



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Triennale in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle Relazioni Interpersonali

Tesi di laurea Triennale

Ultimi studi sull'efficacia delle terapie psicodinamiche nel trattamento dei principali disturbi d'ansia: una rassegna della letteratura

Latest studies on the effectiveness of psychodynamic therapies in the treatment of the main anxiety disorders: a review of the literature

Relatore

Prof. Diego Rocco

Laureando: Veronese Luigi

Matricola: 2048315

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

1. Introduzione	1
1.1. La ricerca in psicoterapia	1
1.2. I disturbi d'ansia.....	4
1.2.1. Il disturbo di panico.....	5
1.2.2. Le fobie	7
1.2.3. Il disturbo d'ansia generalizzata	8
2. Rassegna dei lavori	10
2.1. Studio 1 – “Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials”	10
2.2. Studio 2 – “The efficacy of psychodynamic therapy for social anxiety disorder: a comprehensive meta-analysis”	13
2.3. Studio 3 – “Integrative therapy (short-term psychodynamic psychotherapy & cognitive-behavioral therapy) and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial”	16
3. Conclusioni e discussione.....	19
Bibliografia.....	22

1. Introduzione

1.1. La ricerca in psicoterapia

La ricerca nell'ambito della psicoterapia segue, nel corso della storia, diverse fasi. Migone (2006) ne distingue cinque: una fase "preistorica", una fase di *focus* sull'*outcome*, una fase di *focus* sul processo, una fase che si concentra sui microprocessi e una fase odierna.

La "fase zero", definita da Migone (2006) "preistoria", corrisponde ai primi tentativi di ricerca negli anni '20, '30 e '40 del Novecento; legati rispettivamente ad Abraham, Glover e Rogers. È a loro che Migone attribuisce il primato sull'utilizzo di tecniche empiriche, precorritrici della ricerca come oggi è intesa, come ad esempio l'uso del registratore.

La prima fase della storia della ricerca in psicoterapia corrisponde al periodo compreso tra il 1950 e il 1970, e viene definita fase de "le ricerche sull'*outcome*" o "*outcome research*", termine con cui si intende "la ricerca sul risultato misurabile dopo che la terapia è terminata" (Migone, 2006, p. 31).

L'autore fa corrispondere questa fase con il tentativo di risposta alla provocazione di Eysenck (1952) sull'assenza di prove relative all'efficacia della psicoterapia, attribuendo ogni miglioramento "al mero passaggio del tempo". Va da sé che questo periodo corrisponde alla raccolta di prove volte a confutare questa affermazione, attraverso la dimostrazione che la terapia possedga di fatto un effetto benefico per il paziente. La confutazione definitiva è da attribuire ai primi studi che fanno uso della metanalisi, la quale dimostra definitivamente che "le psicoterapie in media ottengono risultati nettamente superiori sia ai controlli [...] sia al placebo, e che questi risultati sembrano essere abbastanza duraturi" (Migone, 2006, p. 35). Questa fase si conclude con il cosiddetto "verdetto di Dodo" (Luborsky et al., 1975), con il quale viene dimostrata l'efficacia della psicoterapia senza tuttavia definire un approccio terapeutico superiore agli altre. Questo fenomeno definito "paradosso dell'equivalenza" (in cui tutte le terapie risultano pressoché ugualmente efficaci) è la chiave che apre le porte alla seconda fase: quella de "le ricerche sul processo" (Migone, 2006).

La seconda fase si colloca tra il 1960 e il 1980, aprendosi con tre convegni organizzati dall'American Psychological Association (APA) e sponsorizzati dal National Institute of Mental Health (NIMH): uno a Washington nel 1958, uno a Chapel Hill nel 1961 e uno a Chicago nel 1966. Gli esiti di questi convegni confluiscono nella fondazione della Society for Psychotherapy Research (SPR), che diventa "il principale momento di coagulazione dei ricercatori" (Migone, 2006, p. 36) e porta a numerosi risultati, come la fondazione della rivista ufficiale dell'SPR

Psychotherapy Research nel 1990, la redazione del manuale Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change nel 1971 e la conduzione del primo studio dedicato alla psicoterapia a lungo termine della Menninger Foundation, che dà il via a una serie di studi di *process research*. Con “ricerca sul *process*” o “*process research*” si intende la ricerca che si focalizza sugli aspetti del processo terapeutico (indipendentemente dall’esito), e che a differenza di una ricerca sull’*outcome* si può condurre anche mentre la terapia è in corso (Migone, 2006).

Un esempio di *process research* può essere lo studio di “misurazioni dell’alleanza terapeutica [...] rapportate ad altre variabili [...], quali sesso o età di entrambi paziente e terapeuta [...]” (Migone, 2006, p. 32).

Il *focus* della ricerca in questa fase si sposta quindi dal rispondere a “*se* la terapia funziona” al rispondere a “*come* funziona la terapia”, e per farlo nasce l’esigenza di associare a ogni approccio terapeutico un “processo” definito e riproducibile. È così che nasce la ricerca sui manuali di psicoterapia, strumenti che si propongono di descrivere il processo terapeutico, caratterizzandosi per tre componenti: una selezione che rappresenti i principi della tecnica terapeutica, esempi concreti di ciascun principio, scale che permettano di capire in che entità un campione rientra in ciascun principio tecnico (Migone, 2006).

L’inizio della terza fase a cui Migone (2006) fa riferimento, e secondo cui in parte ci si trova tutt’ora, viene fatto coincidere con l’anno 1970. Questa terza fase è caratterizzata dalla dissezione dei processi terapeutici (“macroprocessi”) e dall’analisi delle loro componenti (“microprocessi”), con l’obiettivo di comprendere a quali fattori terapeutici (tecniche usate, strumenti di valutazione, qualità del rapporto tra paziente e terapeuta, ecc.) sia da attribuire il miglioramento. Tra gli studi di maggior rilievo in questa fase si cita lo studio condotto da Luborsky e collaboratori (1992) che individua sei fattori terapeutici nella psicoterapia psicodinamica: l’alleanza terapeutica, la comprensione e buona formulazione del terapeuta rispetto al tema centrale della relazione conflittuale del paziente, le buone interpretazioni riguardo al tema centrale, l’insight del paziente, la comprensione ed elaborazione dell’interiorizzazione dei risultati terapeutici e punteggi alti all’HSRS (scala salute-malattia) a inizio terapia. Negli anni recenti, si sviluppa un movimento interno all’APA che porta alla nascita delle Terapie Empiricamente Supportate (Migone, 2006), procedure terapeutiche strettamente manualizzate e supportate statisticamente.

La quarta ed ultima fase è caratterizzata dal desiderio di un ritorno a un approccio di ricerca più clinico, a dispetto dell’attuale approccio empirico-quantitativo. Nel secondo, i dati vengono ridotti o deformati a fine di catalogarli, e vengono introdotte condizioni rigorose per assicurare la

validità dello studio. Tali condizioni “asettiche”, tipiche della pratica laboratoriale, sono però ben lontane dalla realtà clinica e terapeutica quotidiana. Westen, Morrison e Thompson-Brenner (2004) propongono l’affiancamento di due metodologie di ricerca: una correlazionale, “*bottom-up*”, clinica, che metta in relazione principi e strategie della pratica terapeutica con l’esito della terapia stessa; e in un secondo momento una sperimentale, “*top-down*”, scientifica, che guidi la pratica clinica attraverso scoperte sugli interventi che sembrano correlare con esiti positivi osservati dalla prima. Nonostante le caratterizzazioni di questa fase storica, diverse sono le scoperte che ad oggi possono essere definite “incontrovertibili” (Migone, 2006, p. 43). In primo luogo, si è osservato e verificato che pazienti che si sottopongono a una terapia riportano miglioramenti nel breve e lungo termine maggiori rispetto a chi non vi si sottopone. Per quanto riguarda la ricerca in psicoterapia, inoltre, il “placebo” non è più considerato come la semplice non-somministrazione di una terapia, ma come il miglioramento dovuto alle aspettative del paziente di ottenere un miglioramento (effetto placebo). Una terapia quindi si può dire efficace quando la combinazione di aspettative e fattori terapeutici apporta un miglioramento maggiore rispetto alle semplici aspettative. È in fine oramai documentato che i risultati terapeutici sono ottenuti più dal terapeuta come persona e dal rapporto positivo che instaura con il paziente (alleanza), che dalle semplici tecniche usate; motivo per cui, nonostante alcune tecniche specifiche si siano dimostrate efficaci per alcuni disturbi, molte terapie diverse vi risultano indipendentemente da tecniche e durata (Lambert & Bergin, 1992).

Ad oggi sono anche più chiare le motivazioni per cui il verdetto di Dodo è valido tutt’ora. Una di queste è che i risultati dovuti alle tecniche usate in terapia, come ad esempio le libere associazioni o la ristrutturazione cognitiva, non sono nettamente distinguibili dagli effetti dovuti ad altri aspetti; come la personalità e la competenza del terapeuta, una buona alleanza instauratasi, la gravità del paziente o l’eccessiva o insufficiente aderenza al manuale da parte del conduttore. In sostanza, il rischio è che una terapia venga screditata o accreditata non tanto per le sue caratteristiche specifiche, ma per le caratteristiche di chi la conduce; che spesso vengono tralasciate negli studi comparativi. Altre motivazioni possono essere legate alle scale di valutazione globale, che possono non cogliere delle componenti del risultato (come ad esempio l’insight del paziente, un fattore molto importante in terapia dinamica); o alla difficoltà nel comparare le psicoterapie tra loro ottenendo misure statisticamente significative, in quanto: ogni psicoterapia presenta tassi di successo elevati, spesso la numerosità campionaria è esigua, i *bias* dei ricercatori influenzano l’esito di questi studi (Luborsky, 1993; Migone, 2006).

Nella seconda parte di questo primo capitolo, l’elaborato si focalizzerà sull’inquadramento clinico e teorico di una specifica categoria di disturbi: quella dei “disturbi d’ansia”. Verrà in

primo luogo definito il concetto di ansia e descritta la categoria dei disturbi da essa caratterizzata. In seguito, saranno descritte le categorie diagnostiche singolarmente.

1.2. I disturbi d'ansia

Con “ansia” si intende “il senso di apprensione che si prova nell’anticipazione di un certo problema” (Kring, 2023, p. 142). L’ansia sintomatica è spesso associata a una “paura cosciente e accettabile”, che maschera, in realtà, “una preoccupazione più profonda e meno accettabile” (Gabbard, 2015, p. 256): alcuni individui con disturbi d’ansia possono attribuire la loro condizione a stimoli “neutri” o contingenti (esempio: fobie specifiche) sui quali la rappresentazione ansiogena derivante da un conflitto inconscio viene reindirizzata, altri possono non avere idea di cosa li renda ansiosi (esempio: disturbo d’ansia generalizzata).

L’origine dell’ansia sintomatica è da rintracciarsi nella storia dell’individuo e da attribuire a credenze inconsce, sviluppatasi prevalentemente in infanzia e in relazione a una o più paure evolutive specifiche; derivanti da temi e periodi evolutivi diversi (Gabbard & Nemiah, 1985).

Nel 1996, Lesch e collaboratori, osservano che individui aventi una versione più corta del gene legato al trasportatore della serotonina possono provare quantità d’ansia maggiori rispetto a individui con una versione più lunga. Nel 2002, Hariri e collaboratori riportano che individui con una o due copie dell’allele corto sono più sensibili a stimoli che elicitano risposte di paura a livello dell’amigdala. La distribuzione degli individui con almeno un allele corto ammonta al 70% della popolazione (Gabbard, 2015), non solo quindi si può concludere che la tendenza a provare ansia è almeno in parte geneticamente determinata, ma anche che potrebbe svolgere un ruolo adattivo per cui individui più ansiosi potrebbero essere meglio equipaggiati alla sopravvivenza (in linea con la concezione freudiana di ansia come segnale adattivo).

Geneticamente, la predisposizione all’ansia sembra poter essere divisa in due raggruppamenti principali: predisposizione a panico e ansia generalizzata e predisposizione a fobie specifiche; associazioni e comorbilità di altro tipo sembrano essere dovute a fattori ambientali (Hettema et al., 2005).

Fattori genetici e ambientali sembrano inoltre assumere maggiore rilevanza in infanzia, adolescenza e prima età adulta. La minore rilevanza nelle età successive (Gabbard, 2015) limiterebbe l’insorgenza di disturbi d’ansia all’avanzare dell’età.

Per quanto riguarda la ricerca legata alla distinzione tra “ansia primaria” (come sintomo) e “ansia segnale” (come risposta adattiva), le prime tracce si hanno nel Menninger Foundation Psychotherapy Research Project (Appelbaum, 1977) e in uno studio condotto da Siegal & Rosen

(1962), in cui si conclude che la “semplice presenza o assenza di ansia dopo la terapia non costituisce una base sufficiente per valutare il cambiamento” (Gabbard, 2015, p. 259), ma che al contrario la padronanza dell’Io sull’ansia segnale sia utile ad affrontare date situazioni in modo più efficace. Nel 1999, con uno studio condotto da Wong, il costrutto di ansia segnale trova un riscontro neuroscientifico: i soggetti esposti a uno stimolo a livello non cosciente venivano in seguito coscientemente condizionati a sviluppare risposte d’ansia allo stesso stimolo. Ad una seconda esposizione non cosciente, i soggetti presentavano comunque risposte ansiogene (prima non manifestate) che non si verificavano in risposta all’esposizione di stimoli non coscienti diversi da quello condizionato. Alcune forme d’ansia si possono quindi sviluppare inconsciamente in risposta a situazioni che l’individuo teme e si aspetta, mettendolo in guardia (Gabbard, 2015).

Tyrer e collaboratori (2003) definiscono in conclusione il quadro clinico nevrotico come un insieme di caratteristiche ansiose e depressive, associate a una specifica patologia di personalità. Viene riportato inoltre come i disturbi d’ansia tendano a presentarsi in comorbidità piuttosto che in forma pura, rendendo la suddivisione in categorie diagnostiche solo limitatamente utile (Gabbard, 2015). Di seguito verranno descritti i principali...

1.2.1. Il disturbo di panico

Con disturbo di panico si intende un disturbo caratterizzato da episodi ricorrenti di terrore, sentimenti di apprensione, timore di disastri imminenti e sensazioni di morte, accompagnati da sintomi fisiologici come tachicardia, sudorazione e tremori (Gabbard, 2015; Kring, 2023); definiti “attacchi di panico”. Spesso chi ne soffre sviluppa un’ulteriore forma d’ansia anticipatoria legata alla possibilità che se ne presenti uno, e che può sfociare in una forma di agorafobia (paura di essere intrappolati in un luogo da cui scappare risulta difficile o imbarazzante) legata all’incapacità di scappare nel caso in cui un attacco di panico si manifesti. Per molti pazienti gli attacchi sembrano privi di referenti ambientali o intrapsichici e chi ne soffre ha l’impressione che “vengano dal nulla”.

Gli attacchi sembrano essere spesso preceduti da fattori stressanti di rilievo (Busch et al., 1991) associati ad alterazioni nelle aspettative dell’individuo, in genere inerenti al tema della perdita (ad esempio lavorativa, di una figura significativa, ecc.). La storia evolutiva di chi soffre di disturbo di panico è infatti tipicamente caratterizzata da vissuti traumatici nei confronti del legame d’attaccamento con la figura genitoriale: lutto, abbandono, separazione precoce e atteggiamenti rifiutanti verso il bambino sono pattern relazionali frequenti. In molti casi le stesse

figure genitoriali vengono descritte come critiche, impositive e incapaci di tollerare manifestazioni aggressive da parte dell'individuo (Gabbard, 2015).

Per quanto riguarda le caratteristiche temperamentali, sembra esserci correlazione positiva tra l'insorgenza del disturbo di panico e l'incapacità di chi ne soffre di tollerare elementi ambientali a lui estranei (Kagan et al., 1988): il bambino ricerca la cura del genitore per far fronte a questi elementi, ma crescendo è costretto a rinunciare alla protezione, finendo per percepirsi come inadeguato e sviluppando sentimenti ostili verso i genitori stessi. L'inadeguatezza è quindi proiettata sui genitori, che vengono visti come inaffidabili, e la paura che la rabbia spinga il genitore a privarlo dell'amore o ad abbandonarlo (ansia di separazione), intensifica una dipendenza aggressiva del bambino verso il genitore (Busch et al., 1991; Gabbard, 2015; Milrod et al., 1997). Questa viene in fine evitata attraverso meccanismi di difesa come formazione reattiva, annullamento retroattivo, somatizzazione ed esternalizzazione (Busch et al., 1995). Spesso chi soffre di disturbo di panico presenta uno stile di attaccamento preoccupato, caratterizzato da una particolare sensibilità tanto alla separazione (che incute paura) quanto all'attaccamento (troppo intenso da gestire), e che si traduce in atteggiamenti iper-controllanti nei confronti degli altri. L'interiorizzazione di rappresentazioni violente delle figure di attaccamento (per esempio attraverso esperienze di abuso sessuale) può essere un fattore di rischio per lo sviluppo di un attaccamento preoccupato e di conseguenza del disturbo di panico (Gabbard, 2015).

Nella sua manifestazione, l'attacco di panico può dipendere da un'inadeguata gestione di ansia segnale da parte dell'Io, scatenata da stimoli che ricordano situazioni pericolose precedentemente vissute (De Masi, 2004), soprattutto se legate all'attaccamento. Un modello di comprensione neuroscientifica afferma che esperienze traumatiche lasciano "impronte indelebili nel cervello" (Gabbard, 2015, p. 263) a livello dell'amigdala, che è anche la prima struttura ad attivarsi in risposta a segnali di paura. Questa attivazione può essere inconscia, ed elicitare una risposta di "lotta o fuga" prima che il talamo trasmetta il segnale alla corteccia, deputata all'attivazione di risposte razionali (Gabbard, 2015). Secondo De Masi (2004), l'ansia rimane incapsulata nel sistema limbico e nell'amigdala senza raggiungere la corteccia (che distinguerebbe minacce reali da immaginarie e recondite), scatenando quindi l'attacco di panico.

Interventi psicodinamici che si focalizzano su conflitti circa tematiche di separazione, fantasie omicide o distruttive, perdita (anche dello stesso terapeuta), rabbia e sui meccanismi di difesa per evitarla, si sono dimostrati utili (Abend, 1989; Milrod et al., 1997; Sifneos, 1982). Formazione reattiva e annullamento retroattivo allontanano gli affetti negativi dalla coscienza, la prima

modificando l'affetto e il secondo annullandolo a posteriori attraverso “soluzioni” comportamentali, impedendo all'individuo non solo di mentalizzare le origini inconse di ansia e rabbia, ma anche questi stessi affetti. Durante la terapia bisognerebbe quindi lavorare sulla mentalizzazione degli affetti, aiutando il paziente non solo a rendersi conto del suo bisogno inconscio di difendersi dalla rabbia, ma anche a dare un significato coerente all'attacco di panico e a ciò che lo scatena nella sua storia evolutiva. Esternalizzazione, che esclude il mondo interno dell'individuo dalla condizione patologica, e somatizzazione, che scatena sintomi fisici e vi sposta l'attenzione, creano delle rappresentazioni degli altri significativi come salvatori capaci di farlo guarire da qualcosa che non va nel suo corpo. Le figure di attaccamento, infatti, hanno spesso ruoli importanti nella gestione dell'attacco di panico, e queste rappresentazioni amplificano il desiderio di sopprimere la rabbia al fine di mantenervi il legame, fenomeno che si osserva anche nel transfert con il terapeuta (Busch et al., 1995; Gabbard, 2015).

L'efficacia della terapia dinamica è stata confermata rispetto alla terapia comportamentale basata sull'apprendimento di tecniche di rilassamento (73% dei pazienti traeva beneficio dalla prima a fronte del 39% dei pazienti che traeva beneficio dalla seconda) (Milrod et al., 2007). Una terapia farmacologica può essere associata alla psicoterapia per diminuire l'insorgenza degli attacchi, ma non sembra essere sufficiente da sola (Wiborg & Dahl, 1996; Zitrin et al., 1978).

1.2.2. Le fobie

Il DSM-5 include tre categorie: fobie specifiche, fobia sociale e agorafobia.

Con il termine “fobia” si intende un sentimento di paura sproporzionata che si manifesta in relazione a un oggetto o a una situazione particolare (Kring, 2023). Nemiah (1981) definisce la fobia come il risultato di tre meccanismi di difesa (spostamento, proiezione ed evitamento) che si attivano in risposta all'emergere di pensieri pulsionali inconsci portatori di risposte superegoiche punitive. Sostanzialmente, l'inconscio associa la situazione o l'oggetto fobico al pensiero pulsionale (spostamento) e il contenuto affettivo viene incapsulato dalla rappresentazione stessa dell'oggetto o della situazione (proiezione). L'oggetto, quindi, viene evitato per allontanare il contenuto affettivo associatovi (evitamento).

La ricerca psicodinamica pone un accento particolare sulla fobia sociale, a causa delle notevoli implicazioni che questa ha sull'adattamento dell'individuo rispetto ad altre fobie specifiche. Tra i fattori correlati con il suo insorgere, si riportano lutto genitoriale in età infantile o adolescenziale, presenza di patologie nelle figure genitoriali (primariamente fobia sociale e depressione), esposizione a stress materno durante l'infanzia e stile genitoriale iperprotettivo e/o rifiutante

(Essex et al., 2010; Kendler et al., 1992; Lieb et al., 2000).

In linea con il modello proposto da De Masi (2004) legato al disturbo di panico, Tillfors e collaboratori (2001) osservano un aumento del flusso ematico in corrispondenza dell'amigdala in pazienti che soffrono di fobia sociale che parlano di fronte a un pubblico. In individui non affetti da fobia sociale, lo stesso aumento corrisponde a determinate zone corticali.

Un modello proposto da Kagan e collaboratori (1988) e proseguito da Rosenbaum e collaboratori, (1992) postula l'esistenza di una predisposizione temperamentale allo sviluppo della fobia sociale, che in sinergia con fattori ambientali provoca l'esordio del disturbo. L'elevata comorbilità con altri disturbi fa supporre che la stessa "diatesi genetico-costituzionale [...] possa predisporre a diversi disturbi d'ansia" (Gabbard, 2015, p. 270).

Pazienti che soffrono di fobia sociale sembrano interiorizzare rappresentazioni criticanti, umilianti, ridicolizzanti, e abbandonanti di figure caregiver (Gabbard, 1992), accompagnate da affetti predominanti di vergogna e imbarazzo. Nonostante la predisposizione genetica alla formazione di queste rappresentazioni, esperienze positive possono mitigarle almeno in parte (Gabbard, 2015).

Sia nel trattamento della fobia sociale che dell'agorafobia, interventi psicodinamici che prestano attenzione al contesto interpersonale possono risultare benefici. Ciononostante, trattamenti cognitivo-comportamentali risultano più efficaci per ogni tipo di fobia (Gabbard, 2015).

1.2.3. Il disturbo d'ansia generalizzata

Con disturbo d'ansia generalizzata si intende una preoccupazione costante, presente per un numero di giorni maggiore rispetto a quello in cui è assente e per un periodo di almeno sei mesi. L'ansia è intensa, difficile da controllare e fonte di disagio personale, sociale e/o professionale. In questo disturbo l'attivazione ansiogena o *arousal* non si limita a situazioni circoscritte, ma si estende a diversi aspetti della quotidianità come le relazioni, la salute, ecc. Sono presenti anche altri sintomi, come l'irrequietezza, l'affaticamento facile, la difficoltà nel concentrarsi, l'irritabilità, la tensione muscolare e le alterazioni del sonno. Questo disturbo risulta essere il disturbo d'ansia con il maggiore tasso di comorbilità (Gabbard, 2015; Kring, 2023).

Nella terapia psicodinamica, l'ansia viene considerata come un mezzo di comunicazione. Bisogna quindi ragionare sui significati sottostanti, anche basandosi sulla gerarchia delle paure evolutive. Va inoltre analizzato il ruolo dell'ansia nell'organizzazione di personalità (Gabbard, 2015).

Pazienti che soffrono di ansia generalizzata spesso focalizzano la loro attenzione su sintomi

somatici o preoccupazioni superficiali, con il fine di evitare i contenuti profondi responsabili dell'ansia stessa. L'approccio terapeutico dovrebbe pertanto basarsi sul tentativo di rafforzare le risorse dell'Io legate al controllo dell'ansia, sulla comprensione delle aspettative inconse di fallimento e sul suo utilizzo a fine introspettivo, oltre che sulla semplice scomparsa del sintomo. L'ambiente dovrebbe essere accogliente e tollerante verso il paziente (Gabbard, 2015).

Secondo (Crits-Christoph et al., 1995), il pattern di evitamento legato ai pazienti che soffrono di ansia generalizzata può essere legato a traumi precoci e a un attaccamento insicuro. Elementi di questo genere si possono riflettere nella relazione transferale (Gabbard, 2015).

Non si osservano differenze di efficacia tra terapia cognitivo comportamentale e psicodinamica breve, l'ideale sarebbe quindi individuare la forma di terapia più adatta per il singolo individuo sulla base dei suoi obiettivi e delle sue aspettative personali (Gabbard, 2015; Leichsenring et al., 2009).

2. Rassegna dei lavori

In questa seconda parte, l'elaborato si concentrerà sulla presentazione di tre articoli recenti, legati alla ricerca sull'efficacia della terapia rivolta ai disturbi d'ansia. L'obiettivo sarà offrire una panoramica attuale rispetto all'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici disponibili, rivolti ai tre principali disturbi d'ansia presentati nel capitolo 1: disturbo di panico, fobia sociale e disturbo d'ansia generalizzata. Laddove possibile, particolare enfasi verrà posta sulla terapia psicodinamica.

Gli articoli sono stati scelti a partire da tre differenti ricerche bibliografiche.

La prima è stata condotta sulla banca dati PubMed, inserendo come parole chiave “panic disorder”, “meta-analysis” e “psychodynamic therapy”, legate dall'operatore booleano “AND”. I termini “panic disorder” e “meta-analysis” sono stati impostati come titolo.

Anche la seconda ricerca è stata condotta sulla banca dati PubMed, inserendo come parole chiave “social anxiety”, “meta-analysis” e “psychodynamic therapy”. Anche in questo caso i termini sono stati legati dall'operatore booleano “AND” e “social anxiety” e “meta-analysis” sono stati impostati come titolo.

La terza ricerca è stata condotta prendendo in esame le risorse elettroniche del sistema bibliotecario di ateneo GalileoDiscovery, inserendo le parole chiave “generalized anxiety”, “psychodynamic” e “therapy”; legate dall'operatore booleano “AND”.

Per tutte e tre le ricerche è stato impostato un range di data di pubblicazione compreso tra 2020 e 2024, in modo tale da presentare articoli quanto più possibile recenti e aggiornati all'attuale letteratura scientifica. Sono stati privilegiati articoli pubblicati su riviste ad alto Impact factor, quali British Journal of Psychiatry, Psychiatry Research e Complementary Therapies in Clinical Practice, che si registrano rispettivamente in Q1, Q1 e Q2 negli anni di pubblicazione degli articoli selezionati.

2.1. Studio 1 – “Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials”

Questo primo studio consiste in una recente metanalisi condotta da Papola e collaboratori nel 2022, pubblicata dalla rivista britannica The British Journal of Psychiatry. L'obiettivo degli autori è quello di comparare l'efficacia di vari approcci terapeutici diversi tra loro, a fine di compilare una gerarchia sui trattamenti più efficaci nel ridurre o azzerare i sintomi del disturbo di panico (con o senza agorafobia).

Gli autori seguono le linee guida PRISMA specifiche per le metanalisi (Hutton et al., 2015; Page et al., 2021). Questo studio raccoglie articoli dalle banche dati MEDLINE, Embase, PsycInfo e Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), pubblicati dal 1° gennaio 2021 e che mettono a confronto ogni tipo di psicoterapia con ogni tipo di condizione di controllo (compresa un altro tipo di psicoterapia) nel trattamento di pazienti di età maggiore o uguale a 18 anni, con diagnosi di disturbo di panico con o senza agorafobia (diagnosticato secondo criteri Research Diagnostic Criteria, ICD-10 e DSM) e in fase acuta al momento del reclutamento.

I tipi di trattamento inclusi in tutti gli studi considerati sono stati divisi nei due macrogruppi sperimentale e di controllo. Nel primo sono state incluse: terapia comportamentale, terapia cognitivo-comportamentale, terapia cognitiva, *eye-movement desensitization and reprocessing* (EMDR), terapia interpersonale, terapia psicodinamica a breve termine, interventi psicoeducazionali, terapia fisiologica, terapia supportiva e terapia cognitivo-comportamentale di terza generazione. Nel gruppo di controllo sono stati inclusi: antidepressivi, benzodiazepine, pillole placebo, “*treatment as usual*”, lista d’attesa e placebo psicologico/attenzione. Nella selezione degli studi non sono stati impostati limiti di tempo, frequenza o durata delle sessioni. Per la valutazione del rischio di *bias* è stata utilizzata la Cochrane Risk of Bias assessment tool 2nd version (Sterne et al., 2019), con l’aggiunta di due parametri ritenuti rilevati dai ricercatori: valutazione della competenza e della qualità del training e della supervisione del terapeuta che ha somministrato la terapia, e aderenza del terapeuta al manuale della terapia.

La valutazione dell’*outcome* è stata basata su due aspetti: efficacia (effetto della terapia sui sintomi) e accettabilità (tasso di discontinuità, ovvero percentuale di pazienti che non portano a termine il trattamento dopo averlo iniziato).

La prima è stata calcolata attraverso un algoritmo di somministrazione di scale elaborato in uno studio precedente (Papola et al., 2020) da cui sono stati ricavati gli *effect size* (che in questo rivestono il ruolo di indici di efficacia della terapia) come differenze medie standardizzate (SMD) a un intervallo di confidenza al 95%. Gli *effect size* (che rappresentano il tasso di discontinuità) della seconda sono stati calcolati con l’applicazione di Confidence in Network Meta-Analysis (CINeMA) (Nikolakopoulou et al., 2020), a un intervallo di confidenza del 95%.

Sono state inoltre calcolate una gerarchia degli interventi più efficaci e una degli interventi più accettabili rispetto al campione di controllo *treatment as usual*, che in questo studio indica il gruppo di pazienti trattato con il solo *assessment* o con terapie somministrate al di fuori dello studio condotto. L’aspettativa degli autori, motivati dall’eterogeneità dei risultati ottenuti dagli studi comparativi, era quella di individuare le terapie di prima scelta nel trattamento del disturbo

di panico. L'analisi dei dati è stata condotta confrontando le terapie (sia del gruppo sperimentale che di controllo) a due a due. L'eterogeneità dei campioni è stata calcolata tenendo conto sia aspetti della terapia somministrata (come numero, frequenza, manualizzazione) che del campione (come genere, età media, numero di unità statistiche).

Da una raccolta di 16396 studi ne sono stati selezionati 136. A seguito della valutazione del rischio di *bias*, per motivazioni principalmente legate a distorsioni nella somministrazione del tipo di intervento e distorsioni nella selezione dei risultati ottenuti, 33 sono stati esclusi dalla metanalisi, riducendo il numero di articoli presi in esame a 103. Nell'analisi dell'efficacia è riportato un campione di 7352 pazienti, derivante da 103 studi. Nell'analisi dell'attendibilità, invece, è riportato un campione di 6862 pazienti, derivante da 96 studi. In entrambi i campioni, l'età media dei partecipanti era di circa 38 anni, il 69,8% era costituito da donne, e l'80% del campione globale possedeva, in comorbidità con il disturbo di panico una diagnosi di agorafobia. Circa l'80% degli studi è stato condotto in America, Regno Unito ed Europa.

Dai risultati è emerso che le terapie con *effect size* più elevati in termini di efficacia sono terapia comportamentale, terapia cognitivo-comportamentale e terapia psicodinamica a breve termine, ma anche la terapia cognitiva riporta esiti positivi significativi. Tutte le altre terapie non sono risultate significativamente più efficaci rispetto ai *treatments as usual*. Dal test dell' I^2 è emersa un'elevata eterogeneità, ma nonostante questo non è stata osservata inconsistenza.

La terapia cognitiva, quella comportamentale e la terapia fisiologica sono risultate leggermente meno accettabili rispetto ai *treatments as usual*, a significare che queste terapie hanno una maggiore tendenza al *dropout* e/o all'infrequenza da parte del paziente. Non è stata osservata eterogeneità significativa, così come inconsistenza.

Le analisi della sensibilità, seppur confermando i risultati ottenuti, suggeriscono che l'*effect size* delle terapie rispetto ai *treatments as usual* potrebbe essere minore di quanto osservato. In particolar modo, l'esclusione di diagnosi basate su parametri DSM-III e DSM-III-TR ha fatto perdere la netta superiorità della terapia dinamica rispetto ai *treatments as usual*.

Lo studio di Papola e collaboratori fornisce importanti informazioni sull'efficacia di vari approcci terapeutici a un disturbo comune: il disturbo di panico. Il grande numero di studi e il campione considerato offrono una prospettiva accurata del range di terapie utili a trattare il disturbo di panico.

Nonostante questa ricerca possa fornire sviluppi interessanti sul ruolo di terapia cognitiva, comportamentale e cognitivo-comportamentale, che si confermano come interventi di prima linea, i dati forniti sul ruolo della terapia psicodinamica non sono altrettanto esaustivi.

Nonostante la prima analisi fornisca dati a favore della sua efficacia rispetto ai *treatments as usual*, l'ulteriore analisi della sensibilità sembra contraddire i primi risultati. A dispetto di questa contraddizione, gli autori si riferiscono ugualmente alla terapia psicodinamica come intervento di prima linea, concludendo che sia la terapia psicodinamica che quella cognitivo-comportamentale sono interventi utili, ma attribuendo una leggera superiorità alla seconda. I limiti di questo studio riportati da Papola e collaboratori, consistono nell'elevato grado di eterogeneità dei campioni, definito come la maggiore criticità dello studio, così come l'elevato rischio di *bias* a cui alcuni articoli presi in esame erano soggetti e l'elevata numerosità di studi sulla terapia cognitivo-comportamentale rispetto a tutte le altre. Il grado di eterogeneità non è diminuito neanche con l'analisi della sensibilità, che, come unico risultato, ha portato alla perdita dei dati di significatività sull'efficacia della terapia psicodinamica.

Ad ogni modo, lo studio ha un elevato impatto clinico, dimostrandosi utile a fine di strutturare linee guida per il trattamento del disturbo di panico, che permettano tanto ai pazienti quanto agli esperti di orientarsi verso quegli approcci che possono portare a un vantaggio effettivo.

2.2. Studio 2 – “*The efficacy of psychodynamic therapy for social anxiety disorder: a comprehensive meta-analysis*”

Questa metanalisi, condotta da Zhang e collaboratori nel 2022 e pubblicata dalla rivista irlandese *Psychiatry Research*, si pone l'obiettivo di studiare l'efficacia della terapia psicodinamica (individuale e di gruppo) come trattamento del disturbo d'ansia sociale, confrontandola con due categorie di trattamenti definite “inattivi” e “attivi”. Gli autori, attraverso questa rassegna, cercano di fornire una risposta definitiva agli studi di confronto della terapia psicodinamica con la terapia cognitivo-comportamentale, intervento di prima linea per questo disturbo.

Per farlo, Zhang e collaboratori rassegnano le banche dati PubMed, Embase, Web of Science, Cochrane Central Register of Controlled Trials, PsycINFO, Clinical Trails, e Ovid Medline, per un range di pubblicazione compreso tra 2004 e 2019. Questo studio segue le linee guida del PRISMA Statement (Liberati et al., 2009), e utilizza *Reveiw Manager 5.3* per il calcolo degli effect size (Hedges & Olkin, 1985) e *Stata/SE 12.0* per l'analisi del test di Egger e della meta-regressione.

Gli autori prendono in esame studi randomizzati controllati con campioni costituiti da pazienti affetti da disturbo d'ansia sociale (diagnosticata secondo criteri DSM o ICD-10), nei quali ad almeno un gruppo viene somministrata una terapia psicodinamica, partendo da un totale di 275 articoli. I pazienti, che compongono il campione totale, vengono divisi dagli autori in due gruppi sulla base del tipo di trattamento a cui vengono sottoposti. Il primo gruppo viene definito

“gruppo inattivo”, ed è costituito da pazienti trattati con placebo o lista d’attesa, mentre il secondo viene definito “gruppo attivo”, ed è costituito da pazienti trattati con terapia psicodinamica, cognitivo-comportamentale o farmacologica. L’efficacia della terapia psicodinamica individuale, così come quella di gruppo, verrà poi confrontata con l’efficacia del gruppo dei trattamenti inattivi (calcolata mettendo insieme efficacia di placebo e lista d’attesa), con l’efficacia del gruppo dei trattamenti attivi (calcolata mettendo insieme efficacia di terapia dinamica, cognitivo-comportamentale e farmaci) e con quella della terapia cognitivo-comportamentale presa a sé.

Il rischio di *bias* è stato valutato utilizzando la Cochrane Risk of Bias assessment tool (Higgins et al., 2019). Per ogni studio sono stati calcolati rischio di *selection bias* (inefficacia della randomizzazione), *performance bias* (distorsioni legate a caratteristiche personali di pazienti e terapeuti), *detection bias* (distorsioni nella valutazione dell’*outcome*), *attrition bias* (incompletezza dei dati legati alla valutazione dell’*outcome*) e *reporting bias* (segnalazione selettiva dei dati). I rispettivi rischi sono stati riportati come “basso”, “sconosciuto” o “alto”. Per la valutazione degli studi vengono raccolte informazioni di varia natura, legate a caratteristiche individuali dei campioni che compongono gli studi (come numerosità ed età media), aspetti caratterizzanti dell’intervento somministrato (come durata e tipo di intervento) e alle scale utilizzate per la valutazione dell’*outcome*.

Gli *effect size* tra i gruppi e tra le singole terapie sono stati calcolati a partire dalla differenza dei punteggi ottenuti in scale di valutazione somministrate prima e dopo gli studi, ad un intervallo di confidenza al 95%. Il grado di eterogeneità è stato calcolato

Sono stati selezionati 12 studi, per un totale di 1213 pazienti, essendo stati esclusi studi duplicati, studi che non hanno fornito dati utili alla ricerca condotta e studi di cui non è stato possibile reperire i dati dagli autori. Tutti i partecipanti sono stati diagnosticati con un disturbo d’ansia sociale o con fobia sociale, attraverso le seguenti scale: Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Social

Phobia Inventory (SPI), Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS) e Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA). Tra tutti gli studi inclusi nella metanalisi, quello con il campione di età media minore ne riporta una di 17 anni mentre quello con il campione di età media maggiore ne riporta una di 40 anni. Non sono stati forniti dati rispetto alla variabilità etnica dei campioni. Nonostante gli studi presi in esame abbiano riportato vulnerabilità diverse a *bias* diversi, l’unico *bias* con un alto indice di rischio totale è risultato essere il *performance bias*.

Dai risultati è emerso che la terapia psicodinamica risulta più efficace rispetto ai trattamenti definiti inattivi, ma leggermente meno efficace rispetto ai trattamenti attivi. L’*effect size* di

quest'ultimo gruppo è stato calcolato tenendo conto dell'efficacia sia di terapia cognitivo comportamentale, che di terapia psicodinamica, che di terapia farmacologica. È stato inoltre osservato che la terapia dinamica individuale è risultata più efficace rispetto alla terapia dinamica di gruppo.

Per quanto riguarda il confronto tra terapia dinamica e cognitivo-comportamentale, ad una prima analisi non si è osservata una significativa differenza tra le due. Ad un'analisi di sensibilità condotta escludendo tre degli studi presi in considerazione, tuttavia, la terapia cognitivo-comportamentale è risultata maggiormente efficace.

Un'ulteriore comparazione è stata studiata tra terapia psicodinamica e un gruppo di controllo (costituito da ogni terapia non-psicodinamica), per indagare differenze di efficacia a livello di follow-up a 6, 12 e 24 mesi. A nessuno dei tre tempi si sono osservate differenze significative tra i due gruppi.

Anche il tasso di dropout è stato calcolato, ed è risultato ininfluenza sull'*effect size* della terapia psicodinamica, a significare che l'efficacia della terapia non è stata influenzata da questo parametro. Un risultato analogo si è registrato nella relazione tra *effect size* e numero di sedute di terapia somministrate. Terapia psicodinamica e cognitivo-comportamentale non hanno registrato tassi di dropout differenti.

Questo articolo viene definito dagli autori come la prima metanalisi a fornire informazioni in larga scala sull'efficacia della terapia psicodinamica sul disturbo d'ansia sociale o fobia sociale. È inoltre l'articolo che include il maggior numero di studi in merito, fornendo dati chiari e positivi sull'utilizzo della terapia psicodinamica nel trattamento del suddetto disturbo, pur non contraddicendo la precedente letteratura che riconosce la terapia cognitivo comportamentale come la terapia più efficace nel breve termine. Gli autori osservano che la terapia cognitivo comportamentale riporta una maggiore efficacia solo a diretto seguito della conclusione della terapia stessa, ma che ai follow-up tale differenza tende ad affievolirsi fino a scomparire del tutto. Gli autori ipotizzano che la motivazione di questa differenza sia dovuta al fatto che la terapia cognitivo-comportamentale produce modifiche nell'immediato, mentre le modifiche apportate dalla terapia psicodinamica riguardano la struttura di personalità e quindi tempistiche maggiori sono necessarie al cambiamento per prendere forma. Lo studio non è esente da limitazioni, Zhang e collaboratori ne riportano 4 principali limitazioni: in primis la limitazione autoimposta di prendere in esame solo letteratura scritta in lingua inglese, in secondo luogo la numerosità esigua degli studi e la vulnerabilità degli stessi ad alcuni tipi di *bias*, in terzo l'inclusione di un solo studio che vedeva la somministrazione di un placebo (gli altri prevedevano l'uso delle liste d'attesa) e in fine le differenze dei campioni in termini di

caratteristiche personali dei soggetti (genere, età, nazione d'appartenenza, ecc.).

In conclusione, si può affermare che questa metanalisi presenti dati che riconoscono l'efficacia della terapia psicodinamica per il trattamento del disturbo d'ansia sociale e la confermano come valida alternativa alla terapia cognitivo-comportamentale, tutt'ora considerata intervento di prima linea.

2.3. Studio 3 – “*Integrative therapy (short-term psychodynamic psychotherapy & cognitive-behavioral therapy) and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial*”

Il terzo studio, proposto da Orvati Aziz e collaboratori e pubblicato nella rivista *Complementary Therapies in Clinical Practice*, propone un approccio terapeutico integrativo al trattamento del disturbo d'ansia generalizzato, basato sull'implementazione di aspetti cognitivo-comportamentali e psicodinamici. Il fine di questo approccio è ottenere esiti migliori nel lungo termine, in quanto, nonostante si sia osservato che sia terapia cognitiva che dinamica risultano efficaci, la terapia dinamica sembra ottenere risultati più duraturi rispetto alla prima. Il modello integrativo proposto da Orvati Aziz e collaboratori mette insieme diversi elementi caratterizzanti sia dell'approccio terapeutico cognitivo-comportamentale che di quello psicodinamico. Include aspetti di gestione del sintomo, come l'apprendimento di strategie di coping e abilità personali, così come aspetti di psicologia del profondo, come l'analisi e la ristrutturazione di pattern cognitivi, di meccanismi di difesa disfunzionali e di pattern transferali che coinvolgono figure interne o esterne alla terapia. Include infine interventi di rielaborazione dell'esperienza, comuni a entrambi gli approcci, che si focalizzano sulla rielaborazione e sulla modifica di esperienze affettive, comunicative ed emotive.

Nello studio condotto viene testata l'efficacia del modello integrato attraverso la comparazione con terapia cognitivo-comportamentale e un gruppo di controllo.

Per questo studio sono stati reclutati 36 pazienti con diagnosi principale di disturbo d'ansia generalizzata, attraverso Clinical Diagnostic Interview (CDI) strutturata su criteri diagnostici del DSM5, diagnosi psichiatrica e Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA). I 36 pazienti sono stati ulteriormente divisi in 3 gruppi per randomizzazione, ciascuno costituito da 12 pazienti. Al primo gruppo è stata somministrata una terapia basata sul modello integrativo precedentemente illustrato, al secondo gruppo è stata somministrata una terapia cognitivo-comportamentale e al terzo gruppo non è stata somministrata alcuna terapia (gruppo di controllo). Il range d'età dei partecipanti era compreso tra i 18 e i 35 anni, con una percentuale di pazienti di sesso femminile del 75% nel campione cognitivo-comportamentale, del 91,7% nel campione integrativo e dell'83,3% nel campione di controllo. Ogni terapia è stata somministrata in 15 sessioni, ognuna

caratterizzata da procedure e attività specifiche indicate in una serie di linee guida.

Per l'analisi dell'efficacia della terapia è stata utilizzata la scala Hamilton Rating Scale for

Anxiety (HRSA), che misura con 14 *items self-report* i livelli di ansia somatica e psicologica.

Per valutare i livelli di depressione prima e dopo lo studio, è stato utilizzato il Beck Depression

Inventory (BDI), una scala di 21 *items self-report* che misura i livelli di depressione. Questa

scala è stata utilizzata per identificare pazienti affetti da depressione, oltre che da ansia. Pazienti

con diagnosi principale di disturbi depressivi sono stati esclusi dallo studio.

I risultati sono stati calcolati con intervallo di confidenza al 95%, sia nel calcolo dell'omogeneità

che in quello dell'efficacia con l'analisi della covarianza. Tre ipotesi sono state testate: che il

gruppo trattato con terapia cognitivo-comportamentale ottenesse un miglioramento

statisticamente maggiore rispetto al gruppo di controllo, che il gruppo trattato con terapia ad

approccio integrato ottenesse un miglioramento statisticamente maggiore rispetto al gruppo di

controllo, e che il gruppo trattato con terapia ad approccio integrato ottenesse un miglioramento

statisticamente maggiore rispetto al gruppo trattato con terapia cognitivo-comportamentale.

Tutte e tre le ipotesi sono state confermate.

La prima, oltre che dimostrare un netto calo tra prima e dopo la somministrazione della terapia

cognitivo-comportamentale della media di ansia percepita con un effetto del 64%, ha anche

dimostrato la netta superiorità della stessa rispetto alla condizione di controllo, dove il

miglioramento è stato irrisorio. È stato applicato il test di Levene, che ha dimostrato

l'omogeneità delle varianze dei due gruppi.

L'ipotesi è stata analizzata attraverso il metodo delle covarianze (ANOVA).

Così come la prima ipotesi, anche la seconda ipotesi è risultata positiva, dimostrando la

superiorità della terapia ad approccio integrato, con un effetto del 79%, rispetto ai benefici

ottenuti dal gruppo di controllo. Anche in questo caso il test di Levene ha confermato

l'omogeneità delle varianze e l'ipotesi è stata confermata dall'analisi delle covarianze (ANOVA)

Infine, anche la terza ipotesi è stata confermata: l'approccio integrato sembra riportare un

abbassamento della media di ansia percepita a fine terapia maggiore rispetto alla terapia

cognitivo-comportamentale. Anche in questo caso il test di Levene ha dimostrato l'omogeneità

delle varianze.

Lo studio presentato da Orvati Aziz e collaboratori mette in luce la possibilità di strutturare un

approccio terapeutico che include costrutti e metodologie legate sia alla terapia cognitivo-

comportamentale che alla terapia psicodinamica, dimostrandone l'efficacia nel breve termine. I

risultati dimostrano che questo approccio integrato potrebbe essere più efficace rispetto alla

terapia cognitivo-comportamentale, considerato intervento di prima linea nel trattamento del disturbo d'ansia generalizzata, e di conseguenza anche alla terapia psicodinamica a breve termine, anch'essa dotata di buona evidenza in termini di efficacia seppur non sempre al pari della prima.

La possibilità di disporre un intervento del genere, se ben strutturato e manualizzato, potrebbe andare ad alterare la concezione odierna delle linee guida nel trattamento del disturbo d'ansia generalizzato al netto di una maggiore efficacia nel breve e nel lungo termine.

Lo studio non è esente di alcune criticità: in primo luogo l'esigua numerosità campionaria e in secondo luogo l'elevata percentuale di pazienti di genere femminile, che rende i risultati dello studio meno generalizzabili. Un altro aspetto degno di nota è l'assenza di informazioni legate alla distribuzione etnica del campione.

In conclusione, sarebbe interessante approfondire il ruolo che questo trattamento può avere sia nel breve, ma anche e soprattutto nel medio e lungo termine, a fine di indagare l'impatto che l'implementazione di tecniche e costrutti psicodinamici può avere nella persistenza del miglioramento derivante dalla terapia, così come l'impatto che l'implementazione di tecniche e costrutti cognitivo-comportamentali può avere nell'abbassamento della sintomatologia nell'immediato.

3. Conclusioni e discussione

In questo elaborato è stato considerato il cluster diagnostico dei disturbi d'ansia da un punto di vista prima teorico e poi prendendo in considerazione alcuni lavori recenti a riguardo. L'obiettivo era approfondire i risultati della ricerca in merito all'efficacia degli approcci terapeutici più noti, ponendo particolare enfasi sulle terapie psicodinamiche.

Per farlo, è stata inizialmente proposta una panoramica storica della ricerca in psicoterapia e delle varie fasi, dalla "preistoria" a oggi, che hanno caratterizzato i lavori di ricerca sulla sua efficacia.

È stato quindi approfondito il sintomo dell'ansia, e per ogni sua manifestazione è stata presentata una panoramica teorica su aspetti di funzionamento, esordio e mantenimento. Sono state quindi esposte le conoscenze attuali su quali siano gli interventi terapeutici più efficaci.

Per approfondire quest'ultimo aspetto sono stati selezionati e revisionati tre studi pubblicati tra il 2020 e il 2022: una metanalisi che indaga l'efficacia delle terapie nel trattamento del disturbo di panico, una metanalisi che indaga l'efficacia delle terapie psicodinamiche nel trattamento del disturbo d'ansia sociale comparandole con la terapia cognitivo-comportamentale e altri tipi di trattamento, e uno studio che propone un approccio integrato tra terapia cognitivo-comportamentale e psicodinamica nel trattamento del disturbo d'ansia generalizzata.

Dai risultati degli studi è emerso come le terapie di matrice psicodinamica possano svolgere un ruolo di rilievo nel trattamento dei disturbi d'ansia più noti, ovvero disturbo di panico (con o senza agorafobia), disturbo d'ansia sociale e disturbo d'ansia generalizzata.

In particolar modo, i primi due studi ne riconfermano l'efficacia, collocando le terapie psicodinamiche al secondo posto dopo la terapia a matrice cognitivo-comportamentale per i miglioramenti nel breve termine e al primo posto, assieme a quest'ultima, per i miglioramenti ottenuti nel lungo termine. Nonostante i dati siano chiari nel trattamento del disturbo d'ansia sociale, restano più ambigui riferiti al disturbo di panico, al netto di un'eterogeneità dei campioni molto elevata. Ulteriori ricerche sono raccomandate.

Entrambi gli studi (Papola et al., 2022; Zhang et al., 2022) forniscono una visione positiva delle terapie psicodinamiche sui disturbi d'ansia, valorizzandone il ruolo nel trattamento e fornendo delle conclusioni in linea con la letteratura precedente. Si può quindi concludere che le terapie psicodinamiche possono non solo essere considerate efficaci nel trattamento di disturbo di panico, disturbo d'ansia generalizzata e disturbo d'ansia sociale, ma anche essere considerate valide alternative alle terapie cognitivo-comportamentali e più efficaci rispetto ad altre terapie

(come ad esempio terapia interpersonale, supportiva, psicoeducazionale ed *eye movement desensitization and reprocessing*).

Il terzo studio, al netto di letteratura preesistente sull'efficacia tanto della terapia cognitivo-comportamentale e della terapia psicodinamica al trattamento del disturbo d'ansia generalizzata, evidenzia il ruolo che aspetti centrali della seconda possono avere se integrati alla prima. Non solo quindi la terapia psicodinamica si pone come un intervento efficace, ma anche come il punto di partenza alla strutturazione di interventi alternativi e potenzialmente più efficaci, che integrano i punti di forza e i benefici di entrambi gli approcci.

Nonostante i risultati promettenti, in cui si osserva che questo approccio supera in efficacia la sola terapia cognitivo-comportamentale, lo studio offre una numerosità campionaria insufficiente a trarre risultati definitivi e lascia in sospeso l'analisi dei risultati sul lungo termine. Per assicurarsi che l'efficacia del trattamento non sia attribuibile a condizioni contingenti dello studio (come la composizione del campione o le capacità del terapeuta che ha somministrato la terapia) sono necessari ulteriori ricerche che prendano in esame lo stesso approccio, possibilmente con un numero campionario più elevato.

Allo stesso modo può essere utile studiare la persistenza dei miglioramenti ottenuti da questo tipo di approccio. Per farlo possono essere condotte ricerche di follow-up, risomministrando la scala di valutazione utilizzata a fine terapia a distanze di tempo diverse (ad esempio a 6, 12 e 18 mesi dalla conclusione). Così facendo sarà possibile confermare o confutare il fatto che questo approccio integrato produca miglioramenti più o parimente duraturi rispetto al singolo trattamento cognitivo-comportamentale e al singolo trattamento psicodinamico.

Pur non fornendo risultati conclusivi, questo studio fa da "apripista" ad un approccio che pone il *framework* teorico e la tecnica terapeutica psicodinamica come base di partenza per il trattamento del paziente che soffre di disturbo d'ansia generalizzata, assegnandovi un ruolo di rilievo.

Non è da escludere che in futuro approcci simili possano strutturarsi nei confronti di altre categorie diagnostiche, creando delle possibili sovrapposizioni, integrazioni o punti di incontro tra tecnica cognitivo-comportamentale e psicodinamica, con un possibile compromesso al paradosso dell'equivalenza.

In conclusione, si può sostenere che le terapie psicodinamiche rivestano ad oggi un ruolo importante nel trattamento della categoria dei disturbi d'ansia, costituendo l'alternativa più valida ai trattamenti cognitivo-comportamentali e ottenendo risultati pressoché unanimi e affermativi sulla loro efficacia.

Le caratteristiche e il tipo di cambiamento che le terapie psicodinamiche offrono sono diversi rispetto ad altre forme di trattamento, agendo su un piano profondo e strutturale, motivo per cui, laddove le terapie cognitivo-comportamentali agiscono principalmente su un piano strategico e offrono un miglioramento più evidente nel breve termine, il valore più significativo delle prime risiede nei cambiamenti che si osservano nel lungo termine e si protraggono nel tempo. Un limite evidente degli studi presi in esame, con l'eccezione di quello di Zhang e collaboratori, è di fatto la reticenza nell'indagine degli effetti lungo la dimensione temporale.

Ad ogni modo, proprio grazie a questa specifica linea d'intervento, le terapie psicodinamiche promuovono miglioramenti su un piano parallelo e non necessariamente in contrasto con le terapie cognitivo-comportamentali, ma integrabili e sommabili come sostenuto dallo studio di Orvati Aziz e collaboratori, rendendo impossibile asserire il primato assoluto delle terapie cognitivo-comportamentali su quelle dinamiche. È possibile piuttosto sostenere che, al netto di una maggiore efficacia nel breve termine e di un'efficacia comparabile nel lungo termine, i due approcci promuovono modifiche sostanzialmente differenti.

Considerando i due approcci come interventi di prima linea, la scelta della terapia "migliore" andrebbe effettuata caso per caso, basandosi sulle caratteristiche del paziente, sul tipo di *outcome* che desidera ottenere e sugli aspetti della patologia su cui desidera operare, orientandolo verso una terapia cognitivo-comportamentale laddove desideri ridurre il disagio sintomatico, come ad esempio imparare a controllare l'ansia o ridurne l'intensità, e verso una terapia psicodinamica laddove desideri affrontare cambiamenti di natura strutturale, come il dare un significato all'ansia, comprenderne l'origine e agire sui fattori di personalità che mantengono la risposta ansiosa.

Bibliografia

- Abend, S. M. (1989). Psychoanalytic psychotherapy. In C. Lindemann (A c. Di), *Handbook of phobia therapy: Rapid symptom relief in anxiety disorders*. Jason Aronson.
- Appelbaum, S. A. (1977). *The Anatomy of Change: A Menninger Report on Testing The Effects of Psychotherapy*. Plenum.
- Busch, F. N., Cooper, A. M., Klerman, G. L., Penzer, R. J., Shapiro, T., & Shear, M. K. (1991). Neurophysiological, cognitive-behavioral, and psychoanalytic approaches to panic disorder: Toward and integration. Neurophysiological, cognitive-behavioral, and psychoanalytic approaches to panic disorder: toward and integration. *Psychoanalytic Inquiry, 11*, 316–332.
- Busch, F. N., Shear, M. K., Cooper, A. M., Shapiro, T., & Leon, A. C. (1995). An Empirical Study of Defense Mechanisms in Panic Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 183*, 299–303. <https://doi.org/10.1097/00005053-199505000-00004>
- Crits-Christoph, P., Crits-Christoph, K., Wolf-Palacio, D., Fichter, M., & Rudick, D. (1995). Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for generalized anxiety disorder. In J. P. Barber & P. Crits-Christoph (A c. Di), *Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I)* (pp. 43–83). Basic Books.
- De Masi, F. (2004). The psychodynamic of panic attacks: A useful integration of psychoanalysis and neuroscience. *The International Journal of Psycho-Analysis, 85*(Pt 2), 311–336. <https://doi.org/10.1516/002075704773889779>
- Essex, M. J., Klein, M. H., Slattery, M. J., Goldsmith, H. H., & Kalin, N. H. (2010). Early Risk Factors and Developmental Pathways to Chronic High Inhibition and Social Anxiety Disorder in Adolescence. *American Journal of Psychiatry, 167*, 40–46. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.07010051>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: Quarterly Bulletin of the British Psychological Society. *Quarterly Bulletin of the British Psychological Society, 3*, 41–41.
- Gabbard, G. O. (1992). Psychodynamics of panic disorder and social phobia. *Bulletin of the Menninger Clinic, 56*, pp. A3-A13. <https://www.proquest.com/docview/1298127144/citation/D85BA77C1FE84056PQ/1>
- Gabbard, G. O. (2015). Capitolo 9: Disturbi d'ansia. In F. Madeddu (A c. Di), *Psichiatria psicodinamica* / Glen O. Gabbard; edizione italiana a cura di Fabio Madeddu (5. ed. basata sul DSM-5®, pp. 255–278). Raffaello Cortina.

- Gabbard, G. O., & Nemiah, J. C. (1985). Multiple Determinants of Anxiety in a Patient with Borderline Personality Disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *49*, 161-172.
<https://www.proquest.com/docview/1298129739/citation/5D48A95BA3D34CEBPQ/1>
- Hariri, A. R., Mattay, V. S., Tessitore, A., Kolachana, B., Fera, F., Goldman, D., Egan, M. F., & Weinberger, D. R. (2002). Serotonin Transporter Genetic Variation and the Response of the Human Amygdala. *Science*, *297*, 400–403.
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Academic Press.
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2005). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Anxiety Disorders in Men and Women. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 182-189.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.2.182>
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions (Second edition.)*. The Cochrane Collaboration. <https://doi.org/10.1002/9781119536604>
- Hutton, B., Salanti, G., Caldwell, D. M., Chaimani, A., Schmid, C. H., Cameron, C., Ioannidis, J. P. A., Straus, S., Thorlund, K., Jansen, J. P., Mulrow, C., Catalá-López, F., Gøtzsche, P. C., Dickersin, K., Boutron, I., Altman, D. G., & Moher, D. (2015). The PRISMA extension statement for reporting of systematic reviews incorporating network meta-analyses of health care interventions: Checklist and explanations. *Annals of Internal Medicine*, *162*, 777–784. <https://doi.org/10.7326/M14-2385>
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological Bases of Childhood Shyness. *Science*, *240*, 167–171.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). Childhood Parental Loss and Adult Psychopathology in Women: A Twin Study Perspective. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 109–116.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820020029004>
- Kring, A. M. (2023). Capitolo 6: I disturbi d'ansia. In *Psicologia clinica* (6. ed. italiana condotta sulla 15. ed. americana, pp. 142–169). Zanichelli.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. In D. K. Freedheim, H. J. Freudenberger, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Peterson, H. H. Strupp, & P. L. Wachtel (A c. Di), *History of psychotherapy: A century of change*. (pp. 360–390). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10110-010>
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F., Rüger, U., Winkelbach, C., & Leibing, E. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and

- Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 166, 875–881.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09030441>
- Lesch, K.-P., Bengel, D., Heils, A., Sabol, S. Z., Greenberg, B. D., Petri, S., Benjamin, J., Müller, C. R., Hamer, D. H., & Murphy, D. L. (1996). Association of Anxiety-Related Traits with a Polymorphism in the Serotonin Transporter Gene Regulatory Region. *Science*, 274, 1527–1531.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: Explanation and elaboration. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 339, b2700.
<https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>
- Lieb, R., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental Psychopathology, Parenting Styles, and the Risk of Social Phobia in Offspring: A Prospective-Longitudinal Community Study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859–866. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.9.859>
- Luborsky. (1993). *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice*. Basic Books
- Luborsky, L., Barber, J., & Crits-Christoph, P. (1992). Testing psychoanalytic propositions about personality change in psychotherapy. In J. W. Barron, M. N. Eagle, & D. L. Wolitzky (A c. Di), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 573–585). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10118-026>
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that «everyone has won and all must have prizes»? Archives of General Psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Migone, P. (2006). Capitolo 2: Breve storia della ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli, *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti* / a cura di Nino Dazzi, Vittorio Lingiardi, Antonello Colli (pp. 31–48). R. Cortina.
- Milrod, B. L., Busch, F. N., Cooper, A. M., & Shapiro, T. (1997). *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., Aronson, A., Singer, M., Turchin, W., Klass, E. T., Graf, E., Teres, J. J., & Shear, M. K. (2007). A Randomized

- Controlled Clinical Trial of Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 265–272. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.2.265>
- Nemiah, J. C. (1981). A Psychoanalytic View of Phobias. *American Journal of Psychoanalysis*, 41, 115–120.
- Nikolakopoulou, A., Higgins, J. P. T., Papakonstantinou, T., Chaimani, A., Del Giovane, C., Egger, M., & Salanti, G. (2020). CINeMA: An approach for assessing confidence in the results of a network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17, e1003082. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003082>
- Orvati Aziz, M., Mehrinejad, S. A., Hashemian, K., & Paivastegar, M. (2020). Integrative therapy (short-term psychodynamic psychotherapy & cognitive-behavioral therapy) and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101122. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101122>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ..., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10, 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Papola, D., Ostuzzi, G., Gastaldon, C., Purgato, M., Del Giovane, C., Pompoli, A., Karyotaki, E., Sijbrandij, M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., & Barbui, C. (2020). Which psychotherapy is effective in panic disorder? And which delivery formats are supported by the evidence? Study protocol for two systematic reviews and network meta-analyses. *BMJ Open*, 10, e038909. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038909>
- Papola, D., Ostuzzi, G., Tedeschi, F., Gastaldon, C., Purgato, M., Del Giovane, C., Pompoli, A., Pauley, D., Karyotaki, E., Sijbrandij, M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., & Barbui, C. (2022). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for panic disorder with or without agoraphobia: Systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 221, 507–519. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.148>
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., & Bolduc, E. A. (1992). Comorbidity of parental anxiety disorders as risk for childhood-onset anxiety in inhibited children. *American Journal of Psychiatry*, 149, 475–481. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.4.475>

- Siegel, R. S., & Rosen, I. C. (1962). Character Style and Anxiety Tolerance: A Study in Intrapsychic Change. In H. H. Strupp & L. Luborsky (A c. Di), *Research in psychotherapy* (pp. 206–217). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10591-011>
- Sifneos, P. E. (1982). *Psicoterapia breve e crisi emotiva* / Peter E. Sifneos; traduzione di Gabriele Noferi; presentazione di Mario Farne. Psycodi G. Martinelli.
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *366*, 14898. <https://doi.org/10.1136/bmj.14898>
- Tillfors, M., Furmark, T., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Långström, B., & Fredrikson, M. (2001). Cerebral Blood Flow in Subjects With Social Phobia During Stressful Speaking Tasks: A PET Study. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1220–1226. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1220>
- Tyrer, P., Seivewright, H., & Johnson, T. (2003). The core elements of neurosis: Mixed anxiety-depression (cothymia) and personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *17*, 129–138. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.2.129.23989>
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The Next Generation of Psychotherapy Research: Reply to Ablon and Marci (2004), Goldfried and Eubanks-Carter (2004), and Haaga (2004): Psychological Bulletin. *Psychological Bulletin*, *130*, 677–683. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.677>
- Wiborg, I. M., & Dahl, A. A. (1996). Does Brief Dynamic Psychotherapy Reduce the Relapse Rate of Panic Disorder? *Archives of General Psychiatry*, *53*, 689–694.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830080041008>
- Wong, P. S. (1999). Anxiety, Signal Anxiety, and Unconscious Anticipation: Neuroscientific Evidence for an Unconscious Signal Function in Humans. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *47*, 817–841.
<https://doi.org/10.1177/00030651990470031901>
- Zhang, Q., Yi, P., Song, G., Xu, K., Wang, Y., Liu, J., Chen, Z., Zhang, H., Ma, L., Liu, W., & Li, X. (2022). The efficacy of psychodynamic therapy for social anxiety disorder—A comprehensive meta-analysis. *Psychiatry Research*, *309*, 114403.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114403>

Zitrin, C. M., Klein, D. F., & Woerner, M. G. (1978). Behavior Therapy, Supportive Psychotherapy, Imipramine, and Phobias. *Archives of General Psychiatry*, 35, 307–316.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770270057005>