati evitati grazie all'attenzione posta da ciascuno nel rimanere al livello dei casi studio e alla preoccupazione condivisa di assicurare il miglior servizio al paziente e di progredire su questa strada.

La metodologia, che è stata pensata per fornire elementi alle questioni cliniche e attuali della ricerca ("*Perché, come e in quali condizioni agisce?*"), ha non soltanto costituito una struttura molto solida e rispettata, ma ha ricevuto presto ottimi consensi, tanto da attirare nuove richieste di partecipazione alla ricerca.

Il marchio e il finanziamento dell'Inserm e della Fondation de France hanno svolto un ruolo importante, come il sostegno accordato dalla Direzione Generale per la Salute, confermato personalmente per posta dal suo Direttore generale, Didier Houssin, a Bruno Falissard e Jean-Michel Thurin.

Una metodologia innovativa che apre la via a ricerche sulle cause e sui meccanismi

La rete ha inaugurato una metodologia innovativa che si basa su casi studio intensivi, che permettono di seguire la cronologia dei cambiamenti multidimensionali in 4 registri: a) i comportamenti autistici, b) lo sviluppo e l'acquisizione di nuove attitudini, c) l'acquisizione di nuove funzionalità nella comprensione, nella gestione delle emozioni e nella relazione con gli altri e con il mondo esterno e d) il processo psicoterapeutico che coinvolge il paziente, il terapeuta e la sua tecnica, e la loro interazione.

Oltre ai risultati presentati in questo rapporto, questi studi hanno permesso di:

- Costituire una banca dati insieme strutturata e aperta capace di accogliere i casi singoli, e di presentarli ed esaminarli a partire dalle variabili emerse direttamente o con l'ausilio degli strumenti, permettendo così di effettuare analisi di gruppi, sottogruppi e il rimando permanente ai casi individuali. Ogni caso individuale fornisce informazioni che riguardano anche l'insieme dei casi, e viceversa; può essere inserito fra casi simili, di cui è possibile descrivere e analizzare analogie e differenze in termini di caratteristiche, di risultati e di percorsi.
- Mettere in relazione clinici e ricercatori che hanno partecipato attivamente al progetto pur avendo approcci diversi. Come sottolineato dai partecipanti, la condivisione di strumenti e metodi ha ampliato le ipotesi di ricerca, e ha avuto un valore pedagogico e una ripercussione sulle loro pratiche.
- Individuare le caratteristiche comuni del processo interno delle prime 50 psicoterapie condotte in condizioni naturali e la cui ricerca è conclusa. Queste caratteristiche comuni sono completate da quelle delle psicoterapie condotte con bambini 1) particolarmente interattivi o al contrario particolarmente non sincronizzati o non sintonizzati nelle loro interazioni sociali; 2) che presentano un deficit di modulazione delle emozioni particolarmente notevole. Inoltre, sono stati analizzati le varie componenti dell'alleanza terapeutica e i fattori cardine suscettibili di intervenire nei processi di cambiamento.
- Descrivere in modo preciso i fattori di contesto (i moderatori) potenzialmente implicati nei risultati.

Il processo della psicoterapia può essere così descritto e analizzato ed è uno degli aspetti più innovativi della rete. Fra i numerosi risultati che emergono da quest'analisi, uno di loro è secondo noi da rimarcare: la sintonizzazione generale del bambino alla situazione psicoterapeutica condiziona l'applicazione di una tecnica qualunque essa sia. Questa sintonizzazione è essa stessa contingente alla qualità dell'approccio di clinici esperti *e di fattori contestuali esterni favorevoli o sfavorevoli, non immutabili*. La loro presa in considerazione a partire dalla formulazione del caso è assolutamente fondamentale e la sua modellizzazione è una delle prospettive della rete.

Una metodologia innovativa che è in linea sia con le raccomandazioni della HAS che con quelle della ricerca incentrata sull'autismo.

Le sfide attuali emerse nell'ambito delle raccomandazioni HAS sono quelle che corrispondono realmente alla varietà delle situazioni terapeutiche e delle pratiche specifiche che si incontrano nell'autismo.

Questa varietà di situazioni e di pratiche comporta ricerche metodologiche nelle quali la rete apporta un contributo da precursore.

La metodologia degli studi realizzati nella rete corrisponde alle raccomandazioni più recenti nel settore dell'autismo che indicano "di concentrarsi sui predittori di differenze individuali nella risposta (cioè, i moderatori) ai trattamenti" e "di descrivere meticolosamente i processi attraverso i quali ogni componente dell'intervento produce cambiamenti specifici nei risultati". Questa definizione rappresenta una fase nella comprensione dei meccanismi di cambiamento e nell'articolazione possibile con altri livelli della loro oggettivazione rispetto a quello dell'ambito clinico (Lerner 2012). La particolarità della rete è la realizzazione concreta di queste raccomandazioni e l'avvio di una dinamica di ricerca sulla base delle pratiche effettuate in condizioni naturali.

Una riduzione del divario tra clinici e ricercatori

I rapporti fra clinici e ricercatori si sono sviluppati nella rete stessa e a livello internazionale.

In ambito francese, il coinvolgimento personale di "leader" stimati e molto attivi in ambito clinico, nella ricerca o in tutti e due i settori, la scelta degli strumenti che sono "clinico sintonici" per riprendere la formula di L. Castonguay e le pressioni sulla pratica hanno avviato un processo favorevole. Parallelamente, dal momento in cui si sono interessati alla ricerca, i clinici sono stati richiesti nei confronti dei ricercatori.

Non hanno semplicemente applicato la metodologia, ma hanno cercato di comprenderne i fondamenti. I ricercatori hanno svolto il loro ruolo in questo senso. Questo ha condotto a una dinamica molto positiva di scambi individuali e collettivi per questo lavoro complesso, che è da proseguire.

A livello internazionale, l'azione terapeutica nelle sue varie componenti, i processi e i fattori di cambiamento in psicoterapia, i metodi per comprenderli, la messa in relazione di clinici e ricercatori, i ponti tra ricerca in psicoterapia e ricerca fondamentale sono al centro di pubblicazioni e congressi, in particolare in quelli della *Society for psychotherapy research* che riunisce i ricercatori di questo campo nei vari continenti. La riflessione sulla pratica basata sulla prova è già molto compiuta e ha prodotto una grande mole di articoli e lavori. Le nuove raccomandazioni dell'Associazione americana di psicologia in questo ambito hanno segnato una svolta radicale, che si esprime nella posizione data alla competenza clinica, alla complementarità delle metodologie di ricerca e ai loro settori rispettivi, e all'adattamento alle specificità dei pazienti. Quest'evoluzione ha portato a un rinnovamento dei rapporti fra gli approcci. Ciò non toglie che vengano realizzati lavori per approccio, ma la ricerca costituisce un settore dove le differenze o addirittura le divergenze possono esprimersi liberamente. I ricercatori hanno preso coscienza del danno che costituiva il loro isolamento in un mondo più preoccupato dell'aspetto formale che della risoluzione di problematiche con basi cliniche e sono alla ricerca di modi per colmare il divario tra clinici e ricercatori.

In tale contesto, la rete porta il suo contributo per affrontare questioni centrali con una dimensione pragmatica. Si sono instaurati nuovi rapporti fin dalla costituzione della rete, rapporti che si sono intensificati e rafforzati attraverso la traduzione e l'utilizzo di strumenti comuni, creando una vera e propria comunità che chiede una prosecuzione dei lavori della rete, presentazioni e proposte di pubblicazione.

Comunicazioni e pubblicazioni

Dal 2010, sono state presentate riguardo al polo autismo della rete almeno 27 comunicazioni, di cui 6 in lingua inglese nel corso di congressi internazionali.

Le pubblicazioni francesi hanno avuto per tema l'evoluzione generale della metodologia a livello internazionale, la presentazione della metodologia della rete in diverse riviste con comitato di lettura, la pubblicazione dei lavori della rete in concomitanza con il suo sviluppo e i risultati raggiunti, la pubblicazione della traduzione del CPQ dopo quella del PQS.

Tre articoli in lingua francese sono in corso di pubblicazione.

5 poster sono stati presentati e discussi in lingua inglese in congressi internazionali a partire dai lavori del polo autismo.

1 articolo è stato pubblicato in inglese, altri 2 sono in preparazione.

Prospettive

I nuovi obiettivi della valutazione e della ricerca clinica in psicoterapia nel settore dell'autismo sono illustrati dalla messa a punto di questa rete di ricerche basate sulle pratiche (*Practice-based Research Network*), del suo funzionamento e dei suoi risultati. La rete di ricerche basate sulle pratiche psicoterapeutiche ha permesso di sviluppare un gruppo di casi seguiti in condizioni naturali. Di questo gruppo, gruppo di cui è stato completato il protocollo dei primi 50 casi e sono stati presentati l'analisi e i primi risultati. Questo gruppo ha attualmente 25 altri casi in corso, accompagnati dall'avvio di studi complementari relativi a bambini autistici sordi, epilettici e ad autistici adulti.

Il presente rapporto illustra fino a che punto la costituzione, la dinamica e l'efficacia di una rete imperniata sulle pratiche siano dipendenti dal lavoro realizzato con i clinici a tutti i livelli, in particolare per quanto concerne la comunicazione, l'animazione, la formazione, l'assistenza e gli scambi permanenti associati alle ricerche condotte, gli scambi di informazione e i feedback.

Dal 2008 è stata avviata una dinamica a partire dalla selezione del progetto di ricerca da parte dell'Inserm nell'ambito delle reti di ricerca clinica e nella salute delle popolazioni. Tale dinamica ha bisogno di essere sostenuta per proseguire, approfondire e consolidare le ricerche in corso.

Per quanto riguarda la ricerca vera e propria, si delineano 5 prospettive principali.

1. Specificare il numero di bambini autistici in psicoterapia, in generale e in ciascun approccio

Le caratteristiche, lo stile, il processo, i risultati delle psicoterapie e le condizioni nei quali sono stati ottenuti, sono stati descritti e analizzati con precisione nella popolazione studiata. I risultati appaiono significativi. Sarebbe importante comprendere meglio il posto effettivo che occupano le pratiche psicoterapeutiche nel sistema sanitario.

2. Continuare a inserire casi nella ricerca e arricchire la banca dati

- La rete continua a ricevere richieste individuali e istituzionali di partecipazione alla ricerca. Tali richieste sono il risultato del massiccio lavoro di comunicazione che si è svolto in vari luoghi e dei mezzi di formazione e di follow-up che lo hanno accompagnato.

La rete deve poter essere ampliata in modo da aumentare in generale il numero di casi e da equilibrare la partecipazione dei diversi approcci già presenti di carattere psicodinamico, di scambio e sviluppo, e psicomotorio.

La banca dati deve poter accogliere nuovi casi per consentire analisi statistiche più complesse.

- Le richieste riguardano i disturbi autistici nel bambino, ma anche l'autismo nell'adulto e nei bambini che soffrono di handicap correlati (sordità, epilessia).

Appare importante estendere i criteri di partecipazione ai bambini autistici che soffrono di polihandicap e agli adulti autistici. Due gruppi di pari parteciperanno a una ricerca pilota.

- Altre richieste riguardano altri approcci (mediazione tramite artiterapia).

Un gruppo di pari parteciperà a una ricerca pilota.

3. Proseguire e rafforzare le relazioni internazionali

4. Orientarsi a partire dai dati descrittivi verso una modellizzazione dei fattori che intervengono nei cambiamenti

Questa modellizzazione potrebbe essere effettuata a partire da analisi multitratto multilivello, che sembrano particolarmente adatte ai dati longitudinali raccolti nel corso degli interventi psicoterapeutici e alla diversità dei casi nei bambini autistici. Sarà completata da studi qualitativi, come indicato in questo rapporto.

5. Stabilire collaborazioni con la ricerca fondamentale

Una ricerca a partire dalle conoscenze sugli effetti fisiologici dello stress e sulle loro ripercussioni sulle funzioni cognitive e psicosociali sembra essere un ponte molto accessibile per una messa in relazione dei diversi livelli d'approccio che vanno dal clinico alla biologia.

Queste prospettive dovrebbero beneficiare per la loro realizzazione degli aiuti previsti per lo sviluppo degli studi di ricerca inclusi nel 3° piano autismo 2013.