



ASSOCIAZIONE PER LA
RICERCA SULLA DEPRESSIONE

Con i patrocini di:



Ministero della Salute



REGIONE
PIEMONTE



PROVINCIA
DI TORINO



CITTA' DI TORINO



RICONOSCERE E CURARE L'ANSIA E IL PANICO

Salvatore Di Salvo

ASSOCIAZIONE
PER LA RICERCA
SULLA DEPRESSIONE



Corso Guglielmo Marconi 2 – Torino Tel. 011.6699584

Sito internet www.depressione-ansia.it

“Riconoscere e curare l'ansia e il panico” è il sesto opuscolo pubblicato dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione nel 2008 (formato 17x12, 32 pagine) ed è inserito all'interno della “Campagna informativa su Ansia e Panico” promossa dalla Associazione per la Ricerca sulla Depressione e patrocinata dal Ministero dell'Istruzione, della Università e della Ricerca, dalla Regione Piemonte, dalla Provincia di Torino, dal Comune di Torino e dall'Ordine Provinciale dei Medici di Torino.

Il contenuto dell'opuscolo consiste nella descrizione dei Disturbi d'Ansia, in particolare il Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD) e il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP), e della loro cura con trattamento farmacologico e psicoterapeutico.

Anche quest'ultimo opuscolo, come i precedenti, è stato distribuito gratuitamente attraverso veicolazione con quotidiani, tramite le farmacie di Torino e Provincia e presso la sede dell'Associazione.

Riconoscere e curare l'ansia e il panico

di Salvatore Di Salvo

Il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP)

Il Disturbo da Attacchi di Panico colpisce prevalentemente l'età giovanile e i più recenti studi epidemiologici mettono in evidenza il fatto che ne è interessato il 33% dei giovani di età compresa tra i 18 e i 25 anni, nel senso che un giovane su tre di questa fascia incontra uno dei multiformi aspetti della sintomatologia DAP.

I sintomi del DAP

Il Disturbo da Attacchi di Panico è caratterizzato dal ripetersi di stati d'ansia acuti ad insorgenza improvvisa e di breve durata. Gli episodi acuti sono accompagnati da sintomi neurovegetativi, psicosensoriali e comportamentali di frequenza ed intensità variabili per cui si presentano quadri clinici tra loro molto diversificati. E' in ogni modo possibile individuare alcuni aspetti fondamentali comuni a tutti gli attacchi di panico:

- i sintomi compaiono in maniera improvvisa e drammatica;
- la crisi è vissuta con un senso penoso d'impotenza, di paura, di mancanza di controllo;
- la durata della crisi è breve: in genere pochi secondi o minuti;
- alla crisi acuta segue un periodo prolungato, anche di molte ore, in cui sono presenti sensazioni di "testa confusa", marcato stato di spossatezza, sensazioni di sbandamento, vertigini.

Gli attacchi spesso si manifestano "a ciel sereno", nel senso che, al momento dell'attacco, non è presente una situazione in grado di costituire motivo d'ansia per il paziente e anzi, spesso, si tratta di situazioni routinarie: passeggiando per strada, guidando l'auto, al cinema, facendo acquisti al supermercato. Talora, invece, il primo episodio si manifesta in situazioni drammatiche della vita del paziente, come gravi incidenti o morti improvvise di persone care. Può anche manifestarsi in concomitanza con l'assunzione di sostanze stupefacenti, in particolare marijuana, cocaina, amfetamine. Inoltre, nel 50% dei casi, sia la prima crisi sia quelle successive compaiono durante il sonno, determinando un risveglio angosciato.

I *sintomi psichici* dell'attacco sono tipicamente rappresentati da paura, terrore, sensazione di morte imminente, timore di perdere il controllo delle proprie idee (impazzire) o delle proprie azioni. A ciò si associano *sintomi neurovegetativi* quali palpitazioni, dolore toracico, dispnea, sensazione di soffocamento, vertigini, vampate di calore, brividi di freddo, tremori e sudorazione profusa.

In circa un terzo dei casi si manifestano anche *fenomeni psicosensoriali* quali depersonalizzazione (il soggetto si sente come fuori dal suo corpo e distaccato da esso) e derealizzazione (il soggetto ha

come la sensazione di non essere reale, né lui né ciò che lo circonda e ha l'impressione che intorno a sé il senso della realtà sia alterato).

Le *manifestazioni comportamentali* sono meno comuni e spesso la crisi passa inosservata ai presenti poiché il soggetto cerca di nascondere le sensazioni provate. Talora però il paziente interrompe l'attività in corso e si allontana, cercando di raggiungere in fretta un luogo sicuro.

E' presente fin dalle fasi iniziali della malattia uno stato di paura e ansietà, *l'ansia anticipatoria*, causata dal timore che gli attacchi di panico possano ripetersi. Tale ansia può determinare una marcata sofferenza soggettiva e una notevole compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e affettivo.

Mentre l'attacco di panico ha insorgenza improvvisa e dura pochi minuti, l'ansia anticipatoria cresce lentamente e ha una durata anche di molte ore. Inoltre è possibile ridurla o controllarla allontanandosi dalla situazione ansiogena o cercando rassicurazioni da una persona di fiducia. L'attacco di panico, invece, quando comincia non può più essere bloccato: si comporta quindi come una reazione del tipo "tutto o nulla" e sfugge ad ogni controllo quando il meccanismo è innescato. Nel 20% dei casi si viene a manifestare un'*elaborazione ipocondriaca*: i pazienti temono o sono convinti d'essere affetti da una malattia fisica, chiedono ripetutamente l'intervento del medico internista o di altri specialisti e frequenti sono le richieste d'intervento al Pronto Soccorso. Le preoccupazioni ipocondriache riguardano in genere il timore di una grave malattia cardiaca, come l'infarto o la paura di una morte improvvisa per ictus cerebrale.

Nei 2/3 dei casi si vengono a strutturare le *condotte d'evitamento*, conseguenti al fatto che i pazienti associano gli attacchi di panico a situazioni o luoghi specifici. Evitando di restare soli, di allontanarsi da casa, di recarsi in luoghi affollati o di usare mezzi pubblici, gli attacchi di panico diventano meno frequenti e più tollerabili. Si parla di *agorafobia* quando le limitazioni imposte dall'evitamento interferiscono con attività importanti della vita di tutti i giorni. I pazienti agorafobici evitano piazze, luoghi affollati, ponti, tunnel, ascensori, autostrade, treni, autobus e molte altre situazioni nelle quali può risultare difficile fuggire o ricevere aiuto nel caso di una crisi improvvisa. Alcuni diventano completamente incapaci di uscire da soli o possono farlo solo in compagnia di una persona rassicurante nella quale ripongono particolare fiducia.

Le condotte agorafobiche sono determinate sia dall'evitamento di situazioni specifiche nelle quali il paziente teme di avere un attacco di panico sia dalla ricerca di elementi rassicuranti. I modi più frequenti mediante i quali è ricercata la rassicurazione sono: avere la possibilità di tornare velocemente a casa, essere con una persona di fiducia, sedersi vicino alle uscite, parlare tra sé.

I pazienti agorafobici possono continuare ad avere attacchi di panico per anni, anche se la loro frequenza di solito si riduce con il progredire delle condotte d'evitamento. Tipicamente l'agorafobia

assume un andamento cronico, provoca notevoli limitazioni dell'autonomia personale ed è vissuta come una condizione inabilitante e fastidiosa dalla quale sembra impossibile liberarsi.

Le possibili evoluzioni del DAP

Il decorso del DAP è molto variabile. In alcuni casi gli attacchi di panico si presentano in forma sporadica nella giovinezza o nell'adolescenza e scompaiono nell'età adulta, non compromettendo in maniera rilevante l'adattamento sociale. Raramente richiedono l'intervento del medico.

Nel 30% dei casi assumono un andamento fasico, con periodi di remissione alternati a periodi di riacutizzazione. Negli intervalli il quadro è spesso asintomatico. Nelle fasi invece di riacutizzazione sono presenti l'ansia anticipatoria e la ricerca di rassicurazioni.

L'evoluzione più comune del DAP (70%) è rappresentata dall'instaurarsi di condotte d'evitamento agorafobiche, con lo sviluppo dei tipici comportamenti descritti nel paragrafo precedente. Alcuni pazienti presentano una storia di attacchi di panico sporadici, seguiti da agorafobia grave ed invalidante che si protrae per molti anni, in assenza di crisi acute.

In un terzo dei pazienti si ha la sovrapposizione di una sintomatologia depressiva caratterizzata da umore depresso, disinteresse per le normali attività giornaliere, sentimenti d'inadeguatezza ed inutilità. A differenza dei pazienti con disturbi primari del tono dell'umore, gli agorafobici non presentano disturbi del sonno né della sfera alimentare e sessuale e, all'interno del loro ambiente, mantengono molteplici interessi e conducono attività dalle quali possono trarre piacere e soddisfazione.

I vissuti soggettivi del DAP

Focalizzando l'attenzione sul vissuto soggettivo del disturbo, è possibile evidenziare alcuni stati emotivi presenti.

Vissuto del primo attacco

Il soggetto è spesso in grado di citare ora, giorno, mese e anno del primo attacco, ricordato con precisione e raccontato in maniera vivida e con ricchezza di particolari. Il vissuto ad esso associato è descritto come il passaggio ad un'altra dimensione e le frasi che sottolineano questa situazione sono del tipo: "Da quel momento la mia vita è cambiata", "Dopo quella crisi non sono più stato lo stesso". Il vissuto è quindi di un radicale cambiamento della propria esistenza, che ora presenta limiti imposti dalle condotte d'evitamento, peraltro intese come necessarie per contrastare il timore/terrore che gli attacchi possano ripresentarsi. E' spesso radicata l'associazione tra il primo attacco e la situazione in cui esso si è manifestato: se, ad esempio, si è verificato in un locale

pubblico, il soggetto ne evita accuratamente la frequentazione; se è avvenuto durante la guida, evita di guidare; se è avvenuto a seguito dell'assunzione di sostanze stupefacenti, teme che esse abbiano determinato un danno irreparabile alle strutture cerebrali e attribuisce loro il ripetersi delle crisi anche dopo la loro completa sospensione.

Vissuto di incomprensibilità

Nonostante i tentativi di comprensione, prevale l'impossibilità di dare alle crisi una spiegazione causale valida e plausibile. Ciò determina un vissuto d'incomprensibilità e le crisi appaiono inspiegabili, con conseguente vissuto di disorientamento. La maggior parte dei soggetti ha alle spalle una storia di numerosi accertamenti medici con esito negativo, oltre che di svariate diagnosi formulate per i loro disturbi dai vari medici a cui si sono rivolti. Gli specialisti più frequentemente consultati sono i cardiologi, per i timori della presenza di un presunto disturbo cardiaco, gli otorinolaringoiatri, per la presenza dei sintomi vertiginosi e i gastroenterologi, per la frequente presenza di problemi colitici. A causa dei fallimenti terapeutici dei vari consulti specialistici si rinforza inoltre nei pazienti un sentimento di sfiducia nella possibilità di guarigione.

Vissuto di vergogna

Il vissuto di vergogna è strettamente legato alla paura di perdere il controllo delle proprie idee (cioè di impazzire) ed il controllo delle proprie azioni (di compiere cioè gesti di tipo autolesivo o lesivo nei confronti di altri). Da ciò deriva il timore di essere considerati "anormali" o "matti".

Vissuto di rabbia/rassegnazione

In alcuni soggetti prevale la rabbia per un disturbo che manifesta la sua presenza attraverso i sintomi, ma che appare inafferrabile sia dal punto di vista diagnostico sia da quello terapeutico.

In altri prevalgono vissuti di rassegnazione attraverso l'adattamento ad uno stile di vita condizionato dalle condotte d'evitamento e quindi nettamente inferiore alle potenzialità soggettive.

Nella maggior parte dei casi rimane comunque attivo un atteggiamento di ricerca finalizzato a dare un nome al disturbo e a trovare un modo per curarlo. Frequente è la ricerca d'informazioni a carattere scientifico, con la richiesta d'indicazioni di test specifici sull'argomento del DAP.

L'atteggiamento di parenti, amici e conoscenti

L'atteggiamento dei familiari è inizialmente di comprensione e compartecipazione allo stato di sofferenza. Con il passare dei mesi e con il susseguirsi degli esami diagnostici negativi e degli inutili consulti specialistici, anche i familiari vengono però presi da un senso di sconcerto e sfiducia.

In alcuni casi diventano aggressivi ed assumono un atteggiamento colpevolizzante. L'ambito familiare è comunque quello in cui avviene primariamente la ricerca di supporto e solo raramente i pazienti ne parlano con amici o compagni di università o di lavoro. Alla base di ciò è la presenza del vissuto di vergogna di cui si è parlato in precedenza, assieme alla convinzione che il disturbo di cui soffrono, già misterioso per loro stessi e per i vari medici consultati, non possa essere compreso dagli altri. Si viene così a determinare la convinzione che il parlarne non sarebbe d'alcun aiuto e servirebbe solo ad essere etichettati come "matti".

Le ipotesi interpretative delle cause

Una delle caratteristiche degli Attacchi di Panico è la loro apparente inderivabilità, nel senso che non è possibile individuare una spiegazione comprensibile che motivi in maniera chiara la loro origine. Di fatto la via della logica e della razionalità si mostra poco percorribile per l'interpretazione delle crisi ed è invece necessario seguire la via psicologica. Quando un conflitto o un nodo problematico è collocato nell'inconscio ed è quindi escluso dalla coscienza, esprime la sua presenza dando origine a sintomi, che sono l'espressione del fatto che la persona è portatrice di un disagio psicologico e di uno stato di malessere. E' in questa prospettiva che va collocata la lettura dell'origine degli Attacchi di Panico. Essi vanno quindi interpretati come l'espressione di uno stato di malessere psicologico, di cui il soggetto non è consapevole, che si esprime producendo sintomi.

Il DAP e il disagio giovanile

Gli Attacchi di Panico interessano, come già evidenziato, il 33% della popolazione tra i 18 e i 25 anni e ciò ne sottolinea la rilevanza sociale. Essi s'inseriscono nel contesto del disagio giovanile in quanto sintomi-segnali dello stato di disorientamento dei giovani e di vuoto lasciato dalla crisi dei valori. Solitudine, incomunicabilità, situazioni familiari critiche, difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro, possono esprimersi con il ricorso ad alcolici o stupefacenti, con atteggiamenti a volte violenti ed aggressivi, ma anche attraverso l'insorgenza degli Attacchi di Panico che diventano allora l'espressione psichica del malessere e del disagio. E' quindi importante riconoscere e curare i sintomi del disturbo ed abbattere i pregiudizi che gravitano attorno ad esso. Come già evidenziato in precedenza, ciò è possibile utilizzando gli strumenti farmacologici di cui oggi disponiamo e che sono in grado di operare un controllo sui sintomi. E' però altrettanto importante non fermarsi ai farmaci che, per quanto efficaci nella cura dei sintomi, sono invece inefficaci sul disagio psichico da cui originano. Chi soffre d'Attacchi di Panico è portatore di un malessere psichico e diventa fondamentale decodificare, attraverso un lavoro psicologico, il senso del disturbo, coglierne il

significato, attivando un percorso che consenta non solo di debellare i sintomi, ma anche di rimettere in moto il processo di crescita personale.

La diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale deve essere posta rispetto ad altri Disturbi d'Ansia, in particolare la Fobia Sociale, le Fobie Semplici, il GAD, l'Ipocondria, il Disturbo di Somatizzazione e la Depressione.

Fobia Sociale: i pazienti con Fobia Sociale temono ed evitano tutte quelle situazioni quali il parlare, il mangiare o il mostrarsi in pubblico o comunque l'esporsi al rischio di essere umiliati, imbarazzati e giudicati dagli altri: in tali occasioni questi pazienti presentano manifestazioni ansiose acute ampiamente sovrapponibili a quelle di un attacco di panico. Talora, pazienti con DAP possono temere situazioni sociali analoghe per il timore degli effetti imbarazzanti di una crisi in pubblico. In questi casi si parla di Fobia Sociale "secondaria". Nella Fobia Sociale primaria non sono presenti episodi critici spontanei, la paura non è correlata al timore di avere un attacco di panico, inoltre sono meno frequenti sintomi quali sentimenti di irrealtà, vertigini, paura di svenire, di morire o di perdere il controllo. Inoltre nella Fobia Sociale primaria non è presente la marcata sensibilità alla rassicurazione tipica del DAP e la vicinanza di un accompagnatore non esclude le condotte di evitamento.

Fobie Semplici: la crisi di ansia acuta della fobia semplice si manifesta sempre e solo durante l'esposizione all'oggetto fobico, non sono presenti attacchi di panico spontanei e le situazioni evitate sono molto poche. Nell'agorafobia del DAP l'esposizione agli stimoli fobici aumenta soltanto la probabilità di avere un attacco di panico e non è inevitabilmente associata con esso, mentre nelle Fobie Semplici l'esposizione all'oggetto fobico scatena sempre la crisi acuta.

Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD): la distinzione tra DAP e GAD è per alcuni autori controversa, anche se sempre più consistenti appaiono i dati a favore dell'autonomia del GAD sul piano psicopatologico e clinico. L'età d'insorgenza del GAD si distribuisce uniformemente dall'infanzia fino ai 40 anni e la durata di malattia risulta molto più prolungata. Anche se l'ansia generalizzata ha caratteristiche sovrapponibili a quella anticipatoria, si distingue da essa per il tipo di apprensione e di preoccupazioni che non sono riferite a qualcosa di ben definito, bensì a molti e diversi possibili eventi e situazioni della vita di tutti i giorni. Inoltre, mentre nel DAP è presente una marcata sensibilità alla rassicurazione e la sintomatologia ansiosa si riduce o scompare in ambienti rassicuranti e in compagnia di persone familiari, il paziente con GAD è quasi incapace di percepire gli elementi rassicuranti dall'ambiente.

Ipocondria: talora nel DAP le preoccupazioni ipocondriache divengono il sintomo dominante il quadro psicopatologico e ciò può rendere difficile la distinzione dal disturbo ipocondriaco.

La presenza di attacchi di panico spontanei e di condotte di evitamento, anche se attenuate e mascherate dalla componente ipocondriaca, sono fondamentali per fare una diagnosi differenziale.

Disturbo di Somatizzazione: le manifestazioni di questo disturbo consistono in lamentele somatiche multiple e ricorrenti, della durata di parecchi anni, per le quali viene a più riprese richiesta l'attenzione dei medici. I sintomi possono essere osteoarticolari, gastrointestinali, cardio-polmonari o pseudo-neurologici. Nel DAP vi sono sintomi cardio-respiratori che si presentano però solo nel contesto degli attacchi.

Depressione: la distinzione tra DAP e Depressione risulta piuttosto semplice per le notevoli differenze tra i due disturbi sul piano dei sintomi. Tuttavia nel DAP sono spesso presenti sintomi depressivi ed in questi casi possono comparire problemi di diagnosi differenziale. In alcuni pazienti la depressione ha i caratteri di una demoralizzazione secondaria con umore depresso e, talvolta, sentimenti di colpa e ridotta autostima; permane una certa reattività agli stimoli ambientali e non sono presenti sintomi neurovegetativi né rallentamento psicomotorio. Anche le fasi successive alle crisi acute del DAP, spesso prolungate e accompagnate da senso di spossatezza, profonda prostrazione, ipersonnia o sonnolenza, possono essere distinte con difficoltà dalla depressione.

Come riconoscere un DAP

Facendo riferimento al Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Psicici (DSM IV), il DAP si riconosce in quanto caratterizzato da una crisi acuta d'intensa paura, durante la quale quattro (o più) dei seguenti sintomi si sono sviluppati improvvisamente ed hanno raggiunto il picco nel giro di 10 minuti:

1. palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia;
2. sudorazione;
3. tremori fini o a grandi scosse;
4. dispnea o sensazione di soffocamento;
5. sensazione di asfissia;
6. dolore o fastidio al petto;
7. nausea o disturbi addominali;
8. sensazioni di sbandamento, d'instabilità, di testa leggera o di svenimento;
9. derealizzazione (sensazione d'irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi);
10. paura di perdere il controllo o di impazzire;
11. paura di morire;
12. parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio);
13. brividi o vampate di calore.

La terapia farmacologica del DAP

Il primo momento terapeutico consiste nel sottolineare al paziente che i sintomi da lui presentati sono ben identificabili e riferibili ad un'entità clinica nota, per la quale esistono terapie efficaci. E' quindi primariamente importante che il paziente riceva informazioni sul proprio disturbo e che gli venga comunicata esplicitamente la diagnosi, la sua natura ed il suo decorso. Ciò ha lo scopo di favorire l'accettazione del farmaco e di ridurre l'ansia anticipatoria che si attenua nel momento in cui si sente curato da un medico competente. Dal punto di vista farmacologico, il DAP risponde bene alla terapia con antidepressivi del gruppo SSRI (Inibitori Specifici della Ricaptazione della Serotonina), in particolare la paroxetina, in associazione con un ansiolitico ad emivita breve, come l'alprazolam. Di solito le crisi acute si riducono nettamente come intensità e frequenza nel giro di 4/6 settimane. Nei due-tre mesi successivi si riducono, a volte fino a scomparire del tutto, l'ansia anticipatoria e le condotte d'evitamento agorafobiche. La terapia farmacologica è quindi in grado di controllare la sintomatologia clinica del DAP. Va però sottolineato il fatto che essa agisce solo ed esclusivamente sui sintomi e non sulle cause che li hanno determinati.

Dal punto di vista psicologico il DAP è da interpretare come l'espressione, attraverso i sintomi, di problematiche di cui il soggetto non è consapevole e che si manifestano attraverso le crisi. Su tali problematiche psicologiche i farmaci non hanno alcun effetto: esse devono invece essere indagate e portate alla coscienza utilizzando lo strumento psicologico, attraverso un lavoro di ricerca psicoterapeutica. Il trattamento del DAP deve quindi essere effettuato attraverso una terapia di tipo combinatoA: farmacologica per la cura dei sintomi e psicologica (psicoterapia) per la cura delle cause, al fine di evitare che i sintomi ricompaiano quando viene interrotta la terapia farmacologica.

Il tema della terapia psicologica verrà trattato in un capitolo a parte.

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD)

Diffusione del GAD

L'ansia è definita come una reazione istintiva di difesa, un allarme proprio dell'istinto di conservazione, ma anche come uno stato di tensione emotiva cui spesso si accompagnano sintomi fisici come tremore, sudorazione, palpitazioni ed aumento della frequenza cardiaca.

L'ansia fisiologica è un'emozione che anticipa il pericolo e si accompagna all'aumento della vigilanza ed all'instaurarsi di un complesso meccanismo fisiologico di allarme.

L'ansia patologica si caratterizza invece come una risposta inappropriata a preoccupazioni esistenziali o relative all'ambiente, la cui conseguenza principale è rappresentata dall'alterazione delle normali capacità individuali.

I sintomi del GAD

I pazienti che soffrono di questo disturbo appaiono cronicamente ansiosi ed apprensivi e lamentano un prolungato stato di preoccupazione per circostanze ordinarie della vita di tutti i giorni. In assenza di gravi, ma soprattutto realistiche, motivazioni riferiscono sentimenti di apprensione circa la salute e l'incolumità fisica dei familiari, la situazione finanziaria, le capacità di rendimento lavorativo o scolastico. Esemplificativa a questo proposito è la figura della madre che teme per il figlio, temporaneamente assente, ogniqualvolta avverte la sirena dell'autoambulanza o ad ogni squillo telefonico inatteso, pur essendo consapevole che non si trova in quel momento in una situazione di pericolo reale. Si viene quindi ad instaurare un continuo stato di allarme e ipervigilanza dovuto alla convinzione che certi eventi negativi abbiano la possibilità di verificarsi. La componente somatica associata è costituita da sintomi a carico del sistema neurovegetativo, tra i quali spiccano respiro affannoso, palpitazione, sudorazione (particolarmente al palmo della mano), secchezza delle fauci, sensazione di "nodo alla gola", di "testa vuota e leggera", vampate di caldo. Frequenti sono i disturbi della serie gastroenterica: meteorismo, disturbi digestivi, nausea e diarrea. I sintomi legati ad una spiccata tensione muscolare, particolarmente al capo, al collo e al dorso, sono spesso responsabili dei dolori diffusi e delle cefalee localizzate in sede occipitale e frontale. Talvolta il coinvolgimento della sfera muscolare comporta invece tremore e/o contrazioni e irrigidimenti degli arti superiori. Lo stato di apprensione causa infine sintomi della sfera cognitiva, quali ridotta concentrazione, facile distraibilità, disturbi della memoria e della vigilanza.

I disturbi del sonno si manifestano sotto forma di insonnia iniziale, centrale o di sonno interrotto da frequenti risvegli; l'insonnia può essere uno dei sintomi che conducono il paziente dal medico di famiglia e/o può indurre la complicità dell'uso indiscriminato di ipnotici o ansiolitici in genere.

I sintomi di ansia somatizzata motivano la richiesta dell'intervento medico, soprattutto quello del medico di famiglia e comportano l'esecuzione di esami di laboratorio e indagini radiologiche anche complesse, con ripercussioni sul piano sociale e su quello dei costi sanitari. Il paziente con ansia generalizzata ha la convinzione di avere una malattia fisica, in opposizione ad un'origine psichica dei suoi disturbi, conferendo talvolta dignità di malattia ad elementi di ridotto significato clinico (ipotensione arteriosa, gastralgie, colon irritabile). Le frasi che caratterizzano i soggetti ansiosi sin dal primo colloquio con il medico, quali ad esempio "sono nervoso da sempre", "mi preoccupa di tutto", sottolineano l'incapacità di fornire una collocazione precisa all'esordio del disturbo.

Non sono pochi i pazienti che fanno risalire all'infanzia le prime manifestazioni di questo tipo, sostenendo di "essere nati ansiosi". Di solito l'età d'insorgenza del GAD è da collocarsi in quella giovanile, intorno ai 16-20 anni: tuttavia le modalità di esordio della fenomenica ansiosa, a differenza di ciò che avviene per gli attacchi di panico, appaiono sfumate e poco definite, scarsamente condizionanti la qualità della vita. Solo se stimolato ad un preciso ricordo il paziente identificherà come primi segnali del GAD le notti insonni trascorse col batticuore alla vigilia di un esame scolastico o di una competizione agonistica, peraltro affrontati con adeguata preparazione.

Egli tenderà inoltre a collegare l'inizio dei suoi malesseri ad eventi psicosociali lontani nel tempo (matrimonio, attività lavorativa, nascita dei figli) o ad esperienze vissute come persistenti fonti di stress. Queste ultime osservazioni fanno pensare all'ansia generalizzata come ad una condizione di particolare vulnerabilità biologica le cui manifestazioni si presentano quando l'individuo si trova ad affrontare situazioni di maggiore responsabilità e coinvolgimento emotivo. Tale predisposizione sarebbe aggravata dalla presenza di esperienze negative, lutti o perdite di persone care, in età formativa.

Il decorso e le complicanze del GAD

Il GAD mostra un decorso protratto nel tempo, con andamento oscillante e fasi alterne di riacutizzazione. È stata calcolata per il disturbo una durata media pari al 55% dell'arco della vita, con maggiore esposizione alla possibilità di complicanze.

L'autoterapia con alcool, ansiolitici, antalgici o stimolanti il sistema nervoso centrale è di frequente riscontro e costituisce fondato rischio di dipendenza e/o abuso.

Alterazioni della condotta alimentare di tipo iperfagico possono trovare nel GAD un terreno predisponente. La depressione maggiore può sovrapporsi al GAD modificandone i sintomi e mascherandone talora la caratteristica principale, rappresentata dall'attesa apprensiva.

Con l'approfondirsi del quadro depressivo l'inibizione ed il distacco affettivo sembrano talora prevalere sulla componente ansiosa. Si osservano così pazienti il cui ripiegamento melanconico

induce a riferire frasi come “Sto troppo male: prima mi preoccupavo di tutto, ora non mi interessa più niente, capiti quel che capiti”. Più frequentemente il GAD appare associato alle forme depressive a decorso cronico corrispondenti al Disturbo Distimico.

La presenza di queste complicanze e di altre di ordine somatico (ipertensione, ulcera peptica, malattie cardiache) rende necessario l'intervento specialistico che tende a collocarsi pertanto in una fase più avanzata del disturbo. D'altra parte la tendenza osservata in questi pazienti a procrastinare tale tipo di consulenza appare giustificata dalla moderata gravità dei sintomi e dall'accettabile livello di capacità prestazionali e interpersonali mantenute dagli stessi.

Come riconoscere un GAD

Facendo ancora riferimento al DSM IV, la presenza di uno stato ansioso che necessita di trattamento terapeutico si riconosce per la presenza concomitante dei seguenti sintomi:

- ansia e preoccupazioni eccessive (attesa apprensiva) che si manifestano per la maggior parte dei giorni da almeno sei mesi, relative a una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche);
- difficoltà nel controllare la preoccupazione;
- l'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti;
- l'alterazione non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. un abuso di droga, un farmaco) o di una condizione medica generale (per es. ipertiroidismo);
- l'ansia e la preoccupazione sono associate con tre (o più) dei sei sintomi seguenti (con alcuni di essi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi sei mesi):
 1. irrequietezza o sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle;
 2. facile affaticabilità;
 3. difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria;
 4. irritabilità;
 5. tensione muscolare;
 6. alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno o sonno inquieto e insoddisfacente).

Il GAD e il DAP

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato si distingue dal Disturbo da Attacchi di Panico per la presenza di sintomi ansiosi persistenti che non hanno la criticità e drammaticità degli attacchi di panico e che non determinano lo sviluppo di condotte di evitamento fobico. Dal confronto dei due disturbi

emerge che il GAD ha una durata più lunga, una maggiore incidenza di depressione secondaria ed un più frequente ricorso a terapie di tipo farmacologico.

Una differenza importante è che la sensibilità alla rassicurazione è più sviluppata nel paziente con attacchi di panico mentre è minore per i pazienti con GAD. Altra differenza importante è che l'ansia anticipatoria del DAP e l'ansia generalizzata del GAD, pur sovrapponibili per quanto riguarda alcuni aspetti (sintomi somatici e neurovegetativi, risposta alle benzodiazepine), differiscono essenzialmente per l'oggetto dell'apprensione che è selettivo (e pertanto prevedibile) nel disturbo da attacchi di panico, mentre invece è mutevole e maldefinito nel GAD. Per quanto riguarda i sintomi, nel GAD, rispetto al disturbo da attacchi di panico, vi è la prevalenza di sintomi somatici a carico della sfera muscolare e gastroenterica, l'assenza di derealizzazione e depersonalizzazione e una ridotta componente fobica.

Il disturbo d'Ansia Generalizzato e il Disturbo Depressivo

Il GAD si differenzia dal Disturbo Depressivo per l'assenza di rallentamento psicomotorio, ideazione autolesiva, tematiche di colpa, alternanza diurna e la prevalenza di sintomi di scarsa specificità, quali astenia, faticabilità, insonnia.

Maggiori difficoltà si pongono nella diagnosi differenziale con la distimia (depressione cronica), alla quale può talora essere associato e con cui ha in comune l'esordio precoce, il decorso cronico fluttuante con fasi acute, la tendenza all'autoterapia con rischio di abuso di sostanze.

Ad entrambi i disturbi sono comuni tratti ossessivi e dipendenti di personalità, con tendenza all'introversione ed alla scarsa autostima, questi ultimi più spiccati nella distimia.

Ciò che invece li differenzia è l'adattamento sociale: nel GAD, infatti, si mantiene un'adeguatezza delle capacità prestazionali e relazionali, rappresentata dalla continuità e dall'efficienza dell'impegno lavorativo, scolastico o agonistico, pur in presenza di manifestazioni ansiose. Nella distimia invece la difficoltà nel mantenere un idoneo e costante rendimento in ambito professionale, associato talora a situazioni di frizione interpersonale, è spesso presente e può rappresentare una delle modalità di esordio della malattia.

Sotto il profilo cognitivo nel GAD, come negli altri disturbi d'ansia, prevalgono tematiche legate al timore dell'incerto e del nuovo, mentre nelle forme depressive si collocano in primo piano i sentimenti di perdita, d'inadeguatezza e di autosvalutazione legati ad una ridotta efficienza psicofisica e prestazionale.

La terapia del GAD

L'approccio al paziente con ansia generalizzata può essere improntato principalmente ad un sostegno psicoterapeutico, anche senza l'associazione di terapie psicofarmacologiche. In generale il lavoro psicoterapeutico è finalizzato al riconoscimento di eventuali cause scatenanti, alla rassicurazione, alla risoluzione dei conflitti, contribuendo alla messa in atto di strategie di adattamento da parte del paziente. Tecniche di rilassamento sono state utilizzate nell'ambito di programmi di terapia comportamentale e di ipnosi.

Sotto il profilo farmacologico, le benzodiazepine (BDZ), fin dalla loro comparsa, risalente al 1950, hanno mostrato di possedere effetti ansiolitici, ipnotici e miorilassanti, associati a rapidità di azione e sicurezza d'impiego. Tali caratteristiche hanno reso questi composti di facile uso da parte del medico e del paziente per cui risultano oggi tra i farmaci più commercializzati nel mondo. Attualmente sono disponibili varie classi di BDZ che differiscono, sotto il profilo farmacologico, per quanto riguarda le caratteristiche di assorbimento, emivita e liberazione di metaboliti attivi.

Accanto ai primi composti sintetizzati quali il clordiazepossido e successivamente il diazepam, entrambi a lunga emivita, si sono via via aggiunte molecole ad emivita breve quali l'oxazepam ed il lorazepam. Recentemente l'alprazolam, una delle ultime BDZ introdotte sul mercato, differisce dalle altre per una più limitata azione sedativa e un'emivita molto breve.

Le BDZ sono quindi le molecole maggiormente utilizzate nel disturbo, in quanto svolgono il loro effetto con rapidità (20-30 minuti dopo l'assunzione), con scarsi effetti collaterali e buona tollerabilità.

Bisogna comunque tenere presente che la terapia con BZD non deve essere protratta per periodi molto lunghi (non più di tre-quattro mesi) per la presenza del rischio di dipendenza nei trattamenti a lungo termine e di fenomeni di astinenza successivi a sospensioni brusche.

Diversi studi hanno confermato l'efficacia dell'associazione tra BDZ e antidepressivi (SSRI e SNRI) a dosaggi simili a quelli richiesti nel DAP e nei disturbi depressivi. Ciò è dovuto al fatto che anche nel GAD l'aumento della disponibilità della serotonina nelle cellule nervose (negli spazi intersinaptici) determina la riduzione/scomparsa dei sintomi ansiosi.

La psicoterapia nei Disturbi d'Ansia

E' stato già sottolineato che i farmaci curano solo i sintomi, ma non le cause che li hanno determinati. L'individuazione delle cause è però fondamentale per evitare che le crisi ansiose si ripetano e lo strumento per raggiungere tale scopo è la psicoterapia.

Cos'è la psicoterapia?

La psicoterapia consiste nella cura dei disturbi emotivi attraverso l'utilizzo di strumenti psicologici. E' un lavoro che si fa in due, paziente e terapeuta, e che fa uso del colloquio, della parola e della riflessione per giungere alla comprensione delle motivazioni del malessere e della sofferenza. Il lavoro psicoterapeutico si occupa soprattutto delle emozioni e poco delle categorie razionali. Queste ultime permettono di mettersi in rapporto con la realtà e con gli altri, ma si tratta solo di uno degli aspetti del contatto con il mondo esterno. E' un'illusione pensare di relazionarsi ad esso solo razionalmente e i fatti evidenziano l'importanza delle emozioni, sensazioni e intuizioni. Una parte della vita psichica sfugge quindi al controllo della ragione, appartiene all'inconscio e il lavoro psicoterapeutico consente di acquisire gli strumenti per dialogare con esso. La psicoterapia mira ad alleviare i problemi emotivi che si manifestano attraverso i sintomi e cerca di conseguire tale fine producendo cambiamenti strutturali nel paziente, vale a dire cercando di determinare la scomparsa del sintomo attraverso il rafforzamento e la maturazione della personalità e la modificazione dei meccanismi patologici. Il fine della psicoterapia è quindi quello di aiutare il paziente ad operare una modificazione ed una maturazione, attivando processi che hanno lo scopo di portare a nuovi modi di porsi in relazione con se stessi e con gli altri, promuovendo la risoluzione dei conflitti psichici mediante l'introspezione e l'acquisizione di consapevolezza.

Quando è necessaria una psicoterapia?

E' necessario intraprendere una psicoterapia quando il malessere di cui una persona soffre si fonda su problemi o conflitti personali, difficoltà di rapporto con gli altri, reazioni eccessive ad eventi o situazioni, difficoltà di accettazione di se stessi o del proprio ambiente.

La sofferenza costituisce allora stimolo e occasione per intraprendere un lavoro psicologico di ricerca che diventa lo strumento per osservare la propria vita, soprattutto quella interiore, con l'aiuto di un altro, per individuare l'origine del proprio malessere, conoscerne il senso e trovare la direzione verso cui cercare la soluzione. Il percorso psicoterapeutico è quindi necessario per attivare un lavoro di elaborazione e ricerca interiore, mettere in moto un processo di trasformazione personale e modificare il proprio rapporto con il mondo esterno.

La psicoterapia può essere assimilata ad un “viaggio” all’interno di sé che il paziente compie in compagnia dello psicoterapeuta, il quale si configura come il “compagno di viaggio” che conosce le difficoltà e le insidie del percorso per averlo lui stesso affrontato.

Lo psicoterapeuta è un professionista che, oltre alla laurea in Psicologia o Medicina, ha conseguito una specializzazione, di durata almeno quadriennale, che gli consente di essere iscritto all’Albo degli Psicoterapeuti e l’autorizza ad esercitare l’attività di psicoterapeuta. La parte più importante del suo percorso formativo non è comunque costituita dagli esami sostenuti o dai testi studiati, ma dall’essersi lui stesso sottoposto per anni ad un lavoro di analisi personale e didattica e a supervisioni di casi clinici da parte di psicoterapeuti più esperti. Durante la sua formazione impara quindi a riconoscere le proprie dinamiche interne e relazionali, acquisisce strumenti tecnici specifici e sviluppa la capacità di essere egli stesso il primo “strumento” del lavoro psicoterapeutico. Per creare un ambiente favorevole all’attivazione del processo di trasformazione del paziente, deve saper riconoscere le emozioni che tale situazione suscita, contenerle e rimandarle in forma costruttiva. In ogni suo intervento il terapeuta è tenuto a rispettare la realtà dell’altro, senza mai imporre la propria visione di vita o emettere giudizi di valore. Egli non giudica, ma comprende e aiuta a comprendere. Proprio per questo, all’interno della relazione, il paziente può permettersi di entrare in contatto con parti sconosciute o rifiutate di sé.

Il modello teorico

Chi si avvicina per la prima volta allo studio del funzionamento dei processi psichici corre il rischio di restare disorientato di fronte alla varietà dei modelli proposti: freudiano, junghiano, adleriano, solo per citare i più noti. Vale quindi la pena fare qualche riflessione in proposito. E’ da sottolineare il fatto che gli studi mirati ad individuare la percentuale di successi ottenuti utilizzando modelli teorici diversi (fermo restando le difficoltà intrinseche di tale valutazione) non hanno evidenziato prevalenze apprezzabili tra i diversi tipi di psicoterapia. L’efficacia di un lavoro di ricerca psicologica non dipende dunque dalla validità del modello teorico di riferimento, ma l’elemento trasformativo della psicoterapia va ricercato nella relazione che s’instaura tra paziente e terapeuta.

Ogni singola teoria del funzionamento dei processi psichici va quindi intesa come un possibile modello, una sorta di bussola per potersi orientare nella vastità e complessità della psiche che fornisce le coordinate generali, la direzione verso cui andare.

Di fronte ai numerosi modelli teorici esistenti è possibile riconoscere ad ognuno la sua validità, dovuta soprattutto alla coerenza interna del discorso. Tra di essi accade di comprenderne maggiormente uno rispetto agli altri, di sentirlo più affine alla propria sensibilità e alla propria visione del mondo e sarà quindi questo ad essere scelto come interlocutore preferenziale, come

“bussola” di riferimento. Sarebbe però un grave errore sposare questo modello, identificarsi con esso e ritenerlo come “l’unico modello possibile”. In questo caso si cadrebbe nel pregiudizio teorico e nel dogmatismo, arrogandosi il diritto del possesso della verità assoluta.

Per contro, la tendenza opposta, il rifiuto cioè di qualsiasi punto di riferimento teorico, comporta il pericolo dello “spontaneismo”: si ha fiducia solo in se stessi, nelle proprie capacità terapeutiche “naturali”, con il rischio di abbandonarsi all’improvvisazione e al pragmatismo.

Il punto di mediazione tra queste due tendenze estreme è rappresentato dalla capacità di stare in un atteggiamento costante di attesa e di ascolto, senza cedere né a opzioni di fede nei confronti di una o dell’altra teoria né all’atteggiamento onnipotente di potere fare a meno di qualsiasi conoscenza.

La sofferenza come spinta al cambiamento

Dal punto di vista della medicina la sofferenza fisica viene considerata come l’interruzione di uno stato di benessere e il medico interviene su di essa al fine di ripristinare il precedente equilibrio turbato. Lo stato di malessere ha quindi esclusivamente connotazioni negative e deve semplicemente essere eliminato. Se però ciò è vero per la sofferenza fisica, quella psichica deve essere considerata anche da un altro punto di vista: va curata, ma è anche importante coglierne il significato. Nei paragrafi precedenti si è più volte sottolineato che il malessere psichico è il segnale della presenza di qualcosa di dissonante nella personalità di cui il soggetto non è consapevole e che manifesta la sua presenza attraverso i sintomi. Questo costituisce il suo potenziale positivo e trasformativo: *la sofferenza può costituire la spinta per attivare la ricerca psicologica su di sé, al fine di modificare il rapporto con se stessi e con gli altri*. Agire sul malessere psichico unicamente con un intervento farmacologico volto alla sua soppressione, senza interrogarsi sul significato del disturbo e senza tentare di comprenderne il senso, vuol dire non cogliere la sua spinta trasformativa e, in definitiva, perdere un’occasione forse irripetibile di cambiamento.

Introduzione alla psicoterapia psicoanalitica

Glen O. Gabbard

Riassunto

I

Concetti chiave

Volendo dare una definizione di psicoterapia psicodinamica a lungo termine possiamo dire che si tratta di “una terapia che rivolge una profonda attenzione all’interazione terapeuta-paziente , con interpretazioni del transfert e della resistenza condotte con tempi accuratamente definiti e inquadrati in una elaborata valutazione del contributo del terapeuta alla relazione interpersonale” (Gunderson, Gabbard, 1999).

I modelli concettuali per questa terapia includono il conflitto inconscio derivato dalla psicologia dell’Io, la teoria delle relazioni oggettuali, la teoria del Sé e la teoria dell’attaccamento.

Blagys e Hilsenroth (2000) hanno identificato sette aspetti tecnici distintivi delle forme psicodinamiche di terapia.

- ◆ Focus su affetto ed espressione delle emozioni
- ◆ Esplorazione dei tentativi di evitare aspetti dell’esperienza
- ◆ Identificazione di temi e pattern ricorrenti
- ◆ Discussione delle esperienze passate
- ◆ Focus sulle relazioni interpersonali
- ◆ Focus sulla relazione terapeutica
- ◆ Esplorazione di desideri, sogni e fantasie

Questi approcci vengono impiegati in modo diverso sulla base delle esigenze del paziente.

Possiamo distinguere due categorie di terapia psicodinamica a lungo termine: a tempo definito, senza limiti temporali prestabiliti.

I principi fondamentali sui quali si basa la psicoterapia psicodinamica sono così riassumibili:

- ◆ Gran parte della vita mentale è inconscia
- ◆ L’adulto è plasmato dalle interazioni tra esperienze infantili e fattori genetici
- ◆ Il transfert nei confronti del terapeuta fornisce informazioni importanti
- ◆ Il controtransfert del terapeuta fornisce indicazioni importanti per comprendere ciò che il paziente induce negli altri
- ◆ La resistenza del paziente al processo terapeutico rappresenta un elemento centrale della terapia
- ◆ Sintomi e comportamenti hanno molteplici funzioni e sono determinati da forze complesse e spesso inconse
- ◆ Il terapeuta psicodinamico aiuta il paziente ad acquisire un senso di autenticità e unicità

Funzionamento mentale inconscio

Possiamo dire che la vita mentale inconscia è uno degli aspetti che sta alla base della psicoterapia psicoanalitica psicodinamica .

Ricordiamo che Freud inizialmente aveva elaborato un modello del funzionamento mentale di tipo topografico, in cui esisteva una gerarchia stratificata di ambiti consci, preconschi e inconsci. Compito della psicoanalisi era portare i contenuti inconsci in superficie, superando la barriera della rimozione, in modo da poterli esaminare e comprendere.

Successivamente Freud è giunto alla formulazione di un modello strutturale tripartito di Io, Es e Super-Io. Questo modello porta direttamente a una teoria del conflitto inconscio, laddove le tre istanze psichiche sono in costante conflitto sull'espressione della sessualità e dell'aggressività. Tale conflitto genera angoscia in modo tale che l'Io mobiliti meccanismi di difesa atti a frenare espressioni di aggressività o sessualità proibite. Pertanto è da considerare sintomo la formazione di un compromesso che difende da un desiderio e contemporaneamente lo soddisfa in forma mascherata.

La maggior parte dei processi mentali non è osservabile direttamente.

Gli studi condotti sulla memoria offrono un notevole contributo all'approccio psicoanalitico per la comprensione del funzionamento mentale inconscio.

In funzione del tipo di esperienza coinvolta, i ricordi vengono immagazzinati in modi diversi: la memoria dichiarativa è infatti riferita a fatti e conoscenze generici, mentre la memoria procedurale riguarda le abilità. Entrambi i tipi di memoria possono poi essere distinti in base alla forma esplicita o implicita (riferita alla modalità con cui vengono più o meno consapevolmente richiamati i ricordi).

II

Valutazione, indicazioni e formulazione

Il processo di valutazione iniziale consente di selezionare i pazienti idonei a intraprendere una psicoterapia psicodinamica. Dobbiamo infatti ricordare che è il trattamento che deve essere adatto al paziente, e non viceversa.

La valutazione si rivolge a due aspetti principali:

- ◆ I sintomi del paziente possono rispondere a una psicoterapia psicodinamica?
- ◆ Esistono nel paziente le caratteristiche psicologiche che lo rendono adatto a questo tipo di trattamento?

In alcuni casi queste domande trovano risposte solo dopo parecchie sedute; ecco perché i colloqui iniziali hanno come scopo quello di fornire un'accurata diagnosi psicodinamica e non un trattamento.

Nel corso del primo incontro il terapeuta può fornire al paziente indicazioni sugli scopi della valutazione.

Il terapeuta psicodinamico vuole sempre andare oltre una diagnosi descrittiva e arrivare a conoscere il paziente come essere umano.

Nel colloquio il paziente deve essere visto come un collaboratore; la psicoterapia psicodinamica infatti non è una pratica chirurgica e il paziente non è da considerarsi un oggetto passivo, bensì compagno di un viaggio di esplorazione che vede coinvolto lui e il terapeuta.

Durante i colloqui particolare attenzione va posta anche allo studio delle forme di comunicazione non verbale messe in atto dal paziente; queste infatti sono proprie di quest'ultimo e in termini di memoria procedurale implicita veicolano un significato che si coglie nei gesti che compie, nel suo tono di voce, nel ritmo del suo respiro, ecc.

Transfert e controtransfert si delineano ancora prima dell'intervista iniziale e diventano evidenti con il progredire dei colloqui. Entrambi gli individui coinvolti nutrono aspettative verso l'altro.

La valutazione della personalità è sempre un elemento determinante nella definizione dell'idoneità del paziente ad una psicoterapia psicodinamica e le informazioni riconducibili al transfert e al controtransfert possono contribuire significativamente a questo scopo.

Una moderna comprensione della personalità include cinque elementi fondamentali (Gabbard, 2005b):

- ◆ un temperamento basato su componenti biologiche
- ◆ una costellazione di rappresentazioni interne di sé e degli altri riconducibile a stati affettivi e che vengono esteriorizzate nelle relazioni interpersonali
- ◆ un senso generale di sé continuo e stabile nel tempo
- ◆ un insieme caratteristico di meccanismi di difesa
- ◆ uno stile cognitivo correlato.

Meccanismi di difesa

Le difese sono meccanismi volti a preservare un senso di autostima dinanzi a sentimenti di vergogna e vulnerabilità narcisistica e a garantire un senso di sicurezza quando l'individuo si sente gravemente minacciato da abbandono o da altri rischi e a proteggerlo nei confronti di pericoli esterni.

I meccanismi di difesa tuttavia non si limitano a proteggere da un affetto o da un'idea inaccettabile; essi modificano anche la relazione tra il Sé e l'oggetto. possono permettere al paziente di gestire conflitti non risolti riconducibili a oggetti interni del passato o ad altri significativi nella sua realtà esterna.

Specifiche difese si associano a differenti tipi di personalità; i pazienti con personalità paranoide, ad esempio, usano come difesa primaria la proiezione in quanto permette di disconoscere sentimenti spiacevoli attribuendoli ad altri.

I meccanismi di difesa possono essere classificati secondo un'organizzazione gerarchica, dai più primitivi ai più maturi: tra le difese primitive troviamo la scissione, l'identificazione proiettiva, la proiezione, il diniego, la dissociazione, l'idealizzazione, l'acting out, la somatizzazione, la regressione e la fantasia schizoide. Appartengono a un livello superiore (difese di alto livello-

nevrotiche) l'introiezione, l'identificazione, lo spostamento, l'intellettualizzazione, l'isolamento dell'affetto, la razionalizzazione, la sessualizzazione, la formazione reattiva, la rimozione, l'annullamento retroattivo.

Costituiscono in ultimo le difese mature l'ascetismo, l'altruismo, l'anticipazione e la sublimazione.

La mentalizzazione

La teoria dell'attaccamento ci fornisce il concetto di mentalizzazione che ci aiuta a definire il livello di organizzazione del carattere o della personalità del paziente. Esiste infatti una forte correlazione tra organizzazione primitiva della personalità e attaccamento insicuro.

La mentalizzazione viene quindi definita come l'acquisizione evolutiva che permette al bambino di rispondere non solo al comportamento degli altri, ma anche alla sua concezione dei loro sentimenti. È valutabile attraverso la funzione riflessiva. Quando l'attaccamento è sicuro la mentalizzazione è un processo automatico e inconscio, permette al bambino di percepire il mondo interno da cui derivano le motivazioni del comportamento, proprio e altrui e consente inoltre di distinguere tra la percezione degli altri associata a una rappresentazione della loro figura e ciò che le persone sono realmente.

Livello di organizzazione della personalità

Al fine di determinare il livello di organizzazione della personalità di un paziente è necessario esaminare un insieme di elementi che comprendono i meccanismi di difesa, le relazioni oggettuali interne, le forze o debolezze dell'Io e la capacità di mentalizzazione. A questo punto si procede con una comprensione diagnostica della personalità che avrà valore al fine di pianificare la successiva psicoterapia.

Questo passo è importantissimo per determinare l'idoneità del paziente alla psicoterapia psicodinamica. Un livello nevrotico di organizzazione indirizza verso un approccio dinamico fortemente esplorativo, mentre un'organizzazione borderline richiede in genere che il terapeuta offra anche un supporto e interventi volti a migliorare la funzione riflessiva, a sostenere idee deficitarie dell'Io e ad aiutare il paziente a integrare le sue disparate visioni di sé e degli altri.

Diverse altre caratteristiche sono predittive di una buona capacità di utilizzare una terapia esplorativa:

- ◆ una forte motivazione alla comprensione di sé
- ◆ un significativo grado di sofferenza
- ◆ una buona tolleranza della frustrazione
- ◆ una mentalità psicologica (che rende possibile l'insight)
- ◆ la capacità di pensare in termini di analogie e metafore.

Al di là del livello borderline di organizzazione di personalità, esiste una serie di caratteristiche che suggeriscono invece la necessità di un lavoro supportivo nella psicoterapia psicodinamica; queste includono:

- ◆ la presenza di una grave crisi esistenziale
- ◆ la scarsa tolleranza della frustrazione o dell'ansia

- ◆ l'eccessiva concretezza e la relativa assenza di mentalità psicologica
- ◆ un basso livello intellettuale
- ◆ una ridotta capacità di autosservazione
- ◆ la difficoltà di instaurare un rapporto di fiducia con il terapeuta.

Una valutazione completa deve comprendere molti altri aspetti tra i quali non possiamo non includere un'accurata diagnosi descrittiva.

Il terapeuta deve tenere conto infatti anche dei sintomi che il paziente presenta, così come del decorso, dell'anamnesi familiare e della risposta a eventuali trattamenti farmacologici.

Anche un esame fisico completo condotto da un medico di medicina generale può essere utile così come l'impiego di test psicologici.

Le indicazioni per una terapia psicodinamica a lungo termine non sono definibili rigorosamente a priori a causa dell'assenza di dati sistematici. La necessità di un trattamento dipende dalle caratteristiche psicologiche della persona e dalla complessità del suo disturbo così che si rende impossibile dare adito a eccessive generalizzazioni.

La scelta della terapia deve essere concordata di volta in volta con il paziente sulla base di variabili specifiche.

Dopo la valutazione del paziente è utile elaborare una valutazione psicodinamica.

Una buona formulazione deve tenere presente una breve descrizione della natura del quadro clinico e dei fattori di stress associati e contenere un insieme di ipotesi esplicative. Deve poi spiegare come questi fattori appena descritti possano influenzare il programma terapeutico e la prognosi.

A tal fine dobbiamo tenere presenti alcuni principi chiave:

- non cercare di spiegare tutto. È utile invece focalizzare l'attenzione su uno o due temi cruciali che sembrano essere al centro dei problemi del paziente.
- Le modalità con cui i pazienti concettualizzano i loro problemi e le loro esperienze di vita possono dire molto su chi sono in realtà
- Cercare sempre di individuare i fattori stressanti che possono scatenare i sintomi o gli stati emozionali
- Prestare attenzione alle forme di comunicazione non verbale
- Basarsi sulle informazioni derivate dal transfert e dal controtransfert per meglio comprendere le difficoltà incontrate dal paziente nel corso delle sue relazioni interpersonali passate e presenti
- Osservare come i meccanismi di difesa emergono nelle resistenze manifestate nel corso dei colloqui di valutazione
- Cercare di prevedere la modalità con cui i pattern relazionali del paziente possono venir riprodotti durante la psicoterapia e influenzare il suo decorso
- Non dimenticare mai che una formulazione psicodinamica è solo un'ipotesi o un insieme di ipotesi.

III

Le basi pratiche della psicoterapia

Alcuni pazienti iniziano la terapia con lo stesso terapeuta che ha condotto il colloquio o la valutazione iniziale. Quando invece vengono inviati un collega, le modalità con cui quest'ultimo descrive il paziente contengono molte informazioni importanti, soprattutto per quanto concerne le dinamiche di transfert e controtransfert. se un paziente ci viene presentato da un collega come speciale, ecco che dovremo stare attenti all'idealizzazione transferale che nasconde.

Nel corso delle prime sedute si esamineranno le possibili reazioni suscitate nel paziente dal processo di valutazione condotto dal collega, così come la completezza della raccolta dei dati anamnestici.

Le prime sedute sono volte a una conoscenza reciproca, alla creazione di un'alleanza tra terapeuta e paziente che sia caratterizzata da empatia e partecipazione. Un'alleanza terapeutica positiva svolge infatti un ruolo importante nel mediare il cambiamento sintomatologico e costituisce una condizione necessaria per un'efficace interpretazione del conflitto inconscio.

Esistono ricerche che si sono occupate di studiare delle linee guida che favoriscano lo sviluppo di un'alleanza terapeutica : ascoltare il paziente con attenzione e sensibilità ad esempio, trasmettendo fiducia, calore e comprensione; esplorare lo svolgimento della seduta e gli stati affettivi del paziente senza atteggiamenti giudicanti, identificare nuovi temi da affrontare per raggiungere livelli più profondi di comprensione e insight.

Il terapeuta deve suscitare curiosità nel paziente affinché questo si sforzi di collaborare all'identificazione di obiettivi del trattamento ragionevoli, che, una volta discussi, renderanno più solida la nascente alleanza.

Gli psicoterapeuti devono essere preparati a spiegare ai loro pazienti cosa si intende per psicoterapia; qualora ci si imbatte in pazienti particolarmente scettici può rivelarsi opportuno offrire la possibilità di un trattamento di prova della durata di tre mesi circa che testi la validità del processo. La situazione verrà successivamente riesaminata alla fine del periodo.

Nel corso di questi primi colloqui deve essere inoltre definita chiaramente la natura collaborativa della psicoterapia. I pazienti dovranno infatti aiutare il terapeuta incontrandolo a metà strada, dovranno dunque stabilire obiettivi e fornire materiale su cui lavorare perché possano essere conseguiti.

Esistono un insieme di regole e limiti professionali che si pongono a cornice di una psicoterapia psicodinamica, volti a costruire un sistema asimmetrico che sottolinei come unico scopo del terapeuta quello di aiutare il paziente ad affrontare i problemi che lo hanno condotto in terapia, così come a creare un luogo sicuro, uno spazio in cui il paziente possa sentirsi libero di giocare con i suoi sentimenti, i pensieri e i ricordi.

Il luogo e la durata delle sedute, l'onorario del terapeuta, l'assenza di contatto fisico, una limitata self-disclosure da parte del terapeuta, la confidenzialità della relazione terapeutica, l'assenza di rapporti al di fuori della terapia sono esempi di regole e limiti a cui ci si deve attenere.

Esistono tuttavia momenti in cui questi limiti vengono superati; per andare incontro a particolari esigenze del paziente, oppure quando il terapeuta agisce una risposta controtransferale. Si tratta di infrazioni benigne, lievi e talvolta utili, e possono essere discusse nell'ambito della terapia. Diverse sono invece le violazioni dei limiti come le relazioni sessuali tra terapeuta e paziente, che implicano uno sfruttamento non etico del ruolo di terapeuta e che non vengono solitamente esaminate in terapia.

Affinché lievi trasgressioni non si trasformino col tempo in violazioni più gravi, la cornice terapeutica deve essere sottoposta costantemente a un monitoraggio delle eventuali infrazioni. I terapeuti devono infatti informare il supervisore di queste e prendere nota delle cause che le hanno determinate.

Il terapeuta non deve dimenticare che è lì per il paziente; durante le sedute non può rispondere a telefonate o messaggi ed è preferibile che prenda nota degli elementi emersi in seduta solo alla fine di questa per non ostacolare l'immersione nel controtransfert indotto dal paziente carico di informazioni terapeutiche importanti.

L'onorario rappresenta uno dei problemi più difficili per i terapeuti principianti. Non bisogna dimenticare che esso costituisce una componente che ricorda che la relazione terapeutica non è un'amicizia né un rapporto familiare o sentimentale. La psicoterapia deve inoltre comportare un certo grado di sacrificio da parte dei pazienti che diversamente potrebbero desiderare che il processo non abbia mai fine o non sentirsi motivati sufficientemente al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Spesso i pazienti provano il desiderio di fare dei regali. Quando sono poco costosi o sono fatti dal paziente stesso possono essere accettati con gratitudine, a seconda del tipo di paziente o della fase della terapia., al fine di non ostacolare l'alleanza terapeutica e non minare l'autostima del paziente. Il loro significato deve comunque essere discusso in sede di terapia, per valutare con il paziente la presenza di eventuali scopi nascosti.

Nel caso sussistano dubbi è sempre meglio rimandare la decisione e discuterne con il supervisore.

Il rispetto della privacy è parte essenziale della psicoterapia. Quando incontra il paziente in un luogo pubblico deve far mostra di riconoscerlo solo se è il paziente per primo a fare un cenno di saluto. Alcuni pazienti preferiscono tenere per sé il fatto di essere in terapia.

Un caso difficile può essere quando un telefona per essere informato circa i progressi del paziente. In circostanze simili il terapeuta può ascoltare quanto la persona ha da dire ma ha poi l'obbligo di informarlo che nulla di quanto appreso in terapia può essergli rivelato e che nella seduta successiva il parente dovrà essere informato del contatto telefonico.

IV

Interventi terapeutici

Neutralità, riservatezza e astinenza sono aspetti imprescindibili del comportamento del terapeuta.

Con neutralità si intende che il terapeuta deve astenersi dall'assumere una qualsiasi posizione giudicante nei confronti di desideri, pensieri, sentimenti e talvolta anche dei comportamenti del paziente. La terapia infatti non deve essere coercitiva.

La riservatezza si rifà invece al concetto di asimmetria della relazione terapeutica. Al centro dell'attenzione ci deve essere il paziente, per cui il terapeuta deve astenersi dal parlare della sua vita privata, della sua famiglia o dei suoi problemi personali.

Il principio dell'astinenza ricorda infine di evitare un'eccessiva gratificazione dei desideri transferali del paziente. I terapeuti possono fornire notevole gratificazione già solo ascoltando attentamente e calorosamente quanto il paziente riporta.

Lo strumento principale del terapeuta psicomotivo è l'interpretazione.. essa fornisce insight e comprensione al paziente, rendendolo consapevole di elementi che si trovano al di fuori della sua conoscenza.

Il lavoro interpretativo può spesso focalizzarsi su desideri inconsci, fantasie e credenze, componenti che appaiono nelle relazioni infantili, in quelle presenti al di fuori della terapia e nel transfert. Per quanto concerne il transfert vediamo come esso emerga chiaramente dal modo con cui il paziente dialoga e si relaziona con il terapeuta. I sentimenti che nascono in questo frangente possono restare inconsci in un primo momento. Come regola generale, il terapeuta dovrebbe postporre l'interpretazione del transfert fino a quando questo non sia quasi cosciente e pertanto accessibile alla consapevolezza del paziente. Qualora l'interpretazione fosse prematura, infatti, il paziente potrebbe risultare incapace di seguire quanto il terapeuta sta dicendo e sentirsi di conseguenza incompreso.

L'interpretazione può anche rivolgersi a temi correlati alle resistenze. Il terapeuta può rendere consapevoli i pazienti dell'uso di determinati meccanismi di difesa e degli aspetti a cui sono rivolti.

Lungo il continuum espressivo-supportivo l'asse può orientarsi verso interventi di carattere più espressivo non solo in funzione del numero di interventi esplorativi ma anche in funzione di una maggiore enfasi riferita alle dinamiche transferali.

A volte è preferibile astenersi dal fornire un'interpretazione del transfert; quando è prevalentemente positivo, ad esempio, facilita di molto il lavoro terapeutico. Di norma deve essere interpretato quando diventa una resistenza al processo. In tal senso un esempio è fornito dal transfert negativo.

I transfert tendono ad essere multistratificati. In un transfert erotico si possono ad esempio riconoscere diversi temi.

I terapeuti non devono mai scordare che il transfert è un mezzo per raggiungere un obiettivo, non un obiettivo in sé; esso va infatti usato per aiutare il paziente a comprendere relazioni significative al di fuori della terapia.

Le caratteristiche del transfert cambiano inoltre nel corso della terapia così come cambia la qualità affettiva che li accompagna.

In una psicoterapia psicodinamica molto di ciò che fa il terapeuta è non interpretativo. Troviamo infatti diversi tipi di interventi che si collocano lungo il continuum espressivo-supportivo.

Considerando questo come linea guida possiamo notare come l'osservazione venga subito dopo l'interpretazione e si differenzi da essa in quanto non include il tentativo di spiegazioni o collegamenti.

La confortazione comporta invece il tentativo di indirizzare l'attenzione del paziente verso temi di cui è conscio ma che tendenzialmente evita.

La chiarificazione vuole fare chiarezza appunto relativamente a temi che appaiono vaghi, confusi o sconnessi; può aiutare sia il paziente a riconoscere un determinato pattern, sia il terapeuta a verificare la correttezza delle sue deduzioni.

Avvicinandoci al polo supportivo troviamo l'incoraggiamento a elaborare e la validazione empatica, interventi mirati soprattutto a rafforzare l'alleanza terapeutica.

La validazione empatica riflette il tentativo del terapeuta di immergersi nello stato interno del paziente. Si tratta di un momento molto delicato, soprattutto nelle prime fasi della terapia, in quanto porta il paziente a sentirsi compreso e accettato.

Non è consigliabile forzare i tempi iniziando troppo presto a fare interpretazioni e usare la confortazione sul materiale transferale. Molti pazienti devono essere preparati prima a questo momento attraverso l'uso di altri interventi. Monitorare le fluttuazioni dell'alleanza terapeutica in funzione del lavoro sul transfert può essere un modo efficace di controllare l'utilità dell'interpretazione.

In corrispondenza del polo supportivo si trovano gli interventi psicoeducativi, i consigli e gli elogi.

Al fine di fare ipotesi circa eventuali sviluppi del transfert è utile volgere l'attenzione ai racconti che il paziente riferisce relativamente a precedenti esperienze con medici o figure dotate di una certa autorità.

il genere può influenzare lo svolgimento della terapia. Il transfert, infatti, si basa su relazioni oggettuali interne inscritte nei circuiti neurali nei primi anni di vitae che coinvolgono un Sé, un oggetto e un affetto che li lega. Si vede allora come caratteristiche reali del terapeuta possa evocare una determinata rete neurale anziché un'altra; il sesso del paziente sarà allora un impotente indicatore relativamente allo sviluppo del transfert.

V

Obiettivi e azione terapeutica

Stabilire quali siano i meccanismi dell'azione terapeutica è un compito arduo; innanzitutto è necessario creare uniformità nella concettualizzazione degli obiettivi della terapia psicodinamica. Gli obiettivi della terapia stanno infatti all'azione terapeutica come la meta di un viaggio sta al mezzo di trasporto scelto per giungere a destinazione. Tuttavia noi possiamo vedere come il viaggio psicoterapeutico abbia una molteplicità di destinazioni, legate al paziente e alla prospettiva teorica del terapeuta.

Alcuni obiettivi della psicoterapia psicodinamica

- Risoluzione del conflitto: secondo la psicologia dell'Io conflitti e sintomi sono legati a formazioni di compromesso. Scopo della terapia è esplorare la natura dei conflitti inconsci e risolvere i sintomi che essi producono. I conflitti non vengono eliminati ma si instaurano formazioni di compromesso più efficaci e adattive.
- Ricerca della verità: obiettivo del processo terapeutico è la conoscenza di sé, terapeuta e paziente lavorano sulla distinzione fatta da Winnicott tra vero e falso Sé.
- Maggiore capacità di cercare oggetti-Sé appropriati: Kohut sostiene che non superiamo mai il bisogno che altri svolgano per noi determinate funzioni; queste funzioni oggetto-Sé sono necessarie alla nostra sopravvivenza. Obiettivo della terapia è aiutare il paziente a usare questi oggetti-Sé in modo più maturo e opportuno.
- Miglioramento delle relazioni interpersonali come risultato di una maggiore comprensione delle proprie relazioni oggettuali interne: obiettivo della terapia in questo caso sarà aiutare il paziente a capire come rappresentazioni interne di sé e degli altri influenzino le relazioni interpersonali nel mondo esterno e in questo modo reintegrare aspetti di sé che vengono ripetutamente proiettati negli altri.
- Creazione di significato all'interno del dialogo terapeutico: esiste una tensione dialettica tra scoperta di significati inconsci già presenti da tempo e la creazione di significati attraverso il dialogo a cui contribuiscono sia il terapeuta che il paziente.
- Miglioramento della mentalizzazione: alla fine del trattamento il paziente dovrebbe essere capace di distinguere tra la rappresentazione interna di una persona e ciò che questa è nella realtà esterna e avere un senso del mondo interno degli altri e riconoscerlo come diverso dal proprio.

Gli obiettivi del paziente possono essere in contrasto con quelli del terapeuta perché i due individui hanno del processo terapeutico un concetto diverso.

Terapeuta e paziente devono definire obiettivi perseguibili insieme, in un processo di attiva collaborazione; devono inoltre ridefinirli periodicamente in funzione di come procede il trattamento.

L'azione terapeutica si esplica attraverso molteplici meccanismi. Un terapeuta esperto deve essere capace di modulare gli approcci usati nei vari processi in funzione delle necessità del paziente che si trova di fronte.

Blatt, in uno studio sistematico delle popolazioni cliniche in trattamento a lungo termine, ha riscontrato che pazienti con patologia anaclitica sembravano essere meno responsivi all'insight attraverso l'interpretazione ma traevano benefici dalla relazione terapeutica in sé. Diversamente, pazienti affetti da patologie introiettive sembravano rispondere meglio a insight e interpretazione. I terapeuti devono comunque tenere presente che i pazienti spesso presentano una miscela di queste caratteristiche e traggono miglioramento sia dalla relazione che dall'insight.

Come si verifica il cambiamento e cosa deve fare il terapeuta per facilitarlo?

Gli obiettivi possono essere definiti come modificazioni di reti associative inconscie. Oggetto del cambiamento saranno allora le connessioni inconscie tra uno stato emozionale e una rappresentazione oggettuale, così come le reti associative che stanno alla base degli stili difensivi usati dal paziente per regolare gli stati emozionali.

Il cambiamento delle reti associative coinvolge due processi specifici: il primo è l'indebolimento dei legami esistenti tra le componenti di un circuito che sono state attivate insieme per anni e una generale riduzione del loro livello di attivazione, il secondo è una modificazione strutturale nei circuiti neurali che portano alla creazione di nuovi legami associativi e al rafforzamento di legami precedentemente deboli.

Per anni l'enfasi è stata posta sull'assunto che gli interventi più significativi fossero quelli rivolti ai processi più profondi, inconsci. Questo a grandi linee è vero; tuttavia non bisogna dimenticare che diversi processi consci possano essere comunque fonte di notevole sofferenza. Processi impliciti ed espliciti sono psicologicamente e neurologicamente diversi ed è molto probabile che una terapia volta solo ai processi consci lasci invariati molti circuiti associativi rilevanti.

Il terapeuta deve aiutare il paziente a distinguere due modalità rilevanti di riflessione su se stessi: l'introspezione, che con atteggiamento curioso ed esplorativo guarda a esperienze del passato cercando la possibilità di cambiamenti nel futuro generando un senso di liberazione; e la rimuginazione, che torna dal passato accompagnata da rimpianto e rimorso perpetuando in tal modo ansia e depressione nel paziente.

Un altro oggetto dell'azione terapeutica sono gli stati affettivi consci. Lavorare su questi significa modificare frequenza e intensità di diversi stati emozionali aiutando così il paziente a gestire e identificare emozioni contraddittorie.

Un terzo obiettivo a livello conscio può essere l'esame degli stili di coping. I pazienti, ad esempio, possono essere incoraggiati ad usare l'umorismo per affrontare autocritica e realtà spiacevoli.

Possiamo indicare tre categorie di interventi volti a facilitare il cambiamento terapeutico: tecniche dirette all'alimentare l'insight, approcci che derivano da aspetti della relazione terapeutica e strategie secondarie, quali esposizione, self-disclosure e conferma.

Nella prima categoria rientrano le libere associazioni, l'interpretazione e l'osservazione da una prospettiva esterna.

Appartengono alla seconda categoria l'esperienza di un nuovo tipo di relazione, l'interiorizzazione di funzioni e atteggiamenti emotivi del terapeuta così come di strategie cosce di riflessione su se stessi e l'identificazione di temi transferali- controtransferali ricorrenti.

Rientrano infine tra le strategie secondarie l'uso più o meno esplicito della suggestione, la confrontazione di credenze disfunzionali, l'esame di metodi consci di problem-solving, l'esposizione, le forme di self-disclosure, la conferma e le tecniche facilitatorie.

VI

Lavorare con la resistenza

All'interno del setting interpersonale della terapia, le difese tipiche del paziente emergono sotto forma di resistenze, fornendo notevoli informazioni sulla sua vita intrapsichica. Uno dei compiti del terapeuta è quello di stimolare nel paziente un atteggiamento di curiosità rivolto a esse, poiché dal loro esame possono scaturire molte informazioni circa desideri, fantasie e conflitti.

Un terapeuta deve abituarsi a gestire la resistenza con tranquillità, considerandola come una componente attesa che va compresa empaticamente e non rimossa in modo brusco. Il silenzio, ad esempio, può avere molti significati, ma bisogna attendere che il tempo faccia il suo corso e ce li possa svelare.

Acting out/ acting in

Il termine acting in viene usato per definire quei comportamenti non verbali messi in atto dal paziente all'interno della terapia e associati a significati rilevanti che richiedono una spiegazione. L'acting out si riferisce invece a quei comportamenti che hanno luogo al di fuori della terapia e che presentano significati solitamente correlati a tematiche transferali.

L'acting in è definito principalmente da tre caratteristiche: si tratta di una forma di comportamento non verbale che coinvolge la muscolatura somatica; è associato a un'intenzionalità conscia o inconscia e a significati che possono contribuire all'esplorazione delle dinamiche; l'azione o le sue conseguenze si verificano durante le sedute e il terapeuta le può osservare direttamente.

A causa della loro natura variabile, non è possibile stabilire strategie generali ottimali per gestirle. Tuttavia non va dimenticato che si tratta sempre di comportamenti che devono essere compresi empaticamente in quanto possono comunque fornire informazioni preziose.

Alcuni pazienti presentano resistenze che comportano la negazione dell'importanza del terapeuta, come avviene ad esempio con pazienti con organizzazione narcisistica della personalità, dove l'apparente assenza di transfert è il transfert stesso. Con questo tipo di pazienti è utile procedere molto lentamente, aspettando pazientemente la comparsa di segni inequivocabili di sentimenti di transfert che possono ad esempio emergere da sogni o commenti estemporanei portati all'inizio o alla fine della seduta. Spesso infatti le frasi pronunciate poco prima di andarsene sono quelle più cariche di sentimenti transferali. Le frasi di commiato meritano, ad esempio, particolare attenzione

poiché nascondono molti significati ed è improbabile che il paziente ne riproponga i contenuti nella seduta successiva. Esse sono infatti ricche di sentimenti generati dalle separazioni precedenti e possono riflettere conflitti rispetto ad una separazione dal terapeuta.

Un altro esempio di resistenza si può osservare quando il paziente ritiene troppo precocemente di essere “guarito”; questo atteggiamento è il risultato, infatti, di strategie difensive volte a evitare la discussione di conflitti o stati affettivi che inducono sofferenza e non sono ancora stati sufficientemente esplorati. Può accadere che il paziente insista in questo atteggiamento e in tal caso la cosa più saggia da fare è accettarne la decisione e iniziare contemporaneamente a preparare il terreno per un eventuale successivo ritorno.

Arrivare in ritardo o non presentarsi affatto alle sedute costituisce una forma frequente di resistenza e come tale deve essere valutata attentamente.

VII

Sogni e fantasie nella psicoterapia dinamica

Il lavoro sui sogni è sempre stato considerato parte integrante della psicoanalisi e della terapia psicodinamica.

Uno degli assunti fondamentali della psicoanalisi è che il sogno costituisce la versione mascherata di un desiderio. Secondo Freud, il contenuto del sogno viene distinto in due livelli: manifesto, percepito superficialmente, e latente, correlato ai desideri inconsci che, minacciando di provocare il risveglio, sono deformati attraverso un processo di censura. A questo scopo intervengono diversi meccanismi di difesa, quali condensazione, spostamento e rappresentazione simbolica. Successivamente i diversi meccanismi vengono organizzati per mezzo dell’elaborazione secondaria, che tenta di dare un senso e una storia all’insieme.

Per comprendere un sogno, è necessario indagare le associazioni che il paziente compie su esso. È consigliabile posporre l’interpretazione finché il paziente non ne ha commentato i contenuti; spesso, infatti, le associazioni del paziente aprono prospettive inattese.

I sogni possono essere fonte di resistenza: il paziente, ad esempio, può considerare il terapeuta come un mago o affermare di non avere nessuna associazione da fare in merito al sogno, oppure usare l’intera seduta per l’esposizione di materiale onirico impedendo così al terapeuta di lavorare sui sogni descritti.

La fantasia è uno dei mezzi principali a cui ricorriamo per far fronte alle delusioni della realtà; le fantasticherie, infatti, spesso ci danno gratificazioni sostitutive per desideri che resterebbero altrimenti insoddisfatti.

Sogni ad occhi aperti e reverie sono spesso intesi come sinonimi di fantasia, ma probabilmente ne rappresentano solo una parte specifica. I sogni ad occhi aperti sono infatti consci e hanno una trama precisa; svolgono importanti funzioni psicologiche.

Altre fantasie sono tuttavia inconscie ed emergono solo attraverso il lavoro terapeutico; a volte diventano evidenti all'interno della relazione transferale.

Molti pazienti credono che il terapeuta, quando chiede a loro di parlare di eventuali fantasie, faccia riferimento a fantasie di natura sessuale, e per questo si imbarazzano, soprattutto per quanto riguarda fantasie correlate alla sua figura. È quindi spesso necessario intervenire chiarendo il significato del termine nell'ambito della psicoterapia.

Le fantasie erotiche sono molto importanti per la psiche umana; esse rappresentano infatti finestre sul mondo delle relazioni oggettuali, dei conflitti inconsci e delle ferite narcisistiche, così come dei traumi del passato. Ogni adulto presenta un pattern erotico specifico definito da Person impronta sessuale. Queste impronte possono corrispondere alla personalità dell'individuo o scostarsene enormemente. L'eccitazione che ne scaturisce può inoltre associarsi a un profondo senso di vergogna. Tutto questo può apparire inaccettabile al paziente, che può quindi tentare di tenerlo nascosto. Compito del terapeuta è cercare di gestire simili fantasie e timori associati con molto tatto.

Come abbiamo visto la fantasia è onnipresente; un modo per identificarla e decifrarla è quindi quello di individuare un desiderio, una risposta immaginaria a questo da parte di un'altra persona e una successiva risposta da parte del Sé.

L'esplorazione delle aspettative e delle delusioni associate agli altri generalmente fornisce la via per scoprire i dettagli della vita fantastica di un paziente.

VIII

Lavorare sul controtransfert

Il controtransfert costituisce una componente costante e imprescindibile della terapia; si tratta infatti di una parte fondamentale del lavoro quotidiano del terapeuta.

I sentimenti di controtransfert sono il risultato di un processo a cui contribuiscono congiuntamente terapeuta e paziente: il terapeuta porta infatti nella diade il suo passato, ma allo stesso tempo il paziente induce in lui delle precise reazioni.

Le nozioni di identificazione proiettiva ed enactment controtransferale sono diventate parte integrante del lavoro di psicoanalisti e psicoterapeuti psicodinamici. I due concetti coinvolgono processi simili: il primo trae origine dal pensiero kleiniano e dalla teoria delle relazioni oggettuali, il secondo si è sviluppato in seno al lavoro degli psicologi dell'Io statunitensi.

La definizione di identificazione proiettiva prevede due fasi: la prima è una rappresentazione del sé o di un oggetto che viene disconosciuta attraverso il suo spostamento inconscio su un'altra persona; la seconda avviene quando il soggetto che proietta esercita una pressione interpersonale che spinge l'altra persona a sperimentare o a identificarsi inconsciamente con quanto è stato proiettato. Il primo processo è un tipo di transfert, il secondo può essere considerato come un controtransfert.

Nel contesto di una psicoterapia esiste poi una terza fase costituita da chi riceve la proiezione, ovvero il terapeuta, il quale la contiene, la tollera e ne elabora i contenuti in modo che possano essere successivamente ripresi e reintroiettati dal paziente.

La risposta controtransferale generata nel terapeuta deve essere vista come una struttura latente che viene in qualche modo evocata dalla pressione esercitata dal paziente. Anche quando il terapeuta la percepisce come una forza esterna, quello che in realtà sta accadendo è che una rappresentazione del Sé o di un oggetto rimossa è stata attivata dalla pressione interpersonale del paziente. Il terapeuta può rendersi conto di ciò quando riconosce di avere comportamenti che normalmente non gli appartengono.

Tuttavia a volte le manifestazioni controtransferali sono più sottili. Restando almeno inizialmente a livelli inconscio, il terapeuta può riconoscerle solo attraverso varie forme di comportamento.

L'identificazione proiettiva può coinvolgere la rappresentazione del Sé o di un oggetto. quando il terapeuta si identifica con un aspetto del Sé il processo, indicato come controtransfert concordante, è strettamente correlato all'empatia; quando si identifica invece con la rappresentazione proiettata di un oggetto, il fenomeno viene definito come controtransfert complementare.

Per il terapeuta la sfida è quella di riuscire a identificare l'origine dei vari elementi che contribuiscono a generare un determinato controtransfert.

Davanti a un dato paziente, non tutti i terapeuti avranno la stessa risposta controtransferale; la sua natura infatti sarà determinata in parte anche dal mondo interno del terapeuta stesso.

Una volta identificato, il controtransfert può essere gestito.

Il terapeuta deve infatti saper resistere agli attacchi che il paziente infliggerà, comprendendo e contenendo i sentimenti controtransferali, al fine di promuovere il cambiamento.

Egli può inoltre avvalersene per avanzare un'interpretazione sul mondo interno del paziente. Ciò che viene esteriorizzato con il terapeuta riflette infatti una costellazione Sé-altro presente in questo mondo interno.

Anche ricorrere cautamente a momenti di self-disclosure dei propri sentimenti può in certi casi risultare terapeutico, al fine di aiutare il paziente a comprendere l'impatto che ha sugli altri.

Troviamo infine diversi tipi di controtransfert che sono comunemente osservabili: la fantasia di "salvare" il paziente, avvertire sensazioni di sonnolenza o noia, oppure di incapacità e impotenza, oppure ancora provare sentimenti di natura erotica.

Il modo migliore di gestire queste fantasie resta quello di identificarle precocemente, prima che si traducano in trasgressioni dei limiti della terapia, e di ribadire le regole del setting terapeutico.

IX

Rielaborazione e conclusione della terapia

La rielaborazione è il processo che induce quei cambiamenti che portano il paziente a una conclusione naturale della terapia. Essa si concentra molto sul lavoro che si opera con le resistenze e sulla presa di coscienza da parte del paziente di avere un ruolo attivo nel determinare il corso della propria vita.

Spostando l'accento sulle teorie delle relazioni oggettuali e dell'attaccamento, possiamo vedere come si presti maggiore attenzione alla rielaborazione della relazione con il terapeuta, come nuovo oggetto capace di modificare vecchi pattern di relazioni oggettuali. Questa inoltre prevede l'identificazione delle modalità con cui la relazione con il terapeuta riflette passate relazioni infantili e relazioni presenti extratransferali.

Nel corso del trattamento il paziente interiorizza un modo di vedere se stesso e il suo mondo interno che gli viene proposto dal terapeuta: il punto di vista di quest'ultimo è parte integrante del processo di rielaborazione. Contemporaneamente il terapeuta resiste ai tentativi del paziente di trasformarlo in qualcosa di diverso affinché quest'ultimo sappia accettare apertamente sia il terapeuta per quello che è sia i limiti della relazione.

Può accadere che la rielaborazione della relazione con il terapeuta nasconda momenti di difficoltà e rottura, cui faranno seguito fasi di riparazione. Perché questo accada è tuttavia necessario che venga esaminato ciò che le ha generate.

Assistiamo quindi a un passaggio da una prospettiva soggettiva a una in terza persona: il terapeuta deve infatti validare empaticamente l'esperienza soggettiva in prima persona del paziente, ma contemporaneamente fargli accettare la propria esperienza come prospettiva esterna in terza persona.

Perché questo avvenga è necessario innanzitutto promuovere nel paziente la capacità di mentalizzazione, suscitandone la curiosità o focalizzandosi sui suoi stati della mente.

A volte, durante il processo di rielaborazione, capita che ci si imbatta in situazioni di stallo; in questi casi la strategia migliore è quella di considerare la possibilità che il transfert e il controtransfert abbiano ricreato la relazione oggettuale interna del paziente più potente e tenacemente difesa. Qualora questo possa essere discusso con il paziente sarà possibile superare l'impasse. A volte l'impasse riflette un fenomeno noto come reazione terapeutica negativa; ecco allora che gli sforzi fatti dal terapeuta per aiutare il paziente si traduce in un peggioramento delle sue condizioni.

Raramente la conclusione di una terapia avviene in modo regolare e ordinato. A livello puramente ideale terapeuta e paziente a un certo punto si troveranno concordi nel ritenere raggiunti gli obiettivi posti all'inizio della terapia, i sentimenti transferali saranno stati risolti e i cambiamenti intrapsichici si saranno tradotti in reali cambiamenti nella vita del paziente. A questo punto si passerà alla definizione di un determinato periodo di tempo dedicato alla fase terminale della terapia.

Nella realtà assistiamo a infinite variazioni sul tema. Ecco elencati alcuni esempi di possibili conclusioni della terapia:

- Basata sull'accordo tra terapeuta e paziente rispetto al raggiungimento degli obiettivi
- Programmata inizialmente in base al numero di sedute
- Forzata in quanto determinata dal trasferimento del paziente o del terapeuta o ancora da motivi economici
- Unilaterale decisa dal paziente che non ritiene più utile proseguire la terapia o dal terapeuta che lo indirizzerà verso un collega
- Fallimento del tentativo di porre fine che porta a uno stato di paziente a vita
- Definizione di un termine come strategia terapeutica

Nelle terapie a tempo determinato in un certo senso la conclusione comincia ancora con le prime fasi del trattamento. In questi casi bisogna aiutare il paziente quando sarà il momento a non sentirsi completamente passivo in quella che percepisce come una situazione di abbandono. Deve altresì superare il lutto della perdita della fantasia di un terapeuta sempre disponibile e affrontare la realtà che tutte le relazioni interpersonali sono destinate prima o poi a finire.

Può capitare che la prospettiva di una conclusione riaccenda dei sintomi nel paziente, in parte come protesta a una perdita che avvertono come imposta.

In questo delicato momento anche i limiti della relazione terapeutica possono diventare più labili; bisogna dunque prestare particolare attenzione affinché questi non vengano superati.

X

La supervisione

La supervisione solitamente ha cadenza settimanale.

Esistono diverse modalità di raccolta dei dati che verranno mostrati al supervisore: si può ricorrere a registrazioni audio o video o all'uso di note scritte. Ognuno di questi tuttavia comporta vantaggi e svantaggi che possono scaturire da un influenzamento più o meno conscio da parte del paziente circa la presenza di elementi quali un video o audioregistratore.

Anche prendere appunti durante la seduta è sconsigliato in quanto il terapeuta deve essere prima di tutto presente con i suoi pazienti.

Al fine della supervisione, quindi, appaiono più utili e adeguate le note scritte al termine della seduta con il paziente, che riassumeranno i temi più importanti discussi e riporteranno alcuni interventi del terapeuta.

Anche nella supervisione si instaura una forma di alleanza che ha molto in comune con l'alleanza terapeutica; il terapeuta deve infatti sentirsi al sicuro e disposto a rivelare con chiarezza e sincerità quanto accade in terapia.

Anche nella supervisione esistono regole e limiti, il più delicato dei quali riguarda il confine tra trattamento e insegnamento: il supervisore deve evitare di fornire interpretazioni sui legami tra contotransfert ed esperienze infantili del terapeuta, focalizzandosi sul controtransfert come insieme delle risposte indotte dal paziente. Nel corso della supervisione spesso si genera un processo parallelo, per cui quanto avviene tra supervisore e terapeuta riflette aspetti della relazione terapeuta-paziente; questo tipo di fenomeno non va trascurato e deve essere esaminato senza paura in quanto rivelatore di altre difficoltà incontrate dal terapeuta durante la terapia.

In ultimo, anche dopo i primi anni di formazione il terapeuta dovrebbe includere nella sua pratica professionale un regolare ricorso al consulto con colleghi, come occasione utile al continuo miglioramento delle sue capacità e momento ideale per evitare eventuali trasgressioni dei limiti della relazione terapeutica.

XI

Competenze di base nella psicoterapia dinamica a lungo termine

È un compito molto complicato fare una valutazione delle competenze nel campo della psicoterapia psicodinamica. La nozione stessa può essere associata ad aspettative relativamente modeste quali un grado di preparazione minimo sufficiente al fine di esercitare la professione al termine del periodo di formazione.

Una valutazione più completa dovrebbe essere condotta in base a criteri alle caratteristiche specifiche dei programmi di formazione.

All'interno di tre aree generali di competenza quali le conoscenze teoriche, le capacità e le diverse attitudini, può essere individuata tutta una serie di variabili che possono determinare diversi metodi di valutazione: la presentazione di casi orale o scritta, esami orali o scritti, osservazione diretta o registrazioni audio-video delle sedute di terapia, supervisione. Alcuni di questi metodi sono più indicati per valutare le dovute competenze teoriche, altri si concentrano invece maggiormente sulle diverse capacità e attitudini.

La supervisione resta comunque ad ogni modo il sistema di valutazione più affidabile, in quanto fornisce una prospettiva longitudinale sul livello di preparazione del terapeuta.

Le nuove tecnologie e la psicoterapia: approfondimento del trattamento del disturbo d'ansia sociale



Elena Grassi*, Nicola Marsigli*

*[Ricevuto il 30 ottobre 2020
Accettato il 31 dicembre 2020]*

Sommario

Il disturbo d'ansia sociale (DAS) è uno dei disturbi psicologici più comuni e disabilitanti che, se non trattato, tende a cronicizzarsi provocando danni significativi alla qualità di vita di una persona nonché a comportare ingenti costi sociali.

Nonostante l'elevata prevalenza del disturbo, solo il 10% delle persone infatti riceve farmacoterapia e psicoterapia da personale qualificato. Esistono infatti diverse barriere per l'accesso al trattamento tra cui la paura della stigmatizzazione e del giudizio negativo e l'aspettativa che altri possano giudicare imbarazzante il proprio comportamento o i propri sintomi fisici. La natura stessa del disturbo è una delle ragioni principali che impedisce alle persone di chiedere una consulenza professionale. Gli interventi basati sulle nuove tecnologie di comunicazione, che recentemente si stanno facendo strada nel mondo della salute mentale, hanno il vantaggio di poter ovviare a diverse di queste barriere. Infatti, sono stati identificati diversi strumenti che utilizzano le tecnologie informatiche e di telecomunicazione per migliorare attività di prevenzione, diagnosi e terapia.

Negli ultimi anni diversi studi ne hanno dimostrato l'efficacia su una varietà di disturbi tra cui il disturbo d'ansia sociale.

Scopo del presente articolo è quello di fornire una revisione narrativa delle risorse presenti ad oggi nel campo delle nuove tecnologie utilizzabili e sfruttabili nel campo della salute mentale e in particolare nel disturbo d'ansia sociale.

Parole chiave: disturbo d'ansia sociale, terapia on-line, ricerca di trattamento, realtà virtuale.

* Istituto di psicologia e psicoterapia comportamentale e cognitiva (IPSICO), Centro d'Eccellenza per il Disturbo d'Ansia Sociale (CEDAS).

Autore corrispondente: Elena Grassi, Istituto di psicologia e psicoterapia comportamentale e cognitiva (IPSICO), Centro d'Eccellenza per il Disturbo d'Ansia Sociale (CEDAS), Via Mannelli 139, Firenze. e-mail: elena_grassi@hotmail.it

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN 2281-6046), n. 47/2020

Doi: 10.3280/qpc47-2020oa11208

101

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - NoDerivatives License.
For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org/>.

Elena Grassi, Nicola Marsigli

Abstract

New technologies and psychotherapy: in-depth study of the treatment of social anxiety disorder

Social Anxiety Disorder (SAD) is one of the most common and disabling psychological disorders and it tends to become chronic and to cause significant damage to a person's quality of life as well as leading to significant social costs.

Despite the high prevalence of the disorder, only 10% of people in fact receive pharmacotherapy and psychotherapy from qualified professionals. Indeed, there are several barriers to accessing treatment including fear of stigmatization and negative judgment or the expectation that others may find their behavior or physical symptoms embarrassing. The nature of the disorder is a major reason that prevents people from seeking professional advice.

Interventions based on new technologies have the advantage of being able to overcome several of these barriers. In fact, various tools have been identified that use information and telecommunication technologies to improve prevention, diagnosis and therapy activities.

In recent years, several studies have shown their efficacy on a variety of disorders including social anxiety disorder.

The purpose of this article is to provide a review of the resources currently available in the field of new technologies that can be used in the field of mental health and in particular in social anxiety disorder.

Key words: social anxiety disorder, on-line therapy, treatment seeking, virtual reality.

Che cos'è il disturbo d'ansia sociale

Il disturbo d'ansia sociale (DAS) è uno dei disturbi psicologici più comuni e disabilitanti e presenta un tasso di prevalenza stimato intorno al 12,1% (Kessler *et al.*, 2005). La prevalenza a 12 mesi del DAS è del 7% negli Stati Uniti e del 2,3% in Europa e la sua età media di insorgenza è di 13 anni. Nel DSM-IV-TR (APA, 2000), il DAS era distinto in sottotipi specifico o generalizzato, ma questa differenziazione è stata abbandonata nel DSM-5, che ha introdotto lo specificatore di ansia correlata alle prestazioni (APA, 2013).

Studi recenti (Hofmann, Boettcher e Wu, 2015) hanno suggerito che il DAS derivi da una combinazione di diversi fattori: biologici, genetici e caratteriali (come ereditarietà, inibizione comportamentale e sensibilità all'ansia), cognitivi (come un'eccessiva concentrazione su se stessi e sui pregiudizi cognitivi) e ambientali (ad esempio, stile genitoriale ed esperienze di vita precoce). Il DAS coinvolge sintomi fisiologici, cognitivi e comportamentali. A causa degli alti livelli di stress percepito nelle interazioni sociali e del conseguente evitamento, ha un forte impatto sul benessere di un individuo, influenzando il suo normale funzionamento nella vita quotidiana in più aree (Aderka *et al.*, 2012).

Inoltre, il DAS può essere associato ad alta autocritica (Cox, Fleet e Stein, 2004), altri disturbi d'ansia (Coehlo, Cooper e Murray, 2007), disturbo ossessivo-compulsivo (Assunção *et al.*, 2012), depressione (Kashdan e Roberts, 2011), disturbi alimentari (Levinson e Rodebaugh, 2012; Levinson *et al.*, 2013) e disturbi alcol-correlati (Brunello *et al.*, 2000; Kusher, Abrams e Borchardt, 2000). In generale il DAS presenta un'elevata comorbidità.

Il disturbo d'ansia sociale è caratterizzato dalla paura marcata e persistente di azioni e situazioni sociali in cui ci si trova di fronte a persone sconosciute o a un possibile esame da parte di altri (American Psychiatric Association, 2014).

La persona teme di agire in un modo umiliante o imbarazzante, l'esposizione ai sintomi temuti provoca sintomi fisici di ansia (ad es. palpitazioni, tremore, sudorazione, tensione muscolare, disturbi gastrointestinali e arrossamento) e sebbene la persona riconosca che la paura è eccessiva o irragionevole, è comunque spinta ad evitare le situazioni temute.

La diagnosi di DAS è appropriata quando l'evitamento, la paura o l'ansia anticipatoria interferisce in modo significativo con il funzionamento quotidiano o è causa di grave angoscia (American Psychiatric Association, 2014).

Esistono forme generalizzate e non generalizzate di DAS; nella forma generalizzata le paure sono legate sia alle performance in pubblico che alla maggior parte delle situazioni di interazione sociale, mentre nella forma non generalizzata le paure sono circoscritte a poche o talvolta anche ad una sola situazione.

Se non trattato il disturbo d'ansia sociale segue un decorso cronico. La terapia cognitivo-comportamentale (CBT), gli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) e gli inibitori della ricaptazione della serotonina-noradrenalina (SNRI) sono opzioni di trattamento di prima linea per il DAS. Anche se questi trattamenti sono utili, è stato segnalato che ben il 40-50% dei pazienti è resistente al trattamento o non risponde sufficientemente. Diversi fattori, come le variazioni del profilo sintomatologico e la comorbidità con i disturbi di personalità, possono essere alla base di questo insuccesso.

Disturbo d'ansia sociale e ricerca di trattamento

Il disturbo d'ansia sociale se non trattato, tende a cronicizzarsi provocando danni significativi nella vita di una persona nonché ingenti costi sociali (Alonso *et al.*, 2004; Ruscio *et al.*, 2008).

Nonostante l'elevata prevalenza del disturbo, esiste un divario tra accesso ai servizi e necessità di trattamento; solo il 10% delle persone con ansia

sociale infatti riceve farmacoterapia e psicoterapia da personale qualificato (Alonso *et al.*, 2018).

L'ansia sociale sembra rimanere tutt'oggi uno dei disturbi mentali meno trattati; esistono infatti diverse barriere per l'accesso al trattamento tra cui la paura della stigmatizzazione e del giudizio negativo e l'aspettativa che altri possano giudicare imbarazzante il proprio comportamento o i propri sintomi fisici. La natura stessa del disturbo è una delle ragioni principali che impedisce alle persone di chiedere una consulenza professionale.

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) ha dimostrato di essere altamente efficace nel trattamento del DAS ed è raccomandata come trattamento di prima linea di scelta nelle linee guida cliniche.

Sebbene esistano trattamenti efficaci, meno della metà dei malati cerca un trattamento (Issakidis e Andrews, 2002).

Una percentuale ancora minore (circa il 24%) riceve un trattamento minimamente adeguato (Issakidis e Andrews, 2002). L'accesso alle cure è ulteriormente ridotto tra gli individui nelle aree rurali, negli individui a basso reddito, nelle minoranze etniche e negli individui di età superiore ai 60 anni (Thomas *et al.*, 2007; Wang *et al.*, 2005).

Olfson *et al.* (2000) hanno mostrato che la paura di ciò che gli altri potrebbero fare, pensare o dire spesso inibisce la ricerca di un trattamento tra i pazienti con DAS.

Le caratteristiche psicopatologiche di paura del giudizio e della stigmatizzazione, che sono uniche per il DAS, interferiscono significativamente anche con la ricerca di cure mediche generali.

Secondo il National Comorbidity Survey Replication una parte nettamente prevalente di persone (il 75% delle quasi 10.000 persone intervistate) che soffrivano di disturbo d'ansia sociale o di disturbo d'ansia generalizzata, non aveva ricevuto cure nell'anno precedente allo studio (Wang *et al.*, 2005).

Una recente ricerca (Goetter *et al.*, 2018) ha indagato i motivi per cui le persone che soffrono di disturbo d'ansia generalizzato e disturbo d'ansia sociale non ricevono cure adeguate.

Sebbene la ricerca suggerisca che il motivo più comune segnalato dalle persone con DAS o GAD che non hanno ricevuto cure, sia la paura di ciò che gli altri direbbero o penserebbero, mostrando quanto sia potente lo stigma, esistono anche altri motivi comuni che includono la mancanza di risorse finanziarie e il non sapere dove ricercare cure. Inoltre appare evidente come le motivazioni più riconosciute dai pazienti con ansia sociale siano coerentemente legate all'imbarazzo, al timore del giudizio altrui e alla conseguente necessità di doversiela cavare da soli per gestire i propri problemi.

Questi dati fanno pensare a come l'accesso diretto alla cura da parte dei pazienti con DAS possa essere complicato, rendendo ancora più evidente l'esigenza, per questa tipologia di pazienti, di una possibilità di accesso indiretto alle cure. In questo le nuove tecnologie di comunicazione potrebbero fungere da facilitatori circa l'accesso a risorse utili alla cura.

Gli interventi on-line possono aiutare?

Se le barriere fondamentali nella ricerca di un trattamento da parte dei soggetti che soffrono di disturbo d'ansia sociale sono da ricercarsi principalmente nella paura del giudizio, nell'ignoranza circa come fare e dove ricevere cure e nei problemi economici, gli interventi basati sulle nuove tecnologie di comunicazione, che recentemente si stanno facendo strada nel mondo della salute mentale, hanno il vantaggio di poter ovviare a diverse di queste barriere.

Nel campo della salute mentale sono stati identificati diversi strumenti e servizi digitali che utilizzano le tecnologie informatiche e di telecomunicazione per migliorare attività di prevenzione, diagnosi e terapie delle patologie.

Strumenti on-line per la salute mentale

Le nuove tecnologie di telecomunicazione pervadono la quotidianità e fanno parte della routine di vita della maggior parte delle persone.

Siamo di fronte ad una nuova generazione di Internet, dal Web 1.0 tipico degli anni '90, caratterizzato da siti statici e poco interattivi, siamo passati al web 2.0 in cui il rapporto delle persone con la rete passa dalla consultazione passiva alla possibilità di condividere contenuti.

Con web 2.0 si intende l'insieme di tutte le applicazioni on-line che permettono un alto livello di interazione sito-utente (blog, forum, chat, o piattaforme quali Facebook, Youtube, Twitter, ecc.).

Oggi chiunque può pubblicare e diffondere contenuti on-line, senza bisogno di possedere particolari conoscenze tecniche, è cambiata la modalità di comunicazione tra le persone così come la trasmissione delle conoscenze.

Inoltre non essendo più strettamente necessario il supporto del computer, data la fruibilità di diversi devices sempre a portata di mano (come ad esempio smartphone e tablet), i contenuti telematici sono diventate accessibili praticamente in ogni momento e in ogni luogo.

Le nuove tecnologie non solo diventano onnipresenti negli spazi in cui viviamo ma anche interagiscono con ogni campo della nostra esistenza: lavoro, studio, relazioni, hobby e chiaramente anche salute.

Per quanto riguarda la salute mentale è possibile osservare un numero crescente di strumenti quali siti web, video, applicazioni, forum dedicati.

In psicologia clinica l'*E-health* prevede interventi basati sulle tecnologie che facilitano l'educazione alla salute mentale, diffondono informazioni, offrono strategie di *assessment*, di auto-aiuto e trattamenti on-line.

L'*E-health* viene visto come un mezzo per rafforzare i sistemi sanitari e migliorare la possibilità di accesso alle cure.

Rispetto alla salute mentale sono state identificate distinte categorie di strumenti on-line: siti web, che includono sia risorse con informazioni statiche sia programmi interattivi che aiutano a monitorare i sintomi, forniscono guide *self-help* e terapie on-line; applicazioni mobili fruibili attraverso smartphone e tablet; interventi attraverso i *social media* come i forum, in cui gli utenti condividono esperienze e opinioni su determinate problematiche o i blog in cui le persone attraverso diari on-line postano la loro vita personale, infine negli ultimi anni anche la realtà virtuale e la realtà aumentata sono diventati strumenti utilizzabili all'interno delle terapie. In questo lavoro ci concentreremo su interventi tramite *social media*, sull'*Internet delivered cognitive therapy* e sull'utilizzo della realtà virtuale per le terapie di esposizione.

Interventi tramite *social media*

I *social media* comprendono piattaforme che promuovono interazione sul web, come ad esempio Facebook o Twitter, i forum di discussione e i blog.

I forum sono siti di discussione on-line che raccolgono messaggi pubblicati da vari utenti. Per poter inviare un messaggio è solitamente necessario iscriversi e creare un account; i moderatori, se presenti, monitorano i messaggi e rimuovono quelli ritenuti dannosi, fuorvianti oppure non pertinenti.

I blog sono pagine web personali e completamente personalizzabili usate per pubblicare opinioni, informazioni, immagini e collegamenti.

Tali strumenti possono migliorare l'efficacia dei trattamenti tradizionali: il web può essere, infatti, usato per contattare con più facilità i professionisti, per connettersi con altre persone con problematiche comuni, per ricercare informazioni e favorire il trasferimento delle conoscenze.

Interessante è l'utilizzo di tali strumenti come risorse di riflessione in concomitanza con la terapia; in questo caso essi costituiscono un'opportunità per condividere successi e difficoltà, per ricevere sostegno sociale e dimi-

nuire lo stigma influenzando in tal modo l'aderenza al trattamento (Farrand *et al.*, 2010).

A causa della popolarità generale di tali approcci, sono stati fatti numerosi tentativi al fine di sviluppare strumenti di *E-health* per i *social media* e applicazioni dedicate al sostegno psicologico e al supporto in terapia come le schede di registrazione dell'umore o le tracce di meditazione.

Purtroppo nonostante il crescente sviluppo di tali applicazioni e la diffusione che esse hanno raggiunto tra il pubblico, quasi nessuna ricerca è stata pubblicata per stabilirne l'efficacia (Procacci e Semerari, 2019).

Internet delivered cognitive therapy

Le terapie on-line consistono in trattamenti per problematiche specifiche forniti attraverso la rete, basati su programmi di auto-aiuto; possono o meno prevedere il contatto con un terapeuta (tramite telefono, email o chat), sono generalmente sviluppate a partire da manuali di trattamento o di auto-aiuto e presentano un'interfaccia on-line con funzionalità aggiuntive caratterizzate da interattività, come test, video e forum.

Gli interventi on-line sembrano offrire una serie di vantaggi rispetto alle forme tradizionali di trattamento quali la possibilità di un'accessibilità immediata, la standardizzazione di interventi di psico-educazione e di concetti terapeutici, la flessibilità temporale e l'accessibilità economica (Yuen *et al.*, 2012). Negli ultimi anni, diversi studi hanno dimostrato l'efficacia dei programmi *Internet based* su una varietà di disturbi, quali la depressione (Christensen, Griffiths e Jorm, 2004), il disturbo di panico (Carlbring *et al.*, 2005), il disturbo d'ansia sociale (Titov *et al.*, 2008; Carlbring, Andersson e Kaldö, 2011), l'abuso di alcool (Cunningham *et al.*, 2009).

L'uso di programmi di terapia cognitivo-comportamentale (iCBT) basati su Internet risulta un mezzo economico e veloce per aumentare la qualità del trattamento disponibile e raggiungere le popolazioni sotto-servite

Il trattamento basato su Internet offre molti vantaggi rispetto alla tradizionale modalità faccia a faccia, come alta fruibilità, maggiore accessibilità e costi ridotti per i pazienti (Andersson e Cuijpers, 2009).

Diversi studi hanno cercato di valutare l'efficacia dell'utilizzo di iCBT nei pazienti con ansia sociale (Andersson *et al.*, 2006; Berger *et al.*, 2009; Titov *et al.*, 2008; Andersson *et al.*, 2014).

Proprio per le caratteristiche caratterizzanti questo disturbo, i pazienti che ne soffrono sembrano mostrare una maggior difficoltà nella ricerca e nell'accesso alle cure e gli interventi on-line sembrano ovviare in parte a questo problema.

In una revisione di 21 studi (N = 1.801) di iCBT sia guidata che non guidata, sono stati riportati ampie effetti di miglioramento sulla sintomatologia e superiorità nei risultati rispetto alla lista di attesa (Boettcher *et al.*, 2013).

I risultati del trattamento sono stati mantenuti anche quando misurati da 3 mesi a 5 anni dopo il trattamento (Hedman *et al.*, 2011b).

Le ricerche suggeriscono che l'iCBT può produrre effetti comparabili alla CBT faccia a faccia (Andrews *et al.*, 2011; Hedman *et al.*, 2011a).

I dati ad oggi presenti supportano l'efficacia di iCBT per il disturbo d'ansia sociale nel ridurre i sintomi di ansia sociale, l'angoscia, gli evitamenti e i sintomi depressivi. (Andersson e Hedman, 2013; Hedman *et al.*, 2013; Hedman *et al.*, 2014; Mewton *et al.*, 2012; Newby *et al.*, 2014; Williams e Andrews, 2013).

Questi risultati completano le scoperte iniziali sulla trasferibilità degli effetti di iCBT da studi controllati e forniscono un supporto incoraggiante per l'integrazione di iCBT per l'ansia sociale nelle cure di routine.

Realità virtuale e realtà aumentata

L'evitamento degli eventi e delle situazioni ansiogene è un fattore di mantenimento del disturbo d'ansia sociale per questo motivo una delle tecniche d'elezione del trattamento comportamentale della fobia sociale consiste nell'esposizione graduale, sia in immaginazione sia *in vivo* (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011; Heimberg *et al.*, 1985; Ponniah e Hollon, 2008). L'esposizione consiste in una serie di tecniche che si basano sul principio dell'estinzione delle risposte di evitamento alle situazioni temute.

L'obiettivo è di far prendere coscienza al paziente della diminuzione d'ansia durante l'esercizio e della sua estinzione finale dopo la ripetizione dell'esercizio stesso. Infatti, l'esposizione, attiva processi di abituação che consentono una progressiva diminuzione delle risposte fisiologiche (riduzione della frequenza del battito cardiaco, sudorazione, tachicardia ecc.), comportamentali e cognitive solitamente elicitate dalle situazioni problematiche (Marsigli, 2018).

Idealmente l'esposizione dovrebbe essere graduale, ripetuta e prolungata e questo non è sempre possibile o facilmente attuabile, soprattutto nei pazienti con ansia sociale.

Nonostante la loro comprovata efficacia, esistono alcune limitazioni da tenere in considerazione nelle tecniche di esposizione tradizionali, come ad esempio una limitata possibilità di controllo della situazione, la riluttanza

dei pazienti a esporsi in ambiente naturale, l'impossibilità di replicare determinate situazioni e di avere accesso a determinati stimoli.

Negli ultimi anni, le terapie di esposizione che utilizzano la realtà virtuale (VRET) sono diventate un'integrazione interessante all'esposizione *in vivo* e in immaginazione soprattutto nel trattamento dei disturbi d'ansia e delle fobie specifiche (Emmelkamp, Meyerbroeker e Morina, 2020).

La realtà virtuale (VR) è un'interfaccia uomo-computer che consiste in un ambiente multidimensionale generato dal computer e in una serie di periferiche d'interfaccia tecnologica che consentono agli utenti di immergersi e interagire con oggetti e altri abitanti dell'ambiente virtuale. Nella creazione dell'ambiente virtuale vengono coinvolti una serie di dispositivi hardware e software quali visori VR, joystick, guanti, piattaforme di vibrazione ecc. che interagiscono tra loro in modo da creare un realistico senso di "presenza" all'interno dell'ambiente, permettendo all'utilizzatore di immergersi completamente all'interno del mondo virtuale (Repetto e Riva, 2011).

Questo tipo di tecnologia offre diversi vantaggi in ambito clinico e per quanto riguarda la salute mentale può essere efficacemente utilizzata come passaggio di esposizione intermedio prima dell'uscita nel mondo reale (Emmelkamp, 2005).

La realtà virtuale offre la possibilità di avere un controllo sistematico degli stimoli, un'osservazione precisa dei comportamenti del paziente e consente di ripetere l'esposizione secondo necessità, personalizzando le situazioni.

Lo psicoterapeuta può realizzare l'*assessment* con il paziente, costruendo la gerarchia degli stimoli ansiosi all'interno degli scenari virtuali, per poi pianificare ed effettuare programmi di desensibilizzazione, esponendo il soggetto all'interno di ambienti virtuali protetti (Riva, 2007, 2008).

Lo svolgimento delle attività in ambienti virtuali permette al terapeuta di trattare nell'immediato il disputing sulle credenze disfunzionali, più accessibili e vivide durante l'esposizione piuttosto che in un colloquio classico. Nel caso dei disturbi fobici, il cui trattamento è basato sull'esposizione, l'utilizzo della realtà virtuale consente di fare esperienze altrimenti quasi impossibili, basti pensare alla fobia di volare, dei serpenti o degli insetti (Riva, 2011).

Per quanto riguarda i pazienti con DAS, l'esposizione *in vivo* richiede un grande sforzo temporale e non sempre è praticabile, si pensi ad esempio alla difficoltà di ricreare accuratamente situazioni interpersonali che provochino il livello appropriato di risposta alla paura nei pazienti (ad es. per condurre una terapia di esposizione per un paziente con paura di parlare in pubblico, bisognerebbe raccogliere un pubblico e regolare le reazioni).

Nel trattamento dell'ansia sociale, gli studi sull'esposizione in realtà virtuale si sono così focalizzati sulla paura di parlare in pubblico e gli ambienti virtuali utilizzati potevano essere costituiti da un pubblico posi-

tivo, neutro oppure negativo, davanti al quale l'utilizzatore doveva fare un discorso.

Studi recenti sull'efficacia dell'esposizione in VR hanno evidenziato che il sottoporsi all'esposizione in ambiente virtuale era associato a miglioramenti significativi rispetto ai gruppi di controllo (Pertaub *et al.*, 2002; Robillard *et al.*, 2010). In una recente meta analisi (Horigome *et al.*, 2020), gli autori hanno trovato come la VR sia un trattamento efficace se comparato alla esposizione *in vivo* sebbene presenti una minor efficacia nelle valutazioni ai *follow-up*. Altri studi hanno invece concentrato la loro attenzione sull'alleanza di lavoro individuando risultati non-lineari (Emmelkamp *et al.*, 2020)

Oltre che nel trattamento dell'ansia sociale l'utilizzo della realtà virtuale si è dimostrato efficace anche per altre tipologie di disturbo.

Per il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo l'applicazione della realtà virtuale si basa su un'esposizione vicaria agli stimoli ansiogeni (spesso legati alle contaminazioni) con prevenzione del rituale compulsivo. Inoltre in ambito di disturbi alimentari, la realtà virtuale è considerata un possibile strumento per la modifica di un'immagine corporea negativa (Riva, 2011). Tramite gli ambienti virtuali è possibile, infatti, porre a confronto due immagini corporee: quella reale, ottenuta dalla misurazione oggettiva del corpo del paziente, e quella che il soggetto percepisce, derivante cioè da come il paziente si vede.

Una soluzione ancora più innovativa rispetto alla realtà virtuale è rappresentata dalla realtà aumentata (AR). Tale tecnica consente di sovrapporre livelli informativi alla realtà circostante tramite l'uso di testi, video, foto o suoni attraverso adeguati strumenti digitali. Differisce dalla realtà virtuale per il fatto che l'esperienza si svolge in una combinazione tra ambiente fisico e virtuale. La AR, infatti, consente di accedere e utilizzare informazioni integrative, direttamente nel contesto reale, sovrapponendo livelli di informazione digitale allo spazio fisico. Le prime applicazioni utilizzabili su smartphone si limitavano a integrare l'immagine della fotocamera con delle informazioni.

Nel campo della salute mentale la AR è stata utilizzata nella cura delle fobie specifiche da un team di psicologi spagnoli dell'Università di Jaumea (Riva *et al.*, 2016). Tramite un casco munito di una telecamera e di un monitor, all'ambiente reale veniva aggiunta l'immagine di scarafaggi digitali, le cui dimensioni e quantità potevano essere modificate a piacimento da chi controllava l'esperimento.

La AR offre dunque notevoli potenziale per aiutare l'esposizione *in vivo* modulando l'esperienza del paziente anche in pazienti con disturbo da stress post-traumatico associato a paura ed evitamento di luoghi pubblici affollati.

Programmi di AR potrebbero essere utilizzati per incrementare gradualmente la misura in cui gli spazi disponibili vengono occupati dalle persone, inoltre sarebbe possibile aggiungere anche caratteristiche specifiche, come individui che indossando abiti tradizionali mediorientali o con caratteristiche che comunque consentirebbero ai pazienti di avvicinarsi il più possibile ad una rappresentazione specifica rispetto alle loro fobie e traumi (Botella *et al.*, 2010).

Così come per la realtà virtuale anche con la realtà aumentata è possibile infatti creare esposizioni che in ambiente naturale non sarebbero possibili.

Discussione

Una vasta parte della popolazione nei paesi in via di sviluppo non ha accesso a cure per la salute mentale (Nazioni Unite, 2020), mentre nei paesi sviluppati una larga parte della popolazione non è in grado di accedere a trattamenti *evidence-based* per la salute mentale (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2019). I pazienti con disturbo d'ansia sociale sembrano scontare un ulteriore problema connesso, come già descritto, al disturbo stesso e alle contingenze sintomatologiche, rendendo molto complicato per questi pazienti l'accesso alla terapia.

Appare sempre più imperativo per la psicoterapia trovare una soluzione per questo problema, non sottovalutando gli elevati costi sociali dell'ansia sociale (Dams *et al.*, 2017; Stuhldreher *et al.*, 2014).

Sarebbe davvero importante se lo sviluppo tecnologico potesse permettere un accesso diretto e a costi contenuti per i pazienti con disturbo d'ansia sociale ad un primo livello di terapia, quella on-line.

Si potrebbero ipotizzare diversi scenari in funzione del diverso livello di gravità del paziente con ansia sociale.

Come già descritto un elevato numero di persone che soffrono di ansia sociale mostra difficoltà nell'accesso alle cure. Per facilitare tale processo sarebbe auspicabile rendere facilmente accessibili e conosciuti i trattamenti on-line, quali l'iCBT, che dovrebbero però prevedere una maggior presenza e disponibilità di un terapeuta così da abituare gradualmente il paziente all'interazione sociale. Questo potrebbe favorire un più facile passaggio dove necessario alla terapia *vis à vis*.

Quando invece si ha a che fare con pazienti la cui ansia sociale è così grave da sconfinare nel ritiro sociale l'uso delle nuove tecnologie diventa quasi imprescindibile. Nei casi di ritiro sociale o di ansia sociale severa, la presa in carico è un lavoro decisamente complesso e delicato. Nella stragrande maggioranza dei casi non sono i pazienti a richiedere aiuto e a recarsi

dallo psicologo, ma i familiari che, dopo svariati tentativi di forzare la persona a interrompere l'isolamento e a rientrare nel mondo sociale, si rivolgono ai professionisti. E anche nel caso in cui sia il paziente stesso a contattare lo specialista, i primi contatti e l'aggancio sono passaggi estremamente delicati. Infatti raramente questo tipo di pazienti è disposto a incontrare personalmente il terapeuta e tanto meno ad uscire dal proprio "rifugio".

Stabilire un contatto via e-mail o Skype o sms, può essere un primo passo; utilizzare le nuove tecnologie di comunicazione può essere una soluzione momentanea per ridurre gradualmente l'ansia del primo incontro. (Procacci e Semerari, 2019). La speranza è che questa prima tipologia di accesso possa aiutare questi pazienti a entrare in comunicazione con un professionista, ridurre il livello sintomatologico e familiarizzare con alcune delle tecniche tipiche della terapia cognitivo-comportamentale. Sarebbe altresì auspicabile che dopo un miglioramento sintomatologico tali pazienti sentissero possibile contattare direttamente un terapeuta e accedere ad una terapia tradizionale.

Conclusioni

La psicoterapia rimane tradizionalmente legata all'incontro fisico tra paziente e terapeuta, alla definizione di un *setting* nel quale avviene l'incontro. In effetti la psicoterapia, fin dai tempi del suo inizio con la psicoanalisi freudiana, è sempre stata effettuata dando per scontato che i partecipanti alla terapia stessa, si incontrassero fisicamente in uno spazio comune, solitamente lo studio del terapeuta. Questa condizione è sempre stata universalmente accettata da tutti i tipi di approccio psicoterapeutico, pur presentando differenze nella gestione del *setting* stesso.

Questa caratteristica tipica e per certi versi fondante della pratica psicoterapica sembra aver resistito ai cambiamenti tecnologici che, come descritto precedentemente, possono offrire differenti possibilità nella gestione del rapporto terapeuta paziente. Appare plausibile che tale resistenza sia anche da attribuire al fatto che gli psicoterapeuti, data l'età media, non siano nativi digitali e quindi ancora legati ad un certo modello clinico e culturale, nel quale la tecnologia non ha molto spazio. Ovviamente viene altrettanto facile supporre che la prossima generazione di terapeuti sarà del tutto nativa digitale e dunque assolutamente usa a comunicare attraverso gli strumenti che Internet propone.

D'altronde una possibile anticipazione di uno scenario futuro, ci è offerto dalla necessità imposta dalla pandemia di Covid-19 di usare programmi di video comunicazione per continuare le terapie in essere o cominciarne di

nuove. Pur essendo indubbiamente uno strumento che offre determinati vantaggi (per esempio, la riduzione dei tempi per accedere alla terapia non dovendosi recare il paziente presso lo studio del terapeuta), appare evidente che l'uso di tali software sia più frutto di una necessità che non di una possibilità o di una scelta.

In ogni caso, appare evidente che le prossime generazioni di psicoterapeuti, proprio perché nativi digitali, saranno sempre più a loro agio con tali strumenti esattamente come lo saranno le prossime generazioni di pazienti. Questo aprirà sicuramente ad un'evoluzione del modello della psicoterapia per come la conosciamo oggi ed è immaginabile che tale evoluzione sarà richiesta sia dai terapeuti che dai pazienti. È infatti pensabile che lo sviluppo di Internet, della velocità di connessione, dei device e dei software permetterà scenari diversi nel *setting* terapeutico. Forse in futuro assisteremo a sedute di psicoterapia anche attraverso la cosiddetta "*Social Virtual Reality*", grazie alle quale terapeuta e paziente, usando la realtà virtuale, si possono incontrare virtualmente in uno "studio digitale" interagendo attraverso i loro avatar: Ci muoveremo così in uno spazio virtuale, nel quale, grazie all'uso di visori per la RV, potremo effettivamente incontrare il paziente che vedremo nella sua interezza grazie alla creazione del proprio avatar, con il quale interagiranno.

Come già evidenziato, i vantaggi maggiori sono soprattutto in termini di accessibilità e fruibilità della psicoterapia, mentre lo svantaggio maggiore sembra essere a discapito del contatto interpersonale diretto e quindi di una maggiore difficoltà ad interagire con il paziente e forse a trasmettere calore ed empatia, oltre che a poter intervenire con alcune tecniche psicoterapiche, come ad esempio un intervento EMDR. Ma forse questo è un disagio che non sarà ritenuto tale dalla futura generazione, la cui abitudine alla digitalizzazione dei rapporti interpersonali renderà usuale anche una psicoterapia via Internet.

Un altro aspetto da considerare circa la terapia on-line è sicuramente relativo alla relazione terapeutica e all'alleanza di lavoro. Questi due fenomeni sono ovviamente centrali nel lavoro clinico e sono oggetto di indagine e studio fin dagli albori della psicoterapia. Vi è ormai unanime consenso sul fatto che entrambi siano elementi centrali e necessari per la buona riuscita della psicoterapia stessa. Occorre, comunque, domandarsi se l'uso di strumenti di videochiamata può alterare la percezione e l'efficacia di tali fenomeni. A nostra conoscenza, sono presenti alcuni studi che hanno cercato di investigare questo aspetto. In una *review* su 24 studi, Simpson e Reid (2014) trovano che non vi sia una differenza sostanziale tra terapie con l'uso di strumenti di video chiamata e *setting vis à vis*; ugualmente in un altro studio (Reese *et al.*, 2016), nel quale sono stati comparati psicoterapia *vis à vis*, per

telefono e in videochiamata, non si sono evidenziate differenze nella percezione della relazione terapeutica. In effetti, appare molto fondata la convinzione che la relazione terapeutica non sia danneggiata nella psicoterapia on-line e che anzi, quest'ultima possa diventare uno strumento stabile e non soltanto prodotto dalle necessità attuali.

BIBLIOGRAFIA

- Aderka M.A., Haker A., Marom S., Hermesh H. (2012). Information-Seeking Bias in Social Anxiety Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1). DOI: 10.1037/a0029555
- Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H., De Girolamo G., De Graaf R., Demyttenaere K., Gasquet D., Haro J.M., Katz S.J., Kessler R.C., Kovess Y., Lépine J.P., Ormel J., Polidori G., Russo L.J., Vilagut G., Vollebergh W.A.M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement, 109(420): 21-27. DOI: 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
- Alonso J., Vilagut G., Adroher N.D., Chatterji S., He Y., Andrade L.H., Kessler R.C. (2018). Disability mediates the impact of common conditions on perceived health. *PLoS One*, 8(6): e65858. DOI: 10.1371/journal.pone.0065858
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Washington, DC: Author.
- Andersson G., Carlbring P., Holmstrom A., Sparthar E., Furmark T., Nilsson-Ihrfelt E., Ekselius L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74: 677-686. DOI: 10.1037/0022-006X.74.4.677
- Andersson G., Carlbring P., Furmark T. (2014). *Internet-delivered treatments for social anxiety disorder*. In: Weeks J. (ed.), *The Wiley Blackwell Handbook of Social Anxiety Disorder*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Inc. DOI: 10.1002/9781118653920.ch26
- Andersson G., Carlbring P., Holmström A., Sparthar E., Furmark T., Nilsson-Ihrfelt E. et al. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74: 677-686. DOI: 10.1037/0022-006X.74.4.677
- Andersson G., Carlbring P., Ljotsson A., Hedman C. (2013). Guided Internet-Based CBT for Common Mental Disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(4). DOI: 10.1007/s10879-013-9237-9
- Andersson G., Cuijpers P. (2009). Internet-based and other computerized psycho-

- logical treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38: 196-205. DOI: 10.1080/16506070903318960
- Andersson G., Estling F., Jakobsson E., Cuijpers P., Carlbring P. (2011a). Can the patient decide which modules to endorse? An open trial of tailored Internet treatment of anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40: 57-64. DOI: 10.1007/s10879-013-9237-9
- Andersson G., Hedman E. (2013). Effectiveness of guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie*, 23: 140-148. DOI: 10.1159/000354779
- Andersson G., Hesser H., Hummerdal D., Bergman-Nordgren L., Carlbring P. (2013a). A 3.5-year follow-up of Internet-delivered cognitive behaviour therapy for major depression. *Journal of Mental Health*, 22: 155-164. DOI: org/10.1007/978-3-319-06083-5_2
- Berger T., Hohl E., Caspar F. (2009). Internet-based treatment for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65: 1021-1035. DOI: 10.1002/jclp.20603
- Boettcher J., Carlbring P., Renneberg B., Berger T. (2013). Internet-based interventions for social anxiety disorder – an overview. *Verhaltenstherapie*, 23: 160-168. DOI: 10.1159/000354747
- Botella C., Breton-Lopez J., Quero S., Banos R., Garcia-Palacios A. (2010). Treating cockroach phobia with augmented reality. *Behavioural Therapy*, 41(3): 401-13. DOI: 10.1016/j.beth.2009.07.002
- Botella C., Perez-Ara M.A., Breton-Lopez J., Quero S., Garcia-Palacios A., Banos R.M. (2013). In vivo versus augmented reality exposure in the treatment of small animal phobia: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 11(2). DOI: 10.1371/journal.pone.0148237
- Carlbring P., Andersson G., Kaldø V., Hesser H., Gustafsson T., Lundén C., Henriksson O., Fattahi K., Johnsson E., Westin V. Z., Mäki-Torkko E. (2012). A randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy in the treatment of tinnitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4): 649-661. DOI: 10.1037/a0027021
- Carlbring P., Nilsson-Ihrfelt E., Waara J., Kollenstam C., Buhrman M., Kaldø V., Soderberg M., Ekselius L., Andersson G. (2005). Treatment of panic disorder: Live therapy vs. self-help via Internet. *Behaviour Research and Therapy*, 43: 1321-1333. DOI: 10.1016/j.brat.2004.10.002
- Coelho H.F., Cooper P.J., Murray L. (2007). A family study of co-morbidity between generalized social phobia and generalized anxiety disorder in a non-clinic sample. *Journal of Affective Disorder*, 100(1-3): 103-13. DOI: 10.1016/j.jad.2006.10.001
- Cox B.J., Fleet C., Stein M.B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorder*, 15, 82(2): 227-34. DOI: 10.1016/j.jad.2003.12.012
- Cuijpers P., Donkers T., van Straten A., Li J., Andersson G. (2010). Is guided self-

- help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40(12): 1943-57. DOI: 10.1017/S0033291710000772
- Cunningham A.E., Zibulsky J., Callahan M. (2009). Starting small: Building pre-school teacher knowledge that supports early literacy development. *Reading and Writing*, 22: 487-510. DOI: 10.1007/s11145-009-9164-z
- Dams J., König H.H., Bleibler F., Hoyer J., Wiltink J., Beutel M.E., Salzer S., Herpertz S., Willutzki U., Strauß B., Leibing E., Leichsenring F., Konnopka A. (2017). Excess costs of social anxiety disorder in Germany. *Journal of Affective Disorder*, 15: 213:23-29. DOI: 10.1016/j.jad.2017.01.041
- Emmelkamp P.M. (2005). Technological innovations in clinical assessment and psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 74: 336-43. DOI: 10.1159/000087780
- Emmelkamp P., Meyerbröcker K., Morina N. (2020). Virtual Reality Therapy in Social Anxiety Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 22. DOI: 10.1007/s11920-020-01156-1
- Farrand P., Bennet-Levy J., Richards D.A. (2010). *Low intensity CBT interventions: a revolution in mental health care*. In Bennett-Levy J., Richards D.A., Farrand P., Christensen H., Griffiths K.M., Kavanagh D.J., Klein B., Lau M.A., Proudfoot J., Ritterband L., White J., Williams C. (eds.), *Oxford guides in cognitive behavioural therapy. Oxford guide to low intensity CBT interventions*. Oxford: Oxford University Press, pp. 3-18. DOI: 10.1093/med:psych/9780199590117.003.0001
- Goetter E., Frumkin M., Palitz S., Swee M., Baker A., Bui E., Simon N. (2018). Barriers to Mental Health Treatment Among Individuals With Social Anxiety Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *Psychological Services*, 17. DOI: 10.1037/ser0000254
- Griffiths K., Christensen H., Jorm A. (2004). Predictors of Depression Stigma. *BMC Psychiatry*, 8: 25. DOI: 10.1186/1471-244X-8-25
- Hedman E., Andersson G., Ljotsson B., Andersson E., Ruck C., Asmundson G. J.G. et al. (2011a). Internet-based cognitive behavioural therapy for severe health anxiety: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 198: 230-236. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.086843
- Hedman E., Andersson E., Ljotsson B., Andersson G., Ruck C., Lindefors N. (2011b). Cost-effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49: 729-736. DOI: 10.1016/j.brat.2011.07.009
- Hedman E., Andersson E., Lindefors N., Andersson G., Ruck C., Ljotsson B. (2014). Cost-effectiveness and long-term effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. *Psychological Medicine*, 43: 363-374. DOI: 10.1017/S0033291712001079
- Hedman E., Ljotsson B., Rück C., Bergstrom J., Andersson G., Kaldö V., Jansson E., Andersson E., Andersson E., Blom K., El Alaoui S., Falk L., Ivarsson J.,

- Nasri B., Rydh S., Lindefors N. (2013). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(6): 457-67. DOI: 10.1111/acps.12079
- Heimberg R.G., Becker R.E., Goldfinger K., Vermilyea J.A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(4): 236-245. DOI: 10.1097/00005053-198504000-00006
- Hofmann S.G., Wu J.Q., Boettcher H. (2015). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 82(6): 1228. DOI: 10.1037/a0035491
- Issakidis C., Andrews G. (2002). Service utilisation for anxiety in an Australian community sample. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 37: 153-163. DOI: 10.1007/s001270200009
- Kashdan T.B., Roberts J.E. (2011). Comorbid social anxiety disorder in clients with depressive disorders: predicting changes in depressive symptoms, therapeutic relationships, and focus of attention in group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12): 875-84. DOI: 10.1016/j.brat.2011.10.002
- Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R.W.E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62: 593-602. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kushner M.G., Abrams K., Borchardt C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20(2): 149-71. DOI: 10.1016/S0272-7358(99)00027-6. PMID: 10721495
- Levinson C., Rodebaugh T. (2012). Social anxiety and eating disorder comorbidity: The role of negative social evaluation fears. *Eating Behaviors*, 13: 27-35. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2011.11.006
- Levinson C.A., Rodebaugh T.L., White E.K., Menatti A.R., Weeks J.W., Iacovino J.M., Warren C.S. (2013). Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation: distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders? *Appetite*, 67: 125-133. DOI: 10.1016/j.appet
- Marsigli N. (a cura di) (2018). *Stop all'ansia sociale. Strategie per affrontare e gestire la timidezza*. Trento: Erickson.
- Mewton L., Wong N., Andrews G. (2012). The effectiveness of Internet cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder in clinical practice. *Depress Anxiety*, 29(10): 843-9. DOI: 10.1002/da.21995
- Newby J.M., Mewton L., Williams A.D., Andrews G. (2014). Effectiveness of trans-diagnostic Internet cognitive behavioural treatment for mixed anxiety and depression in primary care. *Journal of Affective Disorder*, 165: 45-52. DOI: 10.1016/j.jad.2014.04.037
- Olfson M., Guardino M., Struening E., Schneier F.R., Hellman F., Klein D.F. (2000). Barriers to the treatment of social anxiety. *Am. J. Psychiatry*, 157(4): 521-7. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.4.521

- Organizzazione Mondiale della Sanità (2019). *The WHO special initiative for mental health (2019-2023): Universal health coverage for mental health*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>
- Pertaub D.P., Slater M., Barker C. (2002). An Experiment on Public Speaking Anxiety in Response to Three Different Types of Virtual Audience. *Presence*, 11: 68-78. DOI: 10.1162/105474602317343668
- Ponniah K., Hollon S.D. (2008). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: A qualitative review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 38(1): 3-14. DOI: 10.1017/S0033291707000918
- Procacci M., Popolo R., Marsigli N. (a cura di) (2011). *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Procacci M., Semerari A. (a cura di) (2019). *Ritiro sociale. Psicologia e clinica*. Trento: Erickson.
- Reese R.J., Mecham M.R., Vasilj I., Lengerich A.J., Brown H.M., Simpson N.B., Newsome B.D. (2016). The effects of telepsychology format on empathic accuracy and the therapeutic alliance: An analogue counselling session. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(4): 256-265. DOI: 10.1002/capr.12092
- Repetto C., Riva G. (2011). From virtual reality to interreality in the treatment of anxiety disorders. *Neuropsychiatry*, 1: 31-43. DOI: 10.2217/npv.11.5
- Riva G. (2009) Virtual reality: an experiential tool for clinical psychology. *British Journal of Guidance and Counselling*, 37(3): 337-345.
- Riva G. (2011). Virtual reality: An experiential tool for clinical psychology. *British Journal of Guidance and Counselling*, 37(3): 337-345. DOI: 10.1080/03069880902957056
- Robillard G., Bouchard S., Dumoulin S., Guitard T., Klinger E. (2010). Using virtual humans to alleviate social anxiety: Preliminary report from a comparative outcome study. *Studies in Health Technology and Informatics*, 154: 57-60. DOI: 10.3233/978-1-60750-561-7-57
- Ruscio A.M., Brown T.A., Chiu W.T., Sareen J., Stein M.B., Kessler R.C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38: 15-28. DOI: 10.1017/S0033291707001699
- Simpson S., Reid C. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6): 280-299. DOI: 10.1111/ajr.12149
- Spek V., Cuijpers P., Nyklicek I., Riper H., Keyzer J., Pop V. (2007). Internet-based cognitive behavior therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37: 319-28. DOI: 10.1017/S0033291706008944
- Stuhldreher N., Leibing E., Leichsenring F., Beutel M.E., Herpertz S., Hoyer J., Konnopka A., Salzer S., Strauss B., Wiltink J., König H.H. (2014). The costs of social anxiety disorder: the role of symptom severity and comorbidities. *Journal of Affective Disorder*, 165: 87-94. DOI: 10.1016/j.jad.2014.04.039. Epub 2014 Apr 24. PMID: 24882183
- Thomas K., Ellis A., Konrad T., Holzer C., Morrissey J. (2009). County-level esti-

- mates of mental health professional short age in the United States. *Psychiatric Services*, 60(10): 1323-1328. DOI: 10.1176/ps.2009.60.10.1323
- Titov N., Andrews G., Schwencke G., Drobny J., Einstein D. (2008). Shyness 1: distance treatment of social phobia over the Internet. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 42: 585-594. DOI: 10.1080/00048670802119762
- United Nations (2020). *Policy Brief: Covid-19 and the Need for Action on Mental Health*. Retrieved from https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf
- Wang P.S., Berglund P., Olfson M., Pincus H.A., Wells K.B., Kessler R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62: 603-613. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.603
- Williams A.D., Andrews G. (2013). The effectiveness of Internet Cognitive Behavioural Therapy (iCBT) for depression in primary care: a quality assurance study. *PLoS ONE*, 8: e57447. DOI: 10.1371/journal.pone.0057447
- Yuen E.K., Goetter E.M., Herbert J.D., Forman E.M. (2012). Challenges and opportunities in Internet-mediated telemental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(1): 1-8. DOI: 10.1037/a0025524

***Le linee guida per il trattamento psicologico
del disturbo da attacchi di panico
e del disturbo d'ansia generalizzata:
una panoramica****



Francesco Mancini**, Guyonne Rogier**

[Ricevuto il 12 aprile 2021
Accettato il 25 maggio 2021]

Sommario

Il disturbo d'ansia generalizzata e il disturbo da attacchi di panico sono due condizioni psicopatologiche che comportano spesso una notevole sofferenza soggettiva per chi ne è affetto nonché una significativa compromissione del funzionamento. La necessità di prendere in carico questi disturbi ha portato numerosi professionisti della salute mentale a sviluppare e/o perfezionare interventi efficaci. Di pari passo, la comunità scientifica si è impegnata nel testare empiricamente l'efficacia assoluta e relativa della maggior parte di questi interventi. Tuttavia, il clinico interessato all'argomento si trova facilmente disorientato in ragione della vastità e della complessità della letteratura specializzata sull'argomento. Ciò potrebbe essere considerato uno dei motivi che ha guidato lo sforzo di alcuni enti volto a sviluppare linee guida relative alla presa in carico dei pazienti affetti da questi due disturbi. Sebbene lo scopo di questi documenti non sia quello di sancire dogmaticamente uno standard della pratica clinica, costituiscono un materiale prezioso in grado di aiutare il clinico e il paziente a pren-

* Il presente lavoro è ripubblicato a titolo gratuito nella sua forma originale, su autorizzazione dell'editore Giovanni Fioriti. La pubblicazione originale è: Mancini F., Rogier G. (2021). Le linee guida per il trattamento psicologico del disturbo da attacchi di panico e del disturbo d'ansia generalizzata: una panoramica. *Cognitivismo Clinico*, 18(1): 6-20. DOI: 10.36131/COGNCL20210101

** Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva – Associazione di Psicoterapia Cognitiva.

Autore corrispondente: Francesco Mancini, Viale Castro Pretorio 116 – 00192 Roma.
E-mail: f.mancini@unimarconi.it; Guyonne Rogier. E-mail: guyonne.rogier@gmail.com

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN 2281-6046), n. 48/2021
DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12143

Copyright © Guyonne Rogier, Francesco Mancini
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - NoDerivatives License.
For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org/>

Francesco Mancini, Guyonne Rogier

dere decisioni informate. In questo contributo, viene fornito un riassunto delle linee guida sviluppate dal National Institute for Health and Clinical Excellence e dall'American Psychiatric Association. In seguito, vengono riassunti alcuni lavori ritenuti particolarmente rilevanti – rassegne sistematiche e meta-analisi – in modo da familiarizzare il lettore con la letteratura specializzata sull'argomento.

Parole chiave: disturbo d'ansia generalizzata, disturbo da attacchi di panico, trattamento, linee guida, rassegna sistematica, meta-analisi.

Abstract

Guidelines for the treatment of panic attach and generalized anxiety disorder: an overview

Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder are two psychopathological conditions often associated with a relevant subjective suffering for the individual as well as a significant impairment of general functioning. The need to care for who is suffering from these disorders led a number of clinicians to develop and/or perfectionate effective interventions. In parallel, the scientific community has been involved in the empirical test of the absolute and relative efficacy of most of these interventions. However, the clinician interested in the topic may often feel confused because of the vastness and the complexity of the specialized literature on this topic. This may be considered one of the motivations that underlined the attempt of some institutions to develop guidelines regarding the treatment of patients suffering for these two disorders. Despite the fact that the aim of these documents is not to dogmatically establish clinical practice standards, these are a valuable material that can help both the patient and the clinician to take informed decisions. In this current contribution, a summary of guidelines developed by the National Institute for Health and Clinical Excellence and by the American Psychiatric Association are provided together. Then, some empirical contributions (systematic reviews and meta-analyses), retained especially relevant, are illustrated in order to familiarize the reader with the specialized literature on the topic.

Key words: generalized anxiety disorder, panic disorder, treatment, guideline, systematic review, meta-analysis.

Introduzione

Con il presente lavoro, si intende fornire al lettore una breve panoramica di alcune delle più autorevoli linee guida pubblicate sul trattamento del disturbo da attacchi di panico (DAP) e del disturbo d'ansia generalizzata (DAG). Inoltre, si fornisce al lettore un breve riassunto di una selezione di lavori pubblicati sulla tematica che si sono ritenuti particolarmente interessanti. Lo scopo ultimo del contributo è di fornire informazioni in grado di familiarizzare il lettore con questo argomento e in particolare di evidenziare l'utilità delle linee guida e di stimolare la consapevolezza circa il processo di sviluppo sottostante.

Il lettore incontrerà, nel corso della sua lettura, un breve riassunto delle linee guida messe a punto dal *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) e dall'*American Psychiatric Association* (APA). Questa scelta arbitraria è stata fatta sulla base delle caratteristiche di queste istituzioni, che vantano un'expertise storica nella padronanza di una metodologia rigorosa del processo sviluppo delle linee guida e che risultano particolarmente autorevoli a livello internazionale. Non essendo lo scopo del presente lavoro quello di illustrare in maniera esaustiva il materiale citato, si raccomanda al lettore interessato a eventuali approfondimenti o informazioni complementari a consultare direttamente le fonti originali. Ad esempio, entrambe le linee guida forniscono informazioni circa i principi generali di implementazione dei trattamenti che devono tenere a mente aspetti centrali del trattamento come, ad esempio, lo stabilirsi di un'alleanza terapeutica, lo svolgimento di un *assessment* articolato e la personalizzazione del trattamento sulle caratteristiche del paziente e del disturbo, con particolare riferimento alle condizioni di comorbidità. Parimenti, alcuni risultati ottenuti dai meta-analisti citati o alcune limitazioni degli studi non sono riassunti in questo documento. A titolo generale, e riprendendo quanto asserito nelle introduzioni delle linee guida NICE e APA, la lettura di questo contributo va fatta tenendo a mente che le linee guida non sono da intendersi come prescrizioni dogmatiche del lavoro clinico ma sono piuttosto delle raccomandazioni che aiutano l'utente a prendere decisioni informate sull'opportunità di intraprendere interventi specifici, di stabilire le loro priorità, di eseguire test clinici o di adoperare misure di sanità pubblica e su dove e quando farlo.

Un'illustrazione maggiormente dettagliata di questi temi è disponibile al lettore nel documento pubblicato precedentemente e relativo all'illustrazione delle linee guida nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo (Mancini e Rogier, 2021). In questo documento, il lettore troverà inoltre una spiegazione della tipologia di evidenze empiriche selezionate dai creatori delle linee guida accompagnata da una delucidazione circa alcuni termini tecnici frequentemente utilizzati nella descrizione delle meta-analisi. Poiché la seconda parte di questo presente lavoro consiste nell'illustrazione di lavori di questa tipologia, si raccomanda caldamente il lettore non familiare con questa terminologia di consultare il sub-citato documento prima di addentrarsi nella lettura di queste ultime sezioni.

Le linee guida NICE

Il DAG e il DAP variano nel loro livello di complessità e ciò influenza la risposta al trattamento. Vanno quindi considerati fattori come la gravità dei

sintomi, la durata del disturbo, il livello di disagio e di compromissione funzionale, la storia personale e eventuali comorbidità. Entrambi i disturbi possono avere un decorso cronico. Quando possibile, l'obiettivo del trattamento dovrebbe essere quello di giungere a una remissione completa dei sintomi in quanto associata a un miglior funzionamento personale e una riduzione del rischio di ricadute.

DAG/ ansia cronica

Alcuni *principi di base* vengono sanciti dalle linee guida NICE in merito al contesto di implementazione dei diversi interventi volti al trattamento degli individui con DAG. Ad esempio, viene posto l'accento sulla necessità di costruire una relazione terapeutica positiva e non giudicante, di esplorare il contenuto delle preoccupazioni del paziente in modo da giungere a una comprensione co-costruita dell'impatto del disturbo, di esplorare in maniera collaborativa ciascuna delle opzioni di trattamento e infine di creare un *setting* che sia garante del rispetto della privacy, confidenzialità e dignità del paziente. Inoltre, nel lavoro con pazienti con DAG, le linee guida NICE riprendono alcuni dei principi generali legati alla presa in carico degli individui con problematiche psicologiche che mettono l'accento sulla necessità, da parte del clinico, di fornire informazioni al paziente circa il suo disturbo ma anche relativamente all'esistenza di gruppi di auto-mutuo-aiuto presenti sul territorio. Infine, specifiche accortezze sono indirizzate ai clinici che prendono in carico pazienti con DAG con una diagnosi di disabilità intellettiva.

Le linee guida delineano diverse fasi che si susseguono nella presa in carico di un individuo con diagnosi di DAG.

Nella *prima fase*, si chiede al clinico di identificare e comunicare la diagnosi di DAG nel modo più tempestivo possibile al paziente. In questa fase si procede a un intervento educativo nonché a un monitoraggio attivo da parte del paziente del proprio disturbo (per esempio con il supporto di diari).

In caso di assenza di miglioramento clinico dopo questa prima fase, si passa alla *seconda* che consiste in interventi psicologici di bassa intensità. Si fornisce quindi al paziente, sulla base delle sue preferenze personali, uno dei seguenti interventi:

- auto-aiuto individuale non facilitato mediante l'utilizzo di materiale di auto-aiuto cartacei o elettronici con contatti soltanto occasionali e molto brevi con un terapeuta;

- auto-aiuto individuale guidato da un terapeuta con apposita formazione. Consiste in un trattamento che dura da cinque a sette settimane con un'interazione faccia a faccia con il terapeuta di una durata di 20/30 minuti ogni settimana;
- gruppo psicoeducativo condotto da un professionista formato nell'ambito. Il gruppo comprende un massimo di 12 partecipanti per terapeuta e di solito si compone di sei sedute settimanali della durata di due ore ciascuna. Le linee guida asseriscono che queste tre tipologie di interventi dovrebbero essere basati sui principi della terapia cognitivo-comportamentale e utilizzare materiale di auto-aiuto.

Nel caso di marcata compromissione funzionale o nel caso di assenza di miglioramento in seguito a interventi descritti nella fase due, si procede con la *fase tre* che consiste nella scelta di un'opzione di trattamento tra un intervento psicologico individuale ad alta intensità oppure un trattamento farmacologico. Data l'assenza di evidenze che supportano l'idea che una tipologia sia maggiormente efficace rispetto a un'altra, la scelta dell'opzione dovrebbe esser fatta sulla base delle preferenze espresse dal paziente. Tale scelta dovrebbe inoltre essere presa sulla base dell'informazione, fornita da parte del clinico al paziente, dei benefici e svantaggi di ciascuna delle opzioni, incluso l'eventuale presenza di effetti secondari legati alla terapia farmacologica.

Non essendo lo scopo del presente lavoro di illustrare le tipologie di trattamento farmacologico raccomandate dalle linee guida, si rimanda al lettore interessato al dettaglio di queste informazioni, al documento originale. Per quanto riguarda la tipologia di trattamento psicologico consigliato, le linee guida consigliano la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) oppure un trattamento di *applied relaxation*.

Nello specifico, la TCC dovrebbe basarsi su l'utilizzo dei manuali di trattamento di TCC per DAG ed essere somministrata da professionisti espressamente formati nell'ambito. Di solito si svolge nell'arco di 12-15 settimane al ritmo di una seduta di un'ora a settimana. Il *rilassamento applicato* dovrebbe anch'esso essere basato sull'utilizzo di manuali nonché essere offerto da professionisti competenti. La frequenza, la durata e l'intensità del trattamento sono simili a quelle indicate per la TCC.

Nel caso di una risposta non adeguata durante la fase 3, le linee guida indicano la necessità di proseguire attraverso l'implementazione degli interventi consigliati nella *fase 4*. Inoltre, nel caso di individui con marcata compromissione funzionale e che presentano alcuni specifici fattori di rischio, il clinico dovrebbe direttamente considerare gli interventi consigliati nella fase 4 senza procedere con quelli descritti nella fase 3. Questi aspetti riguardano nello specifico la presenza di un rischio suicidario o di autolesionismo, la presenza di una comorbidità significativa e trascuratezza di sé.

Nel caso il paziente rispondesse soltanto parzialmente a uno degli interventi proposti in fase 3, il clinico dovrebbe prendere in considerazione il trattamento combinato.

La fase 4 comprende trattamenti altamente specializzati come regimi complessi di trattamento psicologico e/o trattamento farmacologico. Questi trattamenti possono coinvolgere équipe di curanti provenienti da diversi enti, i servizi di pronto soccorso, servizi di *day-hospital* oppure di ricovero.

Il trattamento in questa fase comprende un processo di *assessment* complesso che include la valutazione di diversi elementi quali la durata e la gravità dei sintomi, la compromissione funzionale il rischio per il sé e la trascuratezza di sé. Inoltre, andrebbero passati in rassegna i trattamenti precedentemente svolti dal paziente e il loro relativo impatto in termini di riduzione dei sintomi e di miglioramento del funzionamento. Va anche presa in considerazione la fedeltà dei trattamenti psicologici precedentemente somministrati. Altri fattori centrali da valutare in questa fase comprendo l'ambiente domestico, il supporto della comunità e le relazioni nonché l'impatto sui familiari. Il clinico dovrebbe sviluppare un piano di trattamento comprensivo in collaborazione con i pazienti che prende in carico i bisogni i rischi e le compromissioni funzionali attraverso un piano di trattamento chiaro.

Il trattamento consiste innanzitutto nell'informare i pazienti che non hanno avuto accesso o che hanno rifiutato gli interventi delle fasi 1-3 dei potenziali benefici di tali interventi. La combinazione degli interventi dovrebbe essere svolta da professionisti con comprovata *expertise* nel trattamento di pazienti con DAG. Infine, questa tipologia di pazienti andrebbe informata delle ricerche cliniche in corso alle quali potrebbero voler partecipare, muovendosi entro la cornice definita dalle linee guida nazionali e regionali.

Disturbo da attacchi di panico (con o senza agorafobia o attacchi di panico)

Le linee guida NICE sanciscono alcuni principi fondamentali da seguire nel trattamento di individui con diagnosi di DAP. Soprattutto, mettono l'accento sulla necessità di procedere a un processo condiviso di presa di decisioni e di offerta di informazioni.

Anche per il DAP, le linee guida organizzano le loro raccomandazioni secondo una prospettiva sequenzialità che contempla cinque fasi.

Nella *prima fase*, si procede al riconoscimento e alla diagnosi del disturbo. Sebbene lo scopo del presente contributo non sia quello di riassu-

mere le linee guida relativamente all'*assessment* del disturbo, si sottolinea come queste linee guida mettono l'accento su specifici elementi come, ad esempio, la presa in considerazione di eventuali comorbidità.

In un secondo momento (*seconda fase*) si procede a una presa in carico primaria. Le linee guida raccomandano i trattamenti per i quali sono stati prodotti prove di efficacia dal punto di vista empirico. In particolare, vengono consigliati la terapia psicologica, la terapia farmacologica e l'auto-aiuto. La scelta del trattamento viene naturalmente legata all'esito dei processi di diagnosi e di presa di decisioni condivisi. Qualunque sia la scelta, le linee guida insistono sulla necessità che l'intervento sia disponibile in maniera tempestiva.

Per gli individui con un disturbo di entità lieve a moderata viene raccomandato di offrire un intervento di auto-aiuto individuale facilitato o non. Ad ogni modo, per questi pazienti, informazioni relative ai gruppi di auto-mutuo aiuto dovrebbero essere offerte. Infine, quando appropriato, le linee guida raccomandano di discutere con questi pazienti gli effetti benefici dell'esercizio fisico.

La *fase tre* consiste nel passare in rassegna e eventualmente offrire trattamenti alternativi. Comunque, se il paziente presenta un disturbo di entità moderata a grave, i trattamenti seguenti dovrebbero essere considerati: TCC o terapia farmacologica. Nel caso della TCC, le linee guida specificano che dovrebbe essere fornita da professionisti appositamente formati che aderiscono ai trattamenti manualizzati. La durata ottimale dell'intervento si colloca tra le 7-14 ore totali con una durata e un'intensità che va da una a due ore settimanali. Trattamenti più brevi (circa 7 ore totali) dovrebbero essere affiancati da informazioni e compiti supplementari appropriati (come materiale di auto-aiuto). Per un numero limitato di persone, una forma più intensa di TCC può essere maggiormente utile. Per quanto riguarda la terapia farmacologica, si rimanda il lettore al documento originale.

La *quarta fase* chiede al clinico di passare in rassegna e di inviare presso i specialisti della salute mentale i pazienti in quei casi in cui almeno due interventi (qualunque combinazione di intervento psicologico, farmacologico o biblioterapia) si sia dimostrato inefficace.

Infine, l'ultima e *quinta fase*, consiste nella presa in carico presso centri di salute mentale specializzati. Questa fase comincia con un nuovo *assessment*, effettuato in chiave olistica, dell'individuo, del suo ambiente, delle condizioni sociali e dei livelli di rischio.

Le opzioni di trattamento, che dovrebbero essere considerate secondo un processo condiviso e tenendo in considerazione le circostanze, comprendono il trattamento delle condizioni di comorbidità, una TCC con un terapeuta

esperto includendo una TCC a casa – nel caso in cui il recarsi in un centro clinico sia difficoltoso –, una piena esplorazione della terapia farmacologica, un supporto quotidiano in modo da fornire sollievo ai familiari e curanti e un invio per una consultazione o un trattamento presso servizi del terzo settore.

Linee guida APA per il trattamento del DAP

Le linee guida APA dedicano una buona parte del loro documento ai principi da seguire relativamente alle procedure di valutazione e *assessment* del paziente affetto da DAP. Essi, assieme ai principi che regolano l'implementazione del trattamento, comprendono lo stabilirsi di una buona alleanza terapeutica e la personalizzazione del piano di trattamento sulle singolarità del singolo paziente. Per facilitare il clinico, le linee guida forniscono un elenco di fattori centrali da considerare nel momento della valutazione del paziente. Tra questi, citiamo il rischio suicidario, la comorbidità, la gravità e la tipologia della sintomatologia e delle compromissioni funzionali.

Inoltre, in maniera fortemente sovrapposta con quanto evidenziato dalle linee guida NICE, le linee guida APA mettono l'accento sulla necessità di stabilire una buona alleanza di lavoro, di fornire informazioni al paziente e – quando appropriato – ai suoi familiari, di coordinarsi con gli altri clinici e di lavorare al fine di ridurre il rischio di ricadute.

Nell'implementazione del trattamento, il clinico dovrebbe scegliere il *setting* di trattamento che, generalmente, non prevede un ricovero. Tuttavia, il ricovero e la presa in carico domiciliare possono essere contemplati nel caso di elevato rischio suicidario oppure di elevata gravità della componente agorafobica che impedisce al paziente di uscire da casa.

Nella scelta della modalità di trattamento, il clinico dovrebbe considerare una molteplicità di fattori che comprendono le preferenze del paziente, la storia dei precedenti trattamenti svolti dal paziente, il costo e la disponibilità del paziente nonché la presenza di comorbidità. Nel caso di comorbidità con disturbi di personalità, di gravidanza (in atto o pianificata), di preferenza per un trattamento non farmacologico e di disponibilità ad investire tempo e risorse, un trattamento psicologico dovrebbe essere consigliato. In caso di mancata efficacia dei trattamenti (psicologico o farmacologico), di desiderio del paziente per la riduzione del bisogno futuro di bisogno di farmacoterapia oppure nel caso di una preferenza espressa dal paziente per un controllo immediato di sintomi causanti disagio, un trattamento combinato andrebbe consigliato.

In merito ai trattamenti psicologici, le linee guida APA costatano che

L'utilizzo della TCC è fortemente raccomandato da numerosi studi di trial clinici. Inoltre, le linee guida recensiscono la presenza di un trial clinico che ha dimostrato l'efficacia di una forma di terapia psicodinamica breve per il DAP. In generale, le linee guida asseriscono che non vi siano sufficienti evidenze a supporto della superiorità di uno o di un altro trattamento psicologico o farmacologico e raccomandano quindi di indicare la tipologia di trattamento (e la sua eventuale modalità combinata) sulla base delle caratteristiche del paziente e delle circostanze della presa in carico.

Tuttavia, nella selezione di un trattamento psicologico per pazienti con disturbo d'ansia, le linee guida APA raccomandano la considerazione di alcuni elementi. Innanzitutto, segnalano la numerosità delle evidenze scientifiche portate a supporto dell'efficacia della TCC per questi pazienti. Inoltre, raccomandano anche il trattamento basato sull'esposizione in vista delle evidenze empiriche fornite a riguardo. In genere, la TCC include la psicoeducazione, l'auto monitoraggio, l'esposizione agli stimoli ansiosi, la modifica dei meccanismi di mantenimento e la prevenzione delle ricadute. La terapia è di solito somministrata in 10-15 sedute settimanali. Forme autoguidate di TCC possono essere utilizzate per pazienti che non hanno un diretto accesso a uno psicoterapeuta.

Le evidenze relative all'utilità e l'efficacia delle terapie psicodinamiche è troppo limitato per poter formulare una raccomandazione. Gli altri trattamenti psicosociali non sono raccomandati in quanto non esistono prove empiriche a supporto della loro efficacia o comunque della loro superiorità rispetto alla TCC. Ancora, le terapie di gruppo non sono raccomandate come monoterapie ma soltanto come interventi da affiancare alle terapie individuali. Potenziali benefici di gruppi basati sulla TCC comprendono la riduzione dei sentimenti di vergogna legati allo stigma, il fornire opportunità per il modellamento e il rinforzo e il costruire un contesto per l'esposizione nel caso di panico in situazioni sociali.

Infine, le terapie di coppia o familiari possono essere utili per ridurre l'impatto del disturbo sul funzionamento familiare del paziente ma non dovrebbero essere considerate come raccomandate per il trattamento del disturbo stesso.

Secondo le linee guida APA, il clinico dovrebbe valutare l'andamento della terapia regolarmente tenendo a mente che alcuni domini della psicopatologia potrebbe cambiare più velocemente di altri. Inoltre, anche la gravità delle condizioni di comorbidità dovrebbe essere valutata a intervalli regolari. Nel caso la risposta del paziente al primo trattamento di dimostri non soddisfacente, il clinico dovrebbe valutare il ruolo di alcuni fattori come ad esempio la presenza di una condizione medica sottostante non trattata, l'in-

terferenza dovuta a una comorbidità psichiatrica o medica, una scarsa aderenza al trattamento, la presenza di elementi psicosociali stressanti, fattori legati alla motivazione del paziente, problematiche nell'alleanza terapeutica e un'incapacità del paziente a tollerare il trattamento. Dopo l'eventuale identificazione di tali fattori, il clinico dovrebbe adottare misure efficaci a fronteggiarli. Nel caso il clinico appurasse l'assenza di tali fattori nell'eventualità di una risposta del paziente insoddisfacente alla terapia, potrebbe considerare il cambio della modalità di trattamento oppure l'aggiunta di un ulteriore trattamento a quello già esistente. Nel caso degli interventi psicologici, in questa fase, il clinico potrebbe voler considerare l'utilizzo di altri trattamenti, anche con minor prove di efficacia.

Nel caso, nonostante gli adattamenti del piano terapeutico, l'assenza di risultati efficaci persistessero, il clinico dovrebbe procedere a una rivalutazione del piano di trattamento e considerare la consultazione presso un altro professionista della salute mentale.

Infine, le linee guida APA mettono l'accento sulla necessità di prevenire il rischio di ricadute attraverso il mantenimento del trattamento (farmacologico o psicologico) anche dopo la riduzione della sintomatologia. Nel caso della terapia psicologica, le linee guida indicano come una psicoterapia "di mantenimento" sembra aiutare a mantenere la risposta positiva. Tuttavia, rimangono cauti in ragione di una tutt'ora insufficiente mole di dati empirici.

Selezione di alcune rassegne sistematiche e meta-analisi di rilievo

Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. Gli autori di questo contributo presentano una meta-analisi relativa all'efficacia dei trattamenti psicologici svolti con popolazioni di individui con DAP con o senza agorafobia. Lo studio è stato parzialmente finanziato da fondi ministeriali spagnoli e europei.

Gli autori notano che il DAP è caratterizzato da una resistenza alla remissione spontanea, da elevati tassi di comorbidità e da una significativa riduzione della qualità di vita. Perlopiù, i ricercatori ricordano gli elevati costi sociali ed economici legati alle conseguenze del disturbo e in particolare all'isolamento sociale e alle frequenti dimissioni dal lavoro.

In forma narrativa, vengono recensiti i principali trattamenti per il disturbo tra cui basati sull'esposizione enterocettiva o su componenti cognitive. Gli autori notano come il trattamento messo a punto dal gruppo di Clark include inoltre una rieducazione respiratoria e procedure comportamentali.

Altri trattamenti recensiti brevemente comprendono l'EMDR, la terapia della Gestalt e la terapia della regolazione emotiva.

Le meta-analisi precedentemente pubblicate sullo stesso *topic*, come riassunto dagli autori, hanno chiaramente asserito l'efficacia della terapia cognitiva, dell'esposizione in vivo e della combinazione tra questi due trattamenti. In particolare, i lavori anteriori hanno evidenziato come la componente principalmente efficace sembra essere l'esposizione in vivo con i conseguenti benefici che sembrano incrementare nel tempo. Inoltre, i lavori che si sono interessati all'efficacia degli interventi psicologici (di tipo cognitivo-comportamentale) e farmacologici e della combinazione tra i due hanno fornito prove a sostegno di una buona efficacia di tutte e tre queste opzioni di intervento.

L'obiettivo principale del lavoro portato avanti dagli autori consiste nell'analizzare l'efficacia degli interventi psicologici per il DAP con o senza agorafobia prendendo in considerazione alcune caratteristiche legate al trattamento, ai soggetti, alla metodologia o a fattori estrinseci che potrebbero influenzare l'intensità degli effetti osservati nei singoli studi. Gli autori si sono concentrati su studi che includevano un gruppo di controllo in quanto ritenuti meno soggetti a minacce relative alla validità interna. Ciò ha inoltre permesso a questo gruppo di lavoro di utilizzare uno specifico parametro di valutazione ovvero la differenza standardizzata delle medie. Viene sottolineato come lo svolgimento di questo lavoro ha permesso di aggiornare il censimento di questi studi rispetto a le scorse meta-analisi svolte sul tema, includendo i contributi prodotti fino al 2006. Inoltre, specifici accorgimenti metodologici rendono particolarmente prezioso questo contributo come ad esempio l'utilizzo di modelli di effetto random e misti e l'inclusione, come moderatore metodologico, della differenza media standardizzata (*d*).

Esaminando più nello specifico la metodologia dello studio, colpisce la qualità elevata della procedura adottata. I criteri di selezione degli studi includevano l'aver somministrato un intervento psicologico su un campione di pazienti adulti con DAP con o senza agorafobia con l'esclusione degli studi che hanno combinato trattamenti farmacologici o che erano stati condotti su popolazione di pazienti con agorafobia ma senza DAP. L'ampiezza minima del campione è stata stabilita a cinque partecipanti per ogni condizione sperimentale. Infine, sono stati selezionati tutti gli studi scritti in lingua inglese, spagnola o francese.

Un elenco di parole chiavi è stato utilizzato per svolgere una ricerca sistematica su cinque database scientifici. Inoltre, un'estensiva ricerca della letteratura grigia è stata portata avanti dagli autori che, tuttavia, non ha portato all'identificazione di ulteriori studi. Questo lavoro ha portato all'identifica-

zione di 2.500 riferimenti con l'inclusione finale di 42 contributi includendo 65 confronti. Il campione totale di soggetti contava 2.357 partecipanti al post-test.

Il parametro di valutazione principale della dimensione dell'effetto è stato calcolato in relazione a diversi *outcome* quali i livelli di panico, agorafobia, ansia generale, depressione, paura delle sensazioni corporee, funzionamento generale e una categoria mista denominata "altre misure". Inoltre, gli autori hanno svolto analisi separate e accorpate differenziando tra la modalità di misurazione di questi *outcome* (auto riferiti o riferiti dal clinico). Come accennato prima, gli autori hanno utilizzato la differenza tra le medie dei due gruppi al pre-test come moderatore dei risultati.

I risultati hanno innanzitutto evidenziato un *effect size* ampio, suggerendo l'efficacia dei trattamenti psicologici su popolazioni con DAP con o senza agorafobia. Nello specifico, i risultati migliori sono stati osservati in relazione ai livelli di panico, seguiti, in ordine decrescente di efficacia, da quelli relativi al funzionamento globale, alla paura delle sensazioni fisiche, all'agorafobia, ai livelli generali di ansia, alla depressione e, infine, alle altre misure. Mentre l'utilizzo di strumenti auto-riferiti tendeva a ridurre la stima dell'efficacia del trattamento in relazione ai livelli di panico, la situazione inversa si è palesata per quanto riguarda le misure dei livelli di agorafobia e di livello generale di ansia. È interessante notare che nonostante l'assenza di inclusione di studi provenienti dalla letteratura grigia, le analisi hanno evidenziato l'assenza di *publication bias* come potenziale minaccia alla validità dei risultati ottenuti da queste analisi.

Inoltre, gli autori hanno osservato una forte eterogeneità degli studi in relazione alla maggioranza degli *outcome* presi in considerazione sottolineando la pertinenza di svolgere analisi della moderazione.

Riguardo alla tipologia di trattamento, gli autori notano che, nei 65 confronti analizzati, soltanto due di essi includevano l'utilizzo di componenti esterne agli approcci comportamentali o cognitivo-comportamentali e consistevano nell'utilizzo di un trattamento focalizzato sulla regolazione emotiva e l'utilizzo di tecniche gestaltiche. La tipologia di trattamento più frequente era quindi l'esposizione, seguita in ordine decrescente di frequenza, dalla terapia cognitiva e da rieducazione respiratoria o *relaxation training*. L'utilizzo dell'esposizione in immaginazione è stato rintracciato in pochissimi studi. Gli autori classificarono questi trattamenti in nove condizioni di trattamento. Le analisi della moderazione, svolte soltanto in relazione ai livelli di panico, mostrarono che in ordine, gli interventi più efficaci erano la rieducazione respiratoria combinata con l'esposizione, l'esposizione, l'esposizione combinata con la terapia cognitiva, la rieducazione respiratoria

e infine la combinazione tra le tre tecniche. Inoltre, l'esposizione in vivo risultò maggiormente efficace rispetto a forme miste di esposizione.

È interessante notare che lo svolgimento delle medesime analisi in relazione all'*outcome* "agorafobia" non ha documentato nessun effetto significativo. Tuttavia, la disamina particolareggiata ha evidenziato che gli *effect size* maggiormente ampi si riscontravano nel caso della combinazione tra le tre tecniche mentre l'utilizzo di una tecnica singola non era collegata a un *effect size* significativo.

In relazione al ruolo delle caratteristiche del trattamento, poche variabili prese in considerazione dagli autori si sono rivelate moderatori significativi delle relazioni osservate. Tuttavia, un risultato interessante sottolinea come l'inclusione di *homework* nei trattamenti sembra potenziare l'efficacia degli stessi in maniera statisticamente significativa.

Per quanto concerne le caratteristiche dei partecipanti, le analisi svolte hanno indicato che l'apparente diversa efficacia del trattamento, in termini di riduzione dei livelli di panico e di agorafobia, in funzione della percentuale di paziente agorafobici presente nei campioni, era da attribuirsi all'eterogeneità delle condizioni di controllo utilizzate dai diversi studi e quindi da considerarsi non significativa. In contrasto, gli autori osservarono che al crescere della percentuale di pazienti con documentata comorbidità, decresceva l'efficacia del trattamento.

Dal punto di vista delle caratteristiche metodologiche, gli autori hanno documentato come gli studi con un disegno di ricerca maggiormente rigoroso tendessero a osservare maggiore efficacia dei trattamenti svolti. In aggiunta, e in linea con quanto classicamente osservato in questa tipologia di lavori, l'efficacia dell'intervento risultava maggiore quanto confrontata con una condizione di controllo inattiva rispetto a una condizione attiva come ad esempio un placebo psicologico o farmacologico. Infine, le analisi che hanno utilizzato l'indice *d* (descritto sopra) come variabile moderatrice non hanno prodotto nessun risultato statisticamente significativo in relazione ai livelli di panico.

Infine, gli autori chiudono la sezione risultati del loro contributo con la formulazione e il test di un modello predittivo dell'efficacia del trattamento per individui con DAP con o senza agorafobia. Nello specifico, nella loro equazione, inseriscono termini relativi alla tipologia delle componenti del trattamento assieme a variabili relative alle caratteristiche metodologiche dello studio. I risultati evidenziarono che l'unica componente del trattamento ad avere un coefficiente statisticamente significativo era relativa all'utilizzo delle tecniche di esposizione. Gli autori asseriscono l'utilità dell'utilizzo di tale modello predittivo in quanto permetterebbe di indivi-

duare le combinazioni di trattamento maggiormente efficaci per questa popolazione.

In conclusione, gli autori sottolineano diversi limiti del loro studio. In primis, lo svolgimento di numerose analisi tende ad accrescere il rischio di errori di Tipo I. Tenendo questo limite a mente, le interpretazioni dei risultati illustrati dovrebbero essere considerati con prudenza. Dal punto di vista delle implicazioni cliniche, gli autori concludono che l'esposizione dovrebbe essere considerata il trattamento psicologico di elezione per la riduzione del panico e che l'inclusione di tecniche di rilassamento e di rieducazione respiratoria è altamente raccomandata visto il loro effetto di potenziamento dei benefici generati dall'utilizzo dell'esposizione.

Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. Questo lavoro presenta uno studio meta-analitico sul tema dell'efficacia dei trattamenti psicologici condotti su popolazioni di individui con disturbo d'ansia generalizzata. Gli autori sottolineano come gli interventi più comuni per questo disturbo sono da considerarsi come appartenenti alla classe dei trattamenti cognitivo-comportamentali e utilizzano in maniera variegata diverse componenti come la ristrutturazione cognitiva, l'esposizione, la terapia basata sul *problem-solving*, il *biofeedback* e le tecniche di rilassamento. In aggiunta, alcuni ulteriori trattamenti di terza ondata sono citati come ad esempio l'*acceptance and commitment based therapy* e la terapia metacognitiva di Wells. In maniera complementare, trattamenti di altri orientamenti sono stati utilizzati per questo disturbo come ad esempio le terapie psicodinamiche, la terapia non direttiva supportiva e la terapia spirituale.

In un riconoscimento preliminare della letteratura meta-analitica sull'argomento, gli autori hanno osservato la natura datata dei lavori di riferimento e quindi colta la necessità di svolgere un lavoro aggiornato sul tema dell'efficacia dei trattamenti psicologici nel trattamento del DAG.

Il lavoro prodotto da questo gruppo di ricerca, basato sulla rassegna di tutti gli studi che hanno esaminato l'argomento confrontando l'efficacia di un trattamento psicologico per il DAG con una varietà di condizioni di controllo (attive e non attive), aveva l'obiettivo di fornire una stima dell'efficacia globale della psicoterapia per questo disturbo con una specifica attenzione alle prove di efficacia a lungo termine. Obiettivi secondari erano quelli di indagare la relativa efficacia delle diverse forme di psicoterapia e il ruolo della qualità degli studi e della loro data di pubblicazione nella natura e intensità degli effetti principali osservati.

Al fine di portare a termine gli obiettivi dello studio, gli autori hanno

condotto una ricerca sistematica, mediante l'utilizzo di un filtro di ricerca costruito *ad hoc*, con l'ausilio di quattro database scientifici. La ricerca mirava a raccogliere tutti gli studi di interesse prodotti entro il 2012. Inoltre, una modesta ricerca della letteratura grigia è stata condotta mediante lo *screening* delle fonti bibliografiche presenti nei lavori inclusi e nelle precedenti meta-analisi svolte sul tema. Gli autori hanno selezionato tutti i contributi in cui veniva condotto un trial randomizzato in cui almeno una condizione sperimentale era la somministrazione di un trattamento psicologico a una popolazione di individui adulti con diagnosi di DAG. È importante notare che, al fine di ridurre l'eterogeneità degli studi esaminati e la conseguente scarsa interpretabilità degli stessi, gli autori hanno scelto di escludere i *dismantling studies* dalla loro rassegna sistematica.

In aggiunta all'estrazione delle principali informazioni di interesse gli autori hanno, per ciascuno studio, proceduto a una valutazione della qualità metodologica dello studio nonché una valutazione della qualità dei trattamenti psicologici forniti. Questa ultima veniva svolta mediante l'utilizzo di parametri derivati da caratteristiche precedentemente elencate in una rassegna autorevole sulla tematica. Le altre informazioni centrali estratte dagli autori, e in seguito utilizzate come variabili moderatrici nelle meta-analisi, riguardavano le caratteristiche del campione (incluso la modalità di reclutamento e la distinzione tra anziani/non anziani), dello studio (con la tipologia di gruppo di controllo classificata lista d'attesa, *treatment as usual* e altra) e dell'intervento. Riguardo a questa ultima classe di caratteristiche, gli autori hanno distinto i diversi *format* e riportato il numero di sedute. Inoltre, le diverse forme di intervento psicologico sono state classificate in differenti categorie nonostante la difficoltà legata alla predominanza delle terapie di tipo cognitivo-comportamentale. Gli autori hanno considerato come facendo parte della categoria TCC tutti gli interventi che includevano almeno una delle seguente componenti: ristrutturazione cognitiva, esposizione, tecniche di rilassamento, *problem-solving*, *acceptance and commitment based therapy* e *biofeedback*. Inoltre, gli autori hanno estratto l'informazione relativa alla presenza specifica di tecniche di esposizione e dell'utilizzo della ristrutturazione cognitiva. Infine, gli interventi non appartenenti alla categoria TCC sono stati categorizzati come psicodinamici, terapia non direttiva supportiva o altro.

Le analisi, svolte mediante l'utilizzo di un modello *random*, ha utilizzato una misura dell'*effect size* corrispondente alla differenza tra i pre e post test tra le due condizioni. Sono state svolte le analisi su tre tipologie di *outcome* quali le misure aut riferite di ansia e *worry*, le misure riferite dai clinici di ansia e le misure di depressione.

La ricerca sistematica condotta è esitata nell'identificazione di un numero totale di 1.562 *abstract* dopo l'operazione di rimozione dei duplicati. La scrematura degli *abstract* e poi dei *full-text* inclusi ha portato all'inclusione finale di 40 contributi comprensivi di 41 studi condotti su un totale di 2.132 partecipanti. Di questi, otto erano stati condotti su gruppi di partecipanti anziani. Nella stragrande maggioranza dei casi gli autori hanno esaminato l'efficacia della TCC o comunque interventi svolti in *format* individuale. In aggiunta, più della metà degli studi ha esaminato l'efficacia di interventi con una intensità non superiore a 12 sedute. Soltanto 26 di questi studi hanno confrontato il trattamento psicologico con una condizione di controllo e la quasi totalità di essi l'ha fatto utilizzando una lista d'attesa.

I risultati della meta-analisi hanno evidenziato una maggiore efficacia, di ampiezza piccola/moderata, dei trattamenti psicologici in confronto alle condizioni di controllo. Tuttavia, la presenza di una notevole eterogeneità statistica suggerì la necessità di svolgere analisi della moderazione. In primo luogo, gli autori hanno visto che l'efficacia misurata tramite misure auto-somministrate risultava minore rispetto a quella misurata con strumenti di tipo *clinician-report*. Inoltre, la correzione dell'*effect size* grazie alle analisi di *publication bias* ha ulteriormente ridotto l'intensità dell'effetto. In relazione alle ulteriori analisi della moderazione, gli autori non hanno osservato un ruolo statisticamente significativo di variabili come il luogo di reclutamento dei partecipanti (centri clinici versus comunità), anzianità del campione, tipologia di trattamento (classificata in TCC sola, rilassamento solo o tecniche comportamentali solo), qualità metodologica degli studi, tipologia della condizione di confronto, collocazione geografica o storica degli studi e modalità telematica e non. L'unico risultato significativo, e in qualche modo sorprendente, è stato costatare che l'efficacia degli interventi psicologici risultava minore al crescere della loro qualità.

Un altro dato interessante fornito dalla meta-analisi è relativo all'osservazione di un *effect size* ampio che documenta una maggior efficacia degli interventi psicologici rispetto alle condizioni di controllo nella riduzione dei livelli di depressione. Gli autori discutono questo risultato alla luce della frequente comorbidità del disturbo con il disturbo depressivo e alle potenziali implicazioni per la comprensione delle traiettorie di sviluppo di tale comorbidità.

Infine, purtroppo, gli autori non hanno potuto svolgere analisi sofisticate in modo da poter rispondere alla questione relativa agli effetti a lungo termine degli interventi in ragione di un scarso numero di studi disponibile sull'argomento. L'unico risultato fornito da questa ultima porzione di analisi

ha indentificato un'assenza di differenza significativa tra TCC e tecniche di rilassamento nel breve termine ma una superiorità della TCC nel lungo termine.

In conclusione del loro studio, gli autori asseriscono che si possa affermare con abbastanza sicurezza l'efficacia degli interventi psicologici, e in particolare della TCC, nel trattamento del DAG.

A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. In questo prezioso contributo, due autrici presentano una rassegna sistematica sul tema delle variabili predittive e moderatrici dell'efficacia della TCC per gli individui con DAP e agorafobia. Il lavoro è particolarmente corposo e ribadiamo quindi nuovamente che l'obiettivo di questo nostro contributo si limita a voler fornire un riassunto degli elementi che ci sono sembrati particolarmente rilevanti e non ambisce quindi a illustrare in maniera esaustiva la totalità dei lavori selezionati.

Le autrici partono da una considerazione clinica centrale ovvero il fatto che le ricerche empiriche sul tema del trattamento degli individui con DAP con o senza agorafobia, sebbene evidenzino l'efficacia della TCC, documentano anche la presenza di un minorità non trascurabile di pazienti che non beneficino di tali interventi. Lo stato attuale della nostra conoscenza circa la natura delle variabili che possano rendere conto di questo fenomeno appare frammentato. Le autrici sottolineano in questo senso i diversi vantaggi dell'identificare i fattori prognostici e moderatori dell'efficacia degli interventi. Fortunatamente, questa lacuna è stata colta da diversi gruppi di ricerca e, come osservano le ricercatrici, un numero sempre crescente di studi è stato condotto con l'obiettivo di fornire evidenze empiriche in grado di fare luce sulla questione.

Nel sancire l'obiettivo del loro lavoro, viene precisato che, al fine di evitare una confusione tra fattori moderatori e meccanismi di cambiamento, l'attenzione delle autrici si è limitata a esaminare gli studi che hanno indagato il ruolo di variabili misurate prima dell'intervento. Dato lo stato preliminare della conoscenza in merito a questo argomento, le tecniche meta-analitiche sono state utilizzate soltanto quando un numero sufficiente di studi era possibile ma le altre evidenze empiriche sono state comunque revisionate in maniera sistematica e descritte narrativamente.

Dal punto di vista metodologico, le autrici hanno utilizzato una combinazione di parole chiavi su due database scientifici, raccogliendo il materiale pubblicato sul *topic* entro gennaio 2014. Inoltre, una ricerca della letteratura grigia, in particolare tramite la raccolta di tesi, è stata effettuata. Queste

operazioni hanno portato all'identificazione di più di 3.000 riferimenti totali. Su di essi, le autrici hanno svolto un'operazione di *screening* selezionando unicamente gli studi che documentavano lo svolgimento di un intervento di tipo TCC su una popolazione di individui con DAP e agorafobia diagnosticati secondo l'utilizzo di un'intervista diagnostica semi-strutturata. Inoltre, gli studi dovevano includere l'utilizzo di almeno una variabile predittrice o moderatrice. Gli *outcome* sono stati definiti come i livelli di sintomatologia legata al panico e/o all'agorafobia. L'operazione di scrematura condotta mediante l'utilizzo di questi criteri di selezione si è finalizzata nell'inclusione di 53 contributi, 52 dei quali indagavano almeno un predittore del successo terapeutico e 3 indagavano il ruolo di almeno una variabile moderatrice.

Un protocollo è stato sviluppato e utilizzato al fine di estrarre e codificare le informazioni di interesse come ad esempio l'ampiezza del campione, i criteri di selezione dei partecipanti, la tipologia di disegno di ricerca, le caratteristiche dell'intervento, i risultati relativi alla predizione/moderazione dell'efficacia dell'intervento da parte delle variabili di interesse e altre informazioni rilevanti. Sulla base della mole di dati raccolta, le autrici hanno proposto una classificazione delle variabili predittrici/moderatrici in dieci categorie. Le meta-analisi o le *box score analyses* sono state svolte ogniqualvolta che un numero sufficiente di studi sullo stesso argomento era disponibile. Infine, ciascuno studio è stato valutato in merito alla sua qualità metodologica.

Una panoramica dei risultati derivanti dalle *box score analyses* in merito ai predittori del trattamento evidenzia che soltanto un fattore (la gravità della sintomatologia agorafobica al pre trattamento) risultava significativamente (e negativamente) predire il miglioramento terapeutico mentre per i restanti 14 fattori queste analisi suggerivano un loro ruolo marginale.

Per quanto riguarda le variabili demografiche, i risultati suggeriscono che il sesso non predice il miglioramento terapeutico. In aggiunta, le autrici notano che pochi studi hanno esaminato il ruolo della razza o del livello socio-economico.

Gli studi hanno anche esaminato il ruolo di diversi aspetti legati al disturbo come ad esempio l'età di esordio, la sua durata, la gravità della sintomatologia panica, la presenza di agorafobia e l'*anxiety sensitivity*. Il predittore maggiormente significativo di questa categoria risulta essere l'evitamento agorafobico. Inoltre, le autrici concludono che vi sono anche alcune evidenze che suggeriscono che un'età di esordio maggiormente tardiva e una durata del DAP minore (ma non dell'agorafobia) predicono un maggiore miglioramento terapeutico.

Nella categoria relativa ai fattori collegati alla qualità della vita, alla disabilità e alla salute generale, alcuni gruppi di ricerca hanno testato con successo l'ipotesi che aspetti come il livello di compromissione funzionale al pre trattamento e il livello di salute fisica (o la percezione della stessa) avrebbero predetto significativamente l'efficacia del trattamento TCC.

In maniera piuttosto prevedibile, diversi studi si sono interessati al ruolo della comorbidità nella predizione del successo terapeutico. Le autrici hanno differenziato gli studi che hanno indagato il ruolo della comorbidità in generale da quelli che si sono focalizzati su comorbidità specifiche come ad esempio comorbidità con i disturbi d'ansia o la depressione. Come concluso dalle autrici, le evidenze empiriche sono abbastanza concordanti nel costatare che la presenza di comorbidità non appare influenzare significativamente gli effetti del trattamento.

Una sezione è dedicata specificatamente agli studi che hanno indagato il ruolo della personalità. I risultati degli studi suggeriscono che un quadro di comorbidità con un disturbo di personalità del *cluster C* ma anche la presenza di tratti di personalità patologica caratteristici di questo *cluster* possano predire negativamente il miglioramento terapeutico sia in termini di riduzione della sintomatologia panica che di quella agorafobica. In merito al ruolo degli altri disturbi di personalità i risultati appaiono maggiormente contrastanti con alcuni studi documentando il potere predittore negativo di questa variabile e altri che trovano risultati non significativi. Tuttavia, come sottolineato dalle autrici, la natura di questo quadro potrebbe essere spiegata dall'eterogeneità nella tipologia di strumento di misurazione di questa variabile, con pochi studi che risultano realmente confrontabili.

Dal punto di vista delle variabili cognitive, la maggioranza degli studi suggerisce che le aspettative positive verso il trattamento, ma non la motivazione e la credibilità dello stesso, appaiono predire positivamente il miglioramento in termini di riduzione della sintomatologia panica e agorafobica.

Gli studi che hanno esaminato il ruolo dei fattori familiari e sociali si sono interessati a variabili come lo status civile, la soddisfazione del coniuge per la vita di coppia o anche il livello delle emozioni espresse. In generale, i risultati ad oggi disponibili suggeriscono che lo status civile non influenza l'esito del trattamento e che un assetto relazione del coniuge propenso a incoraggiare all'esposizione potrebbe predire un migliore successo terapeutico mentre l'effetto inverso sarebbe prodotto da un eccessivo criticismo.

Una parte aggiuntiva della sezione risultati di questo lavoro è dedicato all'illustrazione degli studi che hanno preso in considerazione il ruolo di alcune caratteristiche del trattamento. In particolare, gli studi sono abbastanza

concordi nell'osservare un'assenza di relazione significativa tra miglioramento terapeutico e utilizzo di psicofarmaci. Tuttavia, i risultati sembrano maggiormente particolareggiati se si differenzia per tipologia di trattamento farmacologico nonché che per tipologia di *outcome* del trattamento.

In relazione al ruolo delle variabili di tipo biologico o fisiologico, le autrici notano che pochi studi si sono interessati all'argomento. Tuttavia, i dati a disposizione suggeriscono in maniera promettente il potenziale ruolo di alcune variabili come la variabilità cardiaca interbattito o il genotipo MAOA.

Infine, altre variabili come l'alessitimia o il controllo emotivo sono state studiate come potenziali preditori del miglioramento terapeutico ma nessuno di loro, nei pochi studi a disposizione, è risultato un preditore significativo.

Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: A systematic review and component network meta-analysis. Questo lavoro di punta, portato avanti da una squadra di ricercatori internazionali, si pone l'obiettivo di condurre una *Component Network Meta-Analysis* (NMA) sul tema degli *dismantling studies* svolti in relazione alla TCC per il DAP. Questa tecnica di analisi dei dati permette di identificare il rispettivo ruolo delle componenti del trattamento in studi che usano combinazioni delle stesse.

Gli autori partono dalla constatazione che la TCC per il DAP include diversi componenti e che esiste una potenziale vasta gamma di interventi derivati dalle specifiche combinazioni tra questi elementi. Ad esempio, queste componenti sono le tecniche di rilassamento, la rieducazione respiratoria, la ristrutturazione cognitiva e l'esposizione (enterocettiva o in vivo). In vista dell'esistenza di alcune evidenze empiriche che documentano un'efficacia diversa di ciascuna di queste componenti, gli autori asseriscono l'importanza di poter stabilire una gerarchia, in termini di efficacia e accettabilità, tra queste diverse componenti. Tale lavoro mira quindi a fornire un contributo utile che possa aiutare a minimizzare la complessità degli interventi forniti e incrementare il guadagno in termini di tempo, risorse economiche e di sforzi. Inoltre, aggiungono gli autori, tale lavoro potrebbe idealmente portare alla semplificazione della formazione dei terapeuti rendendo di conseguenza maggiormente accessibile la formazione a un numero più ampio di individui.

Al fine di poter raggiungere il loro obiettivo, gli autori hanno svolto una ricerca sistematica, secondo gli standard PRISMA, su quattro database scientifici che è stata completata da operazioni di ricerca della letteratura grigia. Del *pool* dei 2.526 riferimenti inizialmente raccolto, gli autori hanno selezionato tutti i contributi dove veniva illustrato uno studio di tipo *trial* randomiz-

zato con l'utilizzo della TCC per il DAP che veniva confrontato con un altro trattamento psicologico. In contrasto con i lavori precedentemente illustrati, anche – e soprattutto – i *dismantling studies* (che confrontano un trattamento con una sua versione comprensiva dell'aggiunta di una componente specifica) sono stati inclusi. Questa procedura ha portato all'identificazione di 72 studi finali che contavano un totale di 4.064 partecipanti.

Gli autori hanno selezionato la remissione del paziente nel breve termine come misura di *outcome* primario. Essa veniva definita in maniera dicotomica e operazionalizzata nel numero di pazienti che raggiungevano uno stato finale soddisfacente, definito dai ricercatori dello studio stesso. In aggiunta, *outcome* secondari comprendevano la risposta al trattamento e il *drop-out* nel breve termine.

In generale, i risultati del lavoro evidenziano che le 12 componenti della TCC identificate a priori dagli autori erano tutte ben rappresentate nel *pool* di studi selezionato ad eccezione delle componenti relative ai trattamenti della terza ondata che risultavano presenti in solo due studi. Gli autori hanno poi visto che l'esposizione enterocettiva e il *setting* “faccia a faccia” erano associati a una maggiore efficacia terapeutica e una maggiore accettabilità del trattamento. In aggiunta, gli autori hanno notato che l'aggiunta di componenti quali l'esposizione in vivo e la rieducazione respiratoria era associata con una miglior accettabilità del trattamento ma non con una sua maggiore efficacia. Infine, il rilassamento muscolare e l'esposizione con la realtà virtuale erano associati con minor efficacia del trattamento. In conclusione del loro studio, il gruppo di ricerca asserisce che la TCC per il DAP dovrebbe includere l'esposizione enterocettiva e l'interazione “faccia a faccia” e invece escludere il rilassamento muscolare e l'esposizione con l'ausilio della realtà virtuale.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1998). Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Work Group on Panic Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 155(5 Suppl): 1-34.
- Cuijpers P., Gentili C., Banos R.M., Garcia-Campayo J., Botella C., Cristea I.A.. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *J. Anxiety Disord.*, 43: 79-89. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.09.003
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). *Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care*. British Psychological Society.

Francesco Mancini, Guyonne Rogier

- Pompoli A., Furukawa T.A., Efthimiou O., Imai H., Tajika A., Salanti G. (2018). Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: A systematic review and component network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(12): 1945-1953. DOI: 10.1017/S0033291717003919
- Porter E., Chambless D.L. (2015). A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 42: 179-192. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.09.004
- Sánchez-Meca J., Rosa-Alcázar A.I., Marín-Martínez F., Gómez-Conesa A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1): 37-50. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.08.011