



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale - DPG

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di laurea Magistrale

**Terapia Cognitivo Comportamentale.
Un'indagine sulle tecniche indicate dalle
linee guida e quelle utilizzate nella
pratica clinica**

**Cognitive Behavioural Therapy. An investigation
into the treatments suggested by the guidelines
and those utilized in daily clinical practice**

Relatore

Prof. Paolo Michielin

Laureanda: Sara Cecchini

Matricola: 1233507

Anno Accademico 2021/2022

INDICE:

ABSTRACT.....	1
CAPITOLO 1: TRATTAMENTI COGNITIVO COMPORTAMENTALI EVIDENCE-BASED.....	2
<i>Panoramica e Accenni Storici.....</i>	<i>2</i>
<i>Prima Generazione: la Behavior Therapy (BT).....</i>	<i>4</i>
<i>Seconda Generazione: la Cognitive Therapy (CT).....</i>	<i>7</i>
<i>Terza Generazione: la Cognitive Behaviour Therapy (CBT).....</i>	<i>10</i>
<i>Valutazione di efficacia e Critiche della CBT.....</i>	<i>12</i>
<i>Cognitive Behavioural Therapy Evidence-Based.....</i>	<i>15</i>
CAPITOLO 2: GLOSSARIO DELLE TECNICHE COGNITIVO COMPORTAMENTALI D'ELEZIONE.....	19
<i>Tecniche di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale.....</i>	<i>19</i>
<i>Psicoeducazione.....</i>	<i>20</i>
<i>Tecniche Operanti.....</i>	<i>21</i>
<i>Tecniche di Esposizione.....</i>	<i>22</i>
<i>Tecniche di Rilassamento.....</i>	<i>24</i>
<i>Terapie Cognitive.....</i>	<i>24</i>
<i>Tecniche di gestione dello stress.....</i>	<i>27</i>
<i>Problem Solving.....</i>	<i>28</i>
<i>Social Skills Training e Training di Assertività.....</i>	<i>29</i>
<i>Terapia Cognitiva centrata sui processi.....</i>	<i>30</i>
<i>Dialectical Behaviour Therapy (DBT).....</i>	<i>31</i>
<i>Schema Therapy.....</i>	<i>32</i>
<i>Attivazione Comportamentale.....</i>	<i>33</i>
<i>Mindfulness e Detached Mindfulness (DM).....</i>	<i>34</i>
<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).....</i>	<i>35</i>
<i>Biofeedback.....</i>	<i>36</i>
<i>Situational Attentional Refocusing.....</i>	<i>36</i>
<i>Compassion Focused Therapy.....</i>	<i>37</i>

<i>Parent Training</i>	37
<i>Altre Tecniche: Terapia Interpersonale</i>	38
CAPITOLO 3: LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI MENTALI	39
<i>La Cognitive Behavioural Therapy come gold standard</i>	39
<i>Disturbo Depressivo Maggiore e Disturbo Depressivo Persistente</i>	40
<i>Fobia Specifica</i>	43
<i>Disturbo d'Ansia Sociale</i>	44
<i>Disturbo di Panico</i>	46
<i>Disturbo d'Ansia Generalizzata</i>	47
<i>Disturbo d'Ansia di Malattia e Disturbo da Sintomi Somatici</i>	48
<i>Disturbo Ossessivo-Compulsivo e Disturbo da Dismorfismo Corporeo</i>	50
<i>Disturbo Post-Traumatico da Stress e Disturbi Stress Correlati</i>	51
<i>Disturbi del Comportamento Alimentare</i>	53
<i>Disturbi di Personalità</i>	55
<i>Comorbidità e Approccio Transdiagnostico</i>	56
CAPITOLO 4: METODOLOGIA DI RICERCA	60
<i>Introduzione al progetto e ipotesi di ricerca</i>	60
<i>Partecipanti</i>	66
<i>Procedura</i>	71
<i>Risultati</i>	71
CAPITOLO 5: RIFLESSIONI SUI RISULTATI DELLO STUDIO	88
<i>Discussione</i>	88
<i>Limitazioni e Sviluppi Futuri</i>	97
<i>Conclusione</i>	98
BIBLIOGRAFIA	100
RINGRAZIAMENTI	113

ABSTRACT

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è attualmente un approccio terapeutico largamente studiato e con le migliori prove d'efficacia *Evidence-Based*. I trattamenti cognitivo-comportamentali sono raccomandati dalle più autorevoli e aggiornate Linee Guida nazionali (*Consensus ISS 1/2022*) e internazionali del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), *American Psychological Association* e *American Psychiatric Association* per l'intervento su numerosi disturbi psicologici.

Nel presente studio, sono stati selezionati 671 pazienti tra i 18 e gli 81 anni, dai casi presentati nelle tesi delle scuole di specializzazione Cognitivo-Comportamentali affiliate con l'Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e Terapia Comportamentale e Cognitiva (AIAMC). Successivamente sono stati suddivisi nei seguenti 11 campioni clinici: Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo Depressivo Persistente, Fobia Specifica, Disturbo d'Ansia Sociale, Disturbo di Panico, Disturbo d'Ansia Generalizzata, Disturbo d'Ansia di Malattia, Disturbi dello spettro Ossessivo-Compulsivo, Disturbi da Trauma, Disturbi del Comportamento Alimentare e Disturbi di Personalità. Sono stati analizzati la frequenza e le modalità d'impiego delle tecniche cognitivo-comportamentali per il trattamento di questi disturbi psicopatologici.

Lo scopo dello studio è quello di verificare l'applicazione nella pratica clinica delle strategie d'intervento raccomandate, in primo luogo dalle Linee Guida e in secondo luogo dai protocolli racchiusi nei manuali di trattamento più utilizzati in Italia.

Dai risultati è emerso che, in generale, le raccomandazioni e i protocolli vengono applicati anche nella pratica clinica. Tuttavia, sono emerse alcune interessanti discrepanze che potrebbero trovare una spiegazione nell'intrinseca natura complessa della pratica clinica.

CAPITOLO 1: TRATTAMENTI COGNITIVO COMPORTAMENTALI

EVIDENCE-BASED

Panoramica e Accenni Storici

La terapia cognitivo-comportamentale (*Cognitive Behaviour Therapy – CBT*) nasce in America intorno al 1960 e vede come massimi esponenti Albert Ellis e Aaron T. Beck. La CBT è un orientamento psicoterapeutico che include molteplici teorie e tecniche di trattamento che agiscono su pensieri, emozioni e comportamento. La terapia cognitivo-comportamentale ha integrato le tecniche del Comportamentismo e del Cognitivismo, creando un approccio psicoterapeutico articolato e complesso in cui si interviene non solo sui comportamenti manifesti, ma anche sugli stili cognitivi dell'individuo (*Galeazzi e Franceschina, 2004*).

L'approccio cognitivo-comportamentale è considerato valido ed efficace grazie alla consistente mole di ricerche scientifiche di cui è stato oggetto. La CBT è un tipo di intervento psicoterapeutico riconosciuto per il trattamento di numerose condizioni cliniche, tra cui la Depressione e l'Ansia, Disturbi del Comportamento Alimentare, Disturbi dello spettro Ossessivo-Compulsivo e molti altri (*Salmoiraghi e Sambhi, 2010*).

La terapia cognitivo-comportamentale è un trattamento che si basa su evidenze scientifiche e che ha come obiettivo principale quello di aumentare la consapevolezza dell'individuo sui propri pensieri, sentimenti ed esperienze (*Surmai e Duff, 2022*). Infatti, lo scopo della CBT è quello di individuare e modificare quei pensieri disfunzionali o quei pattern cognitivi che contribuiscono in qualche misura al disturbo e di migliorare la qualità di vita del paziente (*Fordham et al., 2021*). Inoltre, la CBT mira a costruire o migliorare le risorse di resilienza e le abilità di fronteggiamento dell'individuo stesso (*coping*).

La CBT è un trattamento d'elezione per molti disturbi, come vedremo nel Capitolo 3, ed oltre ad essere di comprovata efficacia se svolta in presenza, la terapia cognitivo-comportamentale si è dimostrata efficace anche se somministrata da remoto. Infatti, grazie all'elevata flessibilità della CBT, durante la pandemia COVID-19, è stato possibile un intervento attraverso trattamenti somministrati telematicamente. Ciò ha evidenziato come la terapia cognitivo-comportamentale sia di fondamentale importanza anche in condizioni di isolamento sociale. Lo svolgimento della psicoterapia online ad integrazione di un più ampio intervento può essere utile a risolvere problemi logistici e di spostamento, ridurre i costi della terapia e dare un accesso più immediato alle esigenze dei pazienti (Surmai e Duff, 2022).

Verso la metà degli anni '50, aumentò tra gli studiosi in ambito psicologico l'interesse per il legame tra il livello fisico/biologico e quello cognitivo/emotivo nell'individuo. Questo portò alla luce un concetto nuovo, ovvero come *“la nostra personalità, i nostri sentimenti, i nostri pensieri influenzino e siano a loro volta influenzati da ciò che avviene a livello fisico”* (Moderato, 2015, pag. 8).

Tra gli anni '60 e '70, l'interesse in psicologia clinica subì un cambiamento e il focus passò dai comportamenti direttamente osservabili alla modificazione dei pensieri (Woods, Kanter, Landes e Adcock, 2016). In questo contesto, nacque la *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT), un approccio cognitivo e comportamentale che risultò adatto al crescente interesse rivolto *“all'interazione tra le componenti biologico-emotive-cognitive e comportamentali della psicopatologia”* (Moderato, 2015, pag. 8).

Si sono susseguite tre *“generazioni”* o *“ondate”* che hanno portato alla terapia cognitivo-comportamentale così come la conosciamo oggi. La prima generazione ha colmato il vuoto delle esistenti teorie non empiriche e scientificamente instabili dell'epoca. La seconda ondata è stata caratterizzata da un approccio che includeva principi cognitivi e apprendimento sociale oltre che il comportamento umano (Hayes, 2016). Infine, la terza

generazione ha risposto alle esigenze di un'epoca segnata da cambiamenti radicali e profondi e ha spostato l'attenzione dagli interventi concettuali a quelli meditativi ed esperienziali.

Prima Generazione: la Behaviour Therapy (BT)

La *Behaviour Therapy* o *Comportamentismo* si è sviluppata negli anni '50 e si concentrava sull'indagine del comportamento umano seguendo una logica scientifica e rifiutando le metodologie d'indagine psicoanalitiche (*Betti e Melli, 2015*). Inoltre, la BT ha rappresentato un nuovo approccio rispetto ai trattamenti psichiatrici prevalenti dell'epoca che si caratterizzavano di farmaci e interventi fisici (*Rachman, 2015*).

La *Behavior Therapy* ha avuto il suo inizio con gli studi di Ivan Pavlov sul condizionamento che hanno gettato le basi per le ricerche successive sul comportamento disfunzionale e l'acquisizione delle paure (*ibidem*). Pavlov, durante i suoi studi sul sistema digerente, scoprì il cosiddetto "condizionamento classico" e sviluppò i metodi per analizzarlo in modo scientifico e sistematico. Tutto ciò ha portato alla scoperta di meccanismi complessi del comportamento umano riguardante le emozioni, il linguaggio e i processi cognitivi (*Ploog, 2012*). Il condizionamento classico ha a che fare con le risposte comportamentali e i processi di apprendimento. Un esempio noto è quello della salivazione del cane alla vista del cibo. Nel processo di condizionamento di Pavlov, si abbina uno stimolo originariamente neutro per una determinata risposta (es: il suono di una campana) con uno stimolo incondizionato (es: cibo per cani) che produce la risposta incondizionata di salivazione. Dopo aver ripetuto l'abbinamento molteplici volte, si nota come il cane emetta la risposta ora condizionata di salivazione conseguentemente alla presenza dello stimolo inizialmente neutro (suono di campana) adesso stimolo condizionato (*Fantino e Stolarz-Fantino, 2012*).

Nel 1920, lo studioso John B. Watson e Rayner, pubblicarono il famoso caso del “*Piccolo Albert*” in cui studiarono un metodo per instillare una paura ben precisa in un soggetto, in modo da successivamente svilupparne il trattamento per eliminarla (Ploog, 2012). Questo studio ha dimostrato come le risposte emotive negli esseri umani possano diventare condizionate: Watson mostrò ad un bambino di undici mesi, un topo bianco in concomitanza ad un suono fastidioso. Dopo aver ripetuto questa sequenza molte volte, si evidenziò come il bambino iniziasse a mostrare segni di paura appena il topo veniva mostrato (Rachman, 2015). Qualche anno dopo la pubblicazione di questo studio, Watson sviluppò un metodo efficace per il trattamento delle fobie (Ploog, 2012).

Successivamente, negli anni ‘50, B. Skinner elaborò il concetto di condizionamento classico e lo applicò all’apprendimento verbale nei bambini (*Ibidem*), mentre Mowrer sviluppò la sua teoria bifattoriale in relazione all’origine e il mantenimento delle paure, partendo dai concetti fondamentali di condizionamento classico e rinforzo negativo (Galeazzi e Meazzini, 2004). Esistono alcune terapie comportamentali basate sul condizionamento classico che sono ancora oggi utilizzate per alcune patologie specifiche. Un’allieva di Watson, Mary Cover Jones, continuò il lavoro del suo professore sviluppando una delle prime terapie comportamentali che lei chiamò “*Unconditioning*”. Nel suo approccio, la presentazione gradualmente più prossimale dello stimolo temuto veniva associata ad uno stimolo piacevole (es: cibo preferito). Questa procedura si basava essenzialmente sull’estinzione e sull’esposizione graduale. Ciò pose le basi per la conosciuta ed ancora oggi utilizzata tecnica ERP (*Exposure and Response Prevention*) (Rachman, 2015).

Parallelamente, Eysenck nel 1952, svolse una celebre ricerca che evidenziava l’inefficacia dei trattamenti psicodinamici presenti all’epoca. Egli affermava come il gruppo di pazienti non trattati mostrasse percentuali di guarigione anche superiori rispetto a quelli trattati con

tecniche psicodinamiche. Eysenck scrisse un manifesto nel 1973 in cui si comparavano la psicologia del comportamento e la psicoanalisi (Galeazzi e Meazzini, 2004).

Joseph Wolpe venne anch'egli deluso dall'approccio psicoanalitico che non gli permetteva di trattare i pazienti con Disturbi Trauma-correlati, perciò, si mise alla ricerca di nuove teorie. Nel 1958, Wolpe sviluppò la tecnica nota come "*Desensibilizzazione Sistemica*" (Galeazzi e Meazzini, 2004). Inoltre, egli dimostrò come il processo di condizionamento potesse essere invertito attraverso un'esposizione in immaginazione ripetuta e graduale allo stimolo temuto. Questa procedura venne affiancata da tecniche di inibizione che elicitarono risposte di rilassamento e ciò determinò una diminuzione della risposta di paura nell'individuo. In seguito, si notò come l'esposizione in vivo fosse ancora più efficace di quella in immaginazione e fu largamente adottata da molti clinici (Rachman, 2015).

Un altro contributo fondamentale alla *Behavior Therapy* fu quello di B. F. Skinner che suggerì che alcuni aspetti osservabili del comportamento umano potessero essere categorizzabili come "*operanti*", poiché operano dei cambiamenti sull'ambiente esterno. Con il termine "*condizionamento operante*" si intende l'aumento o la diminuzione di un comportamento in funzione delle conseguenze che lo seguono. Le risposte comportamentali che sono seguite da un rinforzo positivo è più probabile che si ripresentino, mentre quelle succedute da un evento negativo o punizione è meno probabile che si ripetano. La relazione tra risposta comportamentale e rinforzo è il cardine del condizionamento operante ed è ciò che lo distingue dal condizionamento classico di Pavlov. Entrambi i postulati si sono dimostrati potenti mezzi per modificare il comportamento umano e animale (Fantino e Stolarz-Fantino, 2012).

In conclusione, l'idea su cui si basavano queste teorie di condizionamento era che il comportamento patologico dei pazienti fosse dovuto ad un processo di condizionamento errato e che quindi potesse essere modificato attraverso l'introduzione di corretti rinforzi

(Rachman, 2015). Le tecniche derivate dalle teorie di Pavlov e Skinner sono attualmente utilizzate nel trattamento con bambini e adulti che hanno problemi di comportamento e fobie. Un esempio classico è la *Token Economy* sviluppata da Ayllon e colleghi negli anni '60. Questa tecnica consisteva nel rinforzo sistematico dei comportamenti appropriati e l'omissione di rinforzi per quelli inappropriati (*Ibidem*).

Infine, la cosiddetta "*prima generazione*" si fondò sulla convinzione che "*i comportamenti anomali osservabili fossero controllati dall'ambiente esterno*" (Woods et al., 2016). Successivamente, l'influenza della terapia cognitiva fece spostare l'attenzione sulla percezione che l'individuo ha del mondo esterno (*ibidem*).

Seconda Generazione: la Cognitive Therapy (CT)

"A fronte della visione e della sperimentazione strettamente comportamentistica, che aveva considerato i processi cognitivi come degli epifenomeni, la cui indagine era troppo complessa e sdruciolevole per essere affrontata, compare una concezione ad essa contrapposta. Grazie ad essa i processi cognitivi non solo sono considerati fenomeni di centrale importanza all'interno dell'indagine psicologica, ma anche accessibili all'indagine sperimentale." (Galeazzi e Meazzini, 2004, p. 30)

La seconda ondata fu caratterizzata dall'attenzione focalizzata sulle esperienze interne (es: pensieri disfunzionali e automatici) ed ebbe come esponenti principali Albert Ellis negli anni '50 (Ellis, 1958) e Aaron Beck negli anni '70 (Beck, 1979). Invero, una delle prime forme di terapia cognitivo-comportamentale può essere considerata quella di Ellis la *Rational Emotive Therapy* (RET), successivamente trasformata in *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) (Moderato, 2015).

L'attenzione incominciò ad essere rivolta anche all'aspetto cognitivo che precedentemente fu trascurato. Infatti, il Comportamentismo aveva lasciato poco spazio agli aspetti interiori

ed emotivi dei pazienti (*Rachman, 2015*). In tale direzione, le teorie dell'epoca riguardanti la depressione vennero modificate per includere anche costrutti cognitivi (*Dacomo e Pizzo, 2012*).

Nel 1968, durante un incontro dell'*American Psychological Association (APA)*, gli studiosi conclusero che fosse necessario integrare il contributo dei costrutti cognitivi sia nella valutazione che nel trattamento psicologico (*Goldfried, 2000*). Conseguentemente, molti psicologi comportamentisti, come David Barlow, modificarono la loro posizione, riconoscendo l'importanza dei pensieri come potenti influenzatori del comportamento del paziente. Fu così che ebbe inizio l'integrazione dell'approccio cognitivo a quello comportamentale. Un altro esempio a testimonianza di questo cambiamento fu che nel 1985, Lewinshon riformulò la sua teoria pionieristica del trattamento della depressione, rivisitandola in chiave integrata di tipo cognitivo-comportamentale (*Woods et al., 2016*). Anche Albert Bandura propose una riconcettualizzazione della sua teoria dell'apprendimento sociale considerando i processi cognitivi come fondamentali. Inoltre, Bandura sviluppò la sua teoria dell'autoefficacia (*self-efficacy*) in cui le aspettative dell'individuo sono considerate in grado di modulare il comportamento (*Bandura, 1977*).

Il concetto principale su cui si basa la terapia cognitivo-comportamentale è quello per cui i disturbi mentali siano mantenuti da fattori cognitivi. Alla base di questo assunto fondamentale vi sono le teorie di Beck (1970) ed Ellis (1962) che sostenevano come i disturbi emotivi e comportamentali fossero favoriti da fattori cognitivi disadattivi. Secondo la teoria di Beck, questi elementi cognitivi disadattivi includono: pensieri e credenze generali o schemi sulla concezione del mondo, di sé stessi e del futuro. Tutto ciò genera dei pensieri automatici che emergono in determinate situazioni e che fungono da fattori scatenanti. Secondo il modello di Beck, un approccio terapeutico, per essere efficace, deve modificare queste cognizioni disadattive in modo da ridurre i comportamenti problema

e le sensazioni spiacevoli ad essi connesse (*Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer e Fang, 2012*). Il cardine della teoria di Beck consiste nell'evidenziare come le reazioni emotive siano legate intrinsecamente a cosiddetti "*pensieri automatici*" che non sono necessariamente coscienti. Quindi, il lavoro principale del suo modello si basa sul portare il paziente a conoscenza di questi pensieri e di distaccarsene (*Moderato, 2015*). In aggiunta, Beck introdusse il concetto per cui la depressione e altre psicopatologie potessero nascere da processi cognitivi o pensieri errati. Si può concludere che la teoria di Beck si basa fondamentalmente sul principio per cui il comportamento di un individuo e le sue emozioni dipendono fortemente da come il soggetto interpreta il mondo esterno (*Rachman, 2015*).

La CBT è il risultato della fusione tra terapia cognitiva e terapia comportamentale che durante i primi anni rimasero in conflitto per dimostrare quale dei due filoni fosse il più attendibile ed efficace per il trattamento dei disturbi psicopatologici. Tuttavia, tra gli anni '80 e '90 le due correnti si unirono anche grazie al lavoro di David M. Clark (UK) e David H. Barlow (USA) per il trattamento del Disturbo di Panico (*Moderato, 2015*). Nel 1986, Clark postulò come gli attacchi di panico fossero generati da un'interpretazione errata da parte del soggetto dei propri stati fisici (*Rachman, 2015*).

Inoltre, il lavoro di Salkovskis (1985) fu una svolta per il trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) che implicò reali progressi. Infatti, egli dimostrò l'importanza dei pensieri, delle emozioni e delle interpretazioni del paziente riguardo alle proprie ossessioni e compulsioni. Questo perché il DOC è una psicopatologia complessa in cui si intersecano sia disfunzioni a livello comportamentale sia pensieri intrusivi e ripetitivi (*Rachman, 2015*).

In conclusione, verso la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90, vi fu un'ulteriore integrazione tra BT e CT che prese il nome di Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT). Questa forma di terapia ha la più grande base di evidenza scientifica attualmente nota (*Öst, 2008*). Il focus dell'approccio della seconda generazione è principalmente sul contenuto del

pensiero, mentre nella terza generazione si ha un lavoro più intenso sui processi cognitivi e sulle metacognizioni.

Terza Generazione: la CBT

“La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è una terapia strutturata e si basa sulla comprensione di pensieri e convinzioni, con particolare attenzione ai pensieri negativi, e a come essi siano strettamente legati alle emozioni e ai comportamenti” (Dacomo e Pizzo, 2012, p. 52). Le terapie di terza generazione si basano sul cosiddetto *“contestualismo funzionale”*, ovvero il focus viene traslato, passando dai contenuti ai processi cognitivi. Inoltre, questi interventi *“si propongono di cambiare la relazione che gli individui hanno con i propri eventi mentali” (Dacomo e Pizzo, 2012, p. 60).*

I trattamenti di terza generazione condividono aspetti in comune tra i vari approcci, ma mostrano anche delle differenze, come vedremo nel prossimo Capitolo. Un aspetto fondamentale è l'importanza attribuita alla *mindfulness*, all'accettazione, ai valori e alle relazioni del soggetto. In aggiunta, questi approcci condividono anche una visione comune sulla relazione terapeutica (*Dimidjian, Arch, Schneider, Desormeau, Felder e Segal 2016*).

Nel 2004, un insieme di trattamenti cognitivo-comportamentali fu definito per la prima volta come *“terza ondata”*. Ciò suggerì che in psicologia e psicoterapia si stava attraversando l'inizio di una nuova importante evoluzione della CBT. Questo cambiamento ha esacerbato sia entusiasmo che critiche. Infatti, da un lato si affermò l'importanza innovativa di questa svolta nella psicoterapia per sostenere con altri fondamentali mezzi i pazienti e alleviando le loro sofferenze. Tuttavia, dall'altra parte si schierarono gli scettici che misero in discussione il nuovo approccio, mettendo in dubbio che le tecniche di terza generazione fossero davvero così diverse da quelle di seconda, oppure sostenendo che non avessero sufficienti evidenze empiriche (*Dimidjian et al., 2016*)

Tra i trattamenti cognitivo-comportamentali di terza generazione si possono individuare tre correnti che si distinguono per contenuti e metodi.

Il primo gruppo comprende: *l'Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes, Strosahl e Wilson, 1999), la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT; Linehan, 1993), il *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP; McCullough, 2003), la *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP; Kohlenberg e Tsai, 1991), e *l'Integrative Behavioral Couple Therapy* (IBCT; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova, e Eldridge, 2000). Tutti questi approcci terapeutici hanno come obiettivo quello di migliorare la qualità di vita del paziente e tendono a creare un repertorio comportamentale ampio e flessibile per il soggetto (Moderato, 2015).

Il secondo insieme di terapie di terza generazione è composto da: *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR; Kabat-Zinn, 2003) e la *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT; Segal, Teasdale e Williams, 2004), che si basano sulla meditazione. Infine, abbiamo la *Terapia Metacognitiva* (Wells, Fisher, Myers, Wheatley, Patel e Brewin, 2009) e la *Compassion Focused Therapy* (CFT; Gilbert, 2009) che sono da considerarsi come nuovi approcci verso il paziente (Moderato, 2015).

In conclusione, la terapia cognitivo-comportamentale unisce lo stile del Comportamentismo nell'utilizzo del metodo empirico che richiede parametri rigorosi e rigidi, a quello del Cognitivismo caratterizzato da una maggiore attenzione agli stati interni dell'individuo (Rachman, 2015).

Sono stati sviluppati, nel corso del tempo, molti protocolli CBT che si focalizzano sui fattori di mantenimento specifici di molti disturbi psicologici. Questi interventi, sebbene si concentrino specificatamente sui fattori coinvolti in un particolare disturbo, condividono tutti il principio di riduzione dei sintomi, miglioramento del funzionamento del paziente e infine

un'auspicabile, anche se non sempre possibile, remissione dal disturbo (*Hofmann et al., 2012*).

Valutazione di efficacia e Critiche della CBT

La terapia cognitivo-comportamentale è tra le terapie che godono di un indiscusso supporto scientifico grazie agli evidenti risultati sia empirici sia nella pratica clinica. Esiste, infatti, un forte supporto di efficacia per la CBT che riguarda molte psicopatologie.

Un articolo di confronto di varie metanalisi condotto da Hofmann e colleghi (2012) ha esaminato l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale. Gli esperti hanno comparato gli indici di risposta ai trattamenti CBT con quelli rilevati da pazienti sottoposti ad altri trattamenti o condizioni di controllo. La terapia cognitivo-comportamentale ha mostrato indici di risposta favorevoli nella maggioranza di queste ricerche. Per quanto riguarda i Disturbi da Uso di Sostanze, l'efficacia degli interventi CBT si attesta tra un livello medio-basso, a seconda del tipo di sostanza. Per ciò che concerne il trattamento di Distimia e Depressione Maggiore, non vi sono chiari risultati; in alcuni studi pare che la CBT sia molto efficace, mentre in altri non viene fortemente raccomandata. Al contrario, l'efficacia dei trattamenti cognitivo-comportamentali è consistente per i Disturbi d'Ansia. La CBT si è dimostrata efficace anche per il trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Ansia di Malattia e Disturbo da Dismorfismo Corporeo. Inoltre, queste tecniche sono state confermate efficaci nel trattamento della Bulimia Nervosa. In aggiunta, alcune evidenze sembrano sostenere l'efficacia della CBT anche per ciò che concerne i Disturbi di Personalità. In conclusione, questa metanalisi condotta da Hofmann e colleghi (2012), mostra chiaramente come la terapia cognitivo-comportamentale sia largamente utilizzata in svariati contesti e con un grande numero di disturbi psicologici.

In generale, è possibile affermare che la *Cognitive Behavioral Therapy Evidence-Based* è molto efficace, soprattutto per il trattamento dei Disturbi d'Ansia. Infatti, secondo la metanalisi condotta da Cuijpers, Sijbrandij, Koole, Huibers, Berking e Andersson (2014), la CBT e le Tecniche di *Rilassamento* hanno uguale efficacia per ciò che concerne la riduzione dei sintomi ansiosi e/o depressivi, tuttavia, la CBT si è dimostrata superiore nel mantenimento a medio-lungo termine (12 mesi). In aggiunta, secondo uno studio svolto da Bandelow, Reitt, Röver, Michaelis, Görlich e Wedekind (2015), la CBT svolta individualmente e gli interventi di *Mindfulness* sembrano essere la migliore opzione per ridurre la gravità dei sintomi riportati dai pazienti con Ansia Sociale. Infine, nella metanalisi condotta da Pompoli, Furukawa, Imai, Tajika, Efthimiou e Salanti (2016) su 54 studi, è stata analizzata l'efficacia di diverse psicoterapie per il Disturbo di Panico: CBT, *Psicoeducazione*, CT, BT, *Terapia psicodinamica*, ecc. I risultati mostrano prove di efficacia per la CBT che sembra anche portare risultati positivi a lungo termine (> 6 mesi dopo il trattamento). In conclusione, si può affermare che l'approccio cognitivo-comportamentale "*mostra robuste prove di efficacia nel trattamento del disturbo di panico veicolando la scomparsa degli attacchi di panico e una riduzione significativa della sintomatologia ansiosa e delle componenti di evitamento*" (Perna, Sangiorgio, Alciati e Torti, 2017, p. 53).

Ulteriori ricerche hanno investigato l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale e numerosi studi sono stati condotti in differenti popolazioni, contesti, condizioni patologiche e fisiche.

Secondo una recentissima metanalisi condotta da Fordham e collaboratori (2021), la terapia cognitivo comportamentale migliora la qualità di vita dei pazienti, indipendentemente dalle condizioni psicopatologiche presenti. Questi miglioramenti significativi sono mantenuti per più di un anno dopo la fine della terapia CBT. Tuttavia, ci sono poche evidenze che mostrano la validità della terapia anche sugli anziani, mentre questa è comprovata su adulti e bambini.

Questa metanalisi riconferma l'efficacia della CBT nel migliorare sensibilmente la qualità di vita dei pazienti riguardo a molti disturbi mentali differenti e anche in persone affette da patologie fisiche (*Fordham et al., 2021*). Questo dimostra che la CBT fornisce un insieme di tecniche terapeutiche versatili e adattabili ad una moltitudine di disturbi psicologici anche molto diversi tra loro.

Tuttavia, alcuni studi dimostrano che i criteri per poter beneficiare di questo tipo di trattamento (CBT) in Inghilterra sono molto restrittivi. Infatti, il soggetto non deve fare uso di sostanze o alcol e i sintomi presentati non devono essere eccessivamente severi. Inoltre, il paziente deve essere disponibile al trattamento e motivato. Un altro criterio di esclusione è quello per cui non devono essere presenti nemmeno disturbi quali sindromi neurologiche e disabilità intellettiva (*Kingdon, Hansen, Finn e Turkington, 2007*).

L'approccio e le tecniche cognitive-comportamentali non sono efficaci per tutte le tipologie di pazienti. Infatti, la CBT non può essere l'unico strumento disponibile per trattare i pazienti, ma deve essere affiancata da altri interventi come, ad esempio, tecniche di *Social Skill Training*, *Gestione dall'ansia e della rabbia*, *Mindfulness*, tecniche di *Rilassamento*, *Problem Solving* e molte altre (*ibidem*).

Cognitive Behavioural Therapy Evidence-Based

La terapia cognitivo-comportamentale è uno dei numerosi approcci di psicoterapia esistenti, ma è tra i pochi ad aver ricevuto crescente consenso e interesse, da parte di ricercatori e clinici, grazie alle sue forti evidenze scientifiche e per la versatile applicabilità a molte psicopatologie e contesti di cura (*Dobson e Dobson, 2010*)

L'approccio *Evidence-Based* (EB) è guidato dallo scopo primario di evidenziare gli interventi efficaci per i diversi disturbi psicopatologici, basandosi sulle prove scientifiche di efficacia. Inoltre, l'EB si fonda sul principio per cui ognuno "*ha il diritto di ricevere terapie efficaci e appropriate rispetto al proprio specifico problema di salute*" (*Di Tucci e De Isabella, 2017, p. 19*). L'*Evidence Based Practice* (EBP) si compone di tre ambiti: uno relativo agli elementi che guidano la scelta clinica, il secondo riguardante le competenze del terapeuta e infine quello del paziente che comprende la formazione socioculturale e le sue aspettative. L'approccio *Evidence-Based* ha aiutato a definire delle linee guida per l'intervento relativo a vari disturbi, tuttavia, talvolta minimizzando le differenze interindividuali che si presentano con pazienti diversi. Inoltre, lo psicologo è deontologicamente obbligato a fornire al paziente trattamenti che siano validati nella loro efficacia. Infatti, la pratica *Evidence-Based* guida "*il processo decisionale in clinica, integrando il giudizio del terapeuta nel trattamento*" (*Di Tucci e De Isabella, 2017, p. 27*).

Nel 2008, uno studio condotto dalla *World Health Organization* (WHO) ha mostrato come il 38% dei disturbi nei Paesi abbienti riguardi la sfera psicologica, mentre le malattie come cancro, diabete, malattie polmonari e cardiovascolari siano solamente il 22%. La restante percentuale riguarda tutte le altre malattie fisiche insieme (40%). Il disturbo psicologico più presente è decisamente la Depressione Unipolare (*Saggino e Colavecchio, 2017*).

In Italia così come in altri paesi europei, al fine di capire quali forme di trattamenti sanitari debbano essere inclusi dal sistema sanitario nazionale ci si basa sulle prove empiriche di efficacia e sulle dimostrazioni fornite sulla qualità di un dato trattamento. L'obiettivo che si spera di ottenere è quello per cui *“anche nell’ambito della salute mentale vengano osservati standard di trattamento evidence based parimenti agli altri ambiti della sanità pubblica e privata”* (Di Tucci e De Isabella, 2017, p. 22).

Esiste un dibattito sull'utilizzo dell'approccio *Evidence-Based* in psicoterapia che riguarda molti aspetti, i seguenti sono i principali: il rapporto tra ricerca e clinica, gli aspetti metodologici e gli obiettivi della psicoterapia. Il primo problema si esplica nella possibile discordanza tra i pazienti che solitamente accedono ai servizi di psicoterapia e i soggetti su cui vengono costruiti i protocolli di comprovata efficacia. Infatti, solitamente i progetti di ricerca hanno criteri di inclusione/esclusione molto rigidi per cui è molto improbabile che i partecipanti rispecchino i pazienti reali. Inoltre, negli studi *Evidence-Based* si dividono spesso i campioni in base a categorie diagnostiche in cui ogni paziente mostra un solo disturbo, mentre nella pratica clinica questo raramente accade a causa della complessità dell'individuo e delle patologie. Per queste ragioni l'efficacia teorica deve essere conciliata con quella nella pratica clinica (Di Tucci e De Isabella, 2017).

In secondo luogo, i risultati statisticamente significativi di uno studio relativo all'efficacia di un trattamento rispetto ad un altro o ad una condizione di controllo non significano che ogni partecipante abbia tratto beneficio dal trattamento in questione. Perciò, il campione clinico può non riflettere il singolo paziente reale.

Inoltre, nella pratica clinica l'attenzione del terapeuta può non essere incentrata solamente sui sintomi osservabili e lamentati dal paziente, ma potrebbero esserci aspetti di personalità da cui scaturisce il sintomo o che lo mantiene. Secondo coloro che si oppongono all'approccio *Evidence-Based*, l'attenzione è focalizzata solamente sulla riduzione della

sintomatologia, mentre altri approcci favoriscono una maggiore consapevolezza di sé (*Di Tucci e De Isabella, 2017*).

Nella pratica clinica, tuttavia, vi possono essere anche altri fattori che influenzano il risultato di un trattamento, ma che non dipendono dal tipo di intervento o approccio utilizzato. Infatti, alcuni disturbi hanno remissione spontanea, oppure il paziente ha un miglioramento in seguito ad un effetto placebo. Ancora, l'efficacia nella pratica clinica può risentire delle caratteristiche del terapeuta e dal tipo di alleanza che riesce a creare con il paziente (*Michielin, Bettinardi e Limonta, 2017*).

È pertanto necessario distinguere tra: l'efficacia teorica (*efficacy*) e l'efficacia pratica (*effectiveness*). La prima riflette l'effetto prodotto da un trattamento rispetto ai sintomi di un disturbo in condizioni estremamente controllate e con soggetti selezionati. Al contrario, l'*effectiveness* riguarda ciò che si osserva nella pratica clinica con i pazienti reali e con le risorse disponibili. Inoltre, l'efficacia pratica consiste anche nella valutazione della "generalizzabilità nella pratica clinica, la facilità di applicazione (compresa l'aderenza del paziente) e i costi-benefici del trattamento in questione" (*Michielin, Bettinardi e Limonta, 2017, p. 34*).

Inoltre, in Inghilterra nel 2008, è stato ideato il programma chiamato *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) al fine di migliorare l'accesso agli interventi psicoterapeutici basati sull'evidenza. Infatti, questo programma è nato per accogliere l'esigenza di due terzi della popolazione britannica che presentava disturbi psicologici, ma non poteva avere accesso alle terapie necessarie (*Saggino e Collevicchio, 2017*).

Il programma IAPT si struttura seguendo i seguenti criteri:

1. Utilizzare terapie *Evidence-Based* come da Linee Guida NICE
2. I terapeuti devono ricevere una formazione specifica ed essere qualificati
3. È necessario il monitoraggio dei pazienti a fine di ogni seduta
4. È necessaria valutazione iniziale del paziente per decidere sull'intensità del trattamento di cui ha bisogno (alta o bassa intensità).
5. Lo psicoterapeuta deve ricevere supervisione settimanale
6. Non è necessaria la mediazione del medico per accedere ai servizi, i pazienti possono fare richiesta autonomamente

Il *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) è un'organizzazione che promuove quegli interventi medici o psicologici che dispongono di una validata efficacia e guidano l'*NHS (National Health Service)* verso le scelte di trattamento *Evidence-Based*. Il programma IAPT ebbe un successo plateale e da allora sono stati presi provvedimenti per ampliarlo e migliorarlo. Lo IAPT ha permesso alla popolazione di accedere alle tecniche di psicoterapia, invece che essere sottoposti unicamente alla farmacoterapia (*Saggino e Collevocchio, 2017*).

In conclusione, grazie alle rassegne scientifiche in continua evoluzione, è possibile redigere delle linee guida riguardanti la diagnosi e il trattamento dei disturbi mentali. Queste linee guida sono in continuo aggiornamento e riportano i trattamenti psicologici e psicoterapeutici empiricamente supportati, definendo quali siano le migliori terapie in termini di efficacia e in quali condizioni e per quali pazienti siano indicate (*Michielin, Bettinardi e Limonta, 2017*).

CAPITOLO 2: GLOSSARIO DELLE TECNICHE COGNITIVO COMPORTAMENTALI D'ELEZIONE

Tecniche di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

L'approccio cognitivo-comportamentale ha integrato le tecniche della *Behavior Therapy* "in un insieme di interventi psicoterapeutici ed educativi più articolati, in cui confluiscono procedure mirate alla modificazione non solo dei comportamenti manifesti, ma anche dei convincimenti, degli atteggiamenti, degli stili cognitivi e delle aspettative del soggetto" (Galeazzi e Franceschina, 2004, pag. 147).

L'obiettivo principale delle tecniche cognitivo-comportamentali è quello di generare un cambiamento. Rimane presente l'eredità del Comportamentismo riguardante l'interazione dell'individuo con il mondo esterno, ma si aggiunge l'attenzione alle risorse della persona (*Ibidem*).

Tra le tecniche CBT se ne possono annoverare molte, qui di seguito per lo scopo della presente ricerca, ne citiamo alcune tra le più importanti fornendone una breve descrizione. Per l'elaborazione del presente glossario si è fatto ricorso principalmente alle conoscenze ed esperienza professionale dei Professori Paolo Michielin, Susanna Pizzo ed Ezio Sanavio.

Psicoeducazione:

Il trattamento psicoeducativo è un approccio definito dal *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) come qualsiasi forma d'intervento multidimensionale che preveda per i pazienti e per i loro famigliari sia informazioni che supporto (*Magill, Martino e Wampold, 2021*). Con il termine "*Psicoeducazione*" s'intende una strategia educativa utilizzata generalmente all'interno di un più complesso piano terapeutico. La *Psicoeducazione* è un intervento che può essere svolto individualmente o in gruppo e ha come obiettivo quello di aiutare le persone che soffrono di una psicopatologia a gestire il proprio disturbo. Si può quindi affermare che la *Psicoeducazione* non rappresenti una tecnica di trattamento vera e propria, ma che sia una componente utile e adattabile a qualsiasi tipo di patologia. I pazienti, una volta giunti nello studio dello psicologo, desiderano sapere di più sulle cause, sintomi, conseguenze e opzioni di trattamento.

La *Psicoeducazione* ha come scopo quello di fornire al paziente (e alla famiglia) delle risposte scientifiche e professionali alle loro domande. Infatti, spesso i pazienti possiedono informazioni scorrette e discordanti che possono generare confusione, oppure dispongono di modalità "errate" di gestione del disturbo che spesso si basano sui luoghi comuni. Tutto ciò, può portare al consolidarsi di pratiche inadeguate e circoli viziosi che mantengono o addirittura amplificano il problema iniziale.

Inoltre, nelle fasi iniziali della terapia, viene spesso eseguita una psicoeducazione generale sul modello teorico di riferimento cognitivo-comportamentale al fine di avere tra paziente e psicoterapeuta una base comune di lavoro.

Gli interventi psicoeducativi sono ritenuti efficaci come strategie preventive per chi presenta sintomi lievi o sottosoglia e sono spesso fondamentali nelle fasi iniziali di ogni trattamento. Uno studio svolto da Cartwright e Hooper (2017) ha mostrato come un intervento

psicoeducativo basato sull'*Acceptance and Commitment Therapy* porti a risultati incoraggianti per le persone che necessitano di un sostegno preventivo. Infatti, venivano misurate variabili come ansia, depressione, autostima e soddisfazione della propria vita che hanno mostrato cambiamenti significativi.

In conclusione, la *Psicoeducazione* è un intervento utile per aumentare la conoscenza e la consapevolezza del disturbo, “normalizzare” il disagio di cui soffre il paziente, sfatare miti/pregiudizi e aumentare le capacità di gestione del disturbo.

Tecniche Operanti:

Queste tecniche si basano principalmente sul condizionamento operante di Skinner e sono centrate sul controllo del comportamento attraverso meccanismi di rinforzo. Le tecniche operanti possono avere l'obiettivo di aumentare o ridurre la probabilità di emissione di un dato comportamento. Attraverso l'utilizzo di queste modalità è possibile ridimensionare i comportamenti disfunzionali che si desidera estinguere e incrementare quei comportamenti adattivi che si intende promuovere. Tra le tecniche operanti citiamo alcune tra le più utilizzate: il *Time-Out*, il *Costo della Risposta*, la *Prevenzione della Risposta*, il *Controllo dello Stimolo*, le tecniche di *Shaping*, *Fading*, *Chaining*, *Modeling*, *Prompting*, la *Guida Fisica*, *Rinforzo differenziale*, e infine la *Token Economy*. Queste strategie vengono usate spesso con i bambini che manifestano problematiche a livello comportamentale come, ad esempio, Disturbi dello Spettro Autistico (*Autism Spectrum Disorder, ASD*), Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD*), Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) e altri. Infatti, possono essere utilizzate anche dagli insegnanti e genitori al fine di aiutare il bambino a mettere in atto comportamenti adattivi.

Qui di seguito alcuni esempi di tecniche operanti:

- a) Il *Time-Out* prevede che il soggetto venga rimosso da una situazione rinforzante e spostato ad una priva di rinforzi come conseguenza di un comportamento non desiderabile.
- b) Il *Costo della Risposta* ha come scopo quello di rendere il soggetto più consapevole delle conseguenze negative delle proprie azioni. Infatti, questa tecnica implica la rimozione/sottrazione di una certa quantità di rinforzatori a seguito di un preciso comportamento inadeguato.
- c) Le tecniche di *Shaping, Fading, Chaining, Modeling, Prompting* e la *Guida Fisica* vengono utilizzate specialmente nei contesti di riabilitazione e educazione di soggetti affetti da disabilità o che soffrono di deficit intellettivi.
- d) La *Prevenzione della Risposta* è una strategia generalmente usata per il trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo in combinazione ad un intervento di esposizione. Questa tecnica prevede l'esposizione del paziente ad uno stimolo/situazione temuta. Inoltre, al soggetto viene impedito di mettere in atto i comportamenti che normalmente utilizza per placare i sentimenti d'ansia.

Tecniche di Esposizione:

L'*Esposizione* è un insieme di tecniche mediante le quali il paziente viene esposto allo stimolo temuto o alla situazione ansiogena. Queste strategie sono molto utilizzate nel trattamento del Disturbo di Panico, Ansia Sociale e Fobie Specifiche, ma anche in altri disturbi come ad esempio il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, i Disturbi della sfera Sessuale e i Disturbi Depressivi. Solitamente, chi manifesta i sopracitati disturbi, manifesta condotte di evitamento che contribuiscono al mantenimento del problema stesso. Queste tecniche sono molto efficaci e attivano "*processi di abituação allo stimolo, che corrispondono ad una progressiva riduzione (e poi scomparsa) delle reazioni fisiologiche e comportamentali*

a stimoli della medesima configurazione e che si ripetono in modo regolare” (Galeazzi e Franceschina, 2004, pag. 154). L’*Esposizione* rappresenta, quindi, un processo di estinzione delle risposte di evitamento. Infatti, alcune indagini neurobiologiche sull’estinzione della paura hanno mostrato come l’esposizione/estinzione non elimini la memoria originale, ma ne formi una nuova antagonista inibitoria. L’*Esposizione* può avere anche l’obiettivo di eliminare i riflessi condizionati, oppure quello di generare un cambiamento a livello cognitivo.

Le principali tecniche di *Esposizione* si distinguono in: *Desensibilizzazione Sistemica* (DS), *Esposizione graduata* (in vivo, immaginativa o virtuale), *Esposizione non graduata* (*flooding* o immersione) ed *Esposizione enterocettiva*. La gradualità dell’esposizione è determinata dalle scale gerarchiche compilate dal paziente in cui indica degli stimoli che evocano più paura o ansia fino a quelli ritenuti più sopportabili.

L’*Esposizione in vivo* è considerata più efficace di quella in immaginazione, tuttavia, quest’ultima può essere adatta a quei pazienti che esperiscono un livello di ansia/paura tale da non poter affrontare le situazioni/stimoli temuti nella vita reale.

La DS consiste nell’esporre il paziente a situazioni/stimoli ansiogeni o fobigeni e nell’indurre immediatamente dopo una risposta incompatibile con la risposta d’ansia. In questa tecnica si insegnano al paziente delle strategie di rilassamento con lo scopo di controcondizionare la risposta di paura.

L’*Esposizione enterocettiva* viene impiegata soprattutto per il trattamento del Disturbo di Panico. Consiste nel ricreare, in condizioni controllate, i sintomi fisiologici che solitamente vengono esperiti durante un attacco di panico. L’obiettivo è principalmente quello di dimostrare al paziente che le sensazioni fisiologiche sperimentate durante l’episodio di panico non hanno le conseguenze che essi temono.

Tecniche di Rilassamento:

Le tecniche di *Rilassamento* si basano essenzialmente sul condizionamento classico e necessitano di un'adeguata spiegazione al paziente. Queste non sono rivolte solamente al trattamento della sintomatologia ansiosa, ma anche all'insegnamento di tecniche per la riduzione dell'attivazione psicofisiologica. I primi studi sulle tecniche di *Rilassamento* risalgono al 1928 ad opera di Schultz sul *Training Autogeno* e al 1932 per quanto riguarda il *Rilassamento Muscolare Progressivo* di Jacobson. Quest'ultimo si fonda su un *training* il cui obiettivo è quello di permettere al paziente il raggiungimento di una completa distensione lavorando su diversi distretti muscolari (Galeazzi e Franceschina, 2004). Il *Rilassamento* può essere svolto sia in posizione supina sia da seduti e prevede la contrazione volontaria e progressiva di tutti i muscoli per poi rilassarli. Questa tecnica permette di raggiungere non solo effetti rapidi e marcati, ma anche di distinguere chiaramente la differenza tra un muscolo contratto ed uno rilassato. Inoltre, queste strategie producono notevoli effetti cognitivi indiretti determinando, ad esempio, l'aumento del senso di autoefficacia del paziente.

Terapie Cognitive:

La Terapia Cognitiva (Beck, 1976; Ellis, 1977) considera i processi cognitivi di centrale importanza e come accessibili all'indagine psicologica. L'idea principale della psicoterapia di Beck ed Ellis è che la psicopatologia e il disagio psicologico sono caratterizzati da pensieri erronei, definiti "*irrazionali*" da Ellis e "*disfunzionali*" da Beck, i cui effetti sono osservabili nelle risposte emotive e comportamentali inadeguate. L'obiettivo psicoterapeutico è quello di modificare le modalità di pensiero, e conseguentemente il sistema di credenze associato, per portare ad un miglioramento nelle capacità adattive della persona.

Secondo l'approccio di A. T. Beck, il comportamento e l'affettività degli individui sono condizionati dal modo di strutturare cognitivamente la realtà. La *Terapia Cognitiva* basata sul modello di Beck si caratterizza principalmente per il lavoro sui pensieri automatici e le distorsioni cognitive. Solitamente, è una terapia breve che implica anche l'utilizzo di schede *ABC (Antecedents; Belief; Consequences)* e diari di *Automonitoraggio*. Ciò permette al paziente di acuire o acquisire *insight* sui propri comportamenti ed emozioni in relazione a specifici eventi (*Galeazzi e Franceschina, 2004*).

Gli ambiti su cui vengono mirati la valutazione e l'intervento sono di tipo: comportamentale (comportamenti esito di apprendimenti disadattivi o assenti); emotivo-affettivo (emozioni risultato di apprendimenti associativi o come interpretazioni cognitive) e cognitivo (emozioni e comportamenti spiegati dal modo di interpretare gli eventi sulla base di personali rappresentazioni mentali come pensieri automatici, credenze e schemi).

Le tecniche cognitive hanno come focus i contenuti mentali tra cui: pensieri automatici solitamente svalutativi e catastrofizzanti (es: non ce la farò mai); credenze o assunzioni, ovvero un insieme di convinzioni personali e regole costruite sull'esperienza che risultano disfunzionali per il loro contenuto e/o per la loro forma. Solitamente, le credenze sono caratterizzate da elementi comuni come doverizzazioni, catastrofismo, insopportabilità e giudizio globale su di sé o gli altri.

Invece, gli schemi sono l'insieme delle regole centrali di un soggetto che vengono utilizzate per organizzare le percezioni del mondo, di sé e del futuro. Gli schemi, come le credenze, sono definiti 'disfunzionali' non in funzione della poca aderenza alle regole formali del pensiero, ma in quanto generano sofferenza, non consentono il raggiungimento di obiettivi, sono rigidi, assoluti e non modificabili. Un esempio di schemi disfunzionali sono quelli di non amabilità, di incompetenza, di sfiducia verso gli altri, di fragilità e debolezza.

La sofferenza non solo è il risultato di contenuti negativi o disfunzionali, ma anche di *bias* o distorsioni cognitive, ovvero errori sistematici nel processo di valutazione e giudizio che impediscono l'invalidazione degli schemi. Un esempio di distorsione cognitiva può essere il cosiddetto pensiero dicotomico, ossia la tendenza a collocare tutte le esperienze in due categorie opposte.

Un'altra spiegazione su come gli schemi tendano ad autoperpetuarsi, nonostante generino sofferenza, è da ricercarsi tra gli effetti secondari che seguono le risposte emotive e comportamentali, vale a dire i meccanismi di mantenimento (processi a circolo vizioso, reazioni interpersonali, modalità di fronteggiamento, evitamento).

In aggiunta, secondo la teoria di A. Ellis "*gli esseri umani con problemi emotivi tendono ad agire secondo una logica profondamente autolesionista*" (Galeazzi e Franceschina, 2004, p. 186). Secondo Ellis, le emozioni, il comportamento e i pensieri interagiscono tra loro e quindi, modificando le cognizioni e la condotta, si possono ottenere dei cambiamenti anche a livello emotivo. La REBT (*Rational Emotive Behavioral Therapy*) agisce su tre fronti: quello cognitivo cercando di insegnare al paziente a distinguere i pensieri razionali da quelli irrazionali; quello emotivo demarcando la differenza tra volontà e doveri; quello comportamentale aiutando ad agire in modo più consapevole.

Infine, le tecniche d'intervento cognitivo si possono focalizzare sull'evocazione e conseguente modificazione dei pensieri automatici e/o gli schemi di base del paziente. Una delle tecniche più utilizzate è la ristrutturazione cognitiva che deriva dal lavoro di Beck sul rapporto tra errata elaborazione delle informazioni e ansia. Il cambiamento terapeutico consiste nell'identificare gli errori cognitivi (pensieri, credenze, assunti), e nel sottoporli ad un rigoroso esame di realtà. In terapia è necessario far esplicitare questi pensieri, poiché molti pazienti ne sono inconsapevoli.

In conclusione, il modello di Beck postula una complessa relazione tra emozioni, pensieri e comportamenti e sottolinea come molti dei problemi lamentati dai pazienti siano influenzati da ciò che pensano nel presente. Come Epiteto disse: *“le persone sono disturbate non dalle cose, ma dall’interpretazione che essi ne danno”*.

Tecniche di gestione dello stress

Queste strategie cognitivo-comportamentali hanno l’obiettivo di fornire delle abilità (*coping skills*) utili per affrontare problemi soprattutto di origine cognitiva o emozionale (es: *Stress Inoculation Training*) (Galeazzi e Meazzini, 2004). Il concetto di *coping* indica quel processo adattivo messo in atto dall’individuo per fronteggiare e gestire gli eventi stressanti (*stressors*). Il *coping*, se è funzionale alla situazione può mitigare e ridurre la portata stressogena dell’evento, tuttavia se è disfunzionale ad essa, può addirittura amplificarla.

Il *coping* è un processo dinamico poiché caratterizzato da risposte reciproche attraverso cui l’ambiente e l’individuo si influenzano a vicenda. Il *coping* può essere suddiviso in due tipologie: *emotion-focused*, ovvero che risiede nella regolazione delle reazioni emotive negative conseguenti alla situazione stressante; *problem-focused*, che consiste nel tentativo di modificare o risolvere la situazione che sta rappresentando una fonte di stress per l’individuo. Alcuni esempi di strategie di *coping* emozionali sono: negare o minimizzare il problema, esprimere rabbia verso qualcuno o rifugiarsi nella fantasia. Invece, le strategie di *coping* centrate sul problema sono: l’analizzare la situazione per trovare soluzioni, ricercare informazioni, chieder aiuto a supporti sociali esterni o l’organizzazione di una risposta consapevole. Ogni individuo genera uno stile personale di fronteggiamento che si sviluppa in base alle caratteristiche personali, all’esperienza di vita, ai riscontri negativi/positivi e al supporto sociale. Un’ulteriore modalità di *coping* è quella centrata sull’evitamento che è rappresentata dal tentativo dell’individuo di ignorare la minaccia dell’evento stressante.

Lo *Stress Inoculation Training*, introdotto da Meichenbaum (1977), è una strategia utile per modificare “il dialogo interno che la persona attiva e che funziona da mediatore per le risposte di stress” (Galeazzi e Meazzini, 2004, p. 52). Questa tecnica di *coping* ha come obiettivo quello di sviluppare progressivamente strategie preventive per il fronteggiamento sempre più efficace delle difficoltà (Galeazzi e Franceschina, 2004). Il termine “*inoculation*” implica l’esposizione del soggetto agli *stressors* con lo scopo di far fronte alla risposta di tensione e alle sue conseguenze disfunzionali.

In conclusione, la gestione dello stress comprende varie tecniche e nel trattamento di ogni singolo caso si tende ad applicarne più di una, lavorando con le predisposizioni e caratteristiche personologiche del soggetto, nonché le sue risorse interne ed esterne.

Problem Solving

Il *Problem Solving* (PS) è un insieme di tecniche utilizzate nel trattamento di svariati disturbi psicologici per aiutare e guidare il paziente nella risoluzione di problemi di ogni genere da quelli pratici a quelli comunicazionali e psicologici. Il processo di *Problem Solving* attiva una sequenza di azioni riflessive, orientate verso un obiettivo che non è immediatamente raggiungibile. L’inadeguatezza dei consueti modi di operare rispetto allo scopo perseguito costituisce il problema. La comprensione della situazione problematica e la sua trasformazione per tappe pianificate costituiscono il processo di risoluzione del problema. Questa strategia in definitiva rappresenta un metodo di soluzione strutturata dei problemi e raggiungimento degli obiettivi. Il *Problem Solving* aiuta i pazienti non solo a migliorare le proprie capacità di affrontare e risolvere le problematiche, ma permette anche la distinzione tra problemi risolvibili e irrisolvibili.

La *Problem Solving Therapy*, elaborata da Spivack e colleghi negli anni '70, evidenziò una differenza significativa tra soggetti tipici e devianti nelle abilità di *problem solving*. Gli studiosi

scoprirono che i soggetti con disturbi emotivi mostravano più difficoltà nel produrre alternative diverse per risolvere i problemi. Grazie alle ricerche successive, si è sviluppata ulteriormente questa tecnica che ha mostrato una buona efficacia su un'ampia gamma di disturbi (es: Depressione, Stress, Agorafobia, Antisocialità, ecc). Non è consigliabile per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo perché l'algoritmo del PS potrebbe rappresentare un labirinto senza fine (Galeazzi e Meazzini, 2004). Il *Problem Solving* in psicologia si divide in: cognitivo (basato sull'apprendimento) e interpersonale (basato sulle competenze sociali). Il processo di *Problem Solving* si articola nelle seguenti fasi: identificazione, definizione, analisi e scomposizione del problema principale e generazione di alternative. A questo punto s'inserisce la fase di *decision making*, ovvero il processo decisionale su come agire in base alla strategia risolutiva elaborata.

Social Skills Training e Training di Assertività:

Le abilità sociali sono definibili come comportamenti interpersonali regolati socialmente che implicano la capacità di percepire e analizzare la situazione in cui ci si trova così da mettere in atto comportamenti congrui. Il *Social Skills Training* comprende una gamma di interventi mirati a far acquisire o migliorare le abilità sociali necessarie nelle situazioni interpersonali al fine di comunicare con gli altri in modo appropriato ed efficace. L'ambito di applicazione di queste tecniche riguarda tutti i disturbi in cui vi sia un'ampia componente sociale compresi: Disturbi di Personalità, Disturbi d'Ansia, Schizofrenia, così via. In generale, queste strategie promuovono quattro abilità di base: 1) ascoltare gli altri; 2) fare richieste in modo costruttivo; 3) esprimere emozioni positive e 4) esprimere emozioni spiacevoli.

Le capacità assertive consistono nel far valere i propri diritti/idee nei confronti di altri, senza imporle, ma nemmeno ignorandole. L'assertività si colloca a metà tra le due polarità estreme di passività e di aggressività. Infatti, la persona assertiva esprime i propri bisogni/desideri/opinioni senza anteporli a quelli altrui. L'obiettivo del *Training di Assertività*

è quello di “*migliorare le abilità interpersonali degli individui, attraverso la modificazione di aspetti cognitivi e comportamentali*” (Galeazzi e Franceschina, 2004, p. 185). L’assertività non consiste solo nella capacità di saper esprimere i propri punti di vista, sentimenti e idee, ma anche nel saper scegliere il proprio comportamento in accordo con il contesto in cui ci si trova e saper difendere i propri diritti sempre nel rispetto di quelli altrui.

Gli obiettivi del *Training Assertivo* sono: 1) imparare a conoscere sé stessi analizzando i propri comportamenti manifesti e nascosti; 2) costruire una buona immagine di sé stessi sia privata che pubblica, superando le paure e le inibizioni sociali; 3) saper comunicare con gli altri, dopo aver preso conoscenza di sé, acquistando sicurezza ed efficacia per incrementare le proprie abilità interpersonali; 4) realizzare un comportamento equilibrato e costruttivo privo di connotazioni di passività e/o aggressività.

Terapia Cognitiva centrata sui processi

Le tecniche di terza generazione della psicoterapia cognitivo-comportamentale si può affermare che abbiano come focus centrale quello dei processi cognitivi disfunzionali e delle metacognizioni. Gli interventi di questo tipo mirano all’accettazione, all’apertura all’esperienza, ad una vita degna di essere vissuta e non si pongono come unico obiettivo quello di ridurre la sintomatologia. Tra le molteplici tecniche, fanno parte di questa ampia categoria: la *Terapia Metacognitiva (Metacognitive Therapy, MCT)* e l’*Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*. In particolare, lo scopo principale della *Terapia Metacognitiva* è quello di migliorare la capacità dell’individuo di riconoscere i propri pensieri, le proprie emozioni e i propri comportamenti disfunzionali al fine di imparare a gestirli. Inoltre, il soggetto otterrà una maggiore consapevolezza dei propri schemi personali e psicologici. La *Terapia Metacognitiva* viene utilizzata soprattutto per il trattamento del Disturbo d’Ansia Generalizzata, Disturbo d’Ansia Sociale, Disturbo da Stress Post- Traumatico (*Post-*

Traumatic Stress Disorder, PTSD), Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e disturbi depressivi.

L'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) è un intervento psicoterapeutico che ha come obiettivo quello di migliorare la flessibilità mentale del soggetto e perciò include tecniche per aumentare la consapevolezza, l'apertura alle nuove esperienze e strategie di modificazione comportamentale (*Dimidjian et al., 2016*). Inoltre, l'ACT implica tecniche di accettazione e *mindfulness* con lo scopo d'incrementare le capacità di conseguimento degli obiettivi personali. L'ACT si è dimostrata una terapia efficace su un ampio *range* di disturbi non solo psicologici, ma anche fisiologici. Questo approccio si basa sull'acquisizione di abilità che aiutano l'individuo a diventare psicologicamente più flessibile e lo portano all'accettazione di ciò che non è possibile cambiare. Allo stesso tempo, il soggetto deve comunque mantenere un senso di appartenenza ai propri valori ed agire in base ad essi. (*Cartwright e Hooper, 2017*). In definitiva, l'obiettivo dell'ACT è di promuovere la flessibilità psicologica dell'individuo.

Dialectical Behavior Therapy (DBT):

La *Dialectical Behavior Therapy* o Terapia Dialettico-Comportamentale è una strategia multimodale intensiva sviluppata da Marsha Linehan, inizialmente come trattamento per i comportamenti suicidari (*Flynn, Kells e Joyce, 2021*). La DBT unisce le tecniche cognitivo-comportamentali a quelle della *mindfulness* con l'obiettivo principale di aiutare i pazienti a sviluppare uno stile di vita soddisfacente in modo da ridurre fino ad eliminare i comportamenti autolesionisti e suicidari (*Ward-Ciesielski, Limowski e Krychiw, 2020*).

Questo è un trattamento di dimostrata efficacia adatto ai soggetti con Disturbo di Personalità *Borderline* e consiste in un'integrazione di psicoterapia individuale e d'interventi di *skills training* di gruppo. Lo scopo principale di questa tecnica è quello di accompagnare il

paziente verso modalità dialettiche di pensiero, ovvero verso l'adozione di risposte più equilibrate e integrate rispetto a quelle estreme che caratterizzano i pazienti *Borderline*. Il pensiero dialettico tenta di integrare punti di vista contraddittori per una visione del mondo che li implichi entrambi e tolleri la contraddittorietà.

La DBT mira a modificare i pensieri disfunzionali (es: generalizzazioni eccessive, inappropriata e unilaterale attribuzione della colpa degli eventi sfavorevoli, catastrofizzazione). Inoltre, i pazienti *Borderline* spesso conducono vite sregolate e i loro comportamenti sono caratterizzati dall'estremismo. Il pattern di comportamento dialettico si basa sull'instaurare uno stile di vita equilibrato, ridurre i comportamenti suicidari e quelli che interferiscono con la terapia. In aggiunta, la terapia dialettico-comportamentale punta a migliorare le abilità interpersonali del paziente, le capacità di regolazione emotiva e di tolleranza alla sofferenza (*Linehan, 2001*).

Schema Therapy:

Questo approccio è stato sviluppato da J. Young negli anni '90 per rispondere alle esigenze di quei pazienti con tratti patologici di personalità che non sembravano trarre beneficio dalle tecniche cognitivo-comportamentali classiche. La *Schema Therapy* è una forma di psicoterapia adatta principalmente al trattamento dei Disturbi di Personalità, ma anche disturbi depressivi, Disturbi Trauma-correlati e Disturbi del Comportamento Alimentare. Si può affermare che questo sia un approccio empatico e orientato al paziente, nonché strutturato e sistematico. Il concetto principale su cui si basa la *Schema Therapy* consiste nel riconoscere e soddisfare quelle esigenze fondamentali dell'individuo presenti fin dall'infanzia, ma che non sono mai stati appagati e perciò, si manifestano sotto forma di sintomatologia. Alcuni esempi di bisogni primordiali sono: 1) il bisogno di autonomia e senso d'identità; 2) il bisogno di cura, affetto e sicurezza; 3) il bisogno di espressione di sé, delle proprie esigenze ed emozioni; 4) il bisogno di avere dei limiti riguardo al controllo degli

impulsi nei diversi contesti sociali. Se l'ambiente in cui vive il bambino non soddisfacesse queste necessità in modo sistematico, il soggetto potrebbe sviluppare schemi maladattivi precoci che condizionerebbero nel tempo lo sviluppo relazionale. Questi schemi fortemente radicati e stabili costituiscono, inoltre, i fattori di mantenimento del disturbo. L'obiettivo della *Schema Therapy* è quello di portare il soggetto alla consapevolezza dell'esistenza e del funzionamento di questi schemi e favorire un'adeguata ricostruzione psicologica dell'individuo. Infine, questa tecnica mira a trovare le strategie di *coping* più efficaci per soddisfare i propri bisogni. Per raggiungere la modificazione degli schemi maladattivi precoci, il terapeuta deve ricorrere a tecniche cognitive al fine di mettere in discussione lo schema, strategie di modificazione dei comportamenti disfunzionali e infine a tecniche esperienziali per affrontare lo schema da un punto di vista emotivo (es: tecniche immaginative, *Role Playing*).

Attivazione Comportamentale

Questa tecnica ha come scopo quello di aumentare la consapevolezza dell'individuo sulla possibilità di svolgere attività piacevoli, favorendo le interazioni positive con il proprio ambiente di vita. L'*Attivazione Comportamentale* o *Behavioural Activation* (BA) è stata principalmente applicata al trattamento dei disturbi depressivi. Infatti, questa tecnica è da considerarsi in contrapposizione agli schemi di evitamento, ritiro e inattività che caratterizzano i pazienti depressi e non solo. L'*Attivazione Comportamentale* è sempre più utilizzata anche per il trattamento di altri disturbi psicologici che coinvolgono la riduzione di attività piacevoli e l'isolamento. Attualmente sono presenti due protocolli di BA (uno breve e uno standard) entrambi utilizzati nei contesti clinici (*Turner e Leach, 2012*).

Il punto cardine di questo approccio risiede nella pianificazione delle attività con lo scopo di attivare rinforzi positivi presenti nell'ambiente del soggetto. L'*Attivazione Comportamentale* si svolge seguendo le qui di seguito elencate tappe: 1) psicoeducazione sul modello teorico

al paziente in cui si esplica il legame tra umore, attività e ambiente; 2) sottolineare l'importanza dell'attivazione focalizzata, ossia che il clinico non raccomanderà di aumentare le attività in modo casuale, ma che invece enfatizzerà dei comportamenti specifici calibrati sul singolo paziente; 3) il terapeuta lavora per trasmettere al paziente un senso di ottimismo; 4) rimarcare il ruolo del terapeuta come “allenatore” per stabilire un rapporto collaborativo. Inoltre, tipicamente l'attivazione focalizzata si raggiunge attraverso compiti gradualmente che si basano sull'*Analisi Funzionale* (ABC).

La differenza principale dell'*Attivazione Comportamentale* rispetto ad altre tecniche cognitivo-comportamentali è quella di focalizzarsi sul promuovere nuovi comportamenti piuttosto che un modo diverso di pensare. Il fulcro è l'azione stessa che permette di rompere il circolo vizioso che spesso si instaura nei pazienti con sintomi depressivi di evitamento, isolamento sociale e tutti quei meccanismi psicopatologici che fungono da fattori di mantenimento del disturbo.

Mindfulness e Detached Mindfulness (DM)

Il termine “*Mindfulness*” in inglese significa “consapevolezza” ed è essenzialmente una tecnica che origina dalla meditazione. L'avvento di questo approccio si deve al lavoro di J. Kabat-Zinn che a partire dagli anni '70 ha sviluppato un protocollo per introdurre la meditazione nei contesti clinici. La *Mindfulness* ha come obiettivo quello di portare l'attenzione del soggetto al momento presente eliminando la sofferenza e accettando consapevolmente qualsiasi evento. Questa pratica aiuterebbe il paziente a passare da uno stato di sofferenza e disequilibrio ad uno di benessere psicologico. La *Mindfulness* può, inoltre, essere declinata per il trattamento sulle dipendenze, sui Disturbi del Comportamento Alimentare, oppure per interventi di *parenting*, *Prevenzione delle Ricadute*, strategie focalizzate sull'anziano o ancora sul miglioramento delle relazioni interpersonali.

La *Detached Mindfulness* (DM) implica il distacco dalle reazioni emotive e l'astensione nel valutare i propri pensieri. Questa tecnica ha come scopo quello di modificare l'approccio dell'individuo verso le proprie cognizioni al fine di ridurre l'ansia, il rimuginio e la ruminazione tipici di molti disturbi mentali. La DM si caratterizza sia per l'aspetto di *mindfulness* e quindi l'essere consapevoli dei propri eventi cognitivi interni (es: pensieri, credenze), sia per l'aspetto di "*detachment*", ossia il distacco nei confronti di questi ultimi come se si dovesse assumere la prospettiva di osservatore esterno (Wells, 2012). In conclusione, questa tecnica prevede "*l'interruzione di ogni elaborazione concettuale o attività comportamentale nei confronti delle proprie esperienze interiori e consiste nell'abbandonare il rimuginio, la ruminazione, la soppressione e il controllo dei pensieri e delle emozioni, il monitoraggio della minaccia, l'evitamento e i tentativi di ridurre il pericolo – generalmente inesistente – in risposta ai pensieri negativi*" (Wells, 2012, pag. 78).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR):

L'*EMDR* è un approccio psicoterapeutico che vede nell'elaborazione disfunzionale dei ricordi traumatici il fulcro dello sviluppo psicopatologico. Questa tecnica fu introdotta da Shapiro alla fine degli anni '80 per il trattamento del Disturbo Post-Traumatico da Stress. Ciò condusse allo sviluppo del trattamento, inizialmente denominato *Eye Movement Desensitization* (EMD), che si fondava sull'idea secondo cui i movimenti oculari fossero assimilabili alla desensibilizzazione sistematica e che questo processo si fondasse su una risposta di rilassamento innata dell'essere umano (Oren e Solomon, 2012). Con il passare del tempo la tecnica è stata affinata e inserita in protocolli più complessi. Questo trattamento si basa essenzialmente sul concetto per cui "*il movimento ritmico degli occhi, associato alla rievocazione/flooding dell'evento traumatico condurrebbe ad una stimolazione sensoriale bilaterale, che permetterebbe l'attivazione simmetrica dei due emisferi cerebrali, sbloccando*

così una rete neuronale in cui è intrappolato il trauma” (Galeazzi e Franceschina, 2004, p. 202).

Biofeedback:

Il *Biofeedback* è una tecnica di recente scoperta che studia il funzionamento psicofisiologico attraverso degli strumenti in grado di misurare in tempo reale le risposte fisiologiche di attivazione del soggetto. Nello specifico, grazie a particolari sensori, vengono misurati parametri come la frequenza cardiaca, la conduttanza cutanea e la tensione muscolare. Le apparecchiature utilizzate sono: elettrodi che permettono la rilevazione; uno strumento di registrazione ed elaborazione dei segnali e infine, un monitor per la visualizzazione e monitoraggio dei parametri misurati. L'informazione di ritorno rappresenta per il paziente il *feedback* che gli permette di regolare il proprio comportamento in modo più o meno consapevole (Galeazzi e Franceschina, 2004). Il *Biofeedback* può essere applicato al trattamento di psicopatologie come disturbi d'ansia o depressione, ma anche a patologie fisiologiche come l'emicrania.

Situational Attentional Refocusing

Il *Situational Attentional Refocusing* (SAR) è una tecnica che consiste nella modificazione dell'attenzione con lo scopo di aumentare la quantità di informazioni incompatibili con i pensieri disfunzionali del paziente. Il *Situational Attentional Refocusing* viene utilizzato soprattutto nel trattamento del Disturbo d'Ansia Sociale per cui l'esposizione abbinata a SAR si è dimostrata significativamente più efficace rispetto che alla sola esposizione. In aggiunta, viene anche implementato nel trattamento del PTSD al fine di aiutare questi pazienti a focalizzare l'attenzione sugli stimoli neutri o sui segnali di sicurezza, invece che su quelli di potenziale minaccia. L'obiettivo del SAR è, quindi, quello di incrementare le informazioni che possono screditare le credenze e/o pensieri disadattivi del soggetto. Questa tecnica

viene utilizzata durante l'esposizione a situazioni stressanti o problematiche. È da intendersi non come una strategia di *coping*, ma come “*un mezzo per interrompere i pattern attentivi disfunzionali che contribuiscono a mantenere in vita un senso esagerato di pericolo e per facilitare l'accesso di nuove informazioni alla coscienza, in modo da riuscire a modificare le credenze disfunzionali*” (Wells, 2012, pag. 74).

Compassion Focused Therapy

La *Compassion Focused Therapy* (CFT) è un approccio psicoterapeutico di recente diffusione sviluppato da P. Gilbert (2009) che include principi cognitivo-comportamentali uniti a quelli di *Mindfulness*. Questa tecnica nasce con il preciso scopo di aiutare quei soggetti con livelli elevati di autocritica e vergogna. Infatti, questi pazienti sembrano avere problemi nell'espressione di pensieri gentili e compassionevoli sia verso sé stessi sia verso gli altri. Le dinamiche di attaccamento sono centrali a questa teoria in quanto, a causa di esperienze negative (es: disprezzo, vergogna, rifiuto) avvenute durante l'infanzia, i sistemi di accudimento e attaccamento sono disfunzionali, poiché elicitano sentimenti di minaccia piuttosto che di sicurezza e calma.

Parent Training

Il *Parent Training* è una tecnica che coinvolge i genitori offrendo loro un aiuto nel processo educativo, riabilitativo e/o psicoterapeutico dei propri figli. Tutto ciò avviene attraverso l'apprendimento e potenziamento delle abilità necessarie per contrastare situazioni familiari problematiche. Il *Parent Training* ha come obiettivo principale quello di fornire ai genitori le competenze educative necessarie e specifiche per comprendere i sintomi manifestati dal bambino e per gestirli nel modo più funzionale possibile. I programmi di *Parent Training* sono generalmente rivolti a genitori con bambini che hanno ricevuto diagnosi di disturbi mentali quali ad esempio Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD), Disturbo

Oppositivo Provocatorio (DOP), Disturbi del Comportamento Alimentare, Depressione e Ansia.

Altre Terapie: Terapia Interpersonale

La *Terapia Interpersonale* è un approccio psicodinamico proposto da G. Klerman e M. Weissman tra gli anni '70 e '80 che prevede una psicoterapia breve (12-16 sedute) con un'impostazione medica. La *Terapia Interpersonale* si basa sulla formulazione e sulla comunicazione di una diagnosi. Questo approccio terapeutico parte dall'assunto fondamentale per cui i rapporti interpersonali giocano un ruolo centrale nel benessere psicologico dell'individuo. Per tale motivo, la *Terapia Interpersonale* si focalizza sulle relazioni del paziente cercando di individuare eventuali meccanismi patologici. Infine, questo approccio ha come obiettivo quello di risolvere la crisi relazionale, se presente, per alleviare i sintomi psicopatologici. Questo modello venne applicato con successo nell'intervento della Depressione Maggiore ed è tutt'oggi inserito tra le terapie *Evidence-Based* per il trattamento di tale disturbo.

CAPITOLO 3: LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI MENTALI

La Cognitive Behavioural Therapy come gold standard

Con il termine “*Cognitive Behavioural Therapy*” si intende un insieme di tecniche d’intervento che combinano svariati strumenti cognitivo-comportamentali e tecniche incentrate sulle emozioni. Nonostante queste strategie enfatizzino fattori cognitivi, fisiologici, emotivi, viene anche sottolineata la grande importanza che i fattori comportamentali hanno nel mantenimento dei disturbi psicologici (*Hofmann et al., 2012*).

La *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) è un trattamento che ha dato prove di efficacia per disturbi quali: Depressione Unipolare, Disturbo d’Ansia Generalizzata, Disturbo di Panico con o senza comorbidità con sintomi agorafobici, Ansia Sociale, PTSD, Disturbi del Comportamento Alimentare, e DOC (*Kingdon et al., 2007*).

La terapia cognitivo-comportamentale è considerata il trattamento d’elezione per molte psicopatologie. Senza dubbio la CBT è l’approccio terapeutico più studiato e con più letteratura *Evidence-Based*; ad oggi nessuna tecnica di psicoterapia si è mai mostrata sistematicamente più efficace della terapia cognitivo-comportamentale. Tuttavia, la CBT come *gold standard* viene ancora messa in discussione, a questo proposito menzioniamo l’articolo scritto da David, Cristea e Hofmann (2018) in cui viene sottolineato come ci sia sempre spazio per il miglioramento delle tecniche psicoterapeutiche, soprattutto dal punto di vista dell’efficacia ed efficienza. Infatti, non tutti i pazienti traggono beneficio dall’approccio cognitivo-comportamentale, oppure mostrano ricadute nel lungo termine. Si può, quindi, affermare che la CBT è un approccio psicoterapeutico molto efficace ed in continua evoluzione grazie alle numerose ricerche scientifiche svolte in merito.

In questa sezione verranno descritte le più autorevoli Linee Guida relative al trattamento di alcuni tra i più comuni disturbi psicopatologici. In primo luogo, verranno citate le indicazioni più recenti fornite dal *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *American Psychological Association*, *American Psychiatric Association* e dalla *Consensus Conference (Consensus ISS 1/2022)* che mettono in evidenza i trattamenti attualmente ritenuti d'elezione per ognuno dei disturbi qui menzionati. In secondo luogo, verrà fatto riferimento anche ai manuali ed ai protocolli più utilizzati in Italia per il trattamento psicoterapeutico.

Disturbo Depressivo Maggiore e Disturbo Depressivo Persistente

I disturbi della sfera emotiva, come disturbi d'ansia e depressivi, sono i più prevalenti al mondo tra i disturbi psicologici e psichiatrici. Infatti, i disturbi d'ansia registrano una prevalenza tra il 25% e il 30%, mentre il Disturbo Depressivo Maggiore intorno al 17% (*Clark e Beck, 2010*). I disturbi emotivi condividono alcuni aspetti come l'esordio nell'adolescenza o prima età adulta; la prognosi è spesso cronica o ricorrente e vi è una marcata prevalenza nelle donne sia nei disturbi ansiosi sia in quelli depressivi.

Il Disturbo Depressivo Maggiore si associa ad umore depresso per la maggior parte del giorno pressoché su base quotidiana. Gli individui possono notare una significativa modificazione ponderale, nelle abitudini del sonno e/o nelle capacità psicomotorie. In aggiunta, il soggetto può manifestare altri sintomi quali: stanchezza, diminuzione d'interesse per la maggior parte delle attività, mancanza di energia quasi quotidiana, sentimenti di autosvalutazione, senso di colpa o pensieri ricorrenti di morte (*APA, 2013*). Questo disturbo, secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, colpisce circa 350 milioni di persone in tutto il mondo (*Consensus ISS 1/2022*).

Secondo la definizione del DSM-5 (APA, 2013), il Disturbo Depressivo Persistente, anche noto come “*Distimia*”, è una condizione che condivide pressappoco in toto la sintomatologia descritta per il Disturbo Depressivo Maggiore, ma per cui la durata è superiore ai 2 anni.

I disturbi depressivi “*si associano a elevati livelli di sofferenza, disabilità, compromissione della qualità della vita, nonché a più alta mortalità (per suicidio e anche per altre cause), in relazione a possibili effetti psicobiologici, alla maggior frequenza nei pazienti di stili di vita meno salutari, di comportamenti a rischio e di minore cura di sé*” (Consensus ISS 1/2022, pag. 6).

In Italia, più di 2,5 milioni di persone soffrono nell’arco di un anno di un disturbo d’ansia e oltre 1 milione di persone di Depressione Maggiore, stimando che le forme più diffuse siano quelle medio-lievi. Inoltre, il trattamento esclusivamente farmacologico può risultare inappropriato, mentre la psicoterapia si è dimostrata spesso ugualmente se non maggiormente efficace. “*Dalla normativa italiana, dalla letteratura scientifica e da linee guida internazionali vengono indicati i modelli di intervento; molti di questi trattamenti sono psicologici, psicosociali e non-farmacologici*” (Consensus ISS 1/2022, pag. 26).

Per il trattamento dei disturbi depressivi, le Linee Guida nazionali pubblicate dall’Istituto Superiore di Sanità nella *Consensus Conference* (Consensus ISS 1/2022), oltre ad un intervento psicoeducativo iniziale, indicano la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) individuale o di gruppo se la sintomatologia è considerata di grado lieve o moderato. Inoltre, è consigliato l’utilizzo di CBT computerizzata e attività fisiche strutturate di gruppo.

Invece, in caso di sintomatologia di grado moderato o grave, viene suggerito l’utilizzo di una terapia farmacologica antidepressiva accompagnata da una psicoterapia ad alta intensità. Le terapie *Evidence-Based* di comprovata efficacia sono: la CBT, la *Terapia Interpersonale* (IPT) e la *terapia di coppia* (se pertinente al caso clinico). Quando si ha di fronte un caso di depressione grave con comorbidità, elevata probabilità di ricadute o rischio autolesivo, si

consiglia di associare alla CBT (almeno due sedute a settimana) anche tecniche di *Mindfulness* e la terapia farmacologica.

Quanto sopradescritto dalle recentissime Linee Guida nazionali è in perfetto accordo con quanto suggerito dalle indicazioni del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2009).

Inoltre, per il trattamento dei disturbi depressivi, le Linee Guida dell'*American Psychological Association* (2021) e dell'*American Psychiatric Association* (2020) suggeriscono come equamente efficaci sia la terapia farmacologica antidepressiva sia la psicoterapia. Per il trattamento psicologico si suggeriscono le seguenti tecniche: *Behaviour Therapy*; CBT e *Mindfulness*; *Terapia Interpersonale* o *Terapia Psicodinamica*. In caso di sintomi depressivi sottosoglia, viene consigliato l'uso di tecniche di *Problem Solving*.

In aggiunta, il principale manuale utilizzato in Italia per il trattamento dei disturbi depressivi (*Leveni, Michielin e Piacentini, 2014*) suggerisce un protocollo d'intervento inclusivo di:

- a) *Attivazione Comportamentale*
- b) *Tecniche Operanti* (in particolare rinforzi)
- c) *Problem Solving*
- d) *Analisi Funzionale ABC*
- e) *Tecniche Cognitive* (in particolare la ristrutturazione cognitiva)
- f) *Tecniche centrate sui processi* (in particolare *training* attentivo)
- g) *Training Assertivo*
- h) *Sviluppo ed incoraggiamento contatti sociali*
- i) *Prevenzione Ricadute*

Infine, gli interventi cognitivo-comportamentali svolti online sono potenzialmente utili per la terapia su pazienti con sintomi depressivi da lievi a moderati, oppure per il trattamento di

sintomatologie subcliniche. Certamente, la CBT online non può essere svolta in autonomia dal paziente, che deve essere affiancato da un clinico poiché, come anche confermato dalle evidenze scientifiche, in assenza del terapeuta si hanno livelli elevati di *drop-out* e il supporto per i pazienti non risulta efficace (Andersson e Cuijpers, 2008).

Fobia Specifica

“Una fobia specifica è rappresentata da una paura marcata, persistente, irragionevole o sproporzionata per stimoli precisi o situazioni circoscritte e chiaramente discernibili” (Franceschina, Sanavio e Sica, 2004, pag. 246).

La prevalenza delle Fobie Specifiche è circa del 10% nella popolazione, ma solo pochi casi arrivano all’attenzione del clinico. Il rapporto donna-uomo è 3:1 e il decorso delle fobie, se non trattate, è solitamente cronico.

“Notoriamente, il trattamento delle fobie semplici ha rappresentato una delle primissime applicazioni della Behavior Therapy” (Franceschina et al., 2004, pag. 249). Non sono state delineate Linee Guida specifiche da NICE o APA, tuttavia, la Society of Clinical Psychology (APA, Division 12) raccomanda come trattamento d’elezione per le Fobie Specifiche *l’Esposizione*, tecnica per cui vi è un’ampia base di evidenze di efficacia.

Infatti, per l’intervento terapeutico solitamente vengono utilizzate le seguenti tecniche:

1. *Desensibilizzazione Sistemica* secondo cui il soggetto impara una risposta antagonista all’ansia, ovvero il rilassamento quando confrontato con lo stimolo fobigeno;
2. *Esposizione in vivo* che si basa sul processo di abituação all’ansia. Ad oggi l’esposizione è considerata il trattamento d’elezione per le Fobie Specifiche.
3. *Tecniche di Rilassamento* come *l’applied relaxation*.

L'*applied relaxation* è una tecnica che insegna al paziente a rilassarsi quando si trova in una situazione temuta. Questa tecnica non viene usata per la Fobia del sangue/iniezioni/ferite perché in questo caso ad attivarsi è il sistema parasimpatico che crea una risposta di vertigine o svenimento. Il trattamento più consigliato per questo tipo di Fobia è quello sviluppato da Michael Kozak che prevede il condizionamento di una risposta di tensione chiamata *applied tension*. In questo caso, il paziente invece che rilassarsi deve mettere tensione nei muscoli e contrastare l'attivazione del sistema parasimpatico e la conseguente sincope vasovagale. Tutti i sopramenzionati trattamenti hanno ricevuto prove di efficacia *Evidence-Based*.

È stato ampiamente dimostrato come il trattamento d'elezione per le Fobie siano le tecniche di *Esposizione*, specialmente efficaci sono quelle di Esposizione graduale in vivo e *Desensibilizzazione Sistemica* (Andrews, Creamer, Crino, Hunt, Lampe e Page, 2003). Inoltre, vengono suggerite anche le seguenti tecniche: 1) *Interventi motivazionali*; 2) *Psicoeducazione*; 3) *Ristrutturazione cognitiva* e 4) *Tecniche di Rilassamento*.

Disturbo d'Ansia Sociale

Secondo le Linee Guida NICE pubblicate nel 2013 e aggiornate nel 2017, il Disturbo d'Ansia Sociale è uno tra i più diffusi disturbi d'ansia. Questo disturbo si presenta spesso in comorbilità con altri tra cui: Depressione (19%), Disturbo da Uso di Sostanze (17%) e altri disturbi d'ansia (es: PTSD, Disturbo di Panico, e Disturbo d'Ansia Generalizzata). Le persone affette da questo disturbo potrebbero abusare di sostanze per ridurre sentimenti di depressione e ansia.

Il Disturbo d'Ansia Sociale è caratterizzato da ansia o paura significative in una o più situazioni sociali in cui l'individuo è esposto al giudizio altrui. Le circostanze temute possono,

ad esempio, essere situazioni d'interazione sociale, essere sottoposti allo scrutinio altrui o eseguire una prestazione di fronte ad altri (APA, 2013).

Questo disturbo può interferire con il funzionamento dell'individuo, incidendo sulla vita quotidiana, sulle relazioni sociali, la qualità di vita e sulle performance sia in ambito scolastico che lavorativo. Nonostante ciò, solo circa il 50% delle persone che soffrono di tale disturbo chiedono aiuto e chi lo fa, di solito, lo cerca dopo 15-20 anni dall'esordio della sintomatologia.

Per ciò che concerne l'intervento, le Linee Guida NICE (2013) suggeriscono come trattamento di prima linea la terapia cognitivo-comportamentale basata sui modelli di Clark e Wells oppure sul modello di Heimberg. Solamente se il paziente rifiuta questo tipo di intervento allora si può passare ad altre tecniche di auto-aiuto ed eventualmente poi alla terapia farmacologica con SSRI (escitalopram o sertralina) se necessario.

Il trattamento d'elezione per il Disturbo d'Ansia Sociale, seguendo il modello di Clark e Wells, si caratterizza di circa 14 sedute di 90 minuti ciascuna in un periodo di trattamento di circa 4 mesi che dovrebbe includere quanto segue:

1. *Psicoeducazione*
2. *Esercizi esperienziali* volti a dimostrare gli effetti avversi dell'attenzione rivolta su sé stessi e la ricerca di rassicurazioni
3. *Video feedback* per modificare l'immagine distorta di sé stessi e *training* per portare l'individuo a rivolgere la propria attenzione verso l'esterno.
4. *Esperimenti comportamentali e homework* per testare le cognizioni disfunzionali
5. *Discrimination training* o *rescripting* per affrontare ricordi problematici di trauma sociali
6. *Ristrutturazione cognitiva*
7. *Prevenzione Ricadute*

Invece, se venisse seguito il modello di Heimberg, l'intervento dovrebbe consistere in 15 sedute di circa 60 minuti ciascuna e una seduta di 90 minuti per l'esposizione, strutturate su un periodo di 4 mesi approssimativamente: 1) *Psicoeducazione*; 2) *Ristrutturazione cognitiva*; 3) *Esposizione graduata* agli stimoli sociali che elicitano risposte di paura e 4) *Prevenzione ricadute*.

Infine, il protocollo di trattamento del Disturbo d'Ansia Sociale, delineato da Andrews e colleghi (2003) nel loro manuale, racchiude le tecniche qui citate: 1) *Psicoeducazione*; 2) *Tecniche di Rilassamento*; 3) *Tecniche Cognitive*; 4) *Esposizione graduale* e 5) *Training Assertivo*.

Disturbo di Panico

Il Disturbo di Panico si contraddistingue per la presenza di ricorrenti attacchi di panico inaspettati. Un attacco di panico è caratterizzato dall'improvvisa comparsa di paura o disagio intensi che raggiungono il picco in pochi minuti. Durante questi episodi, solitamente si presentano anche alcuni dei seguenti sintomi: tachicardia, sudorazione, tremori, dispnea o sensazione di soffocamento, paura di morire, nausea, dolori al petto, derealizzazione o depersonalizzazione, parestesie, e paura di perdere il controllo. Inoltre, il soggetto è costantemente preoccupato per la possibile insorgenza di altri attacchi di panico; perciò, evita situazioni che innescano o peggiorano i sintomi (APA, 2013).

Per ciò che concerne il Disturbo di Panico (con o senza agorafobia), le Linee Guida NICE (2019) suggeriscono come trattamento d'elezione, per il disturbo di gravità da moderata a severa, la terapia cognitivo-comportamentale per una durata di circa 7-14 sedute. In alternativa, se il disturbo cronicizza o il paziente non trae beneficio dalla psicoterapia, si può proporre il trattamento con psicofarmaci antidepressivi (*Consensus ISS 1/2022*). Per i pazienti con disturbo lieve o moderato si può agire anche a livello di gruppi di auto-aiuto

sempre basati sui principi CBT. Inoltre, *l'American Psychiatric Association* (2009) vede la terapia cognitivo-comportamentale come terapia *gold standard* per il Disturbo di Panico, effettuabile sia individualmente sia in gruppo. Nello specifico viene dettagliato ciò che il protocollo CBT dovrebbe includere: 1) *Psicoeducazione*; 2) *Automonitoraggio*; 3) *Ristrutturazione cognitiva*; 4) *Esposizione*; 5) *Modificazione dei comportamenti di mantenimento dell'ansia* e 6) *Prevenzione ricadute*.

Infine, nel manuale di Andrews e colleghi (2003) viene raccomandato per il trattamento del Disturbo di Panico il seguente protocollo: 1) *Psicoeducazione*; 2) *Esposizione*; 3) *Tecniche di Rilassamento*; 4) *Ristrutturazione Cognitiva* e 5) *Problem Solving*.

Disturbo d'ansia Generalizzata

I disturbi d'ansia possono presentarsi da soli, ma molto più spesso si verificano in comorbilità con altri disturbi dell'umore e si associano a tensione muscolare, reazioni di tipo *fight-or-flight* ed evitamento.

Il Disturbo d'Ansia Generalizzata (*Generalized Anxiety Disorder*, GAD) è un problema molto diffuso che si caratterizza principalmente di una costante ed eccessiva preoccupazione (attesa apprensiva o *worry*) relativa ad una quantità di eventi e/o attività. L'individuo ha difficoltà nel controllare l'ansia e la preoccupazione che possono essere associate a irrequietezza, facile affaticamento, difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare e alterazioni del sonno (APA, 2013). Il Disturbo d'Ansia Generalizzata può avere livelli di gravità variabili e il decorso può essere cronico o remittente.

Le Linee Guida descritte dalla *Consensus Conference* (Consensus ISS 1/2022) e dalle NICE *guidelines* (2019) suggeriscono i seguenti trattamenti a bassa intensità basati sui principi della CBT: *Interventi di auto-aiuto* non facilitati o guidati, *Psicoeducazione* di gruppo.

In caso il paziente soffrisse di GAD con marcata compromissione funzionale o se non riuscisse a trarre vantaggio dagli interventi già menzionati, le Linee Guida NICE (2019) suggeriscono un intervento psicologico ad alta intensità utilizzando la CBT e le tecniche di *Rilassamento*.

Se il paziente non risponde alle sopracitate tecniche di trattamento, si può proporre anche un trattamento farmacologico o una combinazione dei due interventi.

Infine, il manuale più diffuso per il trattamento dei disturbi d'ansia (*Andrews et al., 2003*) suggerisce un protocollo per il GAD composto dalle seguenti strategie: 1) *Tecniche di coping*; 2) *Terapia Cognitiva*; 3) *Tecniche di Rilassamento*; 4) *Esposizione Graduale* e 5) *Problem Solving*.

Disturbi d'Ansia di Malattia e Disturbo da Sintomi Somatici

Il Disturbo da Sintomi Somatici è caratterizzato da uno o più disturbi fisici a cui si associano pensieri o comportamenti eccessivi in relazione ai sintomi somatici, oppure alla preoccupazione per la propria salute. Il paziente può lamentare uno o più dei seguenti sintomi: un elevato e costante livello l'ansia per la salute; pensieri sproporzionati e persistenti riguardanti la gravità dei propri sintomi; dispendio disadattivo di tempo ed energie dedicato ai sintomi o a preoccupazioni sulla salute (*APA, 2013*).

Il Disturbo da Ansia di Malattia, precedentemente conosciuto come "*Ipocondria*", è caratterizzato da un'intensa e sproporzionata preoccupazione di contrarre o aver già contratto una grave malattia in assenza di sintomi somatici oppure, in presenza di lievi sintomi fisici che non giustificano tale preoccupazione. Il paziente che soffre di questo disturbo solitamente, oltre ad allarmarsi facilmente per il proprio stato di salute, mette in atto comportamenti disadattivi o eccessivi (es: controllare il corpo in cerca di segni della presunta malattia, ricercare assistenza medica continuamente), oppure di evitamento (es:

non presentarsi alle visite mediche). Inoltre, spesso le rassicurazioni dei medici non servono a diminuire l'ansia e la preoccupazione del soggetto.

Questi due disturbi vengono qui considerati insieme poiché nel DSM-5 (APA, 2013) sono classificati sotto la stessa categoria nosologica.

Una recente metanalisi (Cooper, Gregory, Walker, Lambe e Salkovskis, 2017) sostiene che la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) rappresenta un intervento efficace per il trattamento del Disturbo d'Ansia di Malattia. Inoltre, uno studio condotto da Veddegjærde, Sivertsen, Skogen, Smith e Wilhelmsen (2020), su 50 individui con una storia di Disturbo d'Ansia di Malattia cronico, ha evidenziato come gli effetti positivi del trattamento cognitivo-comportamentale (CBT) si mantengano nel lungo tempo. Infatti, questi pazienti hanno mostrato miglioramenti nei seguenti aspetti misurati: livello di preoccupazione per la malattia, qualità di vita, somatizzazione e sintomi d'ansia e depressione associati. Inoltre, sembra che questi miglioramenti significativi vengano mantenuti fino a dieci anni dopo il trattamento.

In aggiunta, una rassegna di Axelsson e Hedman-Lagerlöf (2019), inserita nel *database Cochrane*, indica come terapia di comprovata efficacia per il Disturbo d'Ansia di Malattia la CBT, considerandola produttiva rispetto ai costi e consigliandone l'implementazione anche via remoto. Invero, anche l'NHS (*National Health Service*) britannico raccomanda la terapia cognitivo-comportamentale come trattamento d'elezione per il Disturbo d'Ansia di Malattia.

Secondo il manuale di Leveni, Lussetti e Piacentini (2013), per il trattamento del Disturbo d'Ansia di Malattia, sono indicate le seguenti tecniche: *Psicoeducazione, Tecniche cognitive, Interventi motivazionali, Esposizione e Prevenzione ricadute*.

Disturbo Ossessivo Compulsivo e Disturbo da Dismorfismo Corporeo:

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) è caratterizzato da ossessioni e/o compulsioni che possono riguardare diversi ambiti della vita e compromettono il funzionamento della persona. Le ossessioni sono pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti percepiti talvolta come intrusivi e indesiderati e che nella maggior parte delle persone causano disagio. Le compulsioni sono invece comportamenti o azioni mentali attuate al fine di neutralizzare le ossessioni. Tuttavia, questi comportamenti non sono legati realisticamente alla prevenzione degli eventi o delle situazioni temute dal soggetto, oppure sono chiaramente eccessivi (APA, 2013).

D'altro canto, il Disturbo di Dismorfismo Corporeo riguarda la preoccupazione per uno o più difetti/imperfezioni, percepiti solamente dal soggetto come tali, per ciò che concerne l'aspetto fisico. Inoltre, sono o erano presenti comportamenti ripetitivi (es: guardarsi allo specchio, curarsi eccessivamente del proprio aspetto, stuzzicarsi la pelle, ricercare rassicurazione) o azioni mentali (es: confrontare il proprio aspetto fisico con quello degli altri) in risposta a preoccupazioni legate all'aspetto (APA, 2013).

Entrambi i disturbi si caratterizzano spesso di un decorso cronico e/o ricorrente. Vengono qui considerati insieme poiché inseriti nel DSM-5 (APA, 2013) all'interno dello stesso capitolo.

Secondo le indicazioni fornite dal *National Institute for Health and Care Excellence* nel 2005, per il trattamento di suddette psicopatologie si suggerisce:

1. *Terapia cognitivo-comportamentale*
2. *Esposizione con Prevenzione della Risposta*

Se il disturbo è molto severo si può scegliere una terapia che combini sia CBT che farmaci SSRI.

Anche il manuale di Andrews e colleghi (2003) conferma come tecniche d'elezione, per il trattamento del DOC e i disturbi ad esso correlati, l'*Esposizione* abbinata alla *Prevenzione della Risposta*.

Disturbo Post-Traumatico da Stress e Disturbi Stress Correlati:

Il DSM-5 (APA, 2013) definisce il Disturbo da Stress Post-Traumatico (*Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD), come una condizione dovuta all'esposizione ad eventi traumatici come morte o minaccia di morte, grave lesione o violenza sessuale. L'esposizione ad uno o più di questi eventi può verificarsi in modo diretto, indiretto o ripetuto. Inoltre, il paziente può mostrare uno o più sintomi intrusivi associati all'evento traumatico come, ad esempio, ricordi o sogni ricorrenti ed involontari, reazioni dissociative come se l'evento si stesse ripetendo, reazioni fisiologiche marcate e intensa sofferenza psicologica all'esposizione di elementi che riconducono in qualche modo al trauma. Insieme ad una moltitudine di altri sintomi sono anche presenti comportamenti di evitamento. Se i criteri sopraelencati hanno esordio immediatamente dopo l'evento traumatico e durano da 3 giorni ad 1 mese soddisfano i criteri per la diagnosi di Disturbo da Stress Acuto, mentre se i suddetti sintomi durano più di un mese si parla di PTSD.

Secondo le Line Guida NICE (2018), come trattamento di prevenzione per gli individui che sono a rischio di sviluppare un disturbo stress correlato o che sono stati esposti a uno o più eventi traumatici nell'ultimo mese, oppure che hanno un disturbo conclamato (es: PTSD), si raccomanda quanto segue:

1. *Cognitive processing therapy*
2. CBT
3. *Narrative Exposure Therapy*
4. *Prolongued exposure therapy*

5. *Psicoeducazione sul trauma*
6. *Strategie per gestire i flashbacks*
7. *Tecniche per la gestione delle emozioni trauma-correlate* come senso di colpa, vergogna e rabbia.
8. *Eliminare le condotte di evitamento*
9. *Recuperare le connessioni sociali* (es: lavoro, relazioni)

Generalmente, si raccomanda di includere dalle 8 alle 12 sedute, ma di più se si trattano traumi complessi. In caso lo si ritenesse necessario o appropriato è consigliabile anche valutare l'utilizzo della tecnica *EMDR*.

Viene considerato come trattamento d'elezione per il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), indipendentemente dal tipo di trauma subito, l'*Esposizione prolungata (Prolonged Exposure, PE)*. Inoltre, questo tipo di esposizione sembra ridurre significativamente anche i sintomi associati al PTSD come ad esempio sentimenti di rabbia, depressione, senso di colpa e così via. Il protocollo PE include varie tecniche: *Psicoeducazione*, *Esposizione* in vivo e in immaginazione e *Interventi sulle emozioni*. Infatti, nel 2010 il Ministero della Difesa Americano unitamente alla società dei veterani, ha ribadito l'*Esposizione* come tecnica "gold standard" per il Disturbo Post-Traumatico da Stress persino nelle sue forme più complesse e in presenza di comorbidità (*Rauch, Eftekhari e Ruzek, 2012*). Ciò è supportato anche dalle Linee Guida NICE (2018). Per modificare lo schema della paura questa deve essere attivata dall'esposizione e successivamente indebolita presentando elementi incompatibili con essa. Questo procedimento aumenta nell'individuo sentimenti di efficacia e controllo sul mondo esterno e sulle proprie cognizioni disfunzionali.

Infine, nel manuale di Andrews e colleghi (2003) viene delineato il seguente protocollo di trattamento: *Psicoeducazione*, *Tecniche di Coping*, *Esposizione*, *Ristrutturazione cognitiva* e *Prevenzione delle ricadute*.

Disturbi del Comportamento Alimentare:

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) più frequenti sono indubbiamente: l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa e il *Binge-Eating*.

Secondo la definizione data dal DSM-5 (APA, 2013), l'Anoressia Nervosa si caratterizza per una restrizione nell'assunzione di cibo che porta ad un peso corporeo significativamente inferiore alla norma relativamente ad età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Questo disturbo coinvolge un'intensa paura per l'aumento ponderale, infatti, da questi pazienti il peso e la forma corporea vengono percepite e vissute in modo distorto e alterato. La Bulimia Nervosa, invece, si distingue per ricorrenti episodi di abbuffate seguite da condotte compensatorie al fine di prevenire l'aumento ponderale. Durante le abbuffate, si verificano sensazioni di perdita di controllo, mentre le condotte compensatorie possono consistere nel vomito autoindotto, ma anche nell'uso di diuretici e/o lassativi, esercizio fisico eccessivo e digiuno (APA, 2013).

Gli episodi di abbuffata che contraddistinguono il Disturbo da *Binge-Eating* sono associati ad alcuni dei seguenti fattori: il soggetto mangia molto più velocemente del normale e fino a sentirsi eccessivamente pieno. Solitamente questa pratica avviene in solitaria poiché il soggetto è imbarazzato per la quantità di cibo che assume. In aggiunta, è possibile che queste persone si sentano disgustati da loro stessi ed esperiscano sentimenti depressivi o di colpa dopo le abbuffate (APA, 2013).

Secondo le Linee Guida NICE (2017), il trattamento dell'Anoressia Nervosa dovrebbe essere svolto da un team multidisciplinare ed includere:

1. *Psicoeducazione*
2. *Controllo del peso e controllo dei fattori di rischio fisiologici*
3. *Interventi con i familiari*

4. CBT-ED / MANTRA (*Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults*) / *Specialist Supportive Clinical Management* (SSCM).

La persona può scegliere quale percorso terapeutico vuole seguire, dopo essere stata correttamente informata su ognuna delle procedure.

I programmi di CBT-ED per gli adulti con Anoressia Nervosa dovrebbero:

- Consistere in 40 sedute
- *Incoraggiare l'alimentazione salutare* e raggiungere un peso sano
- *Ristrutturazione cognitiva*
- *Tecniche di regolazione dell'umore*
- *Social skills*
- *Altre tecniche* per il lavoro sull'autostima e l'immagine corporea
- *Prevenzione ricadute*

Per i pazienti che soffrono di *Binge-Eating* e Bulimia Nervosa le Linee Guida NICE (2017) suggeriscono la terapia CBT-ED di gruppo che dovrebbe includere:

- *Psicoeducazione*
- *Automonitoraggio* del comportamento alimentare
- *Piano nutrizionale* e identificazione dei fattori scatenanti le abbuffate
- *Body exposure training*
- *Identificazione delle cognizioni disfunzionali*
- *Prevenzione ricadute*

In alternativa si può svolgere la terapia cognitivo-comportamentale individualmente di circa 20 sedute e questa dovrebbe in aggiunta includere: 1) *Ristrutturazione cognitiva*; 2) *Esposizione*; 3) *Esperimenti comportamentali*; 4) *Automonitoraggio* e 5) *Modificare le cognizioni disfunzionali riguardo al peso e alla forma corporea*.

Infine, il manuale di Fairburn (2018), tra i più utilizzati per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare in Italia, descrive un protocollo composto da:

- a) *Automonitoraggio*
- b) *Psicoeducazione*
- c) *Regolamentazione alimentazione*
- d) *Incontri con figure di riferimento*
- e) *Tecniche cognitive*
- f) *Altro: riduzione check corporei*
- g) *Esposizione (per trattare l'evitamento della forma corporea)*
- h) *Problem solving*
- i) *Modulazione emozionale*
- j) *Interventi motivazionali*
- k) *Prevenzione ricadute*

Disturbi di Personalità:

“Un disturbo di personalità è un pattern costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione” (Biondi e Maj, 2014, pag. 454).

Le Linee Guida NICE (2009, 2013) raccomandano l'uso della terapia cognitivo-comportamentale per il trattamento specialmente del Disturbo di Personalità Antisociale e della *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT) per ciò che concerne il Disturbo *Borderline* di Personalità. Non è consigliato utilizzare tecniche d'intervento brevi (< 3 mesi).

Nello specifico, il manuale di M. Linehan (2001), per il trattamento del Disturbo *Borderline*, prevede l'applicazione delle seguenti tecniche:

- a) *Validazione emotiva e cognitiva*
- b) *Problem Solving*
- c) *Skills Training*
- d) *Esposizione*
- e) *Tecniche cognitive* (es: ristrutturazione cognitiva)
- f) *Modeling*
- g) *Role playing*
- h) *Mindfulness*

Comorbidità e Approccio Transdiagnostico

Nella realtà della pratica clinica, i pazienti che giungono all'attenzione dei professionisti del settore non rientrano sempre in delle categorie diagnostiche precise, oppure frequentemente si hanno casi di comorbidità tra disturbi. Solo che nel campione analizzato nel presente studio, si riscontra un tasso di comorbidità maggiore del 20%. Infatti, l'elevata probabilità di riscontrare la co-occorrenza tra disturbi psicologici e psichiatrici è stata a lungo documentata.

Ad esempio, i disturbi d'ansia, e in particolare il Disturbo d'Ansia Sociale e le Fobie Specifiche sembrano rendere più vulnerabile il soggetto a sintomi depressivi (*Regier, Rae, Narrow, Kaelber e Schatzberg, 1998*). Altresì, secondo uno studio di Turki e colleghi (2017), il Disturbo d'Ansia Generalizzata si trova in associazione al Disturbo di Panico nel 22,2 % dei casi e questi pazienti mostrano anche un maggiore rischio di sviluppare sintomi depressivi significativi.

In aggiunta, spesso ad essere in comorbidità, sono i Disturbi di Personalità, come viene ribadito anche nello studio condotto da Steil, Hinckers e Bohus (2007), che nello specifico ha analizzato la co-occorrenza tra PTSD e Disturbo *Borderline* di Personalità. I Disturbi di Personalità mostrano anche un elevato tasso di comorbidità con i Disturbi del Comportamento Alimentare. Infatti, uno studio svolto da Schweiger e Sipos (2007) ha evidenziato come circa il 50% dei pazienti con diagnosi di DCA presenti anche un quadro patologico di personalità.

In caso di cronicità di sintomi depressivi, il DSM-5 (APA, 2013) riporta un maggior rischio di presenza di problemi sottostanti quali: Disturbi di Personalità, da Uso di Sostanze e d'Ansia. Ciò predispone l'individuo ad una peggiore prognosi. Un altro esempio può essere fornito dal Disturbo di Panico che si trova sovente in comorbidità con altri disturbi d'ansia (in particolare con l'Agorafobia) e depressivi, ma anche con il Disturbo Bipolare (*Ibidem*). Un ulteriore caso di frequente comorbidità è rappresentato dal Disturbo da Sintomi Somatici associato a sintomi di tipo depressivo (*Ibidem*).

La comorbidità tra psicopatologie porta a significative implicazioni sia per quanto riguarda il decorso clinico sia per le opzioni di trattamento. Inoltre, spesso tra i disturbi vi sono meccanismi psicopatologici condivisi come, ad esempio, l'evitamento. Una nota a parte va dedicata ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) che hanno caratteristiche comuni e "*gli studi sul loro decorso di malattia indicano una migrazione tra queste diagnosi*" (Fairburn, 2018, pag. 27). Infatti, non è infrequente che i DCA condividano lo stesso nucleo psicopatologico. Nella maggior parte dei casi di Disturbi del Comportamento Alimentare, il clinico si trova davanti ad un *pattern* cognitivo centrale disfunzionale che è caratterizzato da: eccessiva valutazione del cibo, della forma corporea, del peso e del controllo. In alcuni pazienti, questi meccanismi sottostanti il disturbo contribuiscono al mantenimento dello stesso (Fairburn, Cooper e Shafran, 2003).

Sono frequenti tra pazienti che soffrono di DCA anche sintomi depressivi e ansiosi, nonché caratteristiche ossessive e comportamenti autolesivi (*Fairburn, 2018*).

Fairburn e colleghi (2003) hanno sviluppato un modello di trattamento transdiagnostico per tutti i Disturbi del Comportamento Alimentare con due versioni; una lunga 20 sedute e l'altra più intensiva di 40 sedute per i pazienti con un sottopeso marcato (BMI = 17.5).

Il trattamento implica quattro *step*:

- 1) *Psicoeducazione*, personalizzazione del trattamento e ottenimento delle prime modificazioni a livello comportamentale
- 2) Revisione del progresso, esplorazione fattori di mantenimento
- 3) Modificazione della psicopatologia e lavoro focalizzato sugli eventuali meccanismi (es. perfezionismo, bassa autostima, intolleranza, difficoltà interpersonali)
- 4) Mantenimento dei progressi, *Prevenzione Ricadute*

Secondo gli studiosi, l'approccio transdiagnostico è applicabile ad un vasto *range* di disturbi che condividono caratteristiche cliniche, fattori di mantenimento o nuclei psicopatologici cognitivo-comportamentali (*Andersen, Toner, Bland e McMillan, 2016*). L'efficacia di questo approccio transdiagnostico cognitivo-comportamentale (tCBT) è ancora poco studiata, ma sembrano esserci potenziali vantaggi, tra cui la riduzione del percorso di formazione dei clinici e soprattutto la possibilità di avere un trattamento efficace ed efficiente per i pazienti che presentano comorbidità. Tuttavia, si possono evidenziare alcuni svantaggi, come la riduzione dell'efficacia rispetto ai trattamenti cognitivo-comportamentali specifici (*Ibidem*).

Una metanalisi condotta da Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody, e Dalgleish (2015), ha mostrato l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale transdiagnostica analizzando 50 studi e mostrando risultati preliminari promettenti per il trattamento dei disturbi d'ansia e depressivi. Inoltre, uno studio che compara la CBT classica utilizzata per il Disturbo di Panico e la tCBT, mostra come quest'ultima possa migliorare anche l'intervento sui tratti

psicopatologici di personalità in comorbidità con il disturbo primario. Questo studio indica che la CBT specifica per il Disturbo di Panico potrebbe essere utile nelle fasi iniziali di trattamento e successivamente essere integrata con la terapia cognitivo-comportamentale transdiagnostica; tuttavia, saranno necessarie ulteriori ricerche (Cowles e Nightingale, 2015).

Secondo il modello di trattamento ideato da Adrian Wells (2012), si potrebbe proporre un protocollo unificato, generico per tutti i disturbi. Solo in una seconda fase, se necessario, si passerebbe ad un intervento specifico. Egli delinea un intervento transdiagnostico secondo l'approccio metacognitivo caratterizzato da: 1) un modello unico per concettualizzazione del caso; 2) la *Psicoeducazione* del paziente e ruolo del *pattern* cognitivo nel mantenimento del disturbo; 3) *Detached Mindfulness* e *Training* Attentivo; 4) l'intervento su rimuginio, ruminazione, monitoraggio della minaccia; la modificazione degli elementi di *coping* maladattivi; 5) esercitazioni sull'applicazione dei nuovi stili di pensiero.

CAPITOLO 4: METODOLOGIA DI RICERCA

Introduzione al progetto e ipotesi di ricerca

Annualmente gli studenti delle scuole di specializzazione Cognitivo-Comportamentali affiliate con l'Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e Terapia Comportamentale e Cognitiva (AIAMC), elaborano delle tesi finali che contengono dai 6 agli 8 casi clinici. Per ogni caso clinico viene descritta sia la fase di *assessment* sia la fase di trattamento. Questo è un prezioso patrimonio che fornisce una grande quantità di dati e da qui è nato l'interesse di analizzare le diverse tecniche utilizzate per il trattamento dei disturbi psicopatologici più comuni. Questo progetto di ricerca è stato promosso dall'Istituto Miller di Genova e l'Istituto di Terapia Cognitiva e Comportamentale (ITC) di Padova. L'intento principale dello studio è quello di confrontare ciò che viene raccomandato dalle Linee Guida nazionali e/o internazionali con quello che di fatto viene applicato alla pratica clinica. Nel presente studio, oltre a prendere in considerazione le Linee Guida e i manuali, si è tenuto conto delle competenze apprese del clinico. Inoltre, sono stati indagati anche altri aspetti importanti dell'intervento come la sintomatologia del paziente e i suoi bisogni. Infatti, nell'approccio cognitivo-comportamentale, il terapeuta concorda con il paziente degli obiettivi in base alle sue necessità attuali. Questo può essere anche un motivo per cui non è sempre possibile seguire le Linee Guida e i protocolli. Ad esempio, se un paziente con depressione è totalmente privo di una rete sociale, oppure ha problemi economici per cui non può uscire con gli amici, può non essere opportuno raccomandare nell'*Attivazione Comportamentale* di aumentare i propri contatti sociali.

In particolare, sono stati considerati differenti campioni clinici, ciascuno riferito ad un disturbo nosograficamente definito secondo il DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5*, APA, 2013). L'ipotesi su cui si basa il presente studio è quello per cui

ci si aspetta che i trattamenti raccomandati dalle autorevoli Linee Guida sia italiane della *Consensus Conference (Consensus ISS 1/2022)* sia inglesi del *National Institute for Health and Care Excellence* e americane (*American Psychological Association* e *American Psychiatric Association*) vengano pienamente seguite e applicate ai casi clinici. Altresì, nella pratica clinica dovrebbero venir applicati i protocolli di trattamento suggeriti dai principali manuali di psicoterapia cognitivo-comportamentale. Nel dettaglio si ipotizza che esista una corrispondenza tra le Linee Guida descritte per ogni gruppo diagnostico e l'effettivo trattamento svolto dagli psicoterapeuti nelle seguenti modalità:

1. Per i campioni di Disturbo Depressivo Maggiore e Disturbo Depressivo Persistente ci aspettiamo che vengano seguite le Linee Guida indicate nella *Consensus Conference (Consensus ISS 1/2022)* che fanno riferimento a quelle inglesi (*NICE, 2009*) e americane (*APA, 2021* e *APA, 2020*). Inoltre, dovrebbero venir applicati i protocolli suggeriti dal manuale Leveni, Michielin e Piacentini (2014). Qui di seguito, la tabella riassuntiva (Tab.1) dei trattamenti che si ipotizza verranno applicati ai due campioni in esame.

NICE (2009)	APA (2021) e APA (2020)	MANUALE Leveni, Michielin e Piacentini (2014)
Psicoeducazione	Behaviour Therapy	Attivazione Comportamentale Tecniche operanti (rinforzi)
CBT	CBT e Mindfulness	Problem Solving
Terapia Interpersonale	Terapia Interpersonale	Analisi Funzionale (ABC) Homework: diari di Automonitoraggio
Terapia di coppia (se pertinente)	Terapia Psicodinamica	Tecniche cognitive (ristrutturazione cognitiva) Tecniche cognitive basate sui processi
Mindfulness	Se depressione sottosoglia – Problem Solving	Training Assertivo Promuovere contatti sociali Prevenzione Ricadute

Tabella 1. Linee Guida indicate nella Consensus Conference 2022 (NICE ,2009; American Psychological Association, 2021 e American Psychiatric Association, 2020) e Manuale Leveni, Michielin e Piacentini (2014) per il trattamento psicologico dei Disturbi Depressivi.

2. Per il campione della Fobia Specifica, in assenza di linee guida precise, si ipotizza che verranno seguite le autorevolissime indicazioni fornite dalla *Society of Clinical Psychology (APA, Division 12)* e quelle del manuale Andrews e colleghi (2003) che includono le tecniche di: *Esposizione, Desensibilizzazione Sistemica, Rilassamento, Interventi motivazionali, Psicoeducazione e Ristrutturazione cognitiva.*
3. Per quanto riguarda il campione del Disturbo d'Ansia Sociale, si assume che vengano seguite le Linee Guida indicate nella *Consensus Conference (Consensus ISS 1/2022)*, che richiamano le *NICE guidelines (2013,2017)*, e il manuale Andrews e colleghi (2003) come riassunto nella Tabella 2:

NICE (2013, 2017)	MANUALE Andrews et al., (2003):
<u>Modello di Clark e Wells:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducazione - Esercizi esperienziali - Video feedback - Esperimenti comportamentali - Discrimination training o rescripting - Ristrutturazione cognitiva - Prevenzione ricadute 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducazione - Tecniche di Rilassamento - Esposizione Graduale - Tecniche Cognitive - Training Assertività
<u>Modello di Heimberg:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducazione - Ristrutturazione cognitiva - Esposizione graduata - Prevenzione ricadute 	

Tabella 2. Linee Guida indicate nella Consensus Conference 2022 (NICE, 2013,2017) e Manuale Andrews, Creamer, Crino, Hunt, Lampe e Page (2003) per il trattamento psicologico del Disturbo d'Ansia Sociale.

4. Per il trattamento del campione che include il Disturbo di Panico ci si attende che vengano seguite le indicazioni della *Consensus Conference (Consensus ISS 1/2022)* che si riferiscono a quelle inglesi (*NICE, 2019*), e a quelle americane (*American Psychiatric Association, 2009*). Inoltre, il clinico dovrebbe applicare anche le strategie suggerite dal manuale Andrews e colleghi (2003) come sintetizzato dalla Tab. 3

NICE (2019)	APA (2009)	MANUALE Andrews et al., (2003):
Gruppi di auto-aiuto basati sulla CBT	Psicoeducazione	Psicoeducazione
CBT	Automonitoraggio	Esposizione
	Ristrutturazione cognitiva	Rilassamento
	Esposizione	Ristrutturazione Cognitiva
	Modificazione dei comportamenti di mantenimento dell'ansia	Problem Solving
	Prevenzione Ricadute	

Tabella 3. Linee Guida indicate nella Consensus Conference 2022 (NICE, 2019; American Psychiatric Association, 2009) e Manuale Andrews, Creamer, Crino, Hunt, Lampe e Page (2003) per il trattamento psicologico del Disturbo di Panico.

5. Per il campione che racchiude i casi di Disturbo d'Ansia Generalizzata si ipotizza che il trattamento si basi sulle Linee Guida nazionali (*Consensus ISS 1/2022*) e NICE (2019), nonché sul protocollo suggerito da Andrews e collaboratori (2003) come sintetizzato nella Tab.4.
6. Nel gruppo che include i casi di Disturbo d'Ansia di Malattia ci si attende che, in assenza di linee guida precise, si faccia riferimento alle indicazioni presenti nella rassegna di Axelsson e Hedman-Lagerlöf (2019), inserita nel *database Cochrane*, e all'NHS (*National Health Service*) britannico che raccomandano la terapia cognitivo-

comportamentale come trattamento d'elezione. Inoltre, si ipotizza che vengano seguite anche le raccomandazioni presenti nel manuale di Leveni, Lussetti e Piacentini (2013), ovvero: *Psicoeducazione, Tecniche cognitive, Interventi motivazionali, Esposizione e Prevenzione ricadute*.

NICE (2019)	MANUALE Andrews et al., (2003):
Interventi di auto-aiuto	Tecniche di Coping
Psicoeducazione	Terapia Cognitiva
CBT	Tecniche di Rilassamento
Tecniche di Rilassamento	Esposizione Graduale
	Problem Solving

Tabella 4. Linee Guida indicate nella Consensus Conference 2022 (NICE, 2019) e Manuale Andrews, Creamer, Crino, Hunt, Lampe e Page (2003) per il trattamento psicologico del Disturbo d'Ansia Generalizzata.

7. Per ciò che concerne i Disturbi dello spettro Ossessivo-Compulsivo, si ipotizza che vengano applicate le Linee Guida NICE (2005) e le indicazioni presenti nel manuale di Andrews e colleghi (2003). Sia le Linee Guida che il manuale raccomandano per il trattamento di questo tipo di disturbi la CBT, e in particolare le tecniche di *Esposizione e Prevenzione della risposta*.
8. Il trattamento dei Disturbi da Trauma dovrebbe seguire le Linee Guida NICE (2018) e le raccomandazioni presenti nel manuale Andrews e collaboratori (2003), come sintetizzato nella Tab. 5.

NICE (2018)	MANUALE Andrews et al., (2003):
Cognitive Processing Therapy	Psicoeducazione
CBT	Tecniche di Coping
Narrative Exposure Therapy	Esposizione
Prolongued Exposure Therapy	Ristrutturazione cognitiva
Psicoeducazione	Prevenzione Ricadute
Strategie di gestione flashbacks	
Tecniche di gestione delle emozioni	
Eliminazione condotte di evitamento	
Recupero connessioni sociali	
EMDR	

Tabella 5. Linee Guida NICE (2018) e Manuale Andrews, Creamer, Crino, Hunt, Lampe e Page (2003) per il trattamento dei Disturbi da Trauma.

9. Per ciò che concerne il campione dei Disturbi del Comportamento Alimentare, ci si attende che vengano seguite le Linee Guida NICE (2017) e le indicazioni di trattamento contenute nel manuale Fairburn (2018) come sintetizzato nella Tab. 6.
10. Per il campione che racchiude i Disturbi di Personalità, si ipotizza che vengano utilizzate le Linee Guida NICE (2009, 2013) che raccomandano un trattamento di tipo cognitivo- comportamentale (CBT), mentre la DBT viene indicata per il Disturbo Borderline di Personalità. Infatti, per questo particolare disturbo ci si attende che venga seguito il Manuale di Linehan (2001) che raccomanda il protocollo di trattamento seguente: *Validazione emotiva e cognitiva, Problem Solving, Skills Training, Esposizione, Tecniche cognitive* (inclusa la ristrutturazione cognitiva), *Role Playing* e *Mindfulness*.

NICE (2017)	MANUALE Fairburn (2018):
Psicoeducazione	<ul style="list-style-type: none"> - Automonitoraggio - Psicoeducazione - Regolamentazione alimentazione - Incontri con figure di riferimento - Tecniche cognitive - Altro: riduzione check corporei - Esposizione (per trattare l'evitamento della forma corporea) - Problem solving - Modulazione emozionale - Interventi motivazionali - Prevenzione ricadute
Interventi con i familiari	
Controllo parametri fisiologici	
<u>CBT-ED: ANORESSIA NERVOSA</u>	
- Ristrutturazione Cognitiva	
- Regolazione dell'umore	
- Social Skills	
- Autostima e immagine corporea	
- Prevenzione Ricadute	
<u>CBT-ED: BULIMIA E BINGE EATING</u>	
- Psicoeducazione	
- Automonitoraggio	
- Piano nutrizionale	
- Body exposure training	
- Tecniche cognitive	
- Prevenzione ricadute	

Tabella 6. Linee Guida NICE (2017) e Manuale Fairburn (2018) per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Partecipanti

A partire dalle tesi di specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale degli iscritti all'Istituto Miller di Genova e all'ITC di Padova, sono stati selezionati 671 pazienti (18-81 anni, media = 36,2; dev.st. = 12,7), i quali sono stati successivamente suddivisi in 11 categorie, in base alla diagnosi assegnatagli. I criteri di selezione dei partecipanti hanno riguardato principalmente l'età (tutti i partecipanti dovevano avere almeno 18 anni) e la necessità di compilazione del clinico di un piano terapeutico. Il 65,4 % dei pazienti erano femmine e il 34,6 % erano maschi (in un caso il genere non era specificato, quindi, queste percentuali sono calcolate sul totale di 670 pazienti).

I casi sono stati selezionati a partire dall'anno 2015 fino ad arrivare al 2021. Le 11 categorie di disturbi selezionati sono le seguenti:

1. Disturbo Depressivo Maggiore (F32.0): i soggetti reclutati per questo gruppo diagnostico sono stati 86, di cui il 69,77 % femmine e il restante 30,23 % maschi. L'età media dei soggetti era di 43,2 anni (dev.st. = 14,0). Il campione rispecchia i dati epidemiologici riportati nel DSM-5 (APA, 2013) soprattutto per quanto riguarda la maggiore prevalenza di questo disturbo tra le femmine. L'esordio del disturbo è solitamente intorno ai 20 anni, ma non è infrequente un esordio in età avanzata.
2. Disturbo Depressivo Persistente (F34.1): questo campione clinico è composto da 37 pazienti di cui il 72,97 % femmine e il restante 27,03 % maschi. L'età media dei partecipanti era 41,1 anni (dev.st. = 14,5). Anche in questo caso, le femmine sono più colpite rispetto ai maschi (APA, 2013) e ciò è osservabile anche in questo campione.
3. Fobia Specifica (F40.2): i partecipanti reclutati per questo campione sono stati 30, di cui 63,3% femmine e 36,7% maschi, di età media pari a 34,3 anni (dev.st. = 11,1). Il campione riflette i dati epidemiologici (APA, 2013) in cui si evidenzia un rapporto femmine maschi di 2:1. All'interno di questo gruppo sono state accorpate le diverse tipologie di Fobie Specifiche: Fobia specifica animale (F40.218), Fobia specifica per l'ambiente naturale (F40.228), Fobia specifica per sangue-iniezioni-ferite (F40.23x), Fobia specifica situazionale (F40.248) e Fobia specifica con altra specificazione (F40.298).
4. Disturbo d'Ansia Sociale (F40.10): questo campione clinico comprende 66 soggetti, di cui 53,03 % sono femmine e 46,97 % maschi, di età media di 30,3 anni (dev.st. = 10,7). In questo gruppo, la differenza di genere nella prevalenza è meno marcata rispetto ai precedenti in accordo con i dati esposti nel DSM-5 (APA, 2013).

5. Disturbo di Panico (F41.0): il campione clinico comprende 98 soggetti, di cui 71,4 % femmine e 28,6% maschi, di età media è di 33,7 (dev.st. = 11,2). Va specificato che molti dei soggetti appartenenti al campione clinico mostravano comorbidità con il Disturbo di Agorafobia o avevano l'Agorafobia (F40.00) come diagnosi primaria.
6. Disturbo d'Ansia Generalizzata (F41.1): i partecipanti reclutati per questo campione sono stati 44, di cui 72,7 % femmine e 27,3 % maschi, di età media pari a 36,6 anni (dev.st. = 11,6). Come in molti altri disturbi, il tasso di prevalenza è doppio nelle femmine e inoltre, questo campione riflette anche l'età media d'insorgenza del disturbo enunciata nel DSM-5 che si attesta intorno ai 30 anni (APA, 2013).
7. Disturbo d'Ansia di Malattia (F45.21): questo campione clinico comprende 40 soggetti, di cui 65 % sono femmine e 35 % maschi, di età media di 38,3 anni (dev.st = 12,3). Va specificato che in questo campione sono stati raggruppati anche i soggetti con Disturbo da Sintomi Somatici (F45.1). Nel DSM-5 (APA, 2013) si riportano tassi di prevalenza simili tra maschi e femmine per il Disturbo d'Ansia di Malattia. Tuttavia, in questo gruppo sono stati inseriti anche casi di Disturbo da Sintomi Somatici di cui i dati epidemiologici non sono ben chiari e le femmine solitamente riportano più sintomi somatici. Ciò potrebbe spiegare la prevalenza evidenziata dal nostro campione.
8. Disturbi dello spettro Ossessivo-Compulsivo: il campione comprende un totale di 60 soggetti, di cui 53,33 % femmine e 46,67 % maschi, di età media è di 32,4 (dev.st. = 10,6). Le diagnosi incluse sono state: Disturbo Ossessivo-Compulsivo (F42), Disturbo da Accumulo (F42), Disturbo da Dismorfismo corporeo (F45.22), Tricotillomania (F63.3) e Disturbo da Escoriazione (L98.1). Nonostante ciò, le caratteristiche fondamentali di ognuna di queste diagnosi sono racchiuse nell'unica categoria diagnostica relativa allo spettro ossessivo-compulsivo, come da DSM-5 (APA, 2013).

9. Disturbi da Trauma: i partecipanti reclutati per questo campione sono stati 48, di cui 72,92 % femmine e 27,08 % maschi, di età media pari a 38,6 anni (dev.st. = 11,8). In questo gruppo sono state incluse differenti diagnosi, tutte aventi a che fare con i nuclei tematici principali del trauma: Disturbo da Stress Post-Traumatico (F43.10), Disturbo dell'Adattamento (F43.2x) e Disturbo da Stress Acuto (F43.0).
10. Disturbi del Comportamento Alimentare: i partecipanti reclutati per questo campione sono stati 39, di cui ben 38 erano femmine e 1 maschio, di età media pari a 31,4 anni (dev.st = 11,3). I disturbi inclusi in questo campione sono stati: il Disturbo della nutrizione/ alimentazione con altra /senza specificazione (F50.9; F50.8), Anoressia Nervosa (F50.0x), Disturbo da *Binge-eating* (F50.8) e la Bulimia Nervosa (F50.2). I dati qui riportati rispecchiano i tassi di prevalenza riportati dal DSM-5 (APA, 2013) che vedono il rapporto femmine-maschi di 10:1 (APA, 2013).
11. Disturbi di Personalità: questo campione clinico comprende 53 soggetti, di cui 66,04 % sono femmine e 33,96 % maschi, di età media di 33 anni (dev.st = 10,7). Sono inclusi in questo gruppo i seguenti Disturbi di Personalità: Dist. Schizotipico di Personalità (N=2), Dist. Paranoide di Personalità (N=2), Dist. Borderline di Personalità (N=12), Dist. Istrionico di Personalità (N=5), Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità (N=5), Dist. Evitante di Personalità (N=10), Dist. Dipendente di Personalità (N=9), Dist. Narcisistico di Personalità (N=7), Dist. di Personalità con altra specificazione (N=1).

CAMPIONE	N° TOT	F	M	Età Media	SD
Campione complessivo	671	438	232	36,2	12,7
Disturbo Depressivo Maggiore	86	60	26	43,2	14,0
Disturbo Depressivo Persistente	37	27	10	41,1	14,5
Fobia Specifica	30	19	11	34,3	11,1
Disturbo d'Ansia Sociale	66	35	31	30,3	10,7
Disturbo di Panico	98	70	28	33,7	11,2
GAD	44	32	12	36,6	11,6
Disturbo d'Ansia di Malattia	40	26	14	38,3	12,3
DOC	60	32	28	32,4	10,6
Disturbi da Trauma	48	35	13	38,6	11,8
Dist. del Comportamento Alimentare	39	38	1	31,4	11,3
Disturbi di Personalità	53	35	18	33,0	10,7
Altre Diagnosi	70	29	41	39,8	13,3

Tabella 7. Composizione numerica e di genere dei campioni clinici e relativa età media.

Procedura

È stato creato un dataset nel quale sono stati inseriti i dati relativi alle strategie di trattamento utilizzate per ogni caso clinico. Sono stati esclusi i casi dei pazienti minorenni e quelli con patologie subcliniche. Al fine del presente studio, si è considerato il disturbo che veniva indicato dagli specializzandi come diagnosi primaria su cui si è basato il percorso psicoterapeutico. Successivamente, sono state effettuate le statistiche descrittive sul campione complessivo al fine di verificare quali fossero le tecniche più utilizzate dagli specializzandi a prescindere dalla diagnosi. In un secondo momento, sono state eseguite le statistiche descrittive per ogni campione clinico e sono stati ottenuti i valori percentuali relativi all'utilizzo delle singole tecniche terapeutiche. Inoltre, sono state effettuate ulteriori statistiche per evidenziare la presenza di comorbidità. Tutte le analisi sono state eseguite mediante il software Jamovi (2021, versione 2.2; <https://www.jamovi.org>).

Risultati

Dalle analisi svolte sul campione totale è emerso che le *Terapie cognitive* sono in generale le più utilizzate a prescindere dalla diagnosi. A seguire, altre strategie molto usate dai clinici sono: la *Psicoeducazione*, le tecniche di *Rilassamento* e di *Esposizione*, la *Prevenzione Ricadute*, il *Training di Assertività*, l'*Automonitoraggio* e l'*Analisi Funzionale* (vedi Tab. 8). In aggiunta, pare che le tecniche di terza generazione siano tra le meno adoperate. Le strategie di *EMDR*, *Compassion Focused Therapy*, *Biofeedback* e *Situational Attentional Refocusing* sono esiguamente applicate dagli specializzandi.

TRATTAMENTO	NUMERO	PERCENTUALE
Terapie Cognitive	602	89,7 %
Psicoeducazione	564	84,1 %
Tecniche Di Rilassamento	391	58,3 %
Tecniche Di Esposizione	354	52,8 %
Prevenzione Ricadute	346	51,6 %
Training di Assertività	316	47,1 %
Automonitoraggio	269	40,1 %
Analisi Funzionale (ABC)	263	39,2 %
Problem Solving	179	26,7 %
Attivazione Comportamentale	165	24,6 %
Role Playing	113	16,8 %
Altre Terapie	111	16,5 %
Esposizione Enterocettiva	98	14,6 %
Prevenzione Della Risposta	94	14 %
Validazione Emotiva	86	12,8 %
Mindfulness	65	9,7 %
Terapia Cognitiva (Processi)	50	7,5 %
Tecniche Gestione Dello Stress	44	6,6 %
Interventi Motivazionali	39	5,8 %
Incontri Con Fig. Di Riferimento	37	5,5 %
Desensibilizzazione Sistemica	36	5,4 %
Tecniche Operanti	34	5,1 %
Schema Therapy	33	4,9 %
Autocontrollo	28	4,2 %
Detached Mindfulness	24	3,6 %
Dialectical Behavior Therapy	13	1,9 %
Parent Training	11	1,6 %
EMDR	8	1,2 %
Compassion Focused Therapy	4	0,6 %
Biofeedback	2	0,3 %
Terapia Interpersonale	2	0,3 %
Situational Attentional Refocusing	1	0,1 %

Tabella 8. Statistiche generali sulle percentuali d'utilizzo delle diverse tecniche a prescindere dalla diagnosi.

Nella presente sezione verranno presentati i risultati dello studio suddivisi per campione clinico. Le percentuali d'utilizzo sono da intendere relativamente all'utilizzo di una data strategia di trattamento rispetto al totale dei casi del campione specifico. Verranno qui riportati i primi 10 trattamenti in ordine decrescente utilizzati per l'intervento su ogni campione clinico incluso nello studio. Nelle tabelle, invece, si troveranno le statistiche complete. Sono, in effetti, emerse alcune discrepanze tra ciò che viene raccomandato dalle Linee Guida e dai manuali di trattamento.

Campione clinico n°1: Disturbo Depressivo Maggiore

Dalle analisi descrittive è emerso che le *Terapie Cognitive* (tra cui la ristrutturazione cognitiva) sono le tecniche più utilizzate nel trattamento della Depressione Maggiore (vedi Tab. 9). In successione troviamo le strategie con una percentuale elevata d'utilizzo: *Psicoeducazione*, *Attivazione Comportamentale* e *Prevenzione Ricadute*. In ordine a seguire si è evidenziato l'utilizzo di *Training Assertivo/Social Skills Training* in più del 50 % dei casi; invece, le tecniche di *Problem Solving* e l'*Automonitoraggio* hanno percentuali d'utilizzo inferiori. L'*Analisi Funzionale ABC* e le tecniche di *Rilassamento* vengono applicate in poco più del 40 % dei casi, e infine, il *Role Playing* ha una percentuale d'utilizzo inferiore al 20 %.

Campione clinico n° 2: Disturbo Depressivo Persistente

Anche per questo campione le *Terapie Cognitive* tra cui la ristrutturazione cognitiva risultano essere le più impiegate. Inoltre, sono frequentemente utilizzate anche le strategie di *Psicoeducazione*, *Training Assertivo/Social Skills Training* e *Attivazione Comportamentale*. Il *Problem Solving* e l'*Automonitoraggio* vengono applicati in poco più del 60 % dei casi di pazienti con Disturbo Depressivo Persistente, mentre le tecniche di *Rilassamento* sono utili

al 56,8 % dei pazienti. Inoltre, l'*Analisi Funzionale ABC*, la *Prevenzione Ricadute* e il *Role Playing* mostrano frequenze di utilizzo minori come è possibile osservare dalla Tabella 10.

DIAGNOSI PRIMARIA: Depressione Maggiore (n= 86)

Trattamenti Utilizzati:	Numero	Percentuale
Terapie Cognitive	83	96,5 %
Psicoeducazione	72	83,7 %
Attivazione Comportamentale	64	74,4 %
Prevenzione Ricadute	53	61,6 %
Training di Assertività	51	59,3 %
Problem Solving	40	46,5 %
Automonitoraggio	38	44,2 %
Analisi Funzionale (ABC)	36	41,9 %
Tecniche Di Rilassamento	35	40,7 %
Role Playing	14	16,3 %
Mindfulness	13	15,1 %
Validazione Emotiva	12	14 %
Altre Terapie	12	14 %
Esposizione	8	9,3 %
Tecniche Gestione Stress	7	8,1 %
Terapia Cognitiva (Processi)	6	7 %
Interventi Motivazionali	5	5,8 %
Tecniche Operanti	4	4,6 %
Autocontrollo	3	3,5 %
Parent Training	3	3,5 %
Schema Therapy	3	3,5 %
Prevenzione Della Risposta	2	2,3 %
Detached Mindfulness	2	2,3 %
Esposizione Enterocettiva	1	1,2 %
Desensibilizzazione Sistemica	1	1,2 %
Incontri Fig. Di Riferimento	1	1,2 %

Tabella 9. Percentuali di utilizzo per il campione clinico di Disturbo Depressivo Maggiore.

DIAGNOSI PRIMARIA: Depressione Persistente (n=37)

TRATTAMENTI UTILIZZATI:	Numero	Percentuale
Terapie Cognitive	33	89,2 %
Psicoeducazione	29	78,4 %
Training di Assertività	26	70,3 %
Attivazione Comportamentale	23	62,2 %
Problem Solving	23	62,2 %
Automonitoraggio	23	62,2 %
Rilassamento	21	56,8 %
Analisi Funzionale (Abc)	19	51,3 %
Prevenzione Ricadute	18	48,6 %
Role Playing	10	27 %
Altre Terapie	7	18,9 %
Esposizione	5	13,5 %
Validazione Emotiva	5	13,5 %
Schema Therapy	5	13,5 %
Autocontrollo	3	8,1 %
Interventi Motivazionali	3	8,1 %
Terapia Cognitiva (Processi)	2	5,4 %
Mindfulness	2	5,4 %
Incontri Con Fig. Di Riferimento	2	5,4 %
Tecniche Operanti	1	2,7 %
Parent Training	1	2,7 %
Esposizione Enterocettiva	1	2,7 %
Tecniche Gestione Stress	1	2,7 %
Detached Mindfulness	1	2,7 %
EMDR	1	2,7 %

Tabella 10. Percentuali di utilizzo per il campione clinico di Disturbo Depressivo Persistente.

Campione clinico n° 3: Fobia Specifica

Per quanto riguarda i trattamenti più frequentemente impiegati nel campione clinico della Fobia Specifica si osservano percentuali elevate per le tecniche di *Esposizione*, *Rilassamento*, *Terapie cognitive* e *Psicoeducazione* (vedi Tab. 11). In aggiunta, le analisi evidenziano che la *Prevenzione Ricadute* è adoperata nel 50 % dei casi. Ulteriori strategie applicate all'intervento nei disturbi fobici sono: la *Desensibilizzazione sistematica*, *l'Automonitoraggio*, *l'Analisi funzionale (ABC)*, la *Prevenzione della Risposta* e infine, *l'Attivazione Comportamentale*.

DIAGNOSI PRIMARIA: Fobia Specifica (n=30)

TRATTAMENTI UTILIZZATI:	Numero	Percentuale
Esposizione	27	90 %
Rilassamento	24	80 %
Terapie Cognitive	24	80 %
Psicoeducazione	24	80 %
Prevenzione Ricadute	15	50 %
Desensibilizzazione Sistematica	9	30 %
Automonitoraggio	7	23,3 %
Analisi Funzionale (Abc)	6	20 %
Prevenzione Della Risposta	3	10 %
Attivazione Comportamentale	2	6,7 %
Problem Solving	2	6,7 %
Autocontrollo	2	6,7 %
Esposizione Enterocettiva	2	6,7 %
Altre Terapie	2	6,7 %
Training di Assertività	1	3,3 %
Role Playing	1	3,3 %
Terapia Cognitiva (Processi)	1	3,3 %
Mindfulness	1	3,3 %
Incontri Con Altre Fig. Di Riferimento	1	3,3 %

Tabella 11. Percentuali di utilizzo per il campione clinico di Fobia Specifica.

Campione clinico n° 4: Disturbo d'Ansia Sociale

Le statistiche descrittive su questo campione mostrano che i terapeuti si avvalgono principalmente delle tecniche seguenti: *Terapie cognitive* inclusa ristrutturazione cognitiva, tecniche di *Esposizione*, *Psicoeducazione* e *Training Assertivo/Social Skills Training* (vedi Tab. 12). Oltre a ciò, le tecniche di *Rilassamento* vengono impiegate nel 78,8 % dei casi; la *Prevenzione Ricadute* e *l'Analisi Funzionale ABC* vengono utilizzare meno di frequente. Infine, le tecniche di *Automonitoraggio*, *Role Playing* e *Desensibilizzazione Sistemica* sono utilizzate in meno del 30 % dei casi clinici.

Campione clinico n° 5: Disturbo di Panico

I clinici, quando di fronte al Disturbo di Panico, usufruiscono maggiormente di: *Terapie Cognitive* inclusa la ristrutturazione cognitiva, *Psicoeducazione*, Tecniche di *Esposizione* e di quelle di *Rilassamento*. L' *Esposizione enterocettiva* viene impiegata nel 74,5 % dei casi di Disturbo di Panico; mentre la *Prevenzione Ricadute* è applicata al 52 % dei pazienti. L'*Automonitoraggio* e *l'Analisi funzionale ABC* sono svolti in meno del 40 % dei casi. Il *Training Assertivo/Social Skills Training* e il *Problem Solving* vengono utilizzati in un percentuali minori (vedi Tab. 13).

Campione clinico n° 6: Disturbo d'Ansia Generalizzata

Come si può notare dalla Tabella 14, dalle analisi descrittive emerge che per il trattamento del GAD vengono impiegate principalmente: le *Terapie cognitive* inclusa la ristrutturazione cognitiva; la *Psicoeducazione* e le tecniche di *Rilassamento*. Ulteriori tecniche utilizzate sono: la *Prevenzione Ricadute* e il *Training Assertivo/Social Skills Training*. I terapeuti hanno ritenuto di avvalersi in misura minore di strategie quali: *l'Analisi Funzionale (ABC)*, il *Problem Solving*, *l'Automonitoraggio*, le tecniche di *Esposizione* e infine il *Role Playing*.

DIAGNOSI PRIMARIA: Ansia Sociale (n= 66)

TRATTAMENTI UTILIZZATI:	Numero	Percentuale
Terapie Cognitive	65	98,5 %
Esposizione	61	92,4 %
Psicoeducazione	60	91 %
Training di Assertività	56	84,8 %
Rilassamento	52	78,8 %
Prevenzione Ricadute	39	59,1 %
Analisi Funzionale (Abc)	29	43,9 %
Automonitoraggio	19	28,8 %
Role Playing	17	25,7 %
Desensibilizzazione Sistemica	8	12,1 %
Mindfulness	6	9,1 %
Prevenzione Della Risposta	5	7,6 %
Terapia Cognitiva (Processi)	5	7,6 %
Attivazione Comportamentale	4	6,1 %
Problem Solving	4	6,1 %
Validazione Emotiva	4	6,1 %
Tecniche Operanti	3	4,5 %
Esposizione Enterocettiva	3	4,5 %
Tecniche Gestione Stress	3	4,5 %
Interventi Motivazionali	2	3 %
Detached Mindfulness	2	3 %
Incontri Con Fig. Riferimento	1	1,5 %
Altre Terapie	1	1,5 %

Tabella 12. Percentuali di utilizzo per il campione clinico di Disturbo d'Ansia Sociale.

DIAGNOSI PRIMARIA: Disturbo di Panico (n=98)

TRATTAMENTI UTILIZZATI:	Numero	Percentuale
Terapie Cognitive	92	93,9 %
Psicoeducazione	88	89,8 %
Esposizione	87	88,8 %
Rilassamento	84	85,7 %
Esposizione Enterocettiva	73	74,5 %
Prevenzione Ricadute	51	52 %
Automonitoraggio	38	38,8 %
Analisi Funzionale (Abc)	38	38,8 %
Training di Assertività	23	23,5 %
Problem Solving	11	11,2 %
Desensibilizzazione Sistemica	8	8,5 %
Attivazione Comportamentale	8	8,5 %
Role Playing	8	8,5 %
Tecniche Gestione Stress	7	7,1 %
Terapia Cognitiva (Processi)	7	7,1 %
Autocontrollo	6	6,1 %
Incontri Con Altre Fig. Di Riferimento	6	6,1 %
Altre Terapie	6	6,1 %
Prevenzione della Risposta	5	5,1 %
Mindfulness	3	3,1 %
Interventi Motivazionali	2	2 %
Tecniche Operanti	1	1 %
Parent Training	1	1 %
Validazione Emotiva	1	1 %
Schema Therapy	1	1 %

Tabella 13. Percentuali di utilizzo per il campione clinico di Disturbo di Panico.

DIAGNOSI PRIMARIA: Disturbo d'Ansia Generalizzata (n= 44)

TRATTAMENTI UTILIZZATI:	Numero	Percentuale
Terapie Cognitive	40	90,9 %
Psicoeducazione	39	88,6 %
Tecniche Di Rilassamento	36	81,8 %
Prevenzione Ricadute	27	61,4 %
Training di Assertività	24	54,5 %
Analisi Funzionale (Abc)	14	31,8 %
Problem Solving	14	31,8 %
Automonitoraggio	13	29,5 %
Tecniche Di Esposizione	12	27,3 %
Role Playing	8	18,2 %
Detached Mindfulness	8	18,2 %
Terapia Cognitiva Centrata Sui Processi	7	15,9 %
Altre Terapie	7	15,9 %
Mindfulness	6	13,6 %
Attivazione Comportamentale	4	9,1 %
Validazione Emotiva	2	4,5 %
Schema Therapy	2	4,5 %
Prevenzione Della Risposta	2	4,5 %
Biofeedback	1	2,3 %
Tecniche Di Gestione Dello Stress	1	2,3 %
Esposizione Enterocettiva	1	2,3 %

Tabella 14. Percentuali di utilizzo per il campione clinico di Disturbo d'Ansia Generalizzata.

Campione clinico n° 7: Disturbo d'Ansia di Malattia

Per l'intervento terapeutico sul Disturbo d'Ansia di Malattia, nella pratica clinica si fa uso soprattutto di strategie di *Psicoeducazione* e di *Terapie cognitive* inclusa la ristrutturazione cognitiva. A seguire, in ordine di frequenza d'utilizzo, le analisi descrittive hanno evidenziato che *l'Esposizione* viene impiegata nel 65 % dei casi così come la *Prevenzione ricadute*. Le tecniche di *Rilassamento* sono adoperate nel 62,5 % dei pazienti, invece la *Prevenzione della Risposta* in meno del 50 % dei casi. L'*Analisi funzionale* (ABC) e l'*Automonitoraggio* si attestano percentuali d'utilizzo inferiori. Inoltre, l'*Attivazione comportamentale* e il *Training Assertivo/Social Skills Training* vengono impiegati solo nel 20 % dei pazienti (vedi Tab. 15).

Campione clinico n° 8: Disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo

Le tecniche terapeutiche più utilizzate, secondo i risultati delle analisi statistiche descrittive osservabili nella Tabella 16, sono decisamente le *Terapie cognitive* inclusa la ristrutturazione cognitiva, la *Psicoeducazione* e *l'Esposizione con Prevenzione della Risposta*. Inoltre, nel 56,7 % dei pazienti si rivela utile la *Prevenzione Ricadute* e l'*Automonitoraggio* nel 40 % dei casi. Infine, tecniche come l'*Analisi Funzionale ABC* mostrano una percentuale d'utilizzo inferiore. Le tecniche di *Rilassamento*, il *Training Assertivo/Social Skills Training* e il *Problem Solving* sono le strategie utilizzate con minor frequenza.

Campione clinico n° 9: Disturbi da Trauma

Per ciò che concerne il trattamento dei Disturbi da Trauma, le analisi statistiche condotte hanno evidenziato percentuali d'utilizzo elevate delle *Terapie cognitive* inclusa la ristrutturazione cognitiva e della *Psicoeducazione* (vedi Tab. 17). Le tecniche di *Esposizione* vengono applicate nel 56,2 % dei casi e quelle di *Rilassamento* nel 54,2 %. Il *Training Assertivo/Social Skills Training* risulta utile a poco più del 45% dei pazienti, mentre l'*Analisi*

Funzionale ABC al 41,7 % di essi. Impiegate con minor frequenza sono le strategie di *Automonitoraggio*, l'*Attivazione comportamentale*, la *Prevenzione Ricadute* e il *Problem Solving*.

DIAGNOSI PRIMARIA: Disturbo d'Ansia di Malattia (n=40)

TRATTAMENTI UTILIZZATI:	Numero	Percentuale
Psicoeducazione	39	97,5 %
Terapie Cognitive	37	92,5 %
Esposizione	26	65 %
Prevenzione Ricadute	26	65 %
Rilassamento	25	62,5 %
Prevenzione della risposta	19	47,5 %
Analisi Funzionale (Abc)	17	42,5 %
Automonitoraggio	16	40 %
Attivazione Comportamentale	8	20 %
Training di Assertività	8	20 %
Esposizione Enterocettiva	7	17,5 %
Problem Solving	6	15 %
Altre Terapie	6	15 %
Tecniche Gestione Stress	5	12,5 %
Terapia Cognitiva (Processi)	5	12,5 %
Autocontrollo	3	7,5 %
Desensibilizzazione Sistemica	3	7,5 %
Role Playing	3	7,5 %
Incontri Con Altre Fig. Di Riferimento	3	7,5 %
Interventi Motivazionali	2	5 %
Validazione Emotiva	1	2,5 %
EMDR	1	2,5 %
Compassion Focused Therapy	1	2,5 %

Tabella 15. Percentuali di utilizzo per il campione clinico di Disturbo d'Ansia di Malattia.

DIAGNOSI PRIMARIA: Disturbi dello spettro Ossessivo-Compulsivo (n=60)

TRATTAMENTI UTILIZZATI:	Numero	Percentuale
Terapie Cognitive	52	86,7 %
Psicoeducazione	51	85 %
Esposizione	49	81,7 %
Prevenzione della risposta	42	70 %
Prevenzione Ricadute	34	56,7 %
Automonitoraggio	24	40 %
Analisi Funzionale (Abc)	23	38,3 %
Rilassamento	22	36,7 %
Training di Assertività	19	31,7 %
Problem Solving	9	15 %
Mindfulness	9	15 %
Detached Mindfulness	8	13,3 %
Attivazione Comportamentale	7	11,7 %
Terapia Cognitiva (Processi)	7	11,7 %
Altre Terapie	7	11,7 %
Incontri Con Altre Fig. Di Riferimento	6	10 %
Interventi Motivazionali	5	8,3 %
Validazione Emotiva	4	6,7 %
Tecniche Operanti	3	5 %
Tecniche Gestione Stress	3	5 %
Esposizione Enterocettiva	2	3,3 %
Desensibilizzazione Sistemica	2	3,3 %
Schema Therapy	2	3,3 %
Autocontrollo	1	1,7 %
Parent Training	1	1,7 %
Role Playing	1	1,7 %
Dialectical Behavior Therapy	1	1,7 %
Compassion Focused Therapy	1	1,7 %

Tabella 16. Percentuali di utilizzo per il campione clinico di Disturbi dello spettro Ossessivo-Compulsivo.

DIAGNOSI PRIMARIA: Disturbi da Trauma (n=48)

TRATTAMENTI UTILIZZATI:	Numero	Percentuale
Terapie Cognitive	42	87,5 %
Psicoeducazione	41	85,4 %
Esposizione	27	56,2 %
Rilassamento	26	54,2 %
Training di Assertività	22	45,8 %
Analisi Funzionale (Abc)	20	41,7 %
Automonitoraggio	19	39,6 %
Attivazione Comportamentale	17	35,4 %
Prevenzione Ricadute	14	29,2 %
Problem Solving	13	27,1 %
Altre Terapie	9	18,8 %
Validazione Emotiva	7	14,6 %
Tecniche Gestione Stress	6	12,5 %
Role Playing	6	12,5 %
EMDR	5	10,4 %
Prevenzione della Risposta	4	8,3 %
Terapia Cognitiva (Processi)	3	6,2 %
Mindfulness	3	6,2 %
Tecniche Operanti	2	4,2 %
Autocontrollo	2	4,2 %
Parent Training	2	4,2 %
Esposizione Enterocettiva	2	4,2 %
Schema Therapy	2	4,2 %
Desensibilizzazione Sistemica	1	2,1 %
Detached Mindfulness	1	2,1 %
Incontri Con Altre Fig. Di Riferimento	1	2,1 %

Tabella 17. Percentuali di utilizzo per il campione clinico di Disturbi da Trauma.

Campione clinico n° 10: Disturbi del Comportamento Alimentare

I clinici, anche quando si trovano di fronte ai Disturbi del Comportamento Alimentare, usufruiscono maggiormente delle *Terapie cognitive* inclusa la ristrutturazione cognitiva e della *Psicoeducazione*. Altre tecniche che vengono impiegate frequentemente sono: l'*Automonitoraggio*, la *Prevenzione ricadute* e il *Training Assertivo/Social Skills Training*. Inoltre, vi è una percentuale elevata di “*Altre Terapie*” che includono interventi come l'educazione alimentare e la regolarizzazione dei pasti, la riduzione dei check del corpo e visite dal nutrizionista. Invece, il *Problem Solving* risulta utile nel 38,5 % dei casi e gli *Interventi motivazionali* e l'*Analisi funzionale ABC* nel 30,8 % di essi. Come evidenziato dalla Tab. 18, i dati mostrano che l'*Esposizione* e le tecniche di *Rilassamento* vengono impiegate in minor misura.

Campione clinico n° 11: Disturbi di Personalità

Dalle analisi descrittive è emerso che le *Terapie cognitive* (tra cui la ristrutturazione cognitiva) sono le tecniche più utilizzate nel trattamento dei Disturbi di Personalità (vedi Tab. 19). Vengono, inoltre, impiegate strategie di *Psicoeducazione*, *Training Assertivo/Social Skills Training* e *Analisi funzionale (ABC)*. In misura minore, ma pur sempre rilevante, i clinici si avvalgono anche di tecniche di *Esposizione*, *Validazione emotiva* e *Role playing*. Infine, dalle statistiche emerge che le tecniche di *Rilassamento*, l'*Automonitoraggio* e il *Problem Solving* vengano utilizzate meno frequentemente.

DIAGNOSI PRIMARIA: Disturbi del Comportamento Alimentare (n=39)

TRATTAMENTI UTILIZZATI:	Numero	Percentuale
Terapie Cognitive	37	94,9 %
Psicoeducazione	32	82 %
Automonitoraggio	29	74,4 %
Prevenzione Ricadute	26	66,7 %
Altre Terapie	24	61,5 %
Training di Assertività	20	51,3 %
Problem Solving	15	38,5 %
Interventi Motivazionali	12	30,8 %
Analisi Funzionale (Abc)	12	30,8 %
Esposizione	11	28,2 %
Rilassamento	11	28,2 %
Validazione Emotiva	11	28,2 %
Incontri Con Altre Fig. Di Riferimento	7	17,9 %
Prevenzione della Risposta	6	15,4 %
Mindfulness	6	15,4 %
Attivazione Comportamentale	5	12,8 %
Tecniche Operanti	4	10,2 %
Role Playing	4	10,2 %
Tecniche Gestione Stress	3	7,7 %
Schema Therapy	3	7,7 %
Dialectical Behavior Therapy	2	5,1 %
Autocontrollo	1	2,6 %
Parent Training	1	2,6 %
Esposizione Enterocettiva	1	2,6 %
Desensibilizzazione Sistemica	1	2,6 %
Compassion Focused Therapy	1	2,6 %

Tabella 18. Percentuali di utilizzo per il campione clinico di Disturbi del Comportamento Alimentare.

DIAGNOSI PRIMARIA: Disturbi di Personalità (n=53)

TRATTAMENTI UTILIZZATI:	Numero	Percentuale
Terapie Cognitive	40	75,5 %
Psicoeducazione	38	71,7 %
Training di Assertività	36	67,9 %
Analisi Funzionale (Abc)	28	52,8 %
Esposizione	24	45,3 %
Validazione Emotiva	23	43,4 %
Role Playing	22	41,5 %
Rilassamento	21	39,6 %
Automonitoraggio	18	34 %
Problem Solving	17	32,1 %
Prevenzione Ricadute	15	28,3 %
Schema Therapy	12	22,6 %
Attivazione Comportamentale	9	17 %
Mindfulness	9	17 %
Altre Terapie	9	17 %
Dialectical Behaviour Therapy	7	13,2 %
Tecniche Operanti	5	9,4 %
Esposizione Enterocettiva	4	7,5 %
Terapia Cognitiva (Processi)	4	7,5 %
Interventi Motivazionali	2	3,8 %
Desensibilizzazione Sistemica	2	3,8 %
Prevenzione della risposta	2	3,8 %
Detached Mindfulness	2	3,8 %
Terapia Interpersonale	2	3,8 %
Autocontrollo	1	1,9 %
Parent Training	1	1,9 %
Tecniche Gestione Stress	1	1,9 %
Situational Attentional Refocusing	1	1,9 %
EMDR	1	1,9 %
Incontri Con Altre Fig. Di Riferimento	1	1,9 %
Compassion Focused Therapy	1	1,9 %

Tabella 19. Percentuali di utilizzo per il campione clinico di Disturbi di Personalità.

CAPITOLO 5: RIFLESSIONI SUI RISULTATI DELLO STUDIO

Discussione

Dai risultati delle analisi statistiche condotte si evince come, in linea generale nel campione analizzato nel presente studio, vengano seguite le indicazioni fornite dalle Linee Guida più autorevoli e dai manuali di trattamento. Tuttavia, sono emerse alcune incongruenze che potrebbero essere giustificate dalla presenza di comorbidità conclamate, oppure da elementi subclinici che il terapeuta ha ritenuto di dover approfondire. Inoltre, le *Terapie Cognitive* rappresentano l'intervento più frequentemente utilizzato, in linea con quanto ci si poteva attendere (vedi Tab. 8). Le altre tecniche che emergono dai nostri risultati si allineano abbastanza bene con il protocollo unificato recentemente proposto da Barlow e colleghi (2021) che postula 8 moduli di trattamento tra cui: l'*Intervento motivazionale*, la *Psicoeducazione*, la *Mindfulness*, le *Terapie Cognitive*, l'*Esposizione* e la *Prevenzione Ricadute*. Infatti, dalle analisi si evince che, oltre alle *Terapie Cognitive*, le altre strategie più adoperate sono in ordine: la *Psicoeducazione*, le tecniche di *Rilassamento* ed *Esposizione*, la *Prevenzione Ricadute*, i *Training di Assertività*, l'*Automonitoraggio* e l'*Analisi Funzionale*. Tuttavia, rispetto ai nostri dati, nel protocollo unificato si concede meno spazio alle tecniche di *Rilassamento* e più enfasi alle tecniche che si basano sui principi della *Mindfulness*.

La pratica clinica nasconde molti imprevisti ed è per la sua natura complessa e si deve confrontare con l'individualità e unicità dei pazienti stessi. Un'ulteriore osservazione da fare è quella per cui, se vi sono più trattamenti consigliati per un dato disturbo, il clinico deve effettuare una scelta; quindi, è possibile che non vengano utilizzati tutti gli strumenti a sua disposizione, ma solo quelli che vengono ritenuti più adatti ed efficaci alla particolarità del caso in questione. Infine, il nostro campione è costituito da studenti specializzandi che possono non possedere ancora alcune competenze tecniche che richiedono una

formazione separata (es: *EMDR*) e perciò si trovano a scegliere tra le strategie che conoscono e che sanno applicare. Qui di seguito un'analisi dettagliata suddivisa per gruppo diagnostico, confrontando le ipotesi con i risultati emersi dalle statistiche.

Campioni clinici n° 1 e 2: Disturbo Depressivo Maggiore e Disturbo Depressivo Persistente

Per i campioni di Depressione Maggiore e Depressione Persistente, si era ipotizzato che sarebbero state seguite le Linee Guida indicate nella *Consensus Conference (Consensus ISS 1/2022)* in riferimento a quelle inglesi (*NICE, 2009*) e americane (*APA, 2021 e APA, 2020*). Inoltre, dovrebbero essere stati applicati i protocolli suggeriti dal manuale Leveni, Michielin e Piacentini (2014). Dai risultati emersi per entrambi i campioni clinici, le ipotesi sono state soddisfatte nella misura in cui si è riscontrato un elevato utilizzo dell'approccio cognitivo-comportamentale in fase di trattamento dei disturbi depressivi. Nello specifico, infatti, sono state evidenziate alte percentuali d'utilizzo della CBT e delle tecniche che la compongono (es: *Terapie Cognitive, Psicoeducazione, Automonitoraggio, Attivazione Comportamentale, Analisi Funzionale, Prevenzione Ricadute, Role Playing*). Inoltre, è stato confermato dai nostri dati l'utilizzo del *Training Assertivo*, come indicato dal manuale. Tuttavia, dalle statistiche è emersa una percentuale d'utilizzo inattesa per quanto riguarda le tecniche di *Rilassamento* (56,8 % per il campione della Depressione Persistente e 40,7 % per quello della Depressione Maggiore). Questo dato può essere spiegato dalla presenza, nel nostro studio, di casi di comorbidità con psicopatologie quali il Disturbo di Panico, GAD, Insonnia e Disturbi del Comportamento Alimentare che giustificano l'utilizzo di queste tecniche. Nella depressione potrebbe accadere che per poter attuare l'*Attivazione Comportamentale* sia necessario l'utilizzo di tecniche di *Rilassamento* qualora l'isolamento sociale necessiti di impiegare tecniche di *Esposizione*. Ad esempio, se un paziente non ha più frequentato luoghi che riteneva piacevoli, in fase di *Attivazione Comportamentale* si

espone il soggetto a situazioni potenzialmente ansiogene che potrebbero dar luogo alla necessità di usufruire di tecniche di *Rilassamento*.

Campione clinico n° 3: Fobia specifica

Per il campione clinico della Fobia Specifica si era ipotizzato che, in assenza di linee guida nazionali ed internazionali, sarebbero state seguite le indicazioni del manuale Andrews e colleghi (2003). Infatti, secondo un'analisi dei risultati, le tecniche utilizzate corrispondono ampiamente a quelle indicate nel manuale e quelle della *Society of Clinical Psychology (APA, Division 12)*, ovvero *Esposizione, Desensibilizzazione Sistemica, Rilassamento, Interventi motivazionali, Psicoeducazione e Ristrutturazione cognitiva*. Per quanto riguarda l'utilizzo dell'*Attivazione Comportamentale* (6,7 %), si può supporre che in alcuni casi clinici venga utilizzata questa tecnica in presenza di deflessione del tono dell'umore a livello subclinico. Infine, è possibile che nell'ambito di una Fobia Specifica, il paziente inizi a manifestare comportamenti compulsivi sottosoglia; questo potrebbe giustificare la piccola percentuale d'utilizzo riscontrata per la *Prevenzione della Risposta* (10 %).

Campione clinico n°4: Disturbo d'Ansia Sociale

Per il trattamento del Disturbo d'Ansia Sociale si era ipotizzato che sarebbero state seguite le Linee Guida indicate nella *Consensus Conference (Consensus ISS 1/2022)*, che richiamano le *NICE guidelines (2013,2017)*, e il manuale Andrews e colleghi (2003). I risultati delle analisi condotte su questo campione clinico confermano l'ipotesi iniziale. Infatti, gli specializzandi hanno utilizzato: *Terapie Cognitive, Psicoeducazione, Esposizione, Training Assertivo*, tecniche di *Rilassamento* e *Prevenzione Ricadute*. Sono state impiegate anche tecniche di *Analisi Funzionale, Automonitoraggio* e *Role Playing* che fanno parte dell'approccio cognitivo-comportamentale. Inoltre, il *Role Playing* può essere utile anche all'interno del *Training Assertivo*. L'unica incongruenza tra dati e Linee Guida è stata quella

dell'utilizzo, sebbene esiguo, della *Desensibilizzazione Sistemica* (12,1 %) che non è consigliata per il trattamento del Disturbo d'Ansia Sociale. Ciò può trovare una parziale giustificazione nelle ulteriori analisi statistiche da cui è emerso un caso di comorbidità con una Fobia Specifica.

Campione clinico n° 5: Disturbo di Panico

Per ciò che concerne il trattamento del Disturbo di Panico si era ipotizzato che i clinici avrebbero dovuto attenersi alle Linee Guida della *Consensus Conference (Consensus ISS 1/2022)* che si riferiscono a quelle inglesi (*NICE, 2019*) e a quelle americane (*American Psychiatric Association, 2009*). In aggiunta, ci si attende che gli psicoterapeuti facciano anche riferimento alle indicazioni presenti nel manuale di Andrews e colleghi (2003). L'ipotesi è stata pienamente soddisfatta dai risultati portati alla luce dalle analisi statistiche descrittive. Invero, per il trattamento di questo disturbo si è utilizzato: le *Terapie Cognitive*, la *Psicoeducazione*, le tecniche di *Esposizione* e di *Rilassamento*, la *Prevenzione delle Ricadute*. Inoltre, sono state impiegate anche l'*Automonitoraggio* e l'*Analisi Funzionale* che fanno ampiamente parte del protocollo CBT. In aggiunta, in questo gruppo è presente una comorbidità con Disturbi di Personalità quali: Disturbo di Personalità Dipendente, Disturbo di Personalità Evitante e Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità. Ciò può giustificare la presenza di *Training Assertivo* (23,5 %) tra le tecniche utilizzate dai clinici.

Campione Clinico n°6: Disturbo d'Ansia Generalizzata

L'ipotesi per cui il trattamento del Disturbo d'Ansia Generalizzata dovrebbe essere basato sulle Linee Guida nazionali (*Consensus ISS 1/2022*) e NICE (2019), nonché sul protocollo suggerito da Andrews e collaboratori (2003), è stata soddisfatta. A dimostrazione di quanto affermato, si è riscontrato nei risultati delle analisi statistiche che i clinici utilizzano ampiamente le tecniche di CBT (es: *Terapie Cognitive, ABC, Automonitoraggio, Role*

Playing) come raccomandato dalle Linee Guida. Inoltre, applicano le tecniche di *Rilassamento*, di *Esposizione* e di *Coping* come suggerito anche dal manuale di riferimento. Infine, le tecniche di *Psicoeducazione* e *Prevenzione Ricadute* fanno parte dell'intervento cognitivo comportamentale di quasi tutti i disturbi mentali, nella misura in cui s'intendono come tecniche di base utili all'intervento. Un'importante incongruenza emersa dalle analisi condotte su questo campione clinico è quella sull'utilizzo del *Training Assertivo/Social Skills Training* (54,5 %), tuttavia, questo potrebbe essere spiegato dal manuale IAPT di Papworth, Marrinan e Martin (2019) che per il trattamento del GAD e altri disturbi d'ansia prevede uno *skills development* che può riguardare anche l'ambito sociale.

Campione Clinico n°7: Disturbo d'Ansia di Malattia

In assenza di linee guida nazionali e internazionali, l'ipotesi era tale per cui lo psicoterapeuta avrebbe dovuto fare riferimento alle indicazioni di trattamento presenti nella rassegna di Axelsson e Hedman-Lagerlöf (2019), inserita nel *database Cochrane*, e quelle dell'NHS (*National Health Service*), nonché le raccomandazioni del manuale di Leveni, Lussetti e Piacentini (2013), ovvero: *Psicoeducazione*, *Tecniche cognitive*, *Interventi motivazionali*, *Esposizione* e *Prevenzione ricadute*. Questo risulta essere in pieno accordo con i dati emersi dalle analisi statistiche. Tuttavia, si riscontra che l'utilizzo degli *Interventi Motivazionali* non sia stato tanto significativo da essere tra i primi 10 trattamenti più utilizzati. Una ragione per questo potrebbe essere quella sopramenzionata per cui quando il clinico si trova di fronte a numerose tecniche consigliate, debba effettuare una scelta di quelle più adatte all'intervento su un dato paziente. Un'ulteriore incongruenza è emersa nell'utilizzo dell'*Attivazione Comportamentale* (20 %) che non è una tecnica indicata per il trattamento del Disturbo d'Ansia di Malattia, ma ciò può essere dovuto alla presenza di comorbidità con il Disturbo Depressivo Maggiore che si è evidenziato da ulteriori analisi statistiche condotte su questo campione clinico. Per quanto riguarda l'utilizzo riscontrato dai dati delle tecniche

di *Rilassamento*, l'ipotesi potrebbe essere che, essendo questo un disturbo d'ansia, potrebbe avere delle componenti di attivazione fisiologica. Un'altra incongruenza è relativa all'uso di *Prevenzione della Risposta*. Ciò potrebbe essere spiegato dal fatto che il Disturbo d'Ansia di Malattia presenta, in un certo senso, una sintomatologia sovrapponibile al DOC. È possibile che il soggetto mostri comportamenti compulsivi subclinici. Infine, in alcuni pazienti si riscontrano problemi relativi anche alle abilità sociali che non richiedono diagnosi, ma vanno comunque trattati. Questo può giustificare l'utilizzo del *Training Assertivo* che è emerso dalle analisi statistiche.

Campione Clinico n°8: Disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo

Per ciò che concerne i Disturbi dello spettro Ossessivo-Compulsivo, si era ipotizzato che sarebbero state applicate le Linee Guida NICE (2005) e le indicazioni presenti nel manuale di Andrews e colleghi (2003). Entrambe le fonti raccomandano per il trattamento di questo tipo di disturbi di seguire l'approccio cognitivo-comportamentale e nello specifico le tecniche di *Esposizione e Prevenzione della risposta*. Dai risultati delle analisi statistiche si evince che tale ipotesi è stata ampiamente soddisfatta. Inoltre, le principali tecniche utilizzate, nella pratica clinica, per il trattamento dei Disturbi dello spettro Ossessivo-Compulsivo sono quelle incluse nella CBT (es: *Terapie Cognitive, Psicoeducazione, Prevenzione Ricadute, Automonitoraggio, Analisi Funzionale*). Per ciò che concerne l'utilizzo delle tecniche di *Rilassamento* che è emerso dalle analisi statistiche, potrebbe essere giustificato dalla presenza di comorbidità con disturbi d'ansia quali Disturbo d'Ansia Sociale, Disturbo di Panico e Ansia da Separazione. Invece, per quanto riguarda l'impiego di *Training Assertivi* (31,7 %), riscontrato dalle statistiche descrittive, si può pensare che sia dovuto alla presenza di 6 casi di comorbidità con Disturbi di Personalità, tra cui due di Personalità Dipendente e due Narcisistico. Infine, il *Problem Solving* potrebbe essere stato utilizzato nel 15 % dei casi per l'intervento sui dubbi ricorrenti.

Campione Clinico n° 9: Disturbi da Trauma

Il trattamento dei Disturbi da Trauma si era ipotizzato che avrebbe dovuto seguire le Linee Guida NICE (2018) e le raccomandazioni presenti nel manuale Andrews e collaboratori (2003). Si può affermare che ciò è stato ampiamente applicato alla pratica clinica. Invero, i clinici hanno usufruito delle tecniche raccomandate come: *Terapie Cognitive*, tra cui la ristrutturazione cognitiva, *Psicoeducazione*, *Esposizione* e *Prevenzione Ricadute*. Anche se non presenti nelle Linee Guida, è giustificato come conseguenza dell'applicazione delle tecniche di *Esposizione*, anche l'utilizzo di tecniche di *Rilassamento* (54,2 %). In aggiunta, i risultati hanno mostrato l'impiego diffuso anche dell'*Analisi Funzionale*, dell'*Automonitoraggio* e del *Problem Solving* che sono congrui con ciò che viene indicato sia dal manuale che dalle Linee Guida. Infatti, il *Problem Solving* è anche inteso come tecnica di *Coping*. L'utilizzo dell'*Attivazione Comportamentale* (35,4 %) può essere giustificata dalla presenza di un caso di comorbidità con Disturbo Depressivo Maggiore, ma anche dall'applicazione delle indicazioni NICE (2018) nella misura in cui si consiglia un recupero delle connessioni sociali. Infine, l'impiego di *Training Assertivo* (45,8 %) può essere dovuto, sia al recupero delle connessioni sociali sia alla comorbidità riscontrata nel campione clinico con Disturbi di Personalità senza specificazione. Un'osservazione va fatta per quanto riguarda il mancato utilizzo dell'*EMDR*. Infatti, questo non è un trattamento che viene acquisito durante il corso di specializzazione, ma solo successivamente. Per questo nel nostro campione clinico, l'*EMDR* non viene impiegata.

Campione clinico n° 10: Disturbi del Comportamento Alimentare

Per ciò che concerne il campione dei Disturbi del Comportamento Alimentare, l'ipotesi proponeva che venissero seguite le Linee Guida NICE (2017) e le indicazioni di trattamento contenute nel manuale Fairburn (2018). I risultati confermano l'ipotesi nella misura in cui si riscontra un elevato utilizzo di tecniche cognitivo-comportamentali quali: *Terapie Cognitive* inclusa la ristrutturazione cognitiva, la *Psicoeducazione*, l'*Automonitoraggio*, *ABC* e la *Prevenzione Ricadute*. Inoltre, l'elevata percentuale riscontrata nelle "*Altre Terapie*" è del tutto congrua con le Linee Guida internazionali. Anche il *Training di Assertività*, il *Problem Solving*, l'*Esposizione* e gli *Interventi Motivazionali* sono coerenti sia con il manuale di riferimento sia con le Linee Guida. Tuttavia, sono emerse alcune incongruenze, tra cui ad esempio un esiguo utilizzo di tecniche focalizzate sulla *Regolazione dell'Umore* e *Incontri con le Figure di Riferimento*. Ciò potrebbe trovare una spiegazione nel fatto che il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare è molto specifico e l'ipotesi è che nel gruppo degli specializzandi preso in esame qui venga sottostimata l'importanza di eseguire questo tipo di trattamento. In aggiunta, i supervisor che monitorano il lavoro degli specializzandi possono non avere una formazione specifica in merito ai suddetti disturbi. Un'ulteriore motivazione per cui questi due trattamenti non sono stati applicati nella misura consigliata potrebbe essere che in questo campione si parla di Disturbi del Comportamento Alimentare lievi poiché quelli più gravi vengono presi in carico dai servizi sanitari locali.

Campione clinico n°11: Disturbi di personalità

L'ipotesi per i Disturbi di Personalità riguardava l'utilizzo delle tecniche CBT e, in particolare per il Disturbo Borderline, della *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT) come suggerito dalle Linee Guida NICE (2009, 2013). Infatti, per questo particolare disturbo si dovrebbe seguire il Manuale di Linehan (2001) che raccomanda il protocollo di trattamento seguente: *Validazione emotiva e cognitiva, Problem Solving, Skills Training, Esposizione, Tecniche cognitive* (inclusa la ristrutturazione cognitiva), *Role Playing* e *Mindfulness*. I dati emersi dalle analisi statistiche rispecchiano parzialmente le ipotesi espresse per questo campione clinico. Invero, i dati dimostrano che vengono utilizzate nella pratica clinica le tecniche di CBT quali: *Terapie Cognitive* inclusa la ristrutturazione cognitiva, *Psicoeducazione, Analisi Funzionale, Automonitoraggio* e *Role Playing*. In aggiunta, vengono impiegate anche tecniche di *Esposizione, Validazione Emotiva* e *Problem Solving* in accordo con il manuale di riferimento. D'altro canto, questo campione presenta delle incongruenze tra cui il mancato utilizzo delle tecniche di *Mindfulness* che invece vengono raccomandate dal manuale. Ciò potrebbe essere spiegato dal fatto che questo tipo di trattamento viene affrontato al quarto anno della scuola di psicoterapia e quindi gli specializzandi potrebbero non aver ancora le competenze per metterlo in pratica, oppure potrebbero aver riportato casi clinici precedenti all'apprendimento di tale tecnica. In aggiunta, è emerso un ampio utilizzo del *Training Assertivo/Social Skills Training* (67,9 %) e ciò potrebbe essere giustificato dal fatto che i Disturbi di Personalità hanno implicazioni importanti per gli aspetti relazionali e l'assertività svolge il ruolo di fornire competenze specifiche per questi aspetti. Un'ulteriore osservazione da fare su questo campione clinico è che attualmente vengono utilizzati nella pratica clinica abitualmente degli approcci specifici di terza generazione come l'*ACT*, la *Schema Therapy* e la *Terapia Metacognitiva Interpersonale* che sono relativamente più recenti e probabilmente i dati sull'efficacia non sono ancora riconosciuti dalle Linee Guida

internazionali. Infine, è stato rilevato un utilizzo moderato anche delle tecniche di *Rilassamento* che non vengono raccomandate né dal manuale né dalle Linee Guida. Tuttavia, ciò potrebbe essere legato all'altro aspetto rilevante dei Disturbi di Personalità che si identifica nella regolazione emozionale. Infatti, in alcuni Disturbi di Personalità è frequente una disregolazione emotiva, ovvero una difficoltà del paziente nel regolare le proprie emozioni, al contrario in altri Disturbi di Personalità si ha una iperregolazione delle emozioni. Per ciò che concerne la disregolazione delle emozioni possono essere utilizzate le tecniche di *Rilassamento*.

Limitazioni e Sviluppi Futuri

Nonostante il presente studio abbia portato alla luce risultati soddisfacenti per ciò che accade nella pratica clinica, è opportuno evidenziare anche le limitazioni della ricerca.

Infatti, il campione di casi clinici riguardava solamente pazienti trattati da specializzandi delle scuole di psicoterapia cognitivo-comportamentale affiliate AIAMC. Sarebbe opportuno, in futuro, sviluppare questa ricerca allargando il campione anche ad altre scuole di specializzazione di stampo cognitivo-comportamentale. Un ulteriore sviluppo futuro può riguardare l'approfondimento del tema "*over-treatment*" per cui i trattamenti svolti dagli specializzandi solitamente durano di più rispetto a ciò che viene consigliato dalle Linee Guida e dai protocolli di riferimento. In aggiunta, gli studenti delle scuole di specializzazione iniziano ad avere in carico i pazienti dal terzo anno, in corrispondenza con l'insegnamento delle tecniche di trattamento e con l'inizio della supervisione. L'allievo potrebbe trovarsi a trattare dei pazienti anche prima di questa fase e comunque potrebbe essere inizialmente impreparato ad affrontare alcuni casi complessi.

Un'altra limitazione del presente studio è quella che riguarda il fatto che nel campione clinico, nonostante i pazienti siano stati campionati da una popolazione di soggetti clinici

di età, titoli di studio e occupazioni differenti, questi erano pur sempre residenti nel Nord Italia (Veneto, Liguria e Toscana). Perciò sarebbe utile espandere il campione ad altre regioni anche del centro-sud Italia, al fine di una più accurata generalizzabilità dei risultati.

Infine, sarebbe interessante indagare le correlazioni tra i punteggi ottenuti in fase di *assessment*, con strumenti quali ad esempio la batteria CBA 2.0 (*Cognitive Behavioural Assessment 2.0*), con l'effettiva diagnosi e il trattamento. Si potrebbe ipotizzare che l'elevazione di determinate scale del CBA 2.0 possano essere predittive della diagnosi e del trattamento successivamente impiegato.

Conclusione

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è tra le terapie che godono di un indiscusso supporto scientifico grazie agli evidenti risultati sia empirici sia nella pratica clinica. Infatti, i trattamenti cognitivo-comportamentali sono ampiamente raccomandati dalle Linee Guida nazionali ed internazionali e dai principali manuali di trattamento.

Questo studio ha preso in esame un ampio campione clinico al fine di verificare l'applicazione nella pratica clinica delle strategie d'intervento raccomandate, in primo luogo dalle Linee Guida e in secondo luogo dai protocolli racchiusi nei manuali di trattamento più utilizzati in Italia. Dall'analisi dei dati è stato possibile appurare l'effettiva applicazione nella pratica clinica delle Linee Guida e dei manuali. Le incongruenze più marcate sono state individuate nei campioni di Fobia Specifica e Ansia di Malattia, di cui tuttavia mancano le Linee Guida specifiche NICE e APA. In aggiunta, per quanto riguarda i Disturbi del Comportamento Alimentare e i Disturbi di Personalità si è riscontrato un mancato utilizzo di alcune tecniche consigliate dalle Linee Guida, mentre per il campione del Disturbo d'Ansia Sociale è emerso l'utilizzo di una strategia non raccomandata.

Tuttavia, i pazienti hanno spesso un quadro sintomatologico complesso e/o comorbidità; di conseguenza, è probabile che alcune tecniche, non suggerite dalle Linee Guida per il disturbo principale, siano rivolte ai sintomi secondari. Oppure è probabile che non sempre sia possibile attuare tutte le raccomandazioni dei protocolli perché potrebbero non essere in linea con i bisogni e le necessità attuali del paziente. Inoltre, alcune tecniche, più complesse e strutturate, come l'*Attivazione Comportamentale* o la *Terapia Cognitiva*, comprendono al loro interno altre tecniche più specifiche (es. *Analisi Funzionale*).

Alcune componenti della terapia cognitivo-comportamentale, come la *Psicoeducazione* o la *Prevenzione delle Ricadute*, sono necessarie in tutti i disturbi, anche se non esplicitamente indicate nelle Linee Guida.

In conclusione, è possibile affermare che il presente studio ha confermato l'applicazione dei protocolli, delle Linee Guida nazionali (*Consensus ISS 1/2022*) e internazionali del *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *American Psychological Association* e *American Psychiatric Association*, per l'intervento su numerosi disturbi psicologici.

D'altro canto, la ricerca sta progredendo in direzione di un protocollo di trattamento unificato basato sui principi della terapia cognitivo-comportamentale (Barlow et al., 2021), giustificato da una notevole sovrapposizione sintomatologica tra vari disturbi. Questo porta alla definizione di interventi sempre più orientati ad una prospettiva transdiagnostica che mira all'intervento su processi di base che mantengono il disturbo.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2009). *Guideline for the treatment of patients with panic disorder*
(https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* – V. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2020). *Clinical Practice Guidelines*
(www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines).
- American Psychological Association (2021). APA Clinical Practice Guideline Development:
www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/clinical-practice
- American Psychological Association Division 12, *Exposure Therapies for Specific Phobias*.
Retrieved from <https://div12.org/treatment/exposure-therapies-for-specific-phobias/>
- Andersen, P., Toner, P., Bland, M., & McMillan, D. (2016). Effectiveness of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety and depression in adults: A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(6), 673–690.
<https://doi.org/10.1017/s1352465816000229>
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2008). Pros and cons of online cognitive-behavioural therapy. *British Journal of Psychiatry*, 193(4), 270–271.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.054080>

- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., & Page, A. (2003). *Trattamento Dei disturbi d'ansia: Guide per il clinico e manuali per Chi Soffre del disturbo* (Edizione Italiana a cura di: A. Guidi, D. Leveni, M. Lussetti, P. Morosini, D. Piacentini e G. Rossi). Centro scientifico editore.
- Axelsson, E., & Hedman-Lagerlöf, E., (2019). *Cognitive behavior therapy for health anxiety: systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes*. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 19:6, 663-676, DOI:10.1080/14737167.2019.1703182
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders. *International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183–192.
<https://doi.org/10.1097/yic.0000000000000078>
- Bandura, A., (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change*. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Barlow D., H., Sauer-Zavala, S., Farchione T., J., Murray-Latin H., Bullis J., R., Ellard K., K., Bentley K., H., Boettcher H., T., Cassiello-Robbin C., (2021). *Il protocollo unificato per il trattamento transdiagnostico dei disturbi emotivi*. Franco Angeli.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184–200.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A.T., Ruch, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

- Betti, F., & Melli, G. (2015). Terapia Comportamentale. In Melli, G., & Sica, C. (a cura di) *Fondamenti di Psicologia e Psicoterapia Cognitivo Comportamentale: Modelli Clinici e Tecniche d'intervento* (pp. 19–46). Edizione Centro studi Erickson.
- Biondi, M., & Maj, M. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali Dsm-5 quinta edizione*. Raffaello Cortina Editore.
- Cartwright, J., & Hooper, N. (2017). Evaluating a transdiagnostic acceptance and commitment therapy psychoeducation intervention. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 10. <https://doi.org/10.1017/s1754470x17000125>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418–424. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.007>
- Cooper, K., Gregory, J. D., Walker, I., Lambe, S., & Salkovskis, P. M. (2017). Cognitive behaviour therapy for health anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(2), 110–123. <https://doi.org/10.1017/s1352465816000527>
- Cowles, M., & Nightingale, J. (2015). Diagnosis-specific CBT as a steppingstone to transdiagnostic CBT in a complex case. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 8. <https://doi.org/10.1017/s1754470x15000550>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.002>

- Dacomo, M., & Pizzo, S. (2012). *La depressione infantile: Terapia cognitivo-comportamentale con Bambini e adolescenti*. Il mulino.
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry, 9*.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00004>
- Di Tucci, A., & De Isabella, G., (2017). L'utilizzo dell'approccio evidence based in psicoterapia. In De Isabella, G., & Bettinardi, O. (2017). *Psicoterapia e Valutazione di efficacia: Problemi Metodologici e Clinici dell'evidence based psychology*. Erickson.
- Dimidjian, S., Arch, J. J., Schneider, R. L., Desormeau, P., Felder, J. N., & Segal, Z. V. (2016). Considering meta-analysis, meaning, and metaphor: A systematic review and Critical Examination of "third wave" cognitive and behavioral therapies. *Behavior Therapy, 47*(6), 886–905. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.07.002>
- Dobson, D., & Dobson, K. (2010). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Guilford Press.
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology, 59*, 35–49.
Reprinted: New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1977). Rational-emotive therapy: Research data that supports the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy. *The Counseling Psychologist, 7*(1), 2–42. <https://doi.org/10.1177/001100007700700102>

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “Transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G. (2018). *La Terapia Cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione* (Edizione Italiana a cura di: Alessandra Carrozza e Riccardo Dalle Grave). Erickson.
- Fantino, E., & Stolarz-Fantino, S. (2012). Operant conditioning. *Encyclopedia of Human Behavior*, 749–756. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-375000-6.00262-7>
- Flynn, D., Kells, M., & Joyce, M. (2021). Dialectical behaviour therapy: Implementation of an evidence-based intervention for borderline personality disorder in Public Health Systems. *Current Opinion in Psychology*, 37, 152–157. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.01.002>
- Fordham, B., Sugavanam, T., Edwards, K., Stallard, P., Howard, R., das Nair, R., Copsey, B., Lee, H., Howick, J., Hemming, K., & Lamb, S. E. (2021). The evidence for cognitive behavioural therapy in any condition, population or context: A meta-review of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(1), 21–29. <https://doi.org/10.1017/s0033291720005292>
- Franceschina, E., Sanavio, E., Sica C. (2004). I Disturbi D'Ansia. In Galeazzi, A., & Meazzini, P. (2004). *Mente e Comportamento: Trattato Italiano di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale*. Giunti.
- Galeazzi, A., & Franceschina, E. (2004). Il modus operandi della Terapia Cognitivo Comportamentale. In Galeazzi, A., & Meazzini, P. (2004). *Mente e Comportamento: Trattato Italiano di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale*. Giunti.

- Galeazzi, A., & Meazzini, P. (2004). *Mente e Comportamento: Trattato Italiano di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale*. Giunti.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Goldfried, M. (2000). *Dalla terapia cognitivo-comportamentale all'integrazione delle psicoterapie*. Sovera multimedia.
- Gruppo di lavoro "Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione."
Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022 (Consensus ISS 1/2022).
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and Cognitive Therapies – republished article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D.& Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. Guildord Press: New York.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(2), 351.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73.

- Kingdon, D., Hansen, L., Finn, M., & Turkington, D. (2007). When standard cognitive-behavioural therapy is not enough. *Psychiatric Bulletin*, 31(4), 121–123.
<https://doi.org/10.1192/pb.bp.106.013557>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Leveni, D., Lussetti, M., & Piacentini, D. (2013). *Ipocondria: Guida per il clinico e manuale per chi soffre del disturbo*. Erickson.
- Leveni, D., Michielin, P., & Piacentini, D. (2014). *Superare La depressione: Un programma di Terapia Cognitiva comportamentale*. Eclipsi.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. (2001). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico* (Edizione italiana a cura di Lavinia Barone). Raffaello Cortina Editore.
- Magill, M., Martino, S., & Wampold, B. (2021). The principles and practices of psychoeducation with alcohol or other drug use disorders: A review and brief guide. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 126, 108442.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108442>
- McCullough Jr, J. P. (2003). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)* (Vol. 13, No. 3-4, p. 241). Educational Publishing Foundation.

- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive Behaviour Modification: An Integrative Approach*. New York: Plenum Press.
- Michielin, P., Bettinardi, O., & Limonta, G. (2017). Aspetti Clinici, Metodologici E Criticità dell'evidence Based Psychology. In De Isabella, G., & Bettinardi, O. (2017). *Psicoterapia e Valutazione di efficacia: Problemi Metodologici e Clinici dell'evidence based psychology*. Erickson.
- Moderato, P. (2015). Storia della psicoterapia cognitivo-comportamentale. In Melli, G., & Sica, C. (a cura di) *Fondamenti di Psicologia e Psicoterapia Cognitivo Comportamentale: Modelli Clinici e Tecniche d'intervento* (pp. 3–18). Edizione Centro studi Erickson.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic Review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review, 40*, 91–110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2005). *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Treatment: Guidance*. Retrieved February 19, 2022, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2009). *Borderline personality disorder: Recognition and management: Guidance*. Retrieved February 20, 2022, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2009). *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Update)*. Clinical Guideline 90. London: NICE (www.nice.org.uk/guidance/cg90).

- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2013). *Antisocial personality disorder: Prevention and management: Guidance*. Retrieved February 20, 2022, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg77>
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2013). *Social anxiety disorder: Recognition, assessment, and treatment [CG159]*(www.nice.org.uk/guidance/cg159).
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment: Guidance*. Retrieved February 20, 2022, from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2018). *Post-traumatic stress disorder: Guidance*. Retrieved February 19, 2022, from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2019). *Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: management* (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>)
- Oren, E., & Solomon, R. (2012). EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 197–203. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.005>
- Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of Behavioral Therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296–321. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005>
- Papworth, M., Marrinan, T., & Martin, B. (2019). *Low intensity cognitive behaviour therapy: A practitioner's guide*. SAGE.

- Perna, G., Sangiorgio, E., Alciati, A., Torti, T., (2017) La Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) dei Disturbi d'ansia basata sulle prove di efficacia. In De Isabella, G., & Bettinardi, O. *Psicoterapia e Valutazione di efficacia: Problemi Metodologici e Clinici dell'evidence based psychology*. Erickson.
- Ploog, B. O. (2012). Classical conditioning. *Encyclopedia of Human Behavior*, 484–491. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-375000-6.00090-2>
- Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011004.pub2>
- R Core Team (2021). *R: A Language and environment for statistical computing*. (Version 4.0) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2021-04-01).
- Rachman, S. (2015). The evolution of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 64, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.006>
- Rauch, S. A., Eftekhari, A., & Ruzek, J. I. (2012). Review of Exposure Therapy: A gold standard for PTSD treatment. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 49(5), 679. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2011.08.0152>
- Regier, D. A., Rae, D. S., Narrow, W. E., Kaelber, C. T., & Schatzberg, A. F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173(S34), 24–28. <https://doi.org/10.1192/s0007125000293483>

- Saggino, A., & Collevicchio, A. (2017). La Valutazione degli esiti della CBT nel National Health Service Britannico: L'esperienza del servizio *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT). In De Isabella, G., & Bettinardi, O. (2017). *Psicoterapia e Valutazione di efficacia: Problemi Metodologici e Clinici dell'evidence based psychology*. Erickson.
- Salkovskis P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571–583.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
- Salmoiraghi, A., & Sambhi, R. (2010). Early termination of cognitive-behavioural interventions: Literature review. *The Psychiatrist*, 34(12), 529–532.
<https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.030775>
- Schweiger, U., & Sipos, V. R. (2007). Comorbidity of personality disorders and eating disorders. *European Psychiatry*, 22. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.01.072>
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status.
- Steil, R. I., Hinckers, A., & Bohus, M. (2007). Comorbidity of personality disorders and posttraumatic stress disorder. *European Psychiatry*, 22.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.01.069>
- Surmai, M., & Duff, E. (2022). Cognitive behavioural therapy: A strategy to address pandemic-induced anxiety. *The Journal for Nurse Practitioners*, 18(1), 36–39.
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.10.013>

The jamovi project (2021). *jamovi*. (Version 2.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

Turki, M., Thabet, J. B., Charfi, N., Mezghanni, M., Maalej Bouali, M., Zouari, N., Zouari, L., & Maalej, M. (2017). Generalized anxiety disorder comorbidities: panic and depressive disorder. *25th European Congress of Psychiatry / European Psychiatry* 41S. <https://doi.org/10.26226/morressier.5885d713d462b8028d8922ed>

Turner, J. S., & Leach, D. J. (2012). Behavioural activation therapy: Philosophy, concepts, and Techniques. *Behaviour Change*, 29(2), 77–96.
<https://doi.org/10.1017/bec.2012.3>

Veddegjærde, K.-E. F., Sivertsen, B., Skogen, J. C., Smith, O. R., & Wilhelmsen, I. (2020). Long-term effect of cognitive–behavioural therapy in patients with hypochondriacal disorder. *BJPsych Open*, 6(3). <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.22>

Ward-Ciesielski, F. E., Limowski, R. A., & Krychiw, K. J. (2020). History and overview of dialectical behavior therapy. In J. Bedics, *The Handbook of Dialectical Behavior Therapy. Theory, Research, and Evaluation* (pp. 3-30). Academic Press.

Wells, A. (2012). *Terapia metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione* (Edizione italiana a cura di Gabriele Melli). Eclipsi.

Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive therapy and research*, 33(3), 291-300.

Woods, D. W., Kanter, J. W., Landes, S. J., & Adcock, A. C. (2016). Introduzione alla comprensione dei disturbi del comportamento: una prospettiva comportamentale

aggiornata. In Woods, D. W. & Kanter, J. W. (a cura di), *Disturbi Psicologici e terapia cognitivo-comportamentale: Modelli e interventi clinici di Terza Generazione* (pp. 17–25). Edizione italiana Anchisi., R & Stefanini, S. (a cura di). FrancoAngeli.

RINGRAZIAMENTI:

Vorrei ringraziare:

il Professor Paolo Michielin per avermi concesso quest'opportunità che è stato un onore portare a termine,

la Dottoressa Susanna Pizzo, fonte d'immensa ammirazione e ispirazione,

la mia famiglia che mi ha sempre fatto sentire il suo sostegno e amore nonostante tutto, mio Marito che mi ha sopportato nei momenti difficili e con cui spero finalmente di iniziare a vivere quelli felici.

Vorrei dedicare questo lavoro a mia Mamma e mio Papà, persone e genitori meravigliosi a cui sono infinitamente grata – non hanno mai smesso di credere in me e di incoraggiarmi.

Grazie perché senza di voi non ce l'avrei mai fatta.

A me stessa, per aver realizzato un sogno.

All'inizio di un nuovo capitolo della mia vita.

“Devi fare le cose che pensi di non poter fare”

Eleanor Roosevelt