

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
MEDICINA E CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE

Direttore: Chiar.mo Prof. Raffaele De Caro

CLINICA PSICHIATRICA

Direttore: Chiar.ma Prof.ssa Angela Favaro

TESI DI LAUREA

**Disturbi mentali comuni: uno studio sull'attitudine degli
specialisti alla prescrizione della psicoterapia**

RELATORE: Prof. Gerardo Favaretto

CORRELATORE: Dott. Mauro Sabattini

LAUREANDO: Francesco Dalto

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

INDICE

1. RIASSUNTO	1
2. ABSTRACT	3
3. INTRODUZIONE	5
3.1 I disturbi mentali comuni.....	5
3.2 Il trattamento della depressione.....	9
3.3 Il trattamento dei disturbi d'ansia.....	12
3.4 Farmacoterapia e psicoterapia a confronto nei disturbi mentali comuni....	15
3.5 Il modello "stepped-care".....	19
3.6 La situazione in Italia: la "Consensus Conference" sui disturbi mentali comuni.....	21
4. SCOPO DELLO STUDIO	23
5. MATERIALI E METODI	24
6. RISULTATI	27
6.1 Risultati dello studio sui pazienti.....	27
6.2 Risultati dello studio sugli specialisti psichiatri.....	44
6.3 Confronto dell'attitudine alla prescrizione della psicoterapia tra i due campioni.....	56
7. DISCUSSIONE	58
7.1 Considerazioni sui risultati ottenuti e confronti tra i due campioni.....	58
7.2 Punti di forza e limiti.....	62
8. CONCLUSIONI	64
9. BIBLIOGRAFIA	65

1. RIASSUNTO

Presupposti: nel trattamento dei disturbi mentali comuni (DMC), specialmente di disturbi d'ansia e depressivi, antidepressivi e benzodiazepine (BZD) mantengono un ruolo importante, mentre non è ben diffuso e definito l'accesso a cure psicoterapeutiche. Nel testo della “*Consensus Conference* sulle terapie psicologiche per ansia e depressione” si rimarca l'efficacia della psicoterapia, specialmente cognitivo-comportamentale (CBT), in linea con quanto affermano le più recenti linee guida. Tuttavia, le attuali risorse umane ed economiche del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) sembrano insufficienti per garantire un tale servizio.

Scopo dello studio: al netto di una discrepanza intrinseca già nel testo della “*Consensus Conference*” tra evidenze di efficacia di psicoterapia e reale disponibilità della stessa, lo studente si propone di calarsi nella realtà di alcuni Centri di Salute mentale (CSM) del Veneto per osservare l'orientamento dei medici psichiatri a fronte di una diagnosi di DMC e valutare quanto effettivamente sia diffusa l'attitudine alla prescrizione psicoterapeutica.

Materiali e metodi: lo studio ha preso in esame sia pazienti che medici. Dalle cartelle cliniche sono stati raccolti i dati di pazienti con diagnosi di DMC che abbiano effettuato una prima visita presso il CSM di Treviso, verificando in particolare quale scelta terapeutica è stata preferita tra psicoterapia, farmacoterapia o la combinazione di entrambe. Invece, agli specialisti psichiatri che lavorano nei CSM delle province di Treviso e Venezia è stato somministrato un questionario ideato appositamente per questo studio, con cui si sono rilevati orientamenti e convinzioni diagnostico-terapeutiche. I dati sono stati confrontati con le indicazioni delle linee guida e della “*Consensus Conference*”.

Risultati: sono stati inclusi nello studio 106 pazienti e 32 medici. Per quanto riguarda i pazienti: 6 (5.7%) sono stati trattati solamente con psicoterapia, 53 solo con farmaci (50.0%), 45 con terapia di combinazione (42.5%) e i restanti 2 (1.8%) con integratori dell'umore. Dei 98 pazienti trattati farmacologicamente, per 18

(18.4%) si è scelta la monoterapia, per 80 (81.6%) si sono prescritti due o più farmaci: spicca il ricorso agli antidepressivi (82 su 98, 83.7%) e alle BZD (80 su 98, 81.6%). Il tasso di ricorso alla psicoterapia varia in base all'età: si passa dal 94.4% nei pazienti dai 18 ai 29 anni all'8.3% al di sopra dei 70 anni. Nei disturbi d'ansia, si è consigliata la psicoterapia a 16 pazienti su 34 (47.1%); nei disturbi depressivi a 8 su 18 (44.4%). Per quanto concerne i medici: 28 (87.5%) e 26 (81.3%) prescrivono la psicoterapia rispettivamente per i disturbi d'ansia e depressivi in più della metà dei casi che incontrano; la CBT è il tipo più consigliato. Se ricorrono alla psicoterapia, rispettivamente per ansia e depressione, 20 (62.5%) e 31 (96.9%) dei 32 medici associano una terapia farmacologica in più del 50% dei casi.

Conclusioni: i risultati dimostrano una netta discrepanza tra considerazioni degli specialisti psichiatri sulla psicoterapia, in generale buone, e reale attitudine alla sua prescrizione, ancora lontana da quanto indicherebbero le linee guida. Al contrario, si ricorre ai farmaci anche più del dovuto. La spiegazione di questa discrepanza potrebbe essere data dalla carenza di risorse del SSN. Per mettere in pratica le direttive emanate dalla “*Consensus Conference*”, è necessario prima potenziare l'offerta terapeutica a disposizione del paziente.

2. ABSTRACT

Background: in the treatment of common mental disorders (CMDs), especially anxiety and depressive disorders, antidepressants and benzodiazepines (BZDs) retain an important role, while access to psychotherapeutic treatment is not well established. The “*Consensus Conference* on psychological therapies for anxiety and depression” emphasises the effectiveness of psychotherapy, especially cognitive-behavioural therapy (CBT), in line with the most recent guidelines. However, the current human and economic resources of Sistema Sanitario Nazionale (SSN) seem insufficient to guarantee such a service.

Aim of the study: an intrinsic discrepancy already in the text of the “*Consensus Conference*” between evidence of the efficacy of psychotherapy and its real availability has been identified. Consistent to this, the student sets out to immerse himself in the reality of some “Centri di Salute Mentale” (CSM) in Veneto to observe the orientation of psychiatric doctors in the face of a diagnosis of CMD and to assess the attitudes towards psychotherapeutic prescription.

Methods: the study examined both patients and doctors. Data were collected from the medical records of patients with a diagnosis of CMD who had made a first visit to the Treviso CSM, checking in particular which therapeutic choice was preferred between psychotherapy, pharmacotherapy or a combination of both. Moreover, psychiatrists working in the CSM of the provinces of Treviso and Venice were administered a questionnaire designed specifically for this study, with which diagnostic-therapeutic orientations and beliefs were recorded. The data were compared with the indications of the guidelines and the “*Consensus Conference*”.

Results: 106 patients and 32 doctors were included in the study. Regarding the patients: 6 (5.7%) were treated with psychotherapy alone, 53 with medication alone (50.0%), 45 with combination therapy (42.5%) and the remaining 2 (1.8%) with mood supplements. Among 98 patients treated pharmacologically, 18 (18.4%) received monotherapy, 80 (81.6%) received two or more drugs: antidepressants (82

out of 98, 83.7%) and BZDs (80 out of 98, 81.6%) stand out. The rate of use of psychotherapy varies according to age: it ranges from 94.4% in patients aged 18 to 29 to 8.3% over the age of 70. In anxiety disorders, psychotherapy was recommended to 16 out of 34 patients (47.1%); in depressive disorders to 8 out of 18 (44.4%). For what the doctors concerns: 28 (87.5%) and 26 (81.3%) prescribe psychotherapy for anxiety and depressive disorders respectively in more than half of the cases they encounter; CBT is the most recommended type. If they resort to psychotherapy for anxiety and depression respectively, 20 (62.5%) and 31 (96.9%) of the 32 physicians associate drug therapy in more than 50% of the cases.

Conclusions: the results show a clear discrepancy between psychiatrists' views on psychotherapy, which are generally good, and the actual attitude towards prescribing it, which is still far from what the guidelines would indicate. On the contrary, drugs are used even more than they should be. The explanation for this discrepancy could be the lack of SSN resources. In order to put the guidelines issued by the “*Consensus Conference*” into practice, it is first necessary to increase the therapeutic offer available to patients.

3. INTRODUZIONE

3.1 I disturbi mentali comuni

La depressione e i disturbi d'ansia rappresentano un'importante sfida per la salute pubblica, dato che si stima che affliggano, rispettivamente, 322 milioni e 264 milioni di persone nel mondo (1). Nel contesto dello studio europeo ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*), dal campione in analisi è emerso che il 14.0% degli intervistati ha sofferto, nel corso della vita, di un disturbo dell'umore, mentre il 13.6% di un disturbo d'ansia (2). Nel contesto italiano, i numeri sono più bassi ma comunque significativi: la prevalenza nel corso della vita dei disturbi dell'umore è dell'11.2%, mentre quella dei disturbi d'ansia è dell'11.1% (3). Secondo l'*American Psychiatric Association* (APA), le prevalenze nel corso della vita sono ancora più alte, attestandosi al 17.9% per i disturbi dell'umore e al 31.6% per i disturbi d'ansia (4,5).

Proprio per l'estrema diffusione di queste patologie, nel contesto delle cure primarie seconde solamente al dolore cronico (6), è possibile riferirsi ad esse riunendole nell'espressione di "Disturbi mentali comuni (DMC)". All'interno di questa categoria si ritrovano i disturbi depressivi, il disturbo d'ansia generalizzata (GAD), il disturbo di panico, il disturbo d'ansia sociale (SAD), le fobie specifiche, il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) (7).

Dal manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), tra i disturbi depressivi sono compresi il disturbo depressivo maggiore, il disturbo depressivo persistente, altrimenti noto come distimia, il disturbo disforico premestruale, il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, disturbi depressivi secondari a farmaci, sostanze o altre condizioni mediche e, infine, i disturbi depressivi con altra specificazione o senza specificazione. L'umore triste, vuoto o irritabile, insieme a modifiche somatiche e/o cognitive che incidano sul funzionamento dell'individuo, sono le caratteristiche comuni a tutti i disturbi depressivi (8).

Tra questi, il disturbo depressivo maggiore (DDM) rappresenta la "condizione classica": si diagnostica di fronte a episodi che comportano nette modificazioni

affettive, cognitive e neurovegetative, della durata di almeno due settimane, con remissioni inter-episodiche. La distimia, invece, è la controparte più cronica del DDM, con una persistenza dei sintomi di almeno due anni negli adulti, un anno nei bambini (8).

I disturbi depressivi hanno un forte impatto sulla popolazione: si stima che almeno una persona su 20 abbia vissuto un episodio depressivo nell'ultimo anno (9). La depressione è più comune tra le donne rispetto agli uomini, ed è più frequente nell'intervallo di età tra i 55 e i 75 anni (1). È ancora più impattante il ruolo del DDM, essendo responsabile del 12.0% degli anni vissuti con disabilità (DALY, *Disability-Adjusted Life Years*) (10), e di un aumento significativo della mortalità (11); quest'ultimo aspetto è da sottolineare, in quanto non riscontrabile nella distimia (12). Questa differenza sull'incremento della mortalità può essere spiegata dal diverso peso specifico delle due patologie sul rischio di suicidio: da un lato, il DDM aumenta significativamente soprattutto il rischio di ideazione suicidaria; dall'altro, non è chiara l'entità del contributo che la distimia apporta singolarmente sul rischio di suicidio (13).

Il DDM ha un ruolo determinante sulla salute psicofisica dell'individuo: infatti, nei pazienti con patologie croniche peggiora la gravità dei sintomi, la perdita di autonomia e l'aderenza alle terapie, aumentandone i costi (14). Il DDM non solo agisce come fattore predittivo negativo sull'esito delle terapie in pazienti già affetti da altre patologie, ma rappresenta anche un fattore di rischio per alcune di esse, in particolare l'aterosclerosi e i conseguenti eventi cardiovascolari maggiori (MACE) (15,16). Ancora non è chiaro il nesso causale tra DDM e MACE, potrebbe essere diretto, eventualmente legato ad alterazioni del sistema nervoso autonomo o della coagulazione, oppure indiretto, possibilmente per l'assunzione di comportamenti che peggiorano il profilo cardiovascolare (15): per avvalorare quest'ultimo punto, molteplici studi hanno dimostrato che i pazienti depressi tendano a svolgere meno attività fisica e a fare uso di alcolici e sigarette (17–19); inoltre, non è di minor importanza il legame reciproco che intercorre fra depressione e obesità (20). Infine, si sottolinea come la depressione si associ spesso ad altri disturbi mentali, soprattutto con i disturbi d'ansia, i disturbi da uso di sostanze, i disturbi di personalità e la demenza (4,21,22).

Il DSM-5 comprende tra i disturbi d'ansia il disturbo d'ansia di separazione, il mutismo selettivo, le fobie specifiche, il SAD, il disturbo di panico, l'agorafobia, il GAD, i disturbi d'ansia dovuti a farmaci, sostanze o altre condizioni mediche, il disturbo d'ansia con altra specificazione e quello senza specificazione (8). Nell'interesse del presente studio, si considereranno esclusivamente le patologie che rientrano nei DMC.

Nonostante i disturbi d'ansia spesso si presentino con caratteristiche che travalicano la classificazione, rispettando criteri per una diagnosi contemporanea di più disturbi d'ansia, si differenziano per l'oggetto o la situazione che provocano paura, ansia o un comportamento evitante. Le fobie specifiche sono scatenate da un fattore ben delineato, come animali, altezze, sangue, aghi o luoghi chiusi. Il SAD, anche noto come fobia sociale, viene distinto dalle altre fobie perché viene evocato da plurime situazioni in cui vi sia, come minimo comun denominatore, il possibile giudizio altrui. Il disturbo di panico è caratterizzato da ripetuti attacchi di panico, ossia accessi acuti di paura con sintomi come tachicardia, sudorazione, tremori, dispnea, dolore toracico e nausea. Il GAD è il disturbo d'ansia in cui la causa dell'ansia o della paura è meno definita, può anzi mutare ed essere attribuibile a qualsiasi situazione quotidiana (8).

I disturbi d'ansia incorrono in circa un terzo della popolazione, soprattutto nelle donne (23). Mentre le fobie specifiche e il SAD insorgono prevalentemente durante l'infanzia e la prima adolescenza, il disturbo di panico e il GAD incorrono principalmente nell'età adulta; dopo i 50 anni, la prevalenza totale dei disturbi d'ansia tende a scendere, specie nell'anzianità, durante la quale il GAD rappresenta il disturbo d'ansia più frequente (24,25). Ciononostante, i disturbi d'ansia restano patologie comuni anche nell'anzianità e in questa fascia d'età sono spesso gravati da comorbidità e da sintomi meno riconoscibili, che ostacolano il corretto inquadramento diagnostico (26,27).

Anche i disturbi d'ansia, come la depressione, sono spesso associati alle patologie cardiovascolari, di cui aumentano il rischio e la mortalità, specialmente per eventi come l'ictus, lo scompenso cardiaco e le sindromi coronariche (28,29). In aggiunta, i disturbi d'ansia hanno una comorbidità importante con i distiroidismi, specialmente il GAD e il disturbo di panico (30,31). Non di minore importanza sono

le associazioni con altre patologie psichiatriche, quali la depressione, i disturbi da sintomi somatici, i disturbi di personalità e i disturbi da uso di sostanze (32,33).

I disturbi d'ansia, infine, impattano in maniera significativa sulla mortalità per cause naturali e innaturali: le reazioni acute da stress, il GAD e la fobia sociale raddoppiano il rischio di mortalità per cause innaturali. La mortalità incrementa ulteriormente se un paziente è affetto da più disturbi d'ansia (34). Un ruolo cruciale in questo contesto è svolto dal rischio suicidario, più alto rispetto alla popolazione generale sia nei termini di ideazione che di tentativi effettivi. Nock et al. affermano che: “solo i disordini caratterizzati da ansia e scarso controllo degli impulsi predicono quali tra le persone con ideazione suicidaria tenteranno di realizzarla” (13).

Da quanto detto, si evince come vi siano numerosi punti di contatto tra disturbi d'ansia e depressivi: infatti, spesso si presentano insieme nel singolo paziente. Perciò, talvolta, la linea di distinzione tra le due patologie diviene sottile (35). La comorbidità depressione-ansia si ritrova spesso nel contesto delle cure primarie, specialmente nelle donne, ed è gravata da una clinica più importante e da un rischio suicidario più alto rispetto al singolo disturbo (36,37). Nel DSM-5 lo stretto legame tra i due disturbi viene formalizzato solamente nel capitolo dei disturbi depressivi, inserendo tra gli specificatori la dicitura “con ansia” (8). Invece, nell'undicesima revisione dell'*International Classification of Disease* (ICD-11) esiste la categoria diagnostica di disturbo misto ansioso-depressivo, ossia una condizione in cui vi siano sintomi tali da stabilire la presenza di una patologia psichiatrica, ma non sufficientemente polarizzati per diagnosticare un disturbo d'ansia o dell'umore (38). Secondo Möller et al. è fondamentale valorizzare questa categoria diagnostica in tutti i sistemi classificativi, in modo tale da aiutare i pazienti a ottenere un accesso precoce al trattamento più opportuno (39).

Un ulteriore problema diagnostico e terapeutico dei DMC è dato dai casi sottosoglia, ovvero pazienti con sintomi ansiosi e/o depressivi che non soddisfano i criteri diagnostici del DSM-5 o dell'ICD-11. Numerosi studi hanno dimostrato che la prevalenza dei disturbi d'ansia e depressivi sottosoglia è maggiore rispetto a quella dei disturbi sopra soglia (40–42). Inoltre, se è vero che i disturbi sottosoglia possono risolversi spontaneamente, è altrettanto vero che possono persistere nel

tempo, oppure peggiorare ed evolvere in un disturbo sopra soglia (42,43): nello specifico, una storia di depressione sottosoglia è un fattore di rischio per lo sviluppo sia di un disturbo d'ansia, sia depressivo, mentre un trascorso d'ansia sottosoglia è un fattore di rischio unicamente per l'insorgenza di un disturbo d'ansia (44).

Nell'ottica dei DMC, è necessario citare il disturbo da stress acuto e il disturbo dell'adattamento, appartenenti al gruppo diagnostico dei disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti come il PTSD, ma più prevalenti di quest'ultimo. Il disturbo da stress acuto può seguire un evento grave come l'esposizione alla morte (o alla minaccia della stessa), a lesioni severe o a violenza sessuale, durando da un minimo di tre giorni a un massimo di un mese; nel disturbo dell'adattamento, invece, l'oggetto stressante può avere qualsiasi entità, i sintomi persistono più a lungo, fino a un massimo di sei mesi dall'evento, e possono essere anche meno severi, ma comunque sproporzionati rispetto a quanto accaduto (8). Nel DSM-5, il disturbo dell'adattamento viene distinto in sei sottotipi: con umore depresso, con ansia, con ansia e umore depresso misti, con alterazioni della condotta, con alterazione mista dell'emotività e della condotta, non specificati; tuttavia, studi recenti e la stessa undicesima revisione dell'ICD hanno messo in discussione questa classificazione (8,38,45,46).

Infine, tra i DMC rientra il DOC, un disturbo caratterizzato da ossessioni, ovvero pensieri o impulsi ricorrenti che sono vissuti come indesiderati, e compulsioni, ossia comportamenti o azioni mentali che vengono messi in atto per rispondere alle ossessioni. Un tempo rientrante tra i disturbi d'ansia, nel DSM-5 è stata creata una categoria diagnostica a sé stante, di cui il DOC è capostipite; nella stessa, si individuano inoltre il disturbo da dismorfismo corporeo, il disturbo da accumulo, la tricotillomania, il disturbo da escoriazione, il DOC indotto da sostanze, farmaci o altre condizioni mediche, il DOC con altra specificazione e senza specificazione. Si stima che la prevalenza nel corso della vita del DOC sia del 2.5%, per cui rientra con tutto il diritto tra i DMC (8,47).

3.2 Il trattamento della depressione

Per il trattamento della depressione, è raccomandato sia l'utilizzo di farmaci antidepressivi, sia il ricorso alla psicoterapia (4,48).

Esistono varie classi di antidepressivi, che possono essere distinte in prima e seconda generazione: alla categoria di prima generazione appartengono gli antidepressivi triciclici (TCA), come amitriptilina e clomipramina, e gli inibitori delle monoamminossidasi (iMAO) come moclobemide e isocarbossazide; viceversa, tra i farmaci di seconda generazione sono compresi gli inibitori selettivi del *reuptake* della serotonina (SSRI), quali sertralina, fluvoxamina, fluoxetina, citalopram, escitalopram e paroxetina, gli inibitori del *reuptake* di serotonina e noradrenalina (SNRI) come venlafaxina e mirtazapina, gli inibitori del *reuptake* di noradrenalina/dopamina (NDRI), tra cui il bupropione, e i modulatori della trasmissione serotoninergica (SARI) come il nefazodone (49). Sono disponibili ulteriori farmaci antidepressivi di cui non si discuterà in questo studio; si cita l'agomelatina poiché è un farmaco di recente sviluppo e con una certa efficacia, soprattutto nel miglioramento del ritmo circadiano nel paziente depresso, ma non è ancora stato approvato negli Stati Uniti (50,51).

La classe di antidepressivi più raccomandata, sia per casi lievi che per quelli gravi, sono gli SSRI, visti la buona tollerabilità e il favorevole profilo di sicurezza. Di fronte a disturbi di maggior severità, in alternativa agli SSRI sono considerabili gli SNRI e tutti gli antidepressivi di nuova generazione. I farmaci di prima generazione, quali TCA e iMAO, sono generalmente utilizzati solamente qualora vi sia un fallimento terapeutico con i farmaci di prima linea (48,52).

Ancora al giorno d'oggi non è chiaro il nesso causale tale per cui gli antidepressivi, agendo sui meccanismi di ricaptazione dei neurotrasmettitori, generino un miglioramento nella sintomatologia: la ricerca si sta concentrando su due teorie, una neurotrofica e una neuropsicologica, ed entrambe sembrano promettere delle prospettive per futuri risvolti terapeutici (53). In ogni caso, nonostante l'assenza di certezze sul fronte biologico, tutti gli antidepressivi si dimostrano clinicamente efficaci rispetto al placebo: in particolare, escitalopram, mirtazapina, paroxetina, agomelatina e sertralina si sono dimostrati i farmaci migliori per risposta clinica e tasso di abbandono della terapia; specialmente la sertralina è stata individuata come una scelta ideale, visto l'ottimo connubio tra efficacia, tollerabilità e costo (54,55). Tutto ciò è valido per gli adulti, nei bambini, invece, l'unico antidepressivo che si è dimostrato più efficace del placebo è la fluoxetina (56).

In ogni caso, siccome non ci sono differenze significative di efficacia tra i diversi farmaci antidepressivi, il razionale che guida la scelta del principio attivo si basa sulla tolleranza, sulla presenza di altri disturbi psichiatrici o di altre terapie concomitanti con cui potrebbero interagire, sulla preferenza del paziente (52,54). Da ciò si evince perché i TCA non siano più farmaci indicati in prima linea: nonostante un'indubbia efficacia, che per l'amitriptilina e la clomipramina tocca livelli tra i più alti, sono farmaci con molti effetti avversi e un più alto rischio di abbandono della terapia rispetto a SSRI e SNRI (57). Tuttavia, è bene non dimenticare che tutti gli antidepressivi possono dare effetti avversi di varia natura, come disturbi gastrointestinali, epatotossicità, aumento di peso, sindrome metabolica, disturbi cardiovascolari, urinari, sessuali, iponatriemia, iperprolattinemia, osteoporosi, sanguinamenti, disturbi del sonno e del sistema nervoso centrale: perciò, va sempre valutato quanto sia appropriata la loro prescrizione di fronte al caso specifico (58).

Vista la latenza che occorre prima dell'insorgenza dell'effetto degli antidepressivi, le linee guida raccomandano una durata di terapia di almeno sei mesi (48). Tuttavia, più si prolunga l'utilizzo del farmaco, più aumenta la tolleranza dell'organismo a esso, per cui perde di efficacia: per questo, superata la fase acuta, l'antidepressivo va interrotto il prima possibile, previa opportuna riduzione progressiva della dose (58-61).

Altri farmaci utilizzati per il trattamento di casi particolarmente severi di depressione sono gli antipsicotici e il litio (48).

Come precedentemente affermato, anche la psicoterapia è indicata in prima linea nel trattamento della depressione, sia per casi lievi che per casi severi (4,48). Sono disponibili numerose tipologie di psicoterapia: si citano la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), la terapia psicodinamica, la terapia di auto-aiuto (o auto-miglioramento), la terapia cognitiva basata sulla piena consapevolezza (MBCT), la psicoterapia con strategie di *coping*, la terapia di attivazione comportamentale, la psicoterapia interpersonale (ITP), la terapia *problem-solving* e la terapia della reminiscenza. Tutte si sono dimostrate ugualmente efficaci se confrontate con pazienti in lista d'attesa, senza differenze significative tra ognuna di esse (62,63). Tuttavia, sono emerse delle criticità in queste evidenze: per prima cosa, sembra che

l'efficacia della psicoterapia, in generale e per singola tipologia, vari in base al gruppo di controllo utilizzato nello studio, che può essere o una lista d'attesa, o il trattamento standard, o un placebo in forma di psicoterapia o farmacoterapia; in secondo luogo, la lista di controllo ha un effetto nocebo che amplifica l'efficacia della psicoterapia una volta messi a confronto; per ultimo, in qualsiasi gruppo di controllo una percentuale di pazienti migliorerà, talvolta raggiungendo la guarigione, per cui le valutazioni si complicano ulteriormente (64–66). Queste ed altre motivazioni hanno portato alcuni autori a ridimensionare l'efficacia della psicoterapia nel trattamento del DDM, seppur resti significativa (67).

La CBT è la psicoterapia su cui la letteratura scientifica si è soffermata maggiormente: sebbene anche la sua efficacia risenta del gruppo di controllo con la quale è confrontata, si mantiene sempre significativa e non differente da quella degli antidepressivi, a prescindere dalla gravità della depressione (64,68).

La psicoterapia ha, inoltre, un ruolo importante nel trattamento della depressione sottosoglia: ne migliora i sintomi e riduce il rischio di un futuro episodio depressivo maggiore (69).

Oltre a ciò, vi sono delle terapie ancillari che possono dare un contributo nel trattamento della depressione, seppure il paziente debba essere avvisato che non garantiscano efficacia certa: si tratta della fototerapia e dell'iperico (o erba di San Giovanni). A proposito di quest'ultimo, è necessario ricordare al paziente che, come ogni prodotto erboristico e integratore, può interagire con altri farmaci (48).

Infine, è sempre opportuno suggerire al paziente di adottare uno stile di vita sano e svolgere esercizio fisico, preferibilmente all'aperto (48,70).

3.3 Il trattamento dei disturbi d'ansia

Anche i disturbi d'ansia, come quelli depressivi, giovano sia di trattamenti farmacologici che psicoterapeutici (71–74). Per una più facile comprensione, si prenderanno ora in analisi separatamente i trattamenti dei vari disturbi d'ansia.

Dal punto di vista farmacologico, il GAD viene trattato in prima linea con gli SSRI, specie sertralina, paroxetina ed escitalopram; in alternativa, sono considerabili gli SNRI oppure pregabalin, un anticonvulsivante. Altre opzioni considerabili in seconda linea sono buspirone, vortioxetina, quetiapina in formulazione a lungo

rilascio. Per quanto riguarda le benzodiazepine (BZD), nonostante siano definite come ansiolitici, non sono usate nel trattamento a lungo termine di GAD e in generale dei disturbi d'ansia; possono essere utilizzate a seguito di un'acuzie, mentre si attende che l'antidepressivo faccia effetto (71,73,75,76). Tra le psicoterapie raccomandate per il GAD, si citano la CBT, la terapia di auto-aiuto, i gruppi psicoeducazionali, le terapie di rilassamento, la MBCT, la terapia di accettazione e impegno (ACT) (73,77).

I pazienti affetti da fobie specifiche spesso non arrivano a richiedere trattamento, limitandosi al semplice evitamento dell'oggetto fobico (75). Nei casi severi, è indicata la psicoterapia di esposizione, che si è dimostrata efficace anche in singola sessione. Da un punto di vista farmacologico, pochi e limitati studi sostengono l'utilizzo di un SSRI, quindi non sono raccomandati (71,78).

Per il trattamento del SAD, diverse linee guida suggeriscono in prima linea gli SSRI, specialmente sertralina ed escitalopram; in caso di mancata risposta, si può passare a un altro SSRI oppure venlafaxina o moclobemide. Altri farmaci eventualmente considerabili sono gli anticonvulsivanti pregabalin e gabapentin, le BZD, con l'usuale raccomandazione di limitarsi a trattamenti brevi onde evitare la dipendenza, e l'antipsicotico olanzapina (71,74,75). Tuttavia, le linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) suggeriscono un primo approccio psicoterapico per il SAD, in modo particolare se si tratta di pazienti giovani: la CBT è l'intervento più raccomandato, ma in base alla preferenza del paziente si può optare per interventi di supporto e di auto-aiuto, oppure per la terapia psicodinamica (74).

Infine, per quanto concerne il disturbo di panico, il trattamento farmacologico di prima linea resta l'antidepressivo (SSRI o venlafaxina); per questo disturbo è ancora più utile l'iniziale embridatura con una BZD, onde evitare effetti avversi di stampo ansioso tipici dell'inizio della terapia antidepressiva. Inoltre, può essere prescritta una BZD al bisogno, da assumere in caso di attacco di panico. In seconda linea sono indicati i TCA come clomipramina e imipramina (71-73,75,79). Da un punto di vista psicoterapico, la CBT resta l'opzione preferita, sia essa individuale o di gruppo; nelle linee guida, la terapia di auto-aiuto e la terapia psicodinamica occupano ruoli minori (72,73).

In generale, è importante sottolineare come non sia scontato che le persone affette da disturbi d'ansia, anche severi, cerchino il contatto con il medico: lo studio ESEMeD ha evidenziato come questo accada solo nel 20.6% dei casi (80).

Da un punto di vista farmacologico, si può apprezzare come i principi attivi più indicati siano gli antidepressivi: nonostante un'indubbia efficacia nei disturbi d'ansia, comprovata ancora da una recente metanalisi (81), è giusto ricordare che questi farmaci sono nati per il trattamento della depressione e solo successivamente sono stati approvati per i disturbi d'ansia. Questa categoria diagnostica è da sempre stata povera di farmaci sviluppati appositamente per essa: negli ultimi anni è stata provata l'introduzione di qualche nuova molecola, ma i tentativi sono stati pochi e fallaci (82).

Le linee guida prediligono gli antidepressivi alle BZD per via delle problematiche che queste ultime causano, soprattutto per lo sviluppo di dipendenza; tuttavia, in termini di efficacia, le due classi farmacologiche si equivalgono e, anzi, in alcuni casi le BZD sono superiori agli antidepressivi. Sicuramente i benefici forniti dalle BZD giungono più rapidamente, dato che gli antidepressivi cominciano a esercitare l'effetto ansiolitico dopo due-quattro settimane: anche per questo motivo, nonostante le linee guida, i pazienti affetti da disturbi d'ansia trattati con le BZD in Europa e negli Stati Uniti sono ancora molti (83–86).

Peraltro, le BZD, dato il loro effetto ipnotico, continuano a essere utilizzate per l'insonnia, presente in circa il 50% dei disturbi d'ansia, nonostante si sia visto che un loro utilizzo nel lungo termine alteri la microstruttura del sonno (87–89). Tuttavia, affianco a loro, stanno entrando in uso altri farmaci ipnotici: i più utilizzati sono i farmaci non benzodiazepinici ma comunque agonisti del recettore GABA, anche noti come farmaci Z: zopiclone, zolpidem, zaleplon. Si distinguono dalle BZD perché non lasciano effetti residui al mattino, vista la breve durata d'azione, però condividono con le BZD un considerevole rischio di abuso (90,91).

Per quanto concerne la psicoterapia, in generale la CBT resta la forma con più evidenze di efficacia, anche nel contesto delle cure primarie e persino nel trattamento dei sintomi correlati ad alterazioni del sonno (84,90,92,93); come detto per la depressione, anche per i disturbi d'ansia il tasso d'efficacia varia a seconda del tipo di studio (94). A fronte di un evidente problema di replicabilità negli studi

che valutano l'efficacia della psicoterapia (95), alcuni autori sostengono la non superiorità della CBT rispetto alle altre psicoterapie (96). Tuttavia, se ciò da un lato può mettere in discussione le raccomandazioni delle linee guida sulla CBT, dall'altro può far guadagnare valore alle altre tecniche, come la terapia psicodinamica (97); d'altronde, è ancora attuale il dibattito nella comunità scientifica sulla natura del miglioramento dei sintomi fornito dalle diverse psicoterapie, su quanto esso sia dovuto ad ambiti trattati specificatamente da una tecnica o, tutt'al più, da fattori comuni che rientrano in qualsiasi tipo di psicoterapia (98).

Concludendo, farmacoterapia e psicoterapia rientrano nel trattamento di tutti i disturbi d'ansia: come opzioni terapeutiche più raccomandate, risaltano gli SSRI da un lato, la CBT dall'altro, similmente a quanto visto nel paragrafo precedente per i disturbi depressivi. In un'ulteriore analogia con questi ultimi, anche nei disturbi d'ansia restano utili delle raccomandazioni al paziente volte al miglioramento dello stile di vita, in primis promuovendo l'attività fisica e l'adozione di una dieta sana (99,100).

3.4 Farmacoterapia e psicoterapia a confronto nei disturbi mentali comuni

Come visto negli antecedenti paragrafi, tutte le linee guida inseriscono sia i farmaci che la psicoterapia nel trattamento dei DMC. Ma come si sceglie, di fronte al paziente, quale terapia somministrare?

Dal punto di vista dell'efficacia, non c'è una netta evidenza scientifica a favore di una delle due terapie, dato che alcuni studi non hanno riscontrato differenze significative tra di loro, almeno in termini generali (101,102). Qualora poi si vada ad analizzare il singolo disturbo, potrebbero emergere delle significatività: per esempio, alcuni studi suggeriscono una superiorità della psicoterapia, o della terapia di combinazione, rispetto alla farmacoterapia nel trattamento degli adulti affetti dal DDM (103,104). Tuttavia, come detto, si tratta di risultati non concordi nella comunità scientifica: Gartlehner et al, per esempio, hanno invece dichiarato che l'efficacia di terapia farmacologica e CBT nel trattamento del DDM è comparabile, sia di fronte a una forma moderata che severa, perciò la scelta terapeutica deve essere guidata da altri criteri (105).

Proseguendo il ragionamento, l'efficacia può variare non solo in base al tipo di DMC, ma anche in base al paziente che si deve curare: a titolo di esempio, di fronte a un bambino o un adolescente affetto da un disturbo depressivo, Zhou et al. hanno riscontrato che la fluoxetina da sola, o in combinazione con CBT, è superiore a tutte le altre scelte terapeutiche, ma in caso di mancata possibilità di prescrivere la fluoxetina è meglio optare per una psicoterapia piuttosto che per un altro principio attivo (106); ancora, negli anziani con disturbo d'ansia la terapia farmacologica risulta più efficace della psicoterapia (27,107).

Il discorso si potrebbe complicare ulteriormente andando a confrontare non più l'efficacia di psicoterapia e farmacoterapia in termini generali, ma quella di singole tecniche o classi farmacologiche: nella metanalisi di Cuijpers et al. sono emerse delle superiorità significative, sia della farmacoterapia rispetto all'intervento di supporto non direttivo, sia della psicoterapia nei confronti di TCA (102).

Infine, si potrebbe anche diversificare la concezione dell'efficacia, andando a distinguerla nel breve e nel lungo termine: da un lato, si può pensare alla già citata estrema efficacia delle BZD nel trattamento dell'acuzie di un disturbo ansioso; dall'altro lato, la CBT assicura un mantenimento prolungato del miglioramento sintomatologico di DDM al termine del trattamento (85,104,108).

Appare evidente la complessità del dibattito riguardo l'efficacia comparativa tra i due approcci terapeutici, perciò è difficile sceglierne uno in base a questo criterio. Si potrebbe pensare, nel dubbio, di non scegliere e proporre a tutti i pazienti una terapia di combinazione, così da sommare i benefici e magari ottenere anche un qualche effetto sinergico; purtroppo, questa conclusione non è affatto scontata.

Nella depressione, le linee guida APA dichiarano che la terapia di combinazione è la scelta più efficace in certe sottopopolazioni, ma avvertono che, oltre all'efficacia, aumentano anche i costi, i rischi di effetti avversi e le richieste dei pazienti (4,109). Anche le metanalisi e le revisioni sistematiche della letteratura più recenti concordano sul fatto che la terapia di combinazione sarebbe molto efficace, anche nella depressione resistente al trattamento e nella distimia, tuttavia vanno approfonditi il rapporto costo-efficacia, il contributo effettivo dei singoli approcci, le diversità tra le varie sottopopolazioni, gli effetti avversi e il rischio che il paziente rinunci al trattamento. Per questo, la terapia di combinazione deve essere

considerata come prima scelta nella depressione solo di fronte a pazienti che vogliano un repentino sollievo, o che sono considerati difficilmente trattabili; altrimenti, si dovrebbe optare per essa solo in caso di un precedente fallimento terapeutico (104,110,111). Queste conclusioni riverberano anche nelle linee guida NICE, dove il trattamento di combinazione è compreso tra le prime linee terapeutiche solamente in caso di disturbo depressivo severo (48).

Nei disturbi d'ansia, le evidenze più forti di superiorità della terapia di combinazione sono dimostrate per il disturbo di panico: le linee guida canadesi indicano l'insieme di CBT e SSRI come trattamento di prima scelta, al pari della sola CBT (71,112). Nonostante vi siano degli studi che affermano la superiorità della terapia di combinazione anche in altri disturbi d'ansia, come il SAD e il GAD, essi sono ancora limitati nella quantità e qualità, per cui in queste patologie viene utilizzata solo dopo un primo fallimento terapeutico (33,71,73,74).

Visti i motivi per cui non vi è un trattamento particolarmente più efficace rispetto agli altri, che ne giustifichi la scelta prioritaria di fronte a tutti i pazienti, si può ora parlare degli effetti avversi. Già precedentemente sono stati elencati gli effetti avversi degli antidepressivi e delle BZD: la popolazione generale stessa li conosce e li teme, e questo è vero soprattutto tra i pazienti ansiosi (33). Si possono assumere varie accortezze per evitare gli effetti avversi di questi farmaci: per esempio, per gli SSRI si consiglia di aumentare progressivamente la dose e successivamente, una volta raggiunto il termine del trattamento, di scolarla con altrettanta gradualità (48,84). La psicoterapia, al contrario, non è caratterizzata da effetti avversi che possano destare preoccupazione, ed è quindi più sicura: ciò deve essere tenuto in considerazione in pazienti nei quali i farmaci possano destabilizzare un equilibrio già precario, come gli anziani in polifarmacoterapia per varie patologie croniche (113).

In ogni caso, come raccomandano le linee guida, la parola finale spetta al paziente. Il medico deve illustrare a quest'ultimo le possibili soluzioni terapeutiche di prima linea, spiegando l'efficacia e gli effetti avversi di ciascuna scelta; la miglior terapia è quella che risponde alle necessità del paziente, sempre tenendo conto di preferire interventi poco intrusivi ed efficienti dal punto di vista dell'utilizzo delle risorse. Qualora il paziente abbia avuto in passato un disturbo ansioso o depressivo analogo

che è stato risolto efficacemente, è meglio ricorrere allo stesso trattamento utilizzato (48,73,74). Talvolta, sulla base delle preferenze dei pazienti, si può anche dover ricorrere a trattamenti meno efficaci di altri: per esempio, gli anziani affetti da un disturbo d'ansia prediligono la CBT agli SSRI, nonostante questi ultimi siano più efficaci in questa sottopopolazione (27).

Diversi studi hanno sondato le preferenze terapeutiche dei pazienti con un DMC: tutti concordano sull'aver riscontrato una maggior propensione verso la psicoterapia (114–116). Una terapia che soddisfa le preferenze dei pazienti correla positivamente con una miglior aderenza alla stessa, ma non necessariamente con il risultato clinico; in ogni caso, di fronte a un desiderio terapeutico chiaro da parte del paziente, è meglio soddisfarlo, se possibile, mentre qualora il soggetto non abbia forti preferenze, Raue et al. consigliano di optare per il trattamento più accessibile (117).

Purtroppo, molti fattori estrinseci ai pazienti compromettono la loro preferenza per la psicoterapia: la disponibilità dei trattamenti specifici, di trasporti, di professionisti adeguatamente formati, specie nel contesto delle cure primarie (4). Dunque, talvolta le preferenze terapeutiche dei pazienti non possono essere accontentate per via della scarsità delle risorse.

Olfson e Marcus hanno ben riassunto alcune tra le possibili spiegazioni del sottoutilizzo clinico della psicoterapia:

- 1) L'assenza di una “casa farmaceutica” che promuova la psicoterapia, finanziando studi sulla sua efficacia;
- 2) La facilità con cui il pubblico trova informazioni affidabili sui farmaci rispetto alla psicoterapia;
- 3) Il fatto che tutti i medici di medicina generale (MMG) possono prescrivere gli antidepressivi o le BZD, ma solo pochi sono formati per svolgere un qualsiasi tipo di psicoterapia;
- 4) Gli sgravi finanziari che disincentivano alcuni operatori sanitari, soprattutto gli psichiatri, a fornire un servizio psicoterapeutico (118).

Pertanto, nonostante le evidenze sempre maggiori dell'efficacia della psicoterapia, allo stato attuale ci sono dei limiti organizzativi ancora da risolvere; nel frattempo,

la ricerca promuove l'utilizzo della psicoterapia anche per la sua efficacia in relazione al costo, specialmente nel lungo termine (66,119).

Per rendere ancora più economicamente appetibile il ricorso alla psicoterapia, si stanno studiando metodiche diverse per offrirla, limitandone il costo. Una possibile soluzione sarebbe erogare sedute di psicoterapia via internet: numerosi studi hanno dimostrato come la CBT via internet (iCBT) abbia un'efficacia comparabile alla CBT di persona nel trattamento dei DMC; inoltre, fornisce numerosi vantaggi, sia per gli psicoterapeuti, che lavorano per meno tempo effettivo (e quindi costano di meno), sia per i pazienti, soprattutto per quelli che non avrebbero potuto accedere alla psicoterapia *face-to-face* per questioni economiche, di tempo libero o di stato di salute. Per tutti questi motivi, diversi autori suggeriscono di implementare la iCBT nei trattamenti di prima linea (120–122). Ciò non è avvenuto perché persistono dei dubbi ancora irrisolti, che riguardano la *privacy*, la “diagnosi remota” senza alcun contatto diretto, il maggior tasso di abbandono della terapia rispetto alla psicoterapia in presenza e altri aspetti medico-legali (33,123).

3.5 Il modello “stepped-care”

Per ottimizzare sia il trattamento del paziente, sia la gestione delle risorse, le linee guida NICE dei disturbi d'ansia e della depressione lieve-moderata si basano sul principio di *stepped-care*: fornire a ciascun paziente il trattamento meno intenso possibile, a patto che sia garantito un miglioramento clinico (48,73,74,124). Ciò significa, fondamentalmente, inserire il paziente in un percorso a multipli *steps*:

- 1) Iniziare con una vigile attesa, monitorando i sintomi e l'effettiva necessità di trattamento;
- 2) In caso di peggioramento, provare inizialmente con una psicoterapia basata sull'evidenza a bassa intensità, ossia una terapia di auto-aiuto guidata, che può essere erogata di persona, telefonicamente o via internet; può inoltre essere individuale o di gruppo. La terapia di auto-aiuto guidata ha una natura psicoeducazionale, ma può assumere anche caratteri di CBT. La psicoterapia a bassa intensità ha una durata breve, inferiore alle otto sedute;
- 3) In caso di mancato miglioramento con il secondo *step*, passare alla psicoterapia basata sull'evidenza ad alta intensità: per i disturbi d'ansia la

terapia prediletta è la CBT, mentre per la depressione si può eventualmente optare anche per altre soluzioni, come la ITP, l'assistenza psicologica centrata sull'esperienza, la psicodinamica interpersonale, l'*eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) e la terapia di coppia. La psicoterapia ad alta intensità ha una lunga durata, tipicamente tra le 16 e le 20 sessioni, e predilige le sedute dal vivo (125).

Per ogni *step* c'è un diverso operatore sanitario: mentre nel terzo *step* il servizio viene offerto da uno psicoterapeuta, nel secondo è coinvolto lo *Psychological Wellbeing Practitioner* (PWP), una nuova figura professionale formata appositamente per erogare psicoterapie di bassa intensità. Gli PWPs si sono dimostrati essenziali sia da un punto di vista logistico, sia per assicurare un buon risultato clinico nel paziente (125,126).

Con i principi della *stepped-care*, in risposta a "*The Depression Report*" promulgato da *London School of Economic and Political Science* (LSE), nel Regno Unito è nato nel 2006, e implementato nel 2008, il modello *Improving Accessment to Psychological Treatment* (IAPT) (127). Lo IAPT è un modello che serve per organizzare e migliorare l'accesso dei pazienti alle psicoterapie basate sull'evidenza all'interno del sistema sanitario nazionale britannico (*National Health System*, NHS). Si compone essenzialmente di due attività clinicamente valide: la prima consiste in una singola visita in cui il paziente viene valutato, istruito ed, eventualmente, indirizzato e segnalato al NHS; la seconda è un percorso psicoterapeutico in multiple sessioni che rispetti le linee guida NICE e a cui vanno convogliati i pazienti qualora i loro disturbi d'ansia o depressivi ne necessitino. Il modello IAPT, inoltre, costruisce le sue fondamenta su un attento sistema di monitoraggio, che considera da un lato l'incidenza delle patologie, e dunque le richieste di trattamento della popolazione, dall'altro lato gli obiettivi clinici raggiunti con i vari percorsi psicoterapeutici, in modo che vi sia una continua garanzia di efficacia. Infine, il modello IAPT si fa carico della formazione delle figure professionali, come i già citati PWPs (128).

Tutto ciò garantisce un circolo virtuoso: il modello IAPT, basandosi sull'automonitoraggio, si pone come obiettivo primario il costante miglioramento dei servizi offerti, sia in termini di equa accessibilità per chiunque, sia di

funzionalità della presa in cura, sia di riduzione dei tempi d'attesa, sia di perfezionamento dei risultati clinici (128). I dati sono periodicamente resi pubblici e valutati: nel 2015-16, per esempio, IAPT ha contattato 1.179.328 pazienti, di cui 953.522 hanno iniziato un trattamento e 537.131 l'hanno concluso; di questi ultimi, l'81.3% ha atteso meno di sei mesi prima di iniziare il trattamento (129). Il monitoraggio pre- e post-trattamento copre almeno il 98.0% dei pazienti. Sono dei numeri importanti, che secondo Clark et al. fanno capire che il risultato clinico non dipenda unicamente dall'efficacia intrinseca di una psicoterapia, ma anche dal modo in cui viene offerta (130).

I principi della *stepped-care* e del modello IAPT permeano anche nelle linee guida NICE per depressione e disturbi d'ansia, dove si può vedere come sia fondamentale la valutazione del paziente, in modo tale da capirne gravità e necessità per poi indirizzarlo alla terapia più adeguata, sia essa farmacologica o psicoterapeutica; in caso di fallimento terapeutico o di peggioramento clinico, si passa al trattamento successivo (48,73,74).

3.6 La situazione in Italia: la “Consensus Conference” sui disturbi mentali comuni

In Italia, negli ultimi anni, non sono stati apportati molti aggiornamenti sulla presa in carico dei pazienti con un DMC. Anche le innovazioni tecnologiche, descritte nei precedenti paragrafi, sono ancora deficitarie: secondo Favaretto e Zanalda, la telepsichiatria in Italia manca di caratteristiche fondamentali, ovvero sia un sistema di monitoraggio dell'esperienza terapeutica e dei suoi risultati e uno specifico corso di aggiornamento per gli operatori sanitari, soprattutto per quelli più anziani, dato che da un recente studio sembrerebbe che i professionisti più giovani abbiano già le sufficienti conoscenze e competenze informatiche per fornire servizi di telepsichiatria, oltre a essere più pronti a proporla (131,132).

Nel 2022 è stata promossa dal Dipartimento di Psicologia Generale dell'Università degli Studi di Padova e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) la “*Consensus Conference* sulle terapie psicologiche per ansia e depressione”, nella quale si è presa in analisi la situazione italiana attuale al fine di emanare delle direttive per migliorarla (133).

Al giorno d'oggi, in Italia non si riescono a gestire i grandi numeri di pazienti affetti da ansia e depressione: vi è difficoltà sia nel riconoscimento dei suddetti disturbi, sia nel permettere l'accesso alle cure psicoterapeutiche, con conseguente utilizzo di farmaci anche quando non indicati. Vi è inoltre la mancanza di un sistema di monitoraggio anche vagamente simile a quanto proposto dal modello IAPT. Da queste premesse, la “*Consensus Conference*” raccomanda quanto segue:

- 1) Promuovere un migliore e pronto riconoscimento dei DMC, tramite un sistema di classificazione che stratifichi la gravità degli stessi in termini di sintomi e perdita di funzionamento personale e sociale;
- 2) Utilizzare terapie farmacologiche e psicologiche la cui efficacia sia basata sull'evidenza, seguendo le linee guida NICE (48,73,74). Per quanto riguarda le psicoterapie, non essendocene una la cui efficacia spicchi sulle altre, è consigliato di considerare attentamente ogni possibile soluzione;
- 3) Sviluppare un sistema di comunicazione efficiente tra cure primarie e specialistiche, tra territorio e ospedale;
- 4) Adottare un sistema di monitoraggio che permetta la valutazione sia delle strutture che erogano tali servizi, sia delle terapie stesse;
- 5) Accogliere un modello di intervento che si basi sui principi della *stepped-care*, che preveda un primo livello di interventi psico-educazionali e gruppi di auto-mutuo aiuto, un secondo livello di psicoterapia, un terzo livello di terapia combinata psico-farmacologica. Tutto ciò deve confluire in percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi tra i diversi professionisti;
- 6) Incrementare la formazione degli operatori adatti a coprire il fabbisogno della popolazione per la cura dei DMC, puntando sul miglioramento quantitativo e qualitativo delle scuole di specializzazione, dei master di II livello, dei Corsi di Alta Formazione;
- 7) Progettare degli interventi di sensibilizzazione della popolazione sui DMC;
- 8) Integrare le nuove tecnologie nell'offerta terapeutica, senza dimenticare eventuali ostacoli delle suddette e la preferenza del paziente a riguardo (133).

4. SCOPO DELLO STUDIO

Nella “*Consensus Conference* sulle terapie psicologiche per ansia e depressione”, la giuria ha compreso tra le raccomandazioni di “promuovere l’utilizzo di terapie psicologiche basate sulle prove di efficacia come interventi di prima linea per gli utenti affetti da ansia e/o depressione lieve o moderata, anche alla luce del positivo rapporto costi benefici evidenziato relativamente ai costi diretti e indiretti” (133).

Proprio da questa affermazione nasce questo studio: viste le carenze dell’offerta terapeutica evidenziate nella stessa “*Consensus Conference*”, quanto è stato possibile, nel breve termine, perseguire l’indicazione di adottare la psicoterapia nel trattamento dei DMC lievi e moderati?

Lo scopo dello studio, perciò, è quello di valutare, nella realtà di alcuni centri di salute mentale (CSM) del Veneto, in particolar modo quello di Treviso, quanto sia stata percepita da parte degli specialisti psichiatri la nuova direzione verso un maggior utilizzo della psicoterapia, e quanto effettivamente si ricorra alla stessa, analizzando quale approccio terapeutico si assuma di fronte al singolo paziente. Dopodiché, si confronteranno i risultati ottenuti con le direttive promulgate dall’ISS.

5. MATERIALI E METODI

Il presente lavoro si articola in due studi tra loro indipendenti, entrambi concepiti come studi osservazionali descrittivi.

La raccolta dati è stata distribuita su due fronti: da un lato, è stato analizzato un campione di pazienti con diagnosi di DMC afferente al servizio del CSM di Treviso; dall'altro lato, è stato sottoposto un questionario a degli specialisti psichiatri che lavorano presso i CSM delle province di Treviso e Venezia.

Per raccogliere i dati dei pazienti, si sono prese in esame le loro cartelle cliniche. I criteri di inclusione utilizzati per reclutare i pazienti all'interno dello studio sono stati:

- 1) Aver svolto una prima visita presso il CSM di Treviso nel periodo compreso tra ottobre 2022 e maggio 2023;
- 2) Essere stati valutati da uno specialista psichiatra. Infatti, sono stati esclusi dallo studio tutti coloro che sono stati indirizzati in prima istanza a un colloquio con uno psicoterapeuta;
- 3) Aver ricevuto una diagnosi che rientri nella categoria dei DMC. Visto il relativamente frequente riscontro di disturbi somatici, come il disturbo somatoforme e il disturbo ipocondriaco, tra le prime visite psichiatriche analizzate, si è deciso di includere anche questa categoria diagnostica nello studio, nonostante non rientri propriamente tra i DMC e sia più di competenza dei MMG piuttosto che degli psichiatri (7,8).

Va ricordato che le diagnosi stabilite e inserite in cartella clinica dagli specialisti psichiatri utilizzano i codici alfanumerici della decima revisione dell'*International Classification of Diseases (ICD-10)*.

Nei pazienti reclutati, oltre a dati anagrafici quali nome, cognome, sesso e data di nascita, sono stati valutati i trattamenti prescritti, in particolar modo se si sia optato per una terapia farmacologica, psicologica o per entrambe. Inoltre, qualora fossero segnalate, sono state recuperate delle informazioni anamnestiche, quali:

- 1) Gentilizio psichiatrico;
- 2) Ambito familiare: genitori, coniugi, fidanzati/e, figli;
- 3) Occupazione e titolo di studio;

- 4) Cittadinanza;
- 5) Precedenti ricoveri nel Servizio di Prevenzione di Diagnosi e Cura (SPDC), siano essi stati remoti o immediatamente antecedenti alla visita presso il CSM;
- 6) Precedente percorso di cura presso un CSM;
- 7) Precedente ricorso alla psicoterapia e/o alla farmacoterapia per disturbi psichiatrici.

Infine, per tutti i pazienti è stato identificato il medico che si è occupato della visita psichiatrica.

Per studiare l'attitudine degli specialisti psichiatri nei confronti della psicoterapia, è stato proposto loro un questionario con il quale si sono raccolte le seguenti informazioni:

- 1) Dati anagrafici: nome, cognome, età, sesso;
- 2) Dati di curriculum: anno di specializzazione, attuale luogo di lavoro e precedenti, corsi di formazione psicoterapeutica qualora se ne siano seguiti;
- 3) Riferimenti diagnostici utilizzati per la diagnosi dei DMC;
- 4) Approccio terapeutico ai disturbi d'ansia e depressivi: in particolare, si è chiesto se seguano un protocollo a priori oppure se prediligano una valutazione caso per caso;
- 5) Approccio farmacologico: si è domandato quali principi attivi prescrivano più spesso per i disturbi d'ansia, di depressione e del sonno;
- 6) Approccio psicoterapeutico nei disturbi d'ansia e depressivi: si è indagato quanto spesso consiglino la terapia psicologica, e quanto spesso la affianchino alla terapia farmacologica. Inoltre, si è valutato se abbiano una preferenza verso uno o più tipi di psicoterapia;
- 7) Opinioni a riguardo della psicoterapia: si è chiesto, in merito alla loro esperienza, quanto ritengano che sia efficace nei DMC e in quali casi, invece, la sconsiglino.

Si specifica che le informazioni suddette, espresse nei punti 1, 2, 3, 4 e 7, sono state raccolte tramite domande a risposta aperta; invece, per le restanti, si è optato per domande a risposta chiusa. In particolare, le domande a risposta chiusa proposte sono state le seguenti:

- Indicare quali, tra i seguenti principi attivi, prescrive in prima istanza per i disturbi d'ansia: BZD, SSRI, pregabalin, altri farmaci eventuali (da specificare);
- Indicare quali, tra i seguenti principi attivi, prescrive in prima istanza per i disturbi depressivi: SSRI, SNRI, TCA, altri farmaci eventuali (da specificare);
- Indicare con che frequenza prescrive ipnoinducenti in caso di disturbo del sonno: spesso (oltre il 75% dei casi), frequentemente (50-75%), talvolta (25-50%), raramente (meno del 25%);
- Indicare con che frequenza indirizza alla psicoterapia un paziente con diagnosi di disturbo d'ansia: spesso (oltre il 75% dei casi), frequentemente (50-75%), talvolta (25-50%), raramente (meno del 25%);
- Qualora si sia scelto di ricorrere alla psicoterapia, indicare con che frequenza prescrive al paziente, affetto da disturbo d'ansia, anche un trattamento farmacologico: spesso (oltre il 75% dei casi), frequentemente (50-75%), talvolta (25-50%), raramente (meno del 25%).

Le ultime due domande sono state riprodotte per indagare anche il contesto del disturbo depressivo.

I questionari, per la stragrande maggioranza, sono stati autosomministrati.

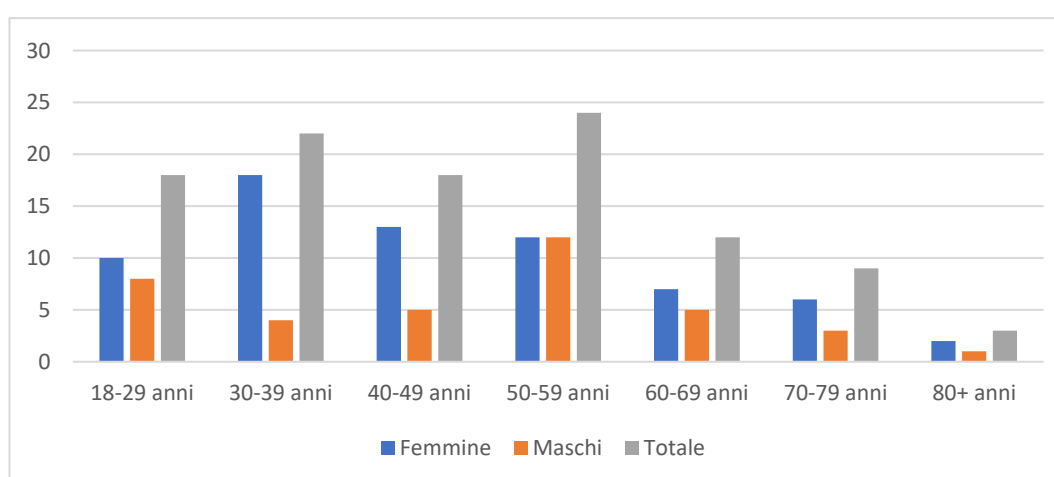
Infine, si sono applicati dei test statistici alle risposte di alcune domande: in particolare, tramite il test del chi-quadrato (o test χ^2) si è verificato se vi sia una variabilità statisticamente significativa nella frequenza con cui gli specialisti psichiatri ricorrono alla psicoterapia o alla terapia di combinazione; inoltre, tramite la correlazione per ranghi di Spearman (indice di correlazione non parametrico, anche noto come Rho, o ρ , di Spearman) si è valutato se intercorre una relazione tra età dei medici e risposte date alle domande che indagano l'attitudine alla psicoterapia.

6. RISULTATI

6.1 Risultati dello studio sui pazienti

La numerosità finale del campione è di 106 pazienti: questa popolazione è composta da 68 donne e 38 uomini, tutti maggiorenni al momento della prima visita. Suddividendo i pazienti per fasce d'età, se ne individuano 18 tra i 18 e i 29 anni, 22 tra i 30 e i 39 anni, 18 tra i 40 e i 49 anni, 24 tra i 50 e i 59 anni, 12 tra i 60 e i 69 anni, nove tra i 70 e i 79 anni e tre con ottant'anni o più (cfr. Figura 1).

Figura 1



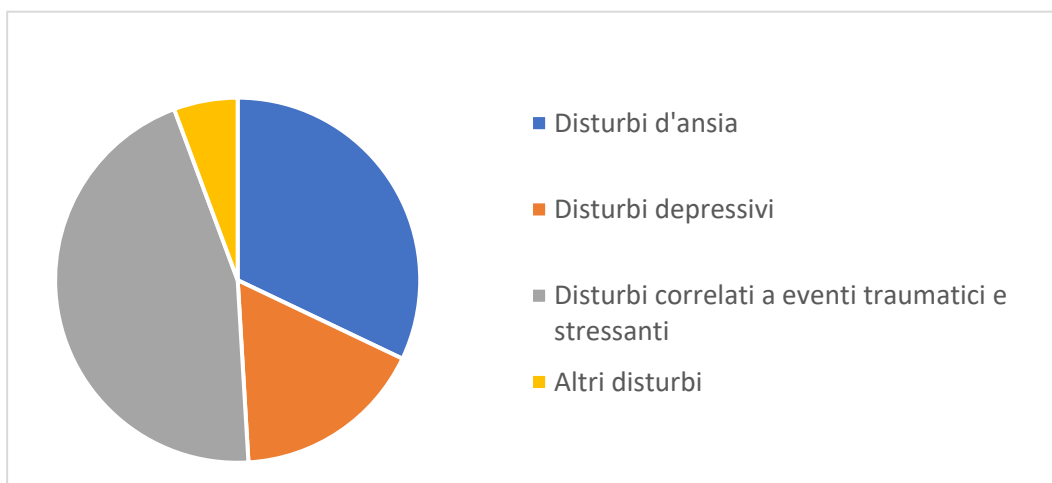
I pazienti del campione hanno diversa cittadinanza: 78 sono italiani, 12 provengono dall'area europea balcanica e orientale (tre albanesi, due kosovari, un macedone, due moldavi, una romena, una russa, due ungheresi), 10 dall'America Latina e Sud America (un'argentina, quattro brasiliani, un colombiano, una costaricana, una dominicana, una ecuadoriana, una peruviana), quattro dall'Africa (due marocchini, una nigeriana e una senegalese), una dal Canada e, infine, una dallo Sri Lanka.

Non per tutti i pazienti è stato possibile ritrovare in cartella clinica qualche dato anamnestico su un'eventuale relazione sentimentale: nel campione in analisi, 52 pazienti sono coniugati, o convivono con un/a compagno/a o, in ogni caso, hanno una relazione; 18 riferiscono di avere alle spalle un divorzio o una separazione, mentre sette sono vedovi.

Dal punto di vista delle diagnosi assegnate ai pazienti, si possono stabilire tre importanti categorie diagnostiche nel campione in analisi: 34 individui sono affetti

da disturbi d'ansia, 18 hanno ricevuto una diagnosi di disturbo o episodio depressivo, 48 persone soffrono di un disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti. Sei pazienti hanno avuto una diagnosi che non rientra in nessuna di queste categorie: nello specifico, in questo quarto gruppo rientrano due diagnosi di DOC non specificato (codice ICD-10 F42.9), tre diagnosi di disturbi ipocondriaci (F45.2) e una diagnosi di disturbo somatoforme non specificato (F45.9) (134). Si veda la Figura 2 per apprezzare graficamente la magnitudine di questi quattro gruppi diagnostici all'interno del campione: in termini percentuali, i disturbi d'ansia e depressivi costituiscono il 49.1% del campione (rispettivamente 32.1% e 17.0%), mentre l'altro 50.9% viene dato dai disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti (45.2%) e dagli altri disturbi (5.7%).

Figura 2



Si prendano ora in esame le tre categorie diagnostiche singolarmente. Tra i disturbi d'ansia, si ritrovano sei pazienti con disturbo da attacchi di panico (o ansia episodica parossistica, codice ICD-10: F41.0), sette con GAD (F41.1), otto con disturbo misto ansioso-depressivo (F41.2) e 13 con la diagnosi di "altri disturbi d'ansia" (F41). Si precisa che, nonostante il carattere a cavallo tra le due categorie diagnostiche di ansia e depressione, si è preferito mantenere la diagnosi di disturbo misto ansioso-depressivo all'interno del capitolo in cui è inserito nell'ICD-10, i disturbi d'ansia per l'appunto. Passando ai disturbi depressivi, si sono individuati quattro pazienti con diagnosi di episodio depressivo lieve (F32.0), due con episodio depressivo di media gravità (F32.1), due con episodio depressivo non specificato (F32.9), quattro

con disturbo depressivo ricorrente (F33), uno con disturbo depressivo ricorrente ed episodio lieve in atto (F33.0), uno con disturbo depressivo ricorrente ed episodio di media gravità in atto (F33.1), uno con disturbo depressivo ricorrente non specificato (F33.9) e tre con distimia (F34.1). Infine, all'interno dei disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti, sono compresi 10 pazienti con reazioni a grave stress e disturbi dell'adattamento (F43), quattro con reazioni acute da stress (F43.0) e 34 con disturbo dell'adattamento (F43.2).

Nelle Figure 3, 4 e 5 sottostanti sono sintetizzati tutti i dati appena esposti. Per agevolare la visualizzazione, si sono raggruppate le diagnosi di disturbo depressivo in tre sottocategorie diagnostiche, seguendo la direzione dell'ICD-10, ovvero episodi depressivi (F32), disturbi depressivi ricorrenti (F33) e distimia (F34.1) (134).

Figura 3

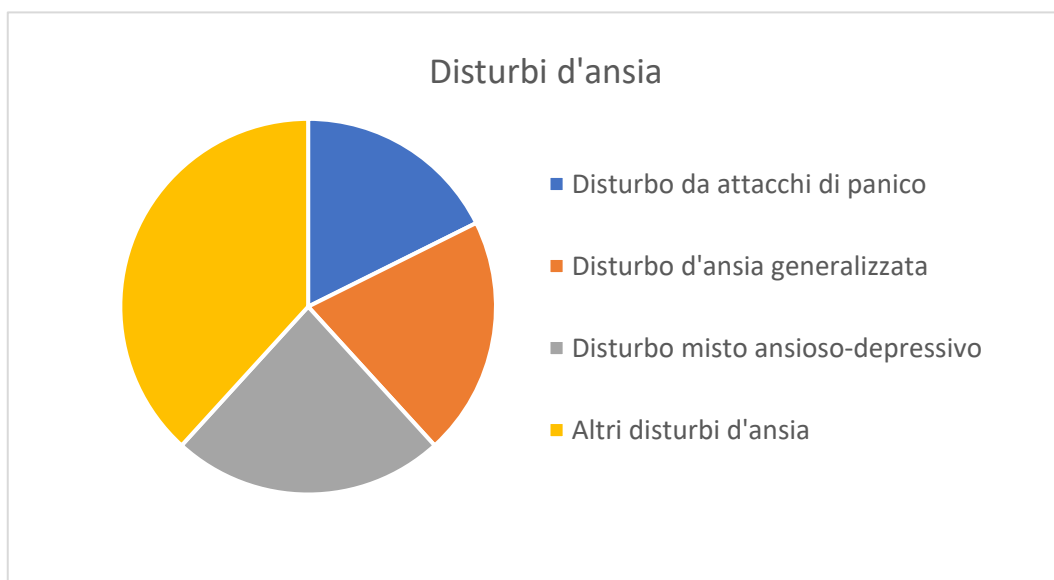


Figura 4

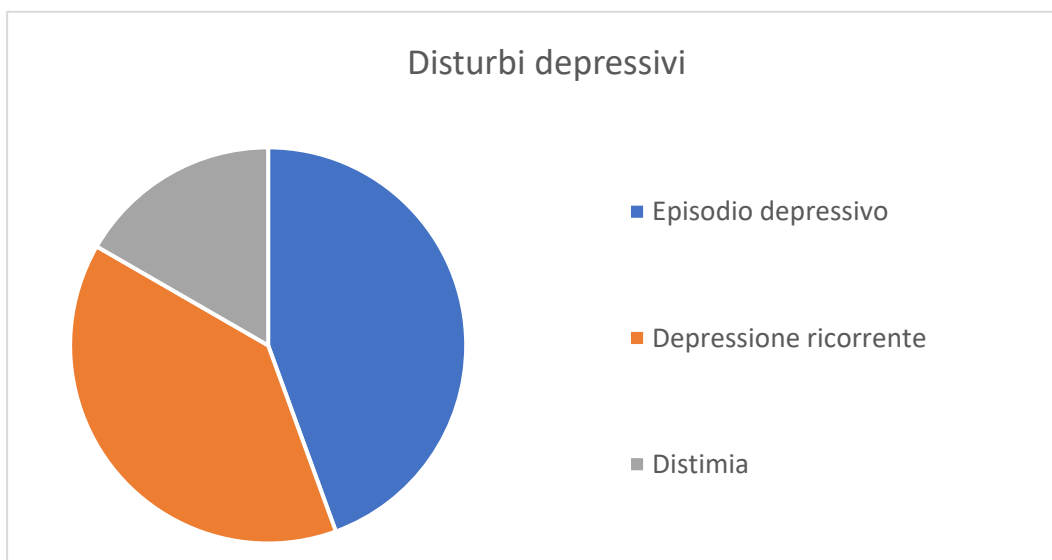
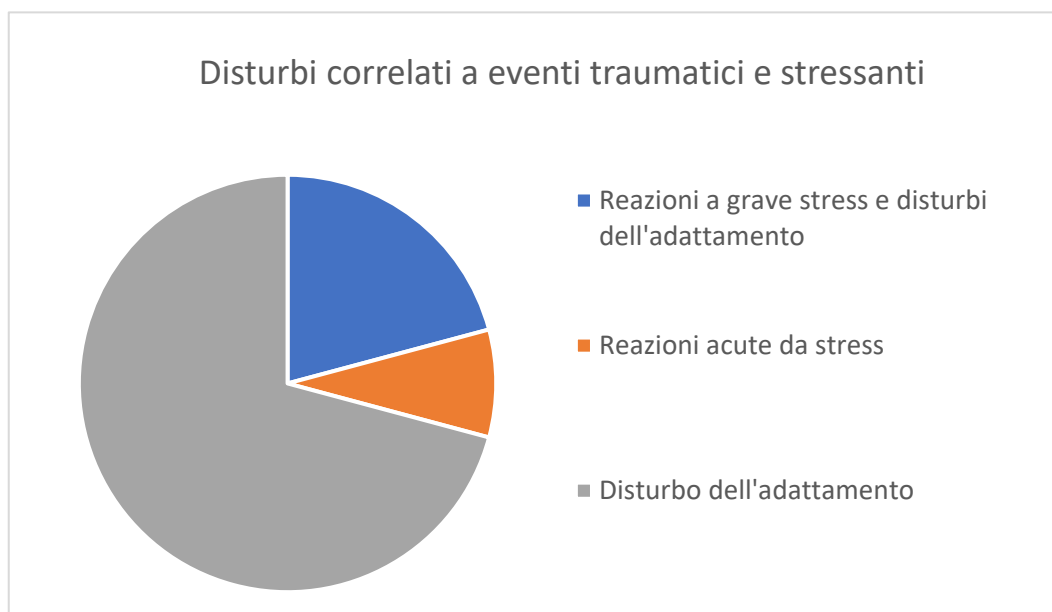
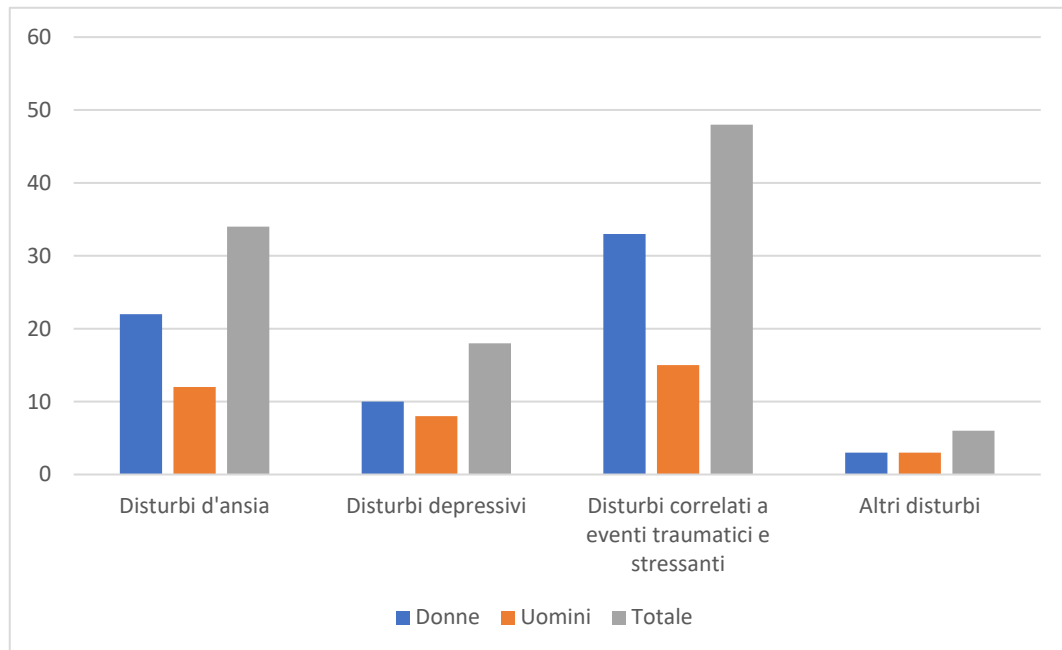


Figura 5



Si valuti ora la distribuzione nelle varie categorie diagnostiche del sesso e delle fasce d'età. Per quanto concerne il sesso, tra i pazienti affetti da disturbi d'ansia 22 sono donne e 12 sono uomini; tra le diagnosi di disturbi depressivi, 10 riguardano donne e otto uomini; 33 donne e 15 uomini hanno ricevuto una diagnosi di disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti; infine, a tre donne e tre uomini sono stati diagnosticati altri disturbi. La Figura 6 a pagina seguente riassume quanto appena osservato.

Figura 6



Nella Tabella 1 a pagina seguente, invece, viene riportata la distribuzione delle diagnosi nelle diverse fasce d'età.

Tabella 1

	Disturbi d'ansia	Disturbi depressivi	Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti	Altri disturbi	Totale
18-29 anni	10	2	6	0	18
30-39 anni	5	3	13	1	22
40-49 anni	3	3	9	3	18
50-59 anni	10	5	9	0	24
60-69 anni	3	1	6	2	12
70-79 anni	2	4	3	0	9
80+ anni	1	0	2	0	3
Totale	34	18	48	6	106

Dopo aver preso in analisi l'aspetto diagnostico, si passi ora a osservare le scelte terapeutiche che gli specialisti psichiatri hanno preso per trattare questi pazienti. Solamente otto dei 106 pazienti non hanno ricevuto una prescrizione farmacologica (7.6%): tre di questi si sono opposti attivamente all'assumere farmaci, e a due pazienti di questi è stata consigliata l'assunzione di un integratore per l'umore. Dunque, cinque pazienti non hanno ricevuto una terapia farmacologica perché non ritenuta necessaria da parte degli specialisti psichiatri, quindi solamente il 4.7%. Questi cinque pazienti hanno ricevuto le seguenti diagnosi:

- Due diagnosi di "altri disturbi d'ansia";
- Due diagnosi di disturbo dell'adattamento;

- Una diagnosi di “reazione a grave stress e disturbo dell’adattamento”.

I cinque pazienti non presentano elementi anamnestici in comune che potrebbero spiegare una tendenza all’evitare terapie farmacologiche; si tratta di tre donne e due uomini, appartenenti a diverse fasce d’età, ovverosia 18-29 anni (due pazienti), 30-39 anni (un paziente), 50-59 anni (due pazienti).

Si prenda ora in considerazione la sottopopolazione dei 98 pazienti che hanno ricevuto una terapia farmacologica. Innanzitutto, degno di nota è il fatto che 80 di questi (81.6%) ha ricevuto indicazione di assumere due o più farmaci psicoattivi; la monoterapia è riservata solamente a 18 pazienti (18.4%). Le diagnosi stabilite per questi ultimi sono eterogenee:

- Due diagnosi di disturbo da attacco di panico;
- Una diagnosi di GAD;
- Una diagnosi di “altri disturbi d’ansia”;
- Tre diagnosi di episodio depressivo, di cui due lievi e uno non specificato;
- Una diagnosi di disturbo depressivo ricorrente;
- Sette diagnosi di disturbo dell’adattamento;
- Due diagnosi di “reazione a grave stress e disturbo dell’adattamento”;
- Una diagnosi di reazione acuta da stress.

In Tabella 2 a pagina successiva si possono vedere, per categoria diagnostica, per quanti pazienti si è optato per la somministrazione di più farmaci oppure di un singolo principio attivo, o per nessuna terapia farmacologica.

Tabella 2

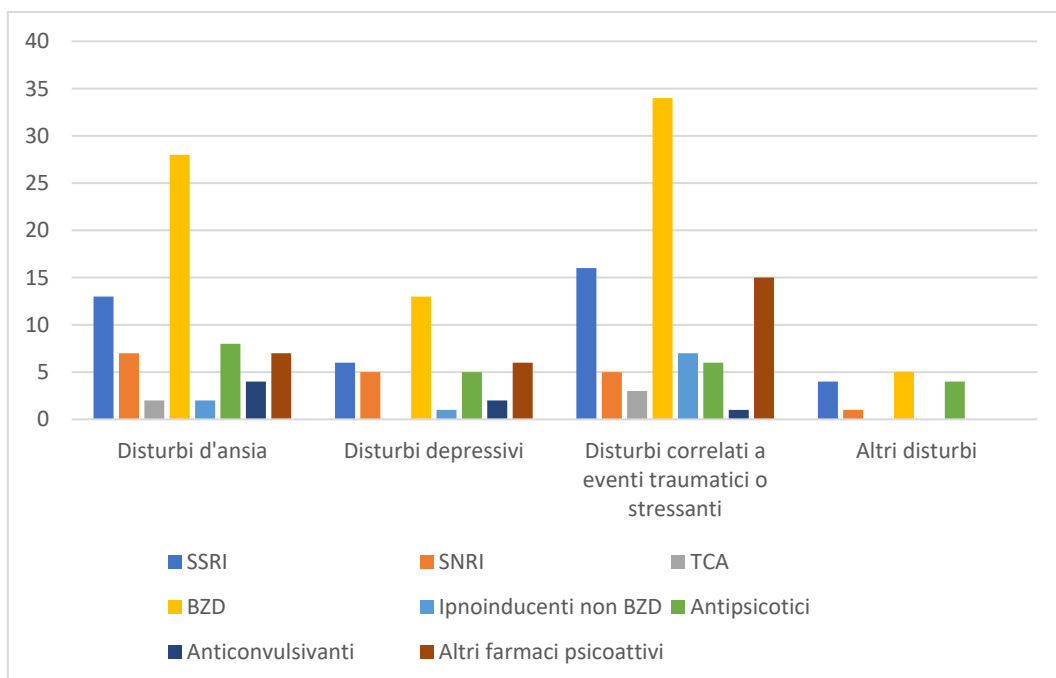
	Due o più farmaci	Un singolo farmaco	Nessun farmaco	Totale
Disturbo da attacco di panico	3	2	1	6
Disturbo d'ansia generalizzata	6	1	0	7
Disturbo misto ansioso-depressivo	8	0	0	8
Altri disturbi d'ansia	10	1	2	13
Episodio depressivo	5	3	0	8
Depressione ricorrente	6	1	0	7
Distimia	3	0	0	3
Reazioni a grave stress e disturbi dell'adattamento	7	2	1	10
Reazione acuta da stress	3	1	0	4
Disturbo dell'adattamento	23	7	4	34
Altri disturbi	6	0	0	6
Totale	80	18	8	106

Si può notare come, per alcune patologie, presso il CSM di Treviso si sia optato sempre per una terapia farmacologica: il GAD, il disturbo misto ansioso-depressivo, tutti i disturbi depressivi, la reazione acuta da stress, il DOC, il disturbo ipocondriaco e il disturbo somatoforme. Tra questi, è considerabile anche il disturbo

da attacchi di panico, poiché l'unico caso non trattato farmacologicamente è stato dovuto al rifiuto della terapia da parte del paziente. Sempre dalla Tabella 2 si evince, inoltre, che di fronte ad alcune diagnosi gli specialisti psichiatri hanno sempre preferito combinare più farmaci: è il caso del disturbo misto ansioso-depressivo, della distimia, del DOC, del disturbo ipocondriaco e di quello somatoforme.

Si passi adesso a considerare i farmaci scelti dagli specialisti psichiatri per trattare i pazienti. Per facilità d'analisi, anziché valutare i dati per singolo principio attivo si analizzeranno per gruppo farmacologico: SSRI, SNRI, TCA, BZD, ipnoinducanti non benzodiazepinici, antipsicotici, anticonvulsivanti, altri farmaci psicoattivi. In Figura 7, si può osservare l'utilizzo dei farmaci nelle quattro categorie diagnostiche. Si precisa che si considererà come un caso singolo un paziente che riceve più principi attivi appartenenti a una stessa classe, visto che si sta valutando il ricorso a un determinato gruppo farmacologico di fronte a una specifica diagnosi e non si stanno quantificando i farmaci impiegati. Si puntualizza inoltre che, nella categoria "altri farmaci psicoattivi", rientrano trazodone, mirtazapina e vortioxetina: tutti e tre i principi attivi rientrano nella categoria di antidepressivi di nuova generazione.

Figura 7



Nelle Tabelle 3, 4 e 5 di seguito riportate, si veda come vari l'utilizzo dei farmaci di fronte alla singola diagnosi nelle categorie diagnostiche dei disturbi d'ansia, dei disturbi depressivi e dei disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti.

Tabella 3

	Disturbo da attacchi di panico	Disturbo d'ansia generalizzata	Disturbo misto ansioso-depressivo	Altri disturbi d'ansia	Totale
SSRI	1	4	4	4	13
SNRI	1	1	4	1	7
TCA	1	0	0	1	2
BZD	5	6	7	10	28
Ipnoinducanti non BZD	0	0	0	2	2
Antipsicotici	0	4	1	3	8
Anticonvulsivanti	0	0	2	2	4
Altri farmaci psicoattivi	0	2	1	4	7

Tabella 4

	Episodio depressivo	Depressione ricorrente	Distimia	Totale
SSRI	1	3	2	6
SNRI	3	1	1	5
TCA	0	0	0	0
BZD	3	7	3	13
Ipnoinducenti non BZD	1	0	0	1
Antipsicotici	1	3	1	5
Anticonvulsivanti	0	1	1	2
Altri farmaci psicoattivi	4	1	1	6

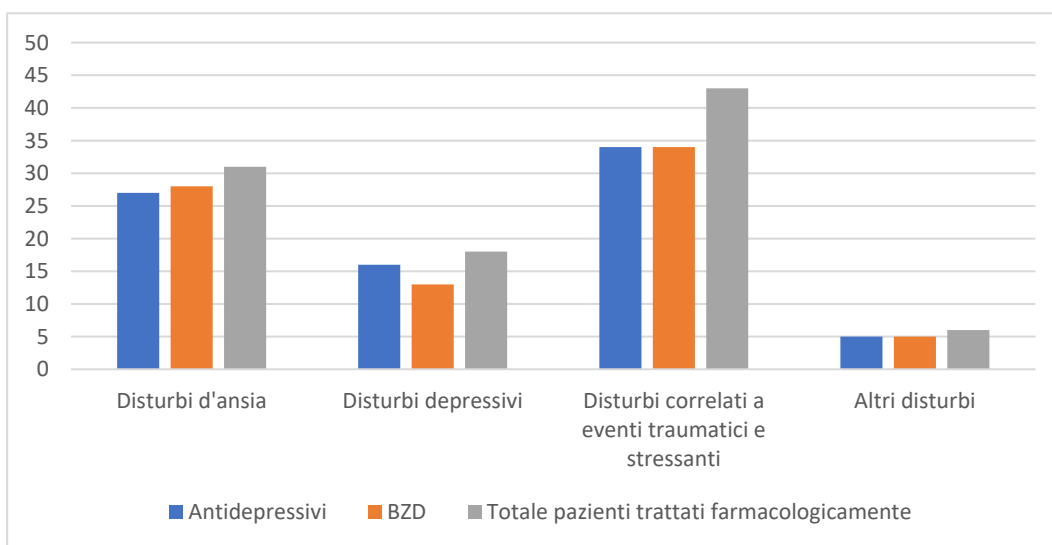
Tabella 5

	Reazioni a grave stress e disturbi dell'adattamento	Reazione acuta da stress	Disturbo dell'adattamento	Totale
SSRI	1	0	15	16
SNRI	3	0	2	5
TCA	0	1	2	3
BZD	7	4	23	34
Ipnoinducenti non BZD	2	1	4	7
Antipsicotici	2	0	4	6
Anti- convulsivanti	1	0	0	1
Altri farmaci psicoattivi	4	1	10	15

Dalla Figura 7 e dalle Tabelle 3, 4 e 5 si può notare come le BZD siano la classe di farmaci più utilizzata in pressoché tutte le categorie diagnostiche, eccezion fatta per gli episodi depressivi. Nei disturbi d'ansia, sono state prescritte per 28 dei 31 pazienti farmacologicamente trattati (90.3%); le proporzioni si mantengono alte, anche se diverse, nei disturbi depressivi (13 su 18, 72.2%) e nei disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti (34 su 43, 79.1%).

In realtà, considerando tutti gli antidepressivi unitamente, quindi SSRI, SNRI, TCA, trazodone, mirtazapina e vortioxetina, si scopre che è proprio questo effetto il più ricercato nella terapia farmacologica del campione in analisi: nei disturbi d'ansia sono leggermente meno usati delle BZD (27 pazienti su 31, 87.1%), ma nei disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti hanno lo stesso impiego delle BZD (34 su 43, 79.1%), che vengono superate nei disturbi depressivi (16 su 18, 88.9%) (cfr. Figura 8).

Figura 8



Con uno sguardo più ampio, si è optato per almeno un principio attivo antidepressivo in 82 dei 98 pazienti trattati farmacologicamente (83.7%), mentre almeno una BZD è stata prescritta per 80 su 98 (81.6%). Da questi dati, si intuisce come sia stata una scelta frequente la terapia di combinazione di almeno una BZD e un antidepressivo: infatti, questo si è verificato in 68 pazienti. Quindi, tra i 98 pazienti trattati farmacologicamente, in più di due pazienti su tre (69.4%) si possono trovare prescritti almeno una BZD e un antidepressivo; naturalmente, la

proporzione diventa ancora più ingente andando a considerare solamente i pazienti trattati con almeno due farmaci (68 su 80, 85.0%).

Dopo aver esaminato le strategie farmacologiche attuate dagli specialisti psichiatri, si valuti ora quante volte si è fatto ricorso alla psicoterapia. A 35 pazienti su 106 è stato consigliato l'inizio di un percorso psicoterapeutico (33.0%), e in 12 casi (11.3% rispetto al totale del campione) è stata data qualche indicazione per un tipo di psicoterapia (CBT, psicoterapia psicodinamica/analitica, psicoterapia di coppia) o per un centro di riferimento affine alla tematica che principalmente turba il paziente, come il Centro Antiviolenza, il servizio per l'elaborazione del lutto (presso ADVAR), il Consultorio Familiare, il Servizio per le Dipendenza (SerD). Inoltre, 16 pazienti (15.1% sul totale) si sono presentati alla visita dopo aver già intrapreso un percorso di cura psicologica, oppure con la forte volontà di iniziarlo chiedendo informazioni allo specialista psichiatra: in questi casi, il medico si è limitato a supportare tale desiderio.

Quindi, nel campione di 106 pazienti, 51 hanno cominciato, per propria intenzione o su indicazione del medico, un percorso psicoterapeutico; di questi, solamente sei (11.8%) non hanno ricevuto alcuna proposta farmacologica, mentre agli altri 45 (88.2%) è stata destinata una terapia di combinazione psicofarmacologica. Sei pazienti dei 51 sono stati inviati al servizio psicologico offerto dal CSM di Treviso. Si citano, inoltre, due pazienti a cui è stata consigliata la psicoterapia, ma è stata rifiutata: in un caso, per semplice mancanza di condivisione del percorso indicato; nell'altro per ragioni economiche.

La Tabella 6 a pagina seguente offre uno sguardo d'insieme sulle terapie proposte per singolo disturbo.

Tabella 6

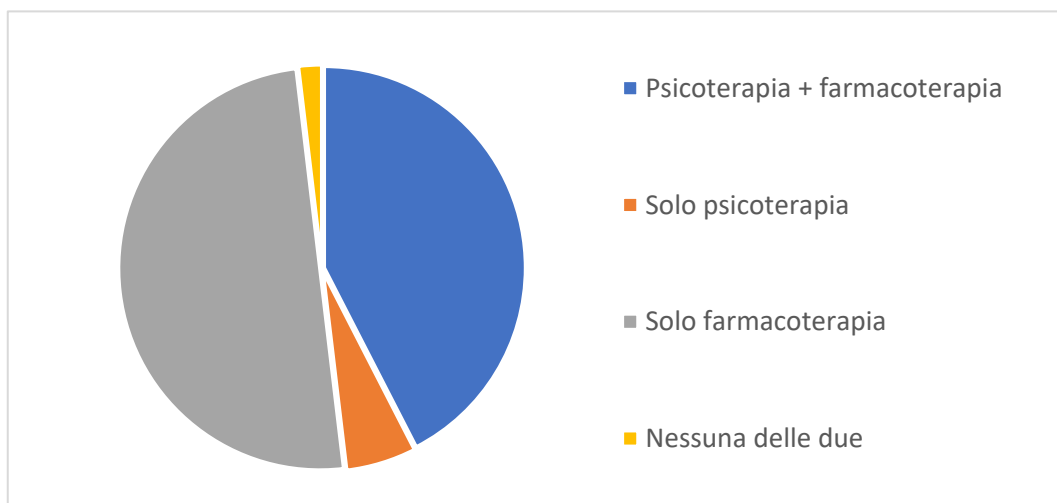
	Psicoterapia + farmacoterapia	Solo psicoterapia	Solo farmacoterapia	Totale
Disturbo da attacco di panico	1	1	4	6
Disturbo d'ansia generalizzata	4	0	3	7
Disturbo misto ansioso- depressivo	5	0	3	8
Altri disturbi d'ansia	3	2	8	13
Episodio depressivo	4	0	4	8
Depressione ricorrente	3	0	4	7
Distimia	1	0	2	3
Reazioni a grave stress e disturbi dell'adattamento	7	1	2	10
Reazione acuta da stress	2	0	2	4
Disturbo dell'adattamento	13	2	17	32
Altri disturbi	2	0	4	6
Totale	45	6	53	104

Si ricorda che il totale dei pazienti riportato in Tabella 6 è 104 perché due pazienti, con diagnosi di disturbo dell'adattamento, hanno ricevuto solo il consiglio di assumere degli integratori.

Dunque, i trattamenti proposti per i 106 pazienti sono così suddivisi (cfr. Figura 9):

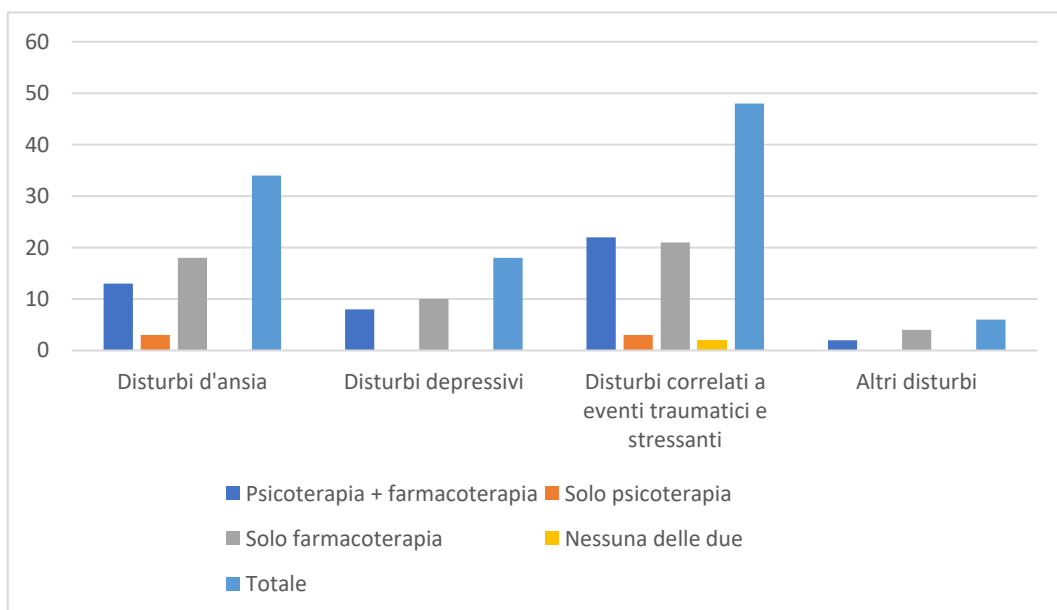
- Per 45 pazienti si è optato per la terapia di combinazione;
- Per sei pazienti si è scelta la sola psicoterapia;
- Per 53 pazienti si è preferito limitarsi ai farmaci;
- Per due pazienti sono stati proposti integratori.

Figura 9



In Figura 10, invece, si propone una visualizzazione riassuntiva delle diverse scelte terapeutiche nelle quattro categorie diagnostiche.

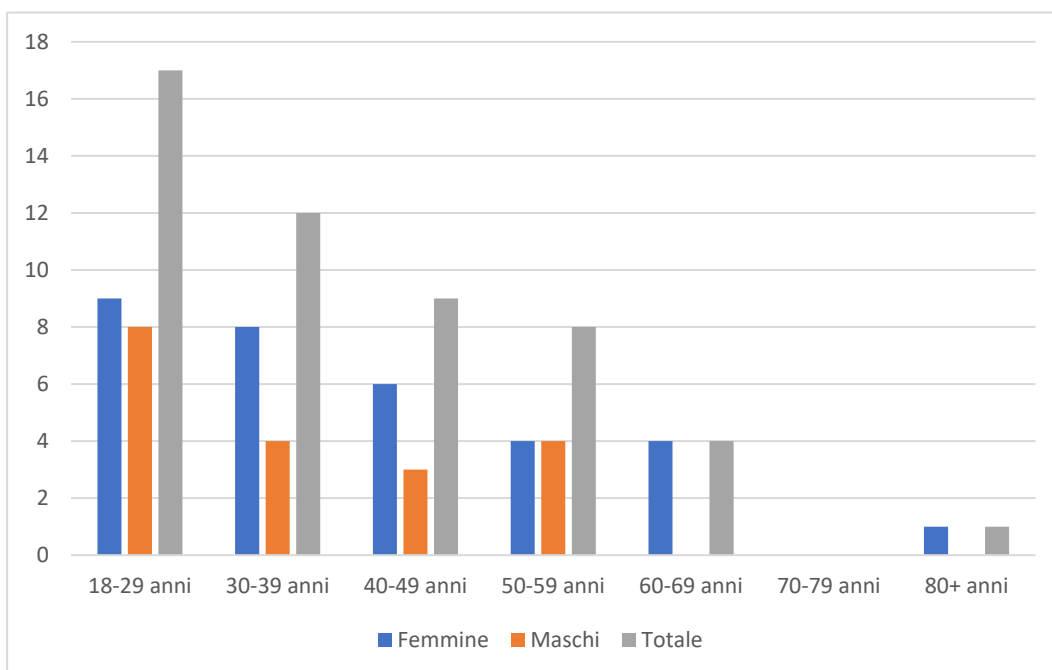
Figura 10



È interessante riportare che 43 pazienti avevano intrapreso un percorso psicoterapeutico in un passato antecedente la visita psichiatrica tramite la quale sono stati reclutati in questo studio: dunque, il 40.6% dei pazienti del campione aveva già sperimentato questo approccio di trattamento. Inoltre, di questi 43 pazienti, 27 (58.7%) hanno ricevuto indicazione di proseguire i percorsi di psicoterapia eventualmente in atto, oppure di riprovare con sedute più o meno simili a quelle già svolte in passato, mentre 16 pazienti (41.3%) sono stati indirizzati a trattamenti non psicologici; si sottolinea, in aggiunta, che una paziente di questi ultimi era stata seguita da uno psicoterapeuta proprio presso il CSM di Treviso.

Si analizza ora la sottopopolazione del campione che ha ricevuto indicazione psicoterapeutica. Si tratta di 32 donne e 19 uomini, così suddivisi nelle fasce d'età: 17 pazienti tra i 18 e i 29 anni, 12 tra i 30 e i 39 anni, nove tra i 40 e i 49 anni, otto tra i 50 e i 59 anni, quattro tra i 60 e i 69 anni, nessuno tra i 70 e i 79 anni e una paziente con più di 80 anni. La Figura 11 sintetizza le caratteristiche di questa sottopopolazione.

Figura 11



In Tabella 7, a pagina seguente, si possono apprezzare le scelte terapeutiche nelle diverse fasce d'età. Si ricordano nuovamente le due pazienti cui sono stati

consigliati solo integratori, rientranti nella fascia d'età 30-39 anni ed escluse dalla tabella.

Tabella 7

	Psicoterapia + farmacoterapia	Solo psicoterapia	Solo farmacoterapia	Totale
18-29 anni	14	3	1	18
30-39 anni	11	1	8	20
40-49 anni	9	0	9	18
50-59 anni	6	2	16	24
60-69 anni	4	0	8	12
70-79 anni	0	0	9	9
80+ anni	1	0	2	3
Totale	45	6	53	104

Dalla Tabella 7 si può notare come cambino, nelle diverse fasce d'età, i tassi di ricorso alla psicoterapia, molto alti nei giovani (nel 94.4% dei casi la psicoterapia è inclusa nel trattamento, e nel 16.7% dei casi essa è il solo approccio terapeutico utilizzato), discretamente alta prima dei 50 anni (60.0% nella fascia 30-39 anni, 50.0% nella fascia 40-49 anni) e più bassa a seguire: 25.0% tra i 50-59 anni, 33.3% tra i 60-69 anni e 8.33% al di sopra dei 70 anni).

Si conclude questo paragrafo prendendo in esame quanto spesso siano state consigliate delle terapie di supporto, per esempio integratori, degli esami diagnostici di approfondimento e dei cambiamenti nello stile di vita come aumentare l'esercizio fisico, regolare la dieta e frequentare determinati ambienti e collettività. 31 pazienti hanno ricevuto indicazioni simili in supporto alla terapia psicologica e/o farmacologica, oltre alle due pazienti trattate solamente con integratori: perciò, il ricorso a questi consigli da parte degli specialisti psichiatri si attesta al 31.1% (33 casi su 106). Stratificando per categoria diagnostica, dai dati si evince che sono state raccomandate terapie di supporto:

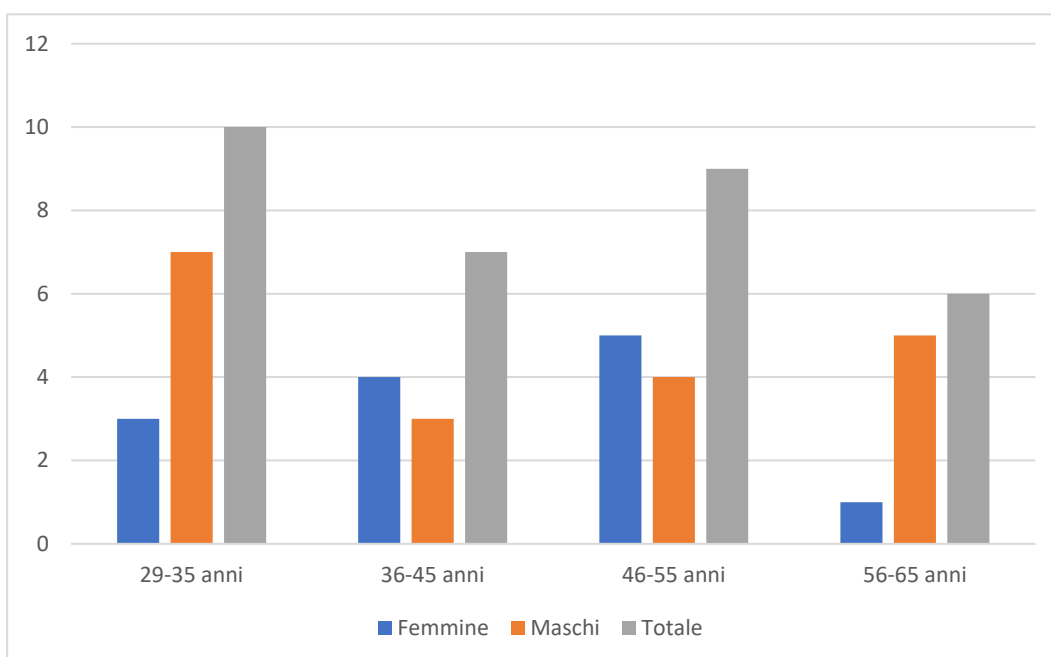
- In sette casi di disturbi d'ansia su 34 (20.6%);
- In 10 casi di disturbi depressivi su 18 (55.6%);

- In 13 casi di disturbi associati a eventi traumatici o stressanti su 48 (27.1%);
- Tra le altre sei diagnosi, solamente di fronte a un caso di disturbo ipocondriaco (16.7%).

6.2 Risultati dello studio sugli specialisti psichiatri

La popolazione del campione di specialisti psichiatri coinvolti nel presente studio è composta da 32 individui, distinti in 13 donne e 19 uomini. Nelle fasce d'età, si distribuiscono in questo modo: 10 medici hanno 35 anni o meno, sette tra i 36 e i 45 anni, nove tra i 46 e i 55 anni, sei hanno più di 55 anni; le due persone più giovani del campione hanno 29 anni, mentre quella più anziana ne ha 65. In Figura 12 sono riassunti i dati su sesso ed età della popolazione presa in analisi.

Figura 12



Otto medici lavorano in provincia di Treviso presso l'Unità Locale Socio-Sanitaria 2 (ULSS2) Marca Trevigiana, mentre gli altri 24 sono impiegati dell'ULSS3 Serenissima, nella provincia di Venezia.

Non tutti i medici arruolati nello studio sono specializzati in psichiatria: infatti, tre sono professionisti che frequentano l'ultimo anno di specialità all'Università di Padova, in rete formativa presso l'ULSS3 al momento della compilazione del

questionario per questo studio, mentre un altro è uno specializzando assunto con il Decreto Calabria.

Nel loro percorso professionale, 21 medici hanno frequentato corsi di psicoterapia (quindi il 65.7% rispetto al totale), e 13 di questi ne hanno seguiti più di uno (40.6% sul totale). In Tabella 8, si può apprezzare quanti specialisti psichiatri hanno svolto un corso di psicoterapia nelle diverse fasce d'età.

Tabella 8

	Almeno un corso	Più di un corso	Totale
29-35 anni	4	4	10
36-45 anni	5	2	7
46-55 anni	6	4	9
56-65 anni	6	3	6
Totale	21	13	32

Per quanto riguarda l'aspetto diagnostico, il DSM-5 è il riferimento più citato, da 24 specialisti psichiatri su 32 (75.0%); segue l'ICD-10 (14 su 32, 43.8%). Estendendo la considerazione comprendendo le altre edizioni dei manuali suddetti, 26 medici su 32 hanno indicato il DSM (81.3%) e 18 su 32 l'ICD (56.3%). Tra le risposte registrate, sono riportati anche altri riferimenti diagnostici: l'*Hamilton Scale* e la *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS), due questionari di etero-valutazione della depressione (135,136); il Manuale Diagnostico Psicodinamico, seconda edizione (PDM-2), un'alternativa empirica alle diagnosi categoriali di DSM e ICD (137); la teoria dei "Big Five", di McCrae e Costa, una tassonomia dei tratti di personalità (138).

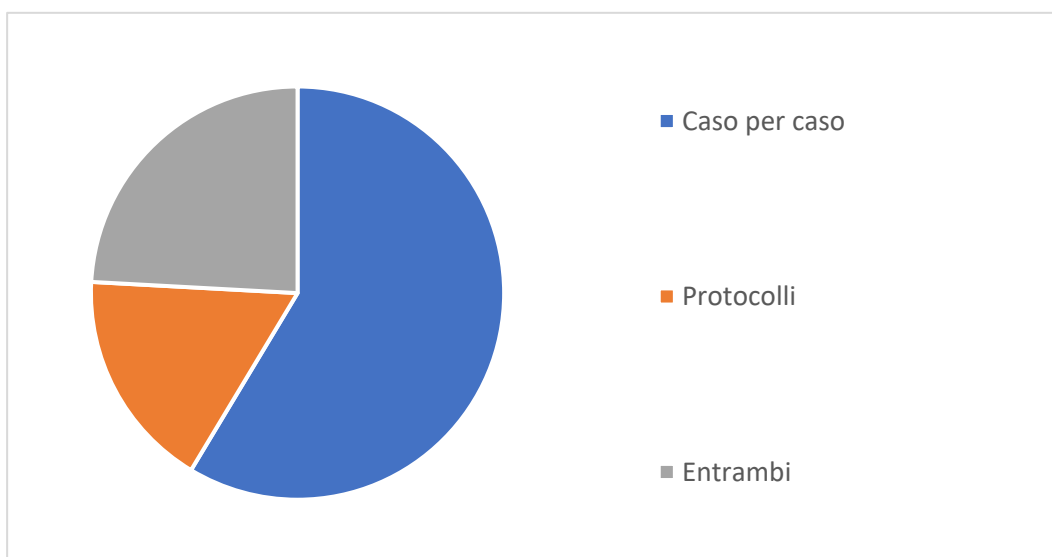
In Tabella 9 a pagina seguente sono indicati tutti i riferimenti diagnostici citati.

Tabella 9

	Specialisti che lo hanno citato	Valore percentuale sul totale degli specialisti
DSM-4, DSM-5	26	81.3%
ICD-9, ICD-10, ICD-11	18	56.3%
Hamilton Scale	3	9.4%
PDM-2	2	6.3%
Teoria dei “Big Five”	1	3.1%
Scala MADRS	1	3.1%

Inoltre, è stato chiesto agli specialisti psichiatri se, di fronte al singolo paziente, preferiscano seguire totalmente linee guida e protocolli o modulare l’approccio a seconda del caso che trovano di fronte. Tre medici non hanno risposto alla domanda; dei 29 rimanenti, 17 hanno indicato di preferire una valutazione caso per caso, cinque prediligono, invece, affidarsi ai protocolli, infine sette non propendono particolarmente per una delle due strategie e le adottano entrambe (cfr. Figura 13).

Figura 13



Dopo aver esaminato l'approccio diagnostico degli specialisti psichiatri del campione in studio, ci si concentra su quello terapeutico. Innanzitutto, si sono valutate le preferenze farmacologiche nei disturbi d'ansia e di depressione. Si precisa che alcuni specialisti hanno indicato più principi attivi come farmaci somministrati in prima istanza nei disturbi suddetti. Inoltre, si specifica che due medici non hanno risposto alle domande attenendosi a scegliere una delle alternative proposte, ma scrivendo: "Dipende dal disturbo e dal paziente"; per questo motivo, non sono stati conteggiati. I risultati sono apprezzabili, separatamente per le due categorie diagnostiche e per fasce d'età, nelle Tabelle 10 e 11 che seguono.

Tabella 10

	SSRI	BZD	Pregabalin	Altro
29-35 anni	8	4	0	0
36-45 anni	4	5	2	0
46-55 anni	8	4	0	0
56-65 anni	3	5	0	1
Totale	23	18	2	1

La Tabella 10 mostra i farmaci prediletti come prima linea terapeutica per i disturbi d'ansia: 23 medici su 30 hanno indicato gli SSRI (76.7%) e 18 su 30 optano per le BZD (60.0%). Si evince come SSRI e BZD siano dei cardini nella terapia di questa patologia per gli specialisti psichiatri del campione.

Tabella 11

	SSRI	SNRI	TCA	Altro
29-35 anni	9	2	1	2
36-45 anni	7	2	1	1
46-55 anni	8	3	0	0
56-65 anni	6	2	0	0
Totale	30	9	2	3

In Tabella 11 alla pagina precedente, invece, sono riportati i risultati per i disturbi depressivi: si può notare che la totalità dei medici abbia indicato gli SSRI come farmaci di prima linea; sono piuttosto utilizzati anche gli SNRI (9 su 30, 30.0%).

A completamento della prospettiva sui farmaci degli specialisti psichiatri, è stato chiesto quanto spesso prescrivano ipnoinducenti qualora vi sia un'alterazione del sonno a corredo di un DMC: i risultati sono esposti in Tabella 12, diversificando per fasce d'età.

Tabella 12

	Raramente (<25%)	Talvolta (25-50%)	Frequentemente (50-75%)	Spesso (>75%)	Totale
29-35 anni	0	4	4	2	10
36-45 anni	0	1	4	2	7
46-55 anni	1	3	3	2	9
56-65 anni	1	2	3	0	6
Totale	2	10	14	6	32

Esaurito l'aspetto della terapia riguardante i farmaci, si è domandato agli specialisti psichiatri quanto spesso consiglino ai pazienti la psicoterapia e, qualora lo facciano, quanto frequentemente la inseriscano in una terapia di combinazione psicofarmacologica. L'approccio psicoterapeutico è stato indagato prima per i disturbi d'ansia, poi per la depressione: i risultati per i disturbi d'ansia possono essere visti nelle Tabelle 13 e 14 a pagina seguente.

Tabella 13: psicoterapia nei disturbi d'ansia.

	Raramente (<25%)	Talvolta (25-50%)	Frequentemente (50-75%)	Spesso (>75%)	Totale
29-35 anni	0	0	2	8	10
36-45 anni	0	1	1	5	7
46-55 anni	0	2	2	5	9
56-65 anni	0	1	2	3	6
Totale	0	4	7	21	32

Tabella 14: tendenza all'associare la prescrizione di farmaci qualora si consiglia la psicoterapia.

	Raramente (<25%)	Talvolta (25-50%)	Frequentemente (50-75%)	Spesso (>75%)	Totale
29-35 anni	0	3	3	4	10
36-45 anni	0	2	2	3	7
46-55 anni	0	4	5	0	9
56-65 anni	1	2	1	2	6
Totale	1	11	11	9	32

Da questi dati emerge un frequente ricorso alla psicoterapia nel trattamento dei disturbi d'ansia: 21 medici, quindi il 65.6%, hanno riportato di indicarla spesso, e il 21.9% (7 su 32) frequentemente. Soprattutto i medici più giovani prescrivono spesso la psicoterapia: nella fascia 29-35 anni l'80.0% vi ricorre in più del 75% dei casi. La percentuale scende progressivamente nelle fasce d'età successive: 71.4%

nella fascia 36-45 anni, 55.6% nella fascia 46-55 anni, 50.0% nella fascia 56-65 anni. Tuttavia, raramente si tratta dell'unica terapia per cui si opta: 20 specialisti psichiatri (62.5%) la prescrivono in combinazione con un trattamento farmacologico in più del 50% dei casi, e di questi nove (28.1%) in più di tre casi su quattro. Nelle diverse fasce d'età, preferiscono la terapia di combinazione alla sola psicoterapia in più del 50% dei casi il 70.0% dei medici tra 29 e 35 anni, il 71.4% tra i 36 e i 45 anni, il 55.6% tra i 45 e i 55 anni e il 50.0% tra i 56-65 anni.

Si veda ora quanto emerso circa l'utilizzo della psicoterapia per la depressione nelle Tabelle 15 e 16.

Tabella 15: psicoterapia nei disturbi depressivi.

	Raramente (<25%)	Talvolta (25-50%)	Frequentemente (50-75%)	Spesso (>75%)	Totale
29-35 anni	0	1	5	4	10
36-45 anni	0	2	1	4	7
46-55 anni	0	2	3	4	9
56-65 anni	0	1	3	2	6
Totale	0	6	12	14	32

Tabella 16: tendenza all'associare la prescrizione di farmaci qualora si consiglia la psicoterapia.

	Raramente (<25%)	Talvolta (25-50%)	Frequentemente (50-75%)	Spesso (>75%)	Totale
29-35 anni	0	0	3	7	10
36-45 anni	0	1	3	3	7
46-55 anni	0	0	4	5	9
56-65 anni	0	0	3	3	6
Totale	0	1	13	18	32

Il ricorso alla psicoterapia nei disturbi depressivi è inferiore rispetto a quanto visto per i disturbi d'ansia: 14 medici su 32 (43.8%) hanno affermato di prescriberla spesso, 12 su 32 (37.5%) lo fanno frequentemente. Tuttavia, considerando unitamente le risposte "frequentemente" e "spesso", i dati non si discostano dai disturbi d'ansia: 28 su 32 per questi ultimi (87.5%), 26 su 32 per i disturbi depressivi (81.3%). A differenza dei disturbi d'ansia, i giovani specialisti psichiatri non differiscono dai più anziani nella prescrizione della psicoterapia: optano per questa scelta terapeutica in oltre il 75% dei casi il 40.0% dei medici tra i 29 e i 35 anni, il 57.1% nella fascia tra 36 e 45 anni, il 44.4% tra 46 e 55 anni e il 33.3% tra 56 e 65 anni.

Un'ulteriore eterogeneità tra i dati nei due disturbi si riscontra a riguardo della terapia di combinazione, nettamente preferita alla sola psicoterapia nel trattamento della depressione: infatti, 18 specialisti psichiatri su 32 (56.3%) la accompagnano spesso con farmaci, e 13 su 32 frequentemente (40.6%); dunque, quasi l'intero campione (31 su 32, 96.9%) preferisce la terapia combinata psicofarmacologica rispetto alla sola psicoterapia in più della metà dei casi.

A completamento dell'analisi delle risposte fornite ai quesiti sull'attitudine alla psicoterapia, sono stati condotti due test statistici.

Tramite il test χ^2 si è verificato se la variabilità delle risposte sia statisticamente significativa, ossia se $p < 0.050$. L'ipotesi nulla, uguale per ciascuna domanda, è stata: “le categorie si verificano con le probabilità specificate”. Con il termine “categorie” si sottintendono le quattro possibili risposte alle domande: raramente, talvolta, frequentemente, spesso. Di seguito, i risultati del test χ^2 a campione singolo:

- Per il quesito sulla psicoterapia per i disturbi d'ansia, rifiutare l'ipotesi nulla, con $p = 0.000$;
- Per il quesito sulla terapia di combinazione qualora si consigli la psicoterapia per i disturbi d'ansia, rifiutare l'ipotesi nulla, con $p = 0.037$;
- Per il quesito sulla psicoterapia per i disturbi depressivi, rifiutare l'ipotesi nulla, con $p = 0.002$;
- Per il quesito sulla terapia di combinazione qualora si consigli la psicoterapia per i disturbi depressivi, rifiutare l'ipotesi nulla, con $p = 0.000$.

Dunque, per tutti e quattro i quesiti c'è stata una variabilità statisticamente significativa nelle risposte date, essendo sempre la $p < 0.050$. La variabilità nelle risposte emerge anche graficamente, come si può apprezzare in Figure 14 e 15.

Figura 14

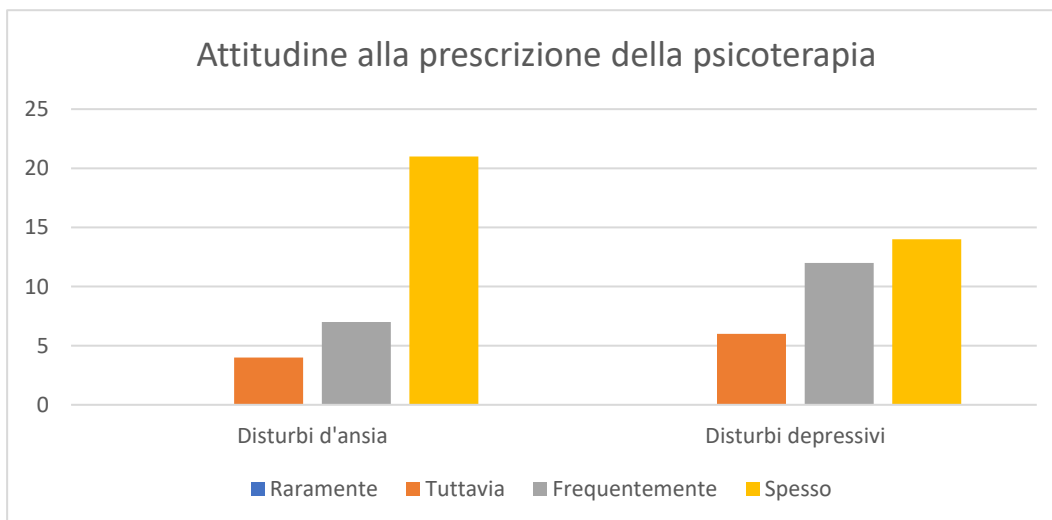
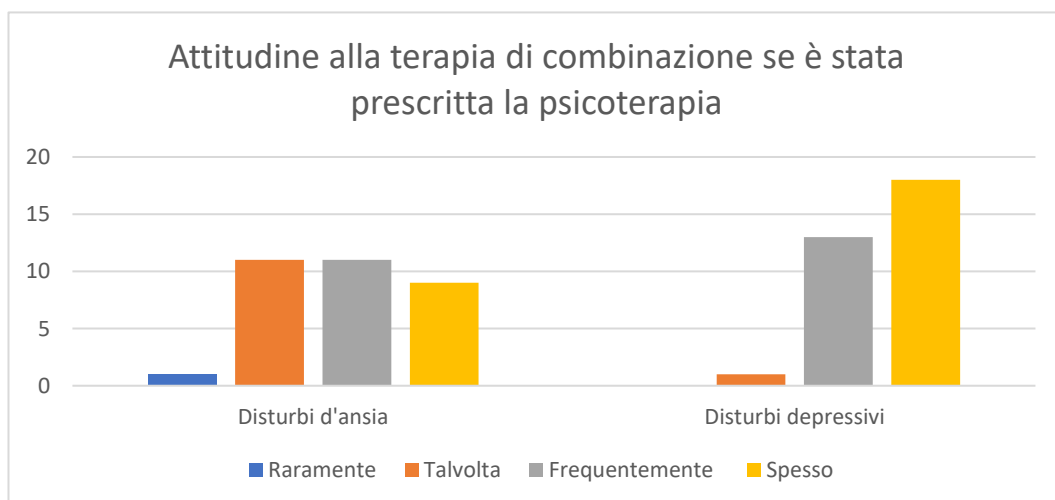


Figura 15



Tramite le correlazioni non parametriche di Spearman, invece, si è andato a valutare se vi sia una correlazione tra risposte date ai quesiti sopracitati e l'età degli specialisti psichiatri, in modo tale da capire se quest'ultima possa influenzare l'attitudine alla psicoterapia. Sebbene a una prima analisi delle Tabelle 13-16 potessero apparire delle differenze nelle fasce d'età, non c'è alcuna correlazione tra le due variabili: come si vede in Tabella 17 alla pagina successiva, l'attitudine alla psicoterapia è indipendente dall'età del medico.

Tabella 17

Correlazioni

			Età	Psicoterapia per ansia	Se psico, anche farmaci per ansia?	Psicoterapia per depressione	Se psico, anche farmaci per depressione?
Rho di Spearman	Età	Coefficiente di correlazione	1,000	-,255	-,191	-,069	-,033
		Sign. (a due code)	.	,158	,294	,709	,856
		N	32	32	32	32	32
Psicoterapia per ansia	Psicoterapia per ansia	Coefficiente di correlazione	-,255	1,000	-,119	,699**	-,140
		Sign. (a due code)	,158	.	,518	,000	,445
		N	32	32	32	32	32
Se psico, anche farmaci per ansia?	Se psico, anche farmaci per ansia?	Coefficiente di correlazione	-,191	-,119	1,000	-,160	,388*
		Sign. (a due code)	,294	,518	.	,383	,028
		N	32	32	32	32	32
Psicoterapia per depressione	Psicoterapia per depressione	Coefficiente di correlazione	-,069	,699**	-,160	1,000	-,326
		Sign. (a due code)	,709	,000	,383	.	,069
		N	32	32	32	32	32
Se psico, anche farmaci per depressione?	Se psico, anche farmaci per depressione?	Coefficiente di correlazione	-,033	-,140	,388*	-,326	1,000
		Sign. (a due code)	,856	,445	,028	,069	.
		N	32	32	32	32	32

** . La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

* . La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

Dopo aver analizzato quanto spesso gli specialisti psichiatri del campione ricorrono alla psicoterapia, si è chiesto se ve ne sia un tipo, o più di uno, che suggeriscano particolarmente. Si specifica che in “altre psicoterapie” sono comprese l’EMDR, la MBCT e la terapia dialettico comportamentale o *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT) per quanto riguarda i disturbi d’ansia, la *Schema Therapy* per i disturbi depressivi. In Tabella 18 sono sintetizzate le risposte ricevute.

Tabella 18

	Disturbi d’ansia	Disturbi depressivi
CBT	20	17
Psicodinamica/analitica	7	11
ITP	0	6
Altre psicoterapie	3	1

La CBT è la psicoterapia più raccomandata, con il 62.5% dei medici del campione che la consigliano per i disturbi d'ansia e il 53.1% per i disturbi depressivi; al secondo posto la terapia psicodinamica/analitica, rispettivamente preferita per i due disturbi da 21.9% e 34.4% degli specialisti psichiatri. L'ITP non sembra considerata appropriatamente efficace per i disturbi d'ansia, ma trova una discreta considerazione per i disturbi depressivi, visto che il 18.8% dei medici la indica tra le tipologie di psicoterapia che più raccomandano. Tuttavia, si segnala che nove specialisti psichiatri (28.1%) hanno risposto che la scelta della psicoterapia dipende dalle caratteristiche e dalle volontà del paziente, oltre che dalle possibilità offerte dalla struttura pubblica qualora il paziente voglia evitare di affrontare il percorso privatamente; inoltre, un medico ha affermato di non preferire alcun tipo di psicoterapia, perché si limita a seguire quanto indicato dalle linee guida.

A conclusione dell'analisi dei questionari somministrati agli specialisti psichiatri, si riportano alcune considerazioni sulle opinioni espresse a proposito della psicoterapia. Per quanto concerne i disturbi d'ansia, in generale le opinioni sulla psicoterapia sono positive: 19 medici hanno indicato un'efficacia buona od ottima, un medico la definisce invece "moderata-buona". Tre medici la ritengono una buona scelta nei casi moderati-lievi, quattro la considerano tale solamente se il paziente è adatto alla stessa e motivato e se lo psicoterapeuta è sia opportunamente formato, sia in grado di stabilire la giusta collaborazione con il paziente. Un medico sottolinea che è una scelta terapeutica efficace soprattutto se il paziente è giovane; un altro ritiene la psicoterapia complementare ai farmaci. Infine, due specialisti psichiatri evidenziano che, nonostante abbia una buona efficacia, spesso non sia prescrivibile per carenze nelle risorse pubbliche.

Alcune controindicazioni alla psicoterapia per i disturbi d'ansia sono: per quanto riguarda il paziente, scarso *insight* (aspetto indicato da cinque medici), compromissione cognitiva (quattro), mancanza di motivazione (otto), comorbidità importanti come psicosi e disturbo da uso di sostanze (quattro); inoltre, tre medici sottolineano tra i possibili motivi per cui non prescriverebbero la psicoterapia anche la carenza di disponibilità del servizio all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

A riguardo dei disturbi depressivi, 18 specialisti psichiatri hanno attribuito alla psicoterapia un'efficacia buona o ottima, mentre due l'hanno definita abbastanza efficace. Cinque medici hanno correlato l'effetto alla gravità della depressione, affermando che nelle forme lievi è possibile utilizzarla come unico trattamento, mentre nelle forme severe è da preferire quantomeno una terapia di combinazione, se non solo la terapia farmacologica. Due specialisti psichiatri hanno individuato delle tipologie di depressioni più prone a rispondere alla psicoterapia: uno dei due ha affermato che la psicoterapia è utile nelle forme con *bias* cognitivi o forti tratti personologici, mentre l'altro ha riscontrato una buona efficacia nel disturbo di adattamento con umore depresso, o comunque nei disturbi depressivi causati da eventi esterni, mentre la ritiene pressoché inutile per la forma melanconica. Quattro medici la ritengono efficace perlopiù nel contesto di terapia di combinazione; un medico sottolinea che la buona riuscita della psicoterapia dipende dalla motivazione del paziente.

Gli aspetti che potrebbero disincentivare gli specialisti psichiatri a ricorrere alla psicoterapia sono pressoché analoghi a quanto sopra spiegato per i disturbi d'ansia.

6.3 Confronto dell'attitudine alla prescrizione della psicoterapia tra i due campioni

Nel campione dei pazienti, il ricorso alla psicoterapia è stato del 47.1% per i disturbi d'ansia (16 su 34) e del 44.4% per i disturbi depressivi (otto su 18); sul totale dei casi trattati con psicoterapia, nei disturbi d'ansia si è optato per la terapia di combinazione nell'81.3% dei casi (13 su 16), viceversa nei disturbi depressivi la terapia di combinazione è stata prescritta nel 100% dei casi (otto su otto).

Si convertono queste proporzioni nelle possibili risposte del questionario ai suddetti interrogativi. Dal campione dei pazienti del CSM di Treviso, emerge che la tendenza *real life* degli specialisti psichiatri è la seguente: si ricorre talvolta alla psicoterapia per i disturbi d'ansia e spesso la si combina con la farmacoterapia; si opta talvolta per la psicoterapia nei disturbi depressivi, ma sempre insieme a una terapia farmacologica.

Si vedano ora quanti specialisti psichiatri del campione sono in linea con questi risultati:

- Quattro medici su 32 (12.5%) hanno risposto “talvolta” alla domanda: “Quanto frequentemente ricorri alla psicoterapia per i disturbi d’ansia?”;
- Nove medici su 32 (28.1%) hanno risposto “spesso” alla domanda: “Se ricorri alla psicoterapia nei disturbi d’ansia, quanto spesso la associ a una terapia farmacologica?”;
- Sei medici su 32 (18.8%) hanno risposto “talvolta” alla domanda: “Quanto frequentemente ricorri alla psicoterapia per i disturbi depressivi?”;
- 18 medici su 32 (56.3%) hanno risposto “spesso” alla domanda: “Se ricorri alla psicoterapia nei disturbi depressivi, quanto spesso la associ a una terapia farmacologica?”.

La Tabella 19 riassume le informazioni di questo paragrafo.

Tabella 19

	Dati dal campione dei pazienti	Numero (e percentuale) di medici che sono in linea con i dati del campione
Psicoterapia nei disturbi d’ansia	47.1%	4 (12.5%)
Terapia di combinazione nei disturbi d’ansia	81.3%	9 (28.1%)
Psicoterapia nei disturbi depressivi	44.4%	6 (18.8%)
Terapia di combinazione nei disturbi depressivi	100%	18 (56.3%)

7 DISCUSSIONE

7.1 Considerazioni sui risultati ottenuti e confronti tra i due campioni

L'analisi concreta dell'esperienza di un servizio psichiatrico territoriale come il CSM di Treviso, reclutando un campione di 106 pazienti, ha permesso alcune considerazioni sull'approccio terapeutico di fronte a una diagnosi di DMC.

Il primo risultato degno di nota è il ricorso alle BZD: 80 pazienti del campione, ossia il 75.5%, sono stati trattati con questa classe farmacologica, utilizzata o come singola terapia, o come parte di un approccio con più principi attivi oppure come integrazione di un percorso psicoterapeutico. Le linee guida, tuttavia, non suggeriscono un ricorso così massivo alle BZD, che dovrebbero rimanere farmaci di seconda o terza scelta. Per il trattamento del GAD, le linee guida NICE considerano il trattamento farmacologico, con qualsiasi principio attivo, come terzo *step* terapeutico, dopo aver correttamente identificato la patologia e dopo il fallimento della psicoterapia a bassa intensità. Inoltre, le linee guida indicano di preferire come prima scelta farmacologica gli SSRI, cui seguono SNRI e pregabalin; le BZD dovrebbero essere evitate, a meno di brevi trattamenti per le crisi d'ansia (73). Nelle linee guida APA e NICE per la depressione, le BZD non vengono nemmeno menzionate (4,48). Vista la natura reattiva e di breve durata della reazione acuta da stress e del disturbo dell'adattamento, e data la carenza di letteratura a riguardo, non ci sono direttive unanime per il loro trattamento (8). In uno studio del 2009, condotto da Carta e collaboratori, si è rivista la letteratura a disposizione sul disturbo dell'adattamento: è emerso che la psicoterapia, anche di breve durata, è l'intervento di scelta, mentre i farmaci, nonostante alcuni si siano rivelati efficaci (per esempio il lorazepam, una BZD), non sono superiori a integratori e prodotti erboristici (139). Studi successivi confermano che è meglio optare per un approccio psicoterapeutico, anche in forma di auto-aiuto, o psicosociale (140,141).

In tutti i disturbi citati, le BZD hanno un ruolo marginale, mentre nel campione in analisi sono il gruppo di farmaci più prescritto, alla pari con tutti gli antidepressivi considerati insieme. Questo risultato è in linea con quanto visto in altri studi: la

tendenza a prescrivere le BZD non si è ridotta di fronte agli aggiornamenti delle linee guida, anzi, è aumentata, soprattutto tra gli MMG (85).

Un secondo risultato su cui è opportuno soffermarsi è come l'età del paziente influenzi la scelta della psicoterapia. Nel campione dei pazienti si nota che gli specialisti psichiatri, più il paziente è anziano, più tendono a evitare la psicoterapia: concentrandosi sulle fasce d'età più estreme, si ha un ricorso alla psicoterapia del 94.4% per pazienti tra i 18 e i 29 anni, contro l'8.3% in individui con più di 70 anni. Anche dai questionari somministrati ai medici vi è una piccola traccia di questa tendenza: uno specialista psichiatra ha affermato che "l'efficacia della psicoterapia è ottima soprattutto se il paziente è giovane"; due medici hanno inserito l'età avanzata tra le possibili controindicazioni alla psicoterapia. Si tratta di un'interpretazione dettata dall'esperienza clinica oppure ci sono delle evidenze che supportano il fatto che l'efficacia della psicoterapia cali con l'aumentare dell'età? Per quanto riguarda i disturbi d'ansia, più studi si sono concentrati sull'efficacia della CBT nell'anzianità: alcuni hanno dato risultati positivi, altri non hanno dimostrato la sua superiorità rispetto a terapie di supporto o liste d'attesa (142,143). Da questa incertezza traspare una minor evidenza di efficacia della CBT nei disturbi d'ansia degli anziani; tuttavia, considerando la psicoterapia in generale, questa incertezza sembra venire meno. Infatti, essa resta un valido strumento, soprattutto in aggiunta alla terapia farmacologica e soprattutto se adattato alle esigenze degli anziani: ricordare gli appuntamenti telefonicamente e revisionare i concetti affrontati all'inizio di ogni seduta sono solo alcune delle possibili strategie che potrebbero rendere più *fit* alla psicoterapia questa categoria di pazienti (27,144,145). Ciononostante, alcuni studi restano critici sull'efficacia della psicoterapia negli anziani affetti da disturbi d'ansia, anche in termini generali (27,107).

Anche nella depressione è possibile ricorrere alla psicoterapia per trattare gli anziani: nonostante resti un'opzione terapeutica la cui efficacia necessita ancora di essere esplorata dalla ricerca, è evidente che aiuti a ridurre l'intensità dei sintomi e il rischio di ricorrenza, anche dopo il termine del percorso di cura (146,147).

Le linee guida APA per la depressione non denigrano il ruolo della psicoterapia nei pazienti anziani, anzi, incentivano un primo approccio tramite CBT di gruppo o

terapia di reminiscenza di gruppo, preferendole a terapia interpersonale da sola o combinata ai farmaci. Solo in seconda linea, oppure se il disturbo depressivo è persistente, si considera l'utilizzo di un SSRI (4).

Le linee guida NICE per GAD, disturbo da panico, SAD e depressione non indicano l'età tra i fattori da tenere in considerazione nella scelta dell'approccio psicoterapeutico; le indicazioni età-correlate, anzi, si concentrano sui farmaci. In particolare, sia per la depressione che per il GAD e il disturbo di panico, è raccomandato informare i pazienti con meno di 30 anni che gli antidepressivi (SSRI e SNRI) aumentano il rischio di ideazione suicidaria e azioni autolesive; per questo, è consigliato rivedere il paziente dopo una settimana e monitorarlo nel primo mese di assunzione del farmaco (48,73,74).

In definitiva, le linee guida non solo non suggeriscono alcuna controindicazione alla psicoterapia in pazienti anziani, bensì richiamano all'attenzione nel prescrivere antidepressivi ai più giovani. Anche nella "*Consensus Conference*" i riferimenti all'età dei pazienti sono posti per sensibilizzare all'utilizzo di PDTA quanto più personalizzati, specie per i pazienti pediatrici e adolescenti; non vi sono affermazioni che scoraggiano l'utilizzo della psicoterapia negli anziani (133).

In ogni caso, si segnala che anche il modello inglese IAPT ha incontrato delle criticità nel raggiungere i pazienti anziani, principalmente per ragioni socioeconomiche (148). È quindi possibile che ciò che disincentivi gli specialisti psichiatri a consigliare la psicoterapia agli anziani sia da ricercare più negli aspetti organizzativi che in quelli medico-scientifici.

L'analisi delle risposte fornite ai questionari da parte dei 32 specialisti psichiatri dipendenti presso i CSM delle province di Treviso e Venezia rende disponibili ulteriori considerazioni sul divario tra linee guida e realtà lavorativa che sta emergendo da questo studio.

Per quanto riguarda l'approccio farmacologico adottato in prima istanza, le risposte date dai medici sono quasi del tutto fedeli alle linee guida: gli SSRI sono la classe farmacologica più scelta. Nel trattamento dei disturbi depressivi, un'alternativa cui si ricorre piuttosto spesso sono gli SNRI, gli altri antidepressivi indicati come prima scelta nelle linee guida. Altri farmaci, come pregabalin e TCA, sono prescritti in prima istanza solo da una percentuale ristretta del campione (10.0% dei medici sia

per i disturbi d'ansia che per quelli depressivi). L'unico risultato che si discosta dalle linee guida riguarda le BZD, prescritte come prima scelta per i disturbi d'ansia dal 60.0% dei medici del campione: questo riscontro è analogo a quanto emerso dal campione dei pazienti (48,73,74).

Per quanto concerne la psicoterapia, dai risultati si nota che i medici la consiglino frequentemente, sia per i disturbi d'ansia che per quelli depressivi. Vi è però una differenza sulla scelta di un'eventuale associazione con la farmacoterapia: per i disturbi d'ansia, la terapia di combinazione è una possibilità presa sovente in considerazione, ma non si disdegna nemmeno optare per la sola psicoterapia; viceversa, nel trattamento dei disturbi depressivi gli specialisti psichiatri intervistati difficilmente non accompagnano dei farmaci alla psicoterapia.

A tal proposito, le linee guida NICE non suggeriscono la terapia di combinazione come primo approccio a qualsiasi disturbo depressivo, ma solamente nel caso in cui esso abbia una presentazione clinica severa (in particolare, è proposta l'associazione tra CBT e antidepressivo); inoltre, anche nei casi gravi la terapia di combinazione è solo una possibile scelta, non l'unica intraprendibile (48).

Perciò, alla base della scelta di propendere spesso per la terapia di combinazione, piuttosto che per la sola psicoterapia, può esserci una preferenza data dall'esperienza clinica. Questa affermazione è supportata dai risultati del test χ^2 e delle correlazioni di Spearman, nei quali si conferma esserci eterogeneità statisticamente significativa tra le risposte date dai medici, ma questa variabilità non è dovuta all'età: è più probabile che sia determinata dai diversi ambienti e situazioni cui i medici sono andati incontro durante la loro professione.

Nel paragrafo 6.3 si sono confrontate le tendenze di ricorso alla psicoterapia nei due campioni: le discrepanze sono evidenti, poiché i medici specialisti hanno sovrastimato, in generale, quanto ricorrano alla psicoterapia e hanno sottostimato, in particolare, quanto spesso la associno a una terapia farmacologica. Ragionando sui motivi di tale discrepanza, sono enunciabili alcune considerazioni.

In primo luogo, gli specialisti psichiatri hanno una buona od ottima opinione della psicoterapia: ciò è dimostrato sia da quanto hanno riportato di ricorrere alla stessa, sia dai pareri che hanno riferito a riguardo.

Secondariamente, il campione dei pazienti ribadisce con ancora più evidenza che si preferisce la terapia di combinazione rispetto alla sola psicoterapia. Come già visto, questa attitudine si discosta dalle linee guida e dal modello *stepped-care* (48,73,74,128).

Terzo, tra le controindicazioni alla psicoterapia, qualche specialista psichiatra ha lamentato la carenza di risorse nel servizio pubblico, aspetto che rende difficile prescrivere questo percorso di cura, soprattutto a pazienti che, per ragioni economiche, non possono affrontare un percorso privato. Nella “*Consensus Conference*” sono proposte delle possibili soluzioni per migliorare l’accesso alle cure psicologiche: facilitare la formazione di professionisti in grado di fornire un servizio psicologico di base per averne a disposizione un numero sufficiente a garantire l’offerta, sensibilizzare la popolazione sui DMC, intercettare i pazienti nell’ambito delle cure primarie e iniziare già a questo livello l’inquadramento diagnostico e il trattamento per poi, solo in caso di reale necessità, inviarli ai servizi dedicati come i CSM, utilizzare, quando possibile, strumenti alternativi alla visita *face-to-face* come il telefono e internet (133). Gli interventi possibili sono molteplici, dato che si può migliorare il personale (qualitativamente e quantitativamente), le strutture, i mezzi e la collaborazione tra i vari centri e professionisti; si capisce l’importanza dell’investimento economico, ma si ricorda che la psicoterapia si è dimostrata un intervento costo-efficace nel trattamento dei DMC (66,119).

7.2 Punti di forza e limiti

Il punto di forza principale di questo studio è l’aver raccolto i dati in un contesto reale e territoriale come può essere l’attività di un CSM. In questo modo, si perdono i confondenti che potrebbero nascere da un campione selezionato appositamente per la ricerca, così da poter avere uno sguardo quantomeno vicino a quello che accade nella realtà lavorativa. La finestra di osservazione piuttosto lunga, da ottobre 2022 a maggio 2023, aiuta ulteriormente a comprendere quale sia l’attitudine prescrittiva a prescindere da eventuali carenze momentanee di risorse o personale. I limiti di questo studio sono: in primo luogo, la rappresentatività statistica dei due campioni, in particolare quello dei medici, numericamente lontani dallo standard

richiesto; secondariamente, la modalità con cui sono stati raccolti i dati sui pazienti implica che questi dipendano da quanto abbiano riportato in cartella i medici, dunque potrebbero mancare, in taluni soggetti, precisazioni anamnestiche o terapeutiche importanti; terzo, il questionario somministrato ai medici è stato ideato appositamente per questo studio, non è standardizzato, perciò non fornisce risultati confrontabili con analoghe ricerche precedenti.

8. CONCLUSIONI

I risultati di questo studio confermano che è ancora troppo presto per vedere messo in pratica quanto indicato dalla “*Consensus Conference*”: il ricorso alla psicoterapia da parte degli specialisti psichiatri resta minoritario rispetto alla terapia farmacologica. Ciò non è dovuto a mancanza di fiducia in questo approccio da parte dei medici, bensì, con più probabilità, alla carenza di risorse per erogarlo adeguatamente. Il modello *stepped-care*, cui nella “*Consensus Conference*” si fa frequente riferimento, richiede un potenziamento importante delle strutture, nonché una collaborazione tra cure primarie, CSM e ospedali: al momento, tutto ciò è ancora da migliorare. Solamente quando la psicoterapia sarà correttamente implementata nei PDTA dei pazienti che soffrono di un DMC si potrà rispettare il principio della *stepped-care* e attenersi alle linee guida; solamente garantire il trattamento corretto, e alla più adeguata intensità in relazione alla gravità del disturbo, può assicurare la miglior presa in cura di ogni singolo paziente.

In conclusione, con questo studio si spera di aver acceso l’interesse sui DMC, vista la loro importante diffusione epidemiologica e l’impegno di più livelli del SSN per il loro trattamento; ci si augura, inoltre, di aver evidenziato l’importanza di investire nella psicoterapia e nella riorganizzazione della presa in carico dei pazienti con questi disturbi, al fine di migliorare il loro percorso di cura e renderlo più multidisciplinare, costo-efficace e inclusivo.

9. BIBLIOGRAFIA

- (1) World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. 2017.
- (2) Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):21–7.
- (3) de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Scarpino V, Reda V, Serra G, et al. Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006 Nov;41(11):853–61.
- (4) American Psychological Association. APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts. 2019. Available from: <https://www.apa.org/depression-guideline>
- (5) Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2012 Sep;21(3):169–84.
- (6) Fernández A, Saameño JAB, Pinto-Meza A, Luciano JV, Autonell J, Palao D, et al. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *Br J Psychiatry.* 2010 Apr;196(4):302–9.
- (7) National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain), National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain), British Psychological Society., Royal College of Psychiatrists. Common mental health disorders: identification and pathways to care. British Psychological Society; 2011. 310 p.
- (8) American Psychiatric Association. DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. R. Cortina; 2014.
- (9) Marcus M, Yasamy MT, van Ommeren M, Chisholm D. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. 2012. Depression, a global public health concern.
- (10) Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med.* 2013 Nov;10(11):e1001547.

- (11) Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Patten SB, Vos T, et al. The epidemiological modelling of major depressive disorder: application for the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One*. 2013;8(7):e69637.
- (12) Charlson FJ, Ferrari AJ, Flaxman AD, Whiteford HA. The epidemiological modelling of dysthymia: application for the Global Burden of Disease Study 2010. *J Affect Disord*. 2013 Oct;151(1):111–20.
- (13) Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010 Aug;15(8):868–76.
- (14) Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res*. 2002 Oct;53(4):859–63.
- (15) Januzzi JL, Stern TA, Pasternak RC, DeSanctis RW. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med*. 2000 Jul 10;160(13):1913–21.
- (16) Frasurre-Smith N, Lespérance F. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 Jan;65(1):62–71.
- (17) Strine TW, Mokdad AH, Dube SR, Balluz LS, Gonzalez O, Berry JT, et al. The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(2):127–37.
- (18) Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *Br J Psychiatry*. 2010 Jun;196(6):440–6.
- (19) Gigantesco A, Ferrante G, Baldissera S, Masocco M, PASSI coordinating group. Depressive Symptoms and Behavior-Related Risk Factors, Italian Population-Based Surveillance System, 2013. *Prev Chronic Dis*. 2015 Oct 29;12:E183.
- (20) Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Mar;67(3):220–9.
- (21) Hirschfeld RM. Personality disorders and depression: comorbidity. *Depress Anxiety*. 1999;10(4):142–6.
- (22) Bennett S, Thomas AJ. Depression and dementia: cause, consequence or coincidence? *Maturitas*. 2014 Oct;79(2):184–90.

- (23) Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Sep;17(3):327–35.
- (24) Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):593–602.
- (25) Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2012 Sep;21(3):169–84.
- (26) Beekman AT, Bremmer MA, Deeg DJ, van Balkom AJ, Smit JH, de Beurs E, et al. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998 Oct;13(10):717–26.
- (27) Andreescu C, Lee S. Anxiety Disorders in the Elderly. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1191:561–76.
- (28) Emdin CA, Odutayo A, Wong CX, Tran J, Hsiao AJ, Hunn BHM. Meta-Analysis of Anxiety as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *Am J Cardiol*. 2016 Aug 15;118(4):511–9.
- (29) Todaro JF, Shen BJ, Raffa SD, Tilkemeier PL, Niaura R. Prevalence of anxiety disorders in men and women with established coronary heart disease. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2007;27(2):86–91.
- (30) Fischer S, Ehlert U. Hypothalamic-pituitary-thyroid (HPT) axis functioning in anxiety disorders. A systematic review. *Depress Anxiety*. 2018 Jan;35(1):98–110.
- (31) Simon NM, Blacker D, Korbly NB, Sharma SG, Worthington JJ, Otto MW, et al. Hypothyroidism and hyperthyroidism in anxiety disorders revisited: new data and literature review. *J Affect Disord*. 2002 May;69(1–3):209–17.
- (32) Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):617–27.
- (33) Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017 Jun;19(2):93–107.
- (34) Meier SM, Mattheisen M, Mors O, Mortensen PB, Laursen TM, Penninx BW. Increased mortality among people with anxiety disorders: total population study. *Br J Psychiatry*. 2016 Sep;209(3):216–21.

- (35) Demyttenaere K, Heirman E. The blurred line between anxiety and depression: hesitations on comorbidity, thresholds and hierarchy. *Int Rev Psychiatry*. 2020;32(5–6):455–65.
- (36) Fava M, Rush AJ, Alpert JE, Carmin CN, Balasubramani GK, Wisniewski SR, et al. What clinical and symptom features and comorbid disorders characterize outpatients with anxious major depressive disorder: a replication and extension. *Can J Psychiatry*. 2006 Nov;51(13):823–35.
- (37) Fichter MM, Quadflieg N, Fischer UC, Kohlboeck G. Twenty-five-year course and outcome in anxiety and depression in the Upper Bavarian Longitudinal Community Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2010 Jul;122(1):75–85.
- (38) World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, eleventh revision (ICD-11). 2019.
- (39) Möller HJ, Bandelow B, Volz HP, Barnikol UB, Seifritz E, Kasper S. The relevance of ‘mixed anxiety and depression’ as a diagnostic category in clinical practice. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016 Dec;266(8):725–36.
- (40) Angst J, Merikangas KR, Preisig M. Subthreshold syndromes of depression and anxiety in the community. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl 8:6–10.
- (41) Haller H, Cramer H, Lauche R, Gass F, Dobos GJ. The prevalence and burden of subthreshold generalized anxiety disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2014 May 1;14:128.
- (42) Bosman RC, Ten Have M, de Graaf R, Muntingh AD, van Balkom AJ, Batelaan NM. Prevalence and course of subthreshold anxiety disorder in the general population: A three-year follow-up study. *J Affect Disord*. 2019 Mar 15;247:105–13.
- (43) Murphy JM, Sobol AM, Olivier DC, Monson RR, Leighton AH, Pratt LA. Prodromes of depression and anxiety. The Stirling County study. *Br J Psychiatry*. 1989 Oct;155:490–5.
- (44) Karsten J, Hartman CA, Smit JH, Zitman FG, Beekman ATF, Cuijpers P, et al. Psychiatric history and subthreshold symptoms as predictors of the occurrence of depressive or anxiety disorder within 2 years. *Br J Psychiatry*. 2011 Mar;198(3):206–12.
- (45) Glaesmer H, Romppel M, Brähler E, Hinz A, Maercker A. Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Res*. 2015 Oct 30;229(3):940–8.

- (46) O'Donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, Gibson K, Lau W. Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jul 16;16(14).
- (47) Richter PMA, Ramos RT. Obsessive-Compulsive Disorder. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2018 Jun;24(3, Behavioral Neurology And Psychiatry):828–44.
- (48) National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management NICE guideline [Internet]. 2022. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng222
- (49) O'Connor EA, Whitlock EP, Gaynes B, Beil TL. Screening for Depression in Adults and Older Adults in Primary Care: An Updated Systematic Review [Internet]. Vol. 75, Evidence Synthesis Number. 2009. Available from: www.ahrq.gov
- (50) Carney RM, Shelton RC. Agomelatine for the treatment of major depressive disorder. *Expert Opin Pharmacother*. 2011 Oct;12(15):2411–9.
- (51) Smeraldi E, Delmonte D. Agomelatine in depression. *Expert Opin Drug Saf*. 2013 Nov;12(6):873–80.
- (52) Cleare A, Pariante CM, Young AH, Anderson IM, Christmas D, Cowen PJ, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol*. 2015 May;29(5):459–525.
- (53) Harmer CJ, Duman RS, Cowen PJ. How do antidepressants work? New perspectives for refining future treatment approaches. *Lancet Psychiatry*. 2017 May;4(5):409–18.
- (54) Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018 Apr 7;391(10128):1357–66.
- (55) Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2009 Feb 28;373(9665):746–58.
- (56) Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet*. 2016 Aug 27;388(10047):881–90.

- (57) Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. *World J Biol Psychiatry*. 2007;8(2):67–104.
- (58) Carvalho AF, Sharma MS, Brunoni AR, Vieta E, Fava GA. The Safety, Tolerability and Risks Associated with the Use of Newer Generation Antidepressant Drugs: A Critical Review of the Literature. *Psychother Psychosom*. 2016;85(5):270–88.
- (59) Fava GA. Rational use of antidepressant drugs. *Psychother Psychosom*. 2014;83(4):197–204.
- (60) Amsterdam JD, Williams D, Michelson D, Adler LA, Dunner DL, Nierenberg AA, et al. Tachyphylaxis after Repeated Antidepressant Drug Exposure in Patients with Recurrent Major Depressive Disorder. *Neuropsychobiology*. 2009;59(4):227–33.
- (61) Williams N, Simpson AN, Simpson K, Nahas Z. Relapse rates with long-term antidepressant drug therapy: a meta-analysis. *Hum Psychopharmacol*. 2009 Jul;24(5):401–8.
- (62) Cuijpers P, Karyotaki E, de Wit L, Ebert DD. The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychother Res*. 2020 Mar;30(3):279–93.
- (63) Barth J, Munder T, Gerger H, Nüesch E, Trelle S, Znoj H, et al. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001454.
- (64) Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJH. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*. 2016 Oct;15(3):245–58.
- (65) Furukawa TA, Noma H, Caldwell DM, Honyashiki M, Shinohara K, Imai H, et al. Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2014 Sep;130(3):181–92.
- (66) Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, Andersson G, Hollon SD, van Straten A. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014 Apr;159:118–26.

- (67) Cuijpers P, van Straten A, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychol Med*. 2010 Feb;40(2):211–23.
- (68) Furukawa TA, Weitz ES, Tanaka S, Hollon SD, Hofmann SG, Andersson G, et al. Initial severity of depression and efficacy of cognitive-behavioural therapy: individual-participant data meta-analysis of pill-placebo-controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2017 Mar;210(3):190–6.
- (69) Cuijpers P, Koole SL, van Dijke A, Roca M, Li J, Reynolds CF. Psychotherapy for subclinical depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014 Oct;205(4):268–74.
- (70) National Health System of United Kingdom. 5 steps to mental wellbeing. 2019. [Internet] Available from: <https://www.nhs.uk/mental-health/self-help/guides-tools-and-activities/five-steps-to-mental-wellbeing/>
- (71) Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. Vol. 14, *BMC Psychiatry*. BioMed Central Ltd.; 2014.
- (72) Stein MB, Marcia Goin CK, Pollack MH, Roy-Byrne P, Sareen J, Simon NM, et al. Practice Guideline For The Treatment of Patients With Panic Disorder Second Edition. Work Group On Panic Disorder Steering Committee On Practice Guidelines [Internet]. 2010. Available from: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_9.aspx.
- (73) National Institute for Health and Care Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management Clinical guideline [Internet]. 2020. Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg113
- (74) National Institute for Health and Care Excellence. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment Clinical guideline [Internet]. 2013. Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg159
- (75) Bandelow B. Current and Novel Psychopharmacological Drugs for Anxiety Disorders. In 2020. p. 347–65.
- (76) Balon R, Starcevic V. Role of Benzodiazepines in Anxiety Disorders. In 2020. p. 367–88.
- (77) Apolinário-Hagen J, Drüge M, Fritsche L. Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Integrating Traditional with Digital Treatment Approaches. In 2020. p. 291–329.

- (78) Ollendick TH, Davis TE. One-session treatment for specific phobias: a review of Öst's single-session exposure with children and adolescents. *Cogn Behav Ther*. 2013;42(4):275–83.
- (79) Goddard AW, Brouette T, Almai A, Jetty P, Woods SW, Charney D. Early coadministration of clonazepam with sertraline for panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Jul;58(7):681–6.
- (80) Alonso J, Lépine JP, ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 2:3–9.
- (81) Jakubovski E, Johnson JA, Nasir M, Müller-Vahl K, Bloch MH. Systematic review and meta-analysis: Dose-response curve of SSRIs and SNRIs in anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2019 Mar;36(3):198–212.
- (82) Garakani A, Murrough JW, Freire RC, Thom RP, Larkin K, Buono FD, et al. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Front Psychiatry*. 2020 Dec 23;11.
- (83) Gomez AF, Barthel AL, Hofmann SG. Comparing the efficacy of benzodiazepines and serotonergic anti-depressants for adults with generalized anxiety disorder: a meta-analytic review. *Expert Opin Pharmacother*. 2018 Jun;19(8):883–94.
- (84) Szuhany KL, Simon NM. Anxiety Disorders. *JAMA*. 2022 Dec 27;328(24):2431.
- (85) Agarwal SD, Landon BE. Patterns in Outpatient Benzodiazepine Prescribing in the United States. *JAMA Netw Open*. 2019 Jan 4;2(1):e187399.
- (86) Starcevic V. The reappraisal of benzodiazepines in the treatment of anxiety and related disorders. *Expert Rev Neurother*. 2014 Nov;14(11):1275–86.
- (87) Edinoff AN, Nix CA, Hollier J, Sagrera CE, Delacroix BM, Abubakar T, et al. Benzodiazepines: Uses, Dangers, and Clinical Considerations. *Neurol Int*. 2021 Nov 10;13(4):594–607.
- (88) Manconi M, Ferri R, Miano S, Maestri M, Bottasini V, Zucconi M, et al. Sleep architecture in insomniacs with severe benzodiazepine abuse. *Clin Neurophysiol*. 2017 Jun;128(6):875–81.
- (89) Chellappa SL, Aeschbach D. Sleep and anxiety: From mechanisms to interventions. *Sleep Med Rev*. 2022 Feb;61:101583.

- (90) Rémi J, Pollmächer T, Spiegelhalder K, Trenkwalder C, Young P. Sleep-Related Disorders in Neurology and Psychiatry. *Dtsch Arztebl Int.* 2019 Oct 11;116(41):681–8.
- (91) De Crescenzo F, D’Alò GL, Ostinelli EG, Ciabattini M, Di Franco V, Watanabe N, et al. Comparative effects of pharmacological interventions for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.* 2022 Jul 16;400(10347):170–84.
- (92) Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety.* 2018 Jun;35(6):502–14.
- (93) Zhang A, Borhneimer LA, Weaver A, Franklin C, Hai AH, Guz S, et al. Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *J Behav Med.* 2019 Dec;42(6):1117–41.
- (94) Loerinc AG, Meuret AE, Twohig MP, Rosenfield D, Bluett EJ, Craske MG. Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clin Psychol Rev.* 2015 Dec;42:72–82.
- (95) Frost ND, Baskin TW, Wampold BE. Comparative clinical trials in psychotherapy: Have large effects been replicated? *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020 May 15;29:e128.
- (96) Wampold BE, Flückiger C, Del Re AC, Yulish NE, Frost ND, Pace BT, et al. In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychother Res.* 2017 Jan;27(1):14–32.
- (97) Steinert C, Munder T, Rabung S, Hoyer J, Leichsenring F. Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *Am J Psychiatry.* 2017 Oct 1;174(10):943–53.
- (98) Cuijpers P, Reijnders M, Huibers MJH. The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annu Rev Clin Psychol.* 2019 May 7;15:207–31.
- (99) Kandola A, Vancampfort D, Herring M, Rebar A, Hallgren M, Firth J, et al. Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety. *Curr Psychiatry Rep.* 2018 Jul 24;20(8):63.
- (100) Wong VWH, Ho FYY, Shi NK, Sarris J, Ng CH, Tam OKY. Lifestyle medicine for anxiety symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord.* 2022 Aug 1;310:354–68.

- (101) Cuijpers P, van Straten A, van Oppen P, Andersson G. Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *J Clin Psychiatry*. 2008 Nov;69(11):1675–85; quiz 1839–41.
- (102) Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*. 2013 Jun;12(2):137–48.
- (103) Karyotaki E, Smit Y, Holdt Henningsen K, Huibers MJH, Robays J, de Beurs D, et al. Combining pharmacotherapy and psychotherapy or monotherapy for major depression? A meta-analysis on the long-term effects. *J Affect Disord*. 2016 Apr;194:144–52.
- (104) Furukawa TA, Shinohara K, Sahker E, Karyotaki E, Miguel C, Ciharova M, et al. Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*. 2021 Oct;20(3):387–96.
- (105) Gartlehner G, Gaynes BN, Amick HR, Asher G, Morgan LC, Coker-Schwimmer E, et al. Nonpharmacological Versus Pharmacological Treatments for Adult Patients With Major Depressive Disorder. *Focus (Madison)*. 2016;14(2).
- (106) Zhou X, Teng T, Zhang Y, Del Giovane C, Furukawa TA, Weisz JR, et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jul;7(7):581–601.
- (107) Pinquart M, Duberstein PR. Treatment of anxiety disorders in older adults: a meta-analytic comparison of behavioral and pharmacological interventions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007 Aug;15(8):639–51.
- (108) Hollon SD, Stewart MO, Strunk D. Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annu Rev Psychol*. 2006;57:285–315.
- (109) Gartlehner G, Gaynes BN, Amick HR, Asher GN, Morgan LC, Coker-Schwimmer E, et al. Comparative Benefits and Harms of Antidepressant, Psychological, Complementary, and Exercise Treatments for Major Depression: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016 Mar 1;164(5):331.
- (110) Jobst A, Brakemeier EL, Buchheim A, Caspar F, Cuijpers P, Ebmeier KP, et al. European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *Eur Psychiatry*. 2016 Mar;33:18–36.

- (111) Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Vinkers CH, Cipriani A, Furukawa TA. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*. 2020 Feb;19(1):92–107.
- (112) Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;2007(1):CD004364.
- (113) Campbell LF, Norcross JC, Vasquez MJT, Kaslow NJ. Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution. *Psychotherapy (Chic)*. 2013 Mar;50(1):98–101.
- (114) McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry*. 2013 Jun;74(6):595–602.
- (115) Deacon BJ, Abramowitz JS. Patients' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Behav Ther*. 2005;36(2):139–45.
- (116) Dwight-Johnson M, Sherbourne CD, Liao D, Wells KB. Treatment preferences among depressed primary care patients. *J Gen Intern Med*. 2000 Aug;15(8):527–34.
- (117) Raue PJ, Schulberg HC, Heo M, Klimstra S, Bruce ML. Patients' Depression Treatment Preferences and Initiation, Adherence, and Outcome: A Randomized Primary Care Study. *Psychiatric Services*. 2009 Mar;60(3):337–43.
- (118) Olfson M, Marcus SC. National trends in outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 2010 Dec;167(12):1456–63.
- (119) Fournier JC, DeRubeis RJ, Amsterdam J, Shelton RC, Hollon SD. Gains in employment status following antidepressant medication or cognitive therapy for depression. *Br J Psychiatry*. 2015 Apr;206(4):332–8.
- (120) Etzelmueller A, Vis C, Karyotaki E, Baumeister H, Titov N, Berking M, et al. Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Routine Care for Adults in Treatment for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 2020 Aug 31;22(8):e18100.
- (121) Health Quality Ontario. Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy for Major Depression and Anxiety Disorders: A Health Technology Assessment. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2019;19(6):1–199.

- (122) Hedman E, Ljótsson B, Lindefors N. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2012 Dec;12(6):745–64.
- (123) Thew GR. IAPT and the internet: the current and future role of therapist-guided internet interventions within routine care settings. *The Cognitive Behaviour Therapist.* 2020 Apr 8;13:e4.
- (124) Richards DA. Stepped care: a method to deliver increased access to psychological therapies. *Can J Psychiatry.* 2012 Apr;57(4):210–5.
- (125) Wakefield S, Kellett S, Simmonds-Buckley M, Stockton D, Bradbury A, Delgadillo J. Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *British Journal of Clinical Psychology.* 2021 Mar 23;60(1):1–37.
- (126) Green H, Barkham M, Kellett S, Saxon D. Therapist effects and IAPT Psychological Wellbeing Practitioners (PWPs): a multilevel modelling and mixed methods analysis. *Behaviour research and therapy.* 2014 Dec;63:43–54.
- (127) London School of Economics and Political Science C for EPMHPG. The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders [Internet]. 2006. Available from: http://cep.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/DEPRESSION_REPORT_LAYARD.pdf
- (128) National Collaborative Centre for Mental Health (NCCMH). The Improving Access to Psychological Therapies Manual. 2021.
- (129) NHS Digital. Psychological therapies: annual report on the use of IAPT services in England (2015–16). 2016 Oct 18.
- (130) Clark DM, Canvin L, Green J, Layard R, Pilling S, Janecka M. Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *Lancet.* 2018 Feb 17;391(10121):679–86.
- (131) Favaretto G, Zanalda E. Telepsychiatry in Italy, from premises to experiences [Internet]. 2018. Available from: www.evidence-based-psychiatric-care.org
- (132) Orsolini L, Volpe U. Whis is the opinion of Italian psychiatrists regarding Telepsychiatry? *European Psychiatry.* 2022 Jun 1;65(S1):S167–8.
- (133) Gruppo di lavoro ‘Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione’. Consensus Conference sulle terapie psicologiche di ansia e depressione. Roma: Istituto Superiore di Sanità. 2022.

- (134) World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD-10). 1992.
- (135) Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960 Feb 1;23(1):56–62.
- (136) Montgomery S, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*. 1979;134:382–9.
- (137) Lingiardi V, McWilliams N. The psychodynamic diagnostic manual - 2nd edition (PDM-2). *World Psychiatry*. 2015 Jun;14(2):237–9.
- (138) McCrae RR, Costa PT. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52(1):81–90.
- (139) Carta MG, Balestrieri M, Murru A, Hardoy MC. Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009 Jun 26;5:15.
- (140) Zelviene P, Kazlauskas E. Adjustment disorder: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018 Jan;Volume 14:375–81.
- (141) Bachem R, Maercker A. Self-help interventions for adjustment disorder problems: a randomized waiting-list controlled study in a sample of burglary victims. *Cogn Behav Ther*. 2016 Sep;45(5):397–413.
- (142) Stanley MA, Beck JG, Novy DM, Averill PM, Swann AC, Diefenbach GJ, et al. Cognitive-behavioral treatment of late-life generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(2):309–19.
- (143) Thorp SR, Ayers CR, Nuevo R, Stoddard JA, Sorrell JT, Wetherell JL. Meta-Analysis Comparing Different Behavioral Treatments for Late-Life Anxiety. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009 Feb;17(2):105–15.
- (144) Wetherell JL, Stoddard JA, White KS, Kornblith S, Nguyen H, Andreescu C, et al. Augmenting antidepressant medication with modular CBT for geriatric generalized anxiety disorder: a pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011 Aug;26(8):869–75.
- (145) Stanley MA, Wilson N, Shrestha S, Amspoker AB, Armento M, Cummings JP, et al. Calmer Life: A Culturally Tailored Intervention for Anxiety in Underserved Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016 Aug;24(8):648–58.

(146) Jonsson U, Bertilsson G, Allard P, Gyllensvärd H, Söderlund A, Tham A, et al. Psychological Treatment of Depression in People Aged 65 Years and Over: A Systematic Review of Efficacy, Safety, and Cost-Effectiveness. *PLoS One*. 2016;11(8):e0160859.

(147) Cuijpers P, Hollon SD, van Straten A, Bockting C, Berking M, Andersson G. Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*. 2013;3(4).

(148) M. Clark D. Il programma inglese - Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). *Psicoterapia e Scienze Umane*. 2017 Nov;51(4):529–50.