

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



Francesco Mancini**, Guyonne Rogier**

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

Sommario

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

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

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

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

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 48/2021

DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12143

Copyright © Guyonne Rogier, Francesco Mancini

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - NoDerivatives License.

For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org/>

Francesco Mancini, Guyonne Rogier

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

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

Abstract

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

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

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

Introduzione

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

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

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

Le linee guida NICE

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

Francesco Mancini, Guyonne Rogier

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

DAG/ ansia cronica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Linee guida APA per il trattamento del DAP

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Selezione di alcune rassegne sistematiche e meta-analisi di rilievo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

duare le combinazioni di trattamento maggiormente efficaci per questa popolazione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografia

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

Francesco Mancini, Guyonne Rogier

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