

# ***Le linee guida internazionali per il trattamento dei disturbi psicologici in età evolutiva***



Riccardo Bertaccini\*, Nicolaja Girone\*\*,  
Valentina Nicolosi\*\*\*, Ilaria Baiardini\*\*\*\*

*Ricevuto il 10 marzo 2024,  
accettato il 13 agosto 2024*

## **Sommario**

Questa rassegna include le linee guida internazionali disponibili per il trattamento dei disturbi psicologici in età evolutiva, tutte redatte dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE) britannico. Gli autori hanno scelto di analizzare alcuni fra i disturbi psicologici attualmente più significativi sia in termini di frequenza, intensità e impatto sul funzionamento e sullo sviluppo dei bambini e degli adolescenti, come è noto, il post pandemia da Covid-19 ha comportato un progressivo e costante aumento della richiesta di intervento clinico rivolto ai soggetti in età evolutiva specialmente per casi di: disturbi dell'umore/depressione, ansia sociale, disturbi ossessivi compulsivi; problematiche esternalizzanti (ADHD e disturbi del comportamento anche con condotte antisociali) e disturbi più gravi afferenti all'area degli esordi psicotici. Gli autori di questo articolo hanno deciso, di riportare, per ciascuna di queste aree psicopatologiche, le indicazioni circa la diagnosi e il trattamento presenti nelle linee guida. Inoltre, per ciascun disturbo, stati presi in considerazioni i lavori di metanalisi pubblicati successivamente alle linee guida stesse, in modo da fornire una panoramica aggiornata delle evidenze disponibili.

*Parole chiave:* età evolutiva, disturbi psicologici, linee guida NICE.

\* CTC – Centro di Terapia Cognitiva Forlì, via Orlando Zanchini 31 – 47121 Forlì; e-mail: bertacciniric@gmail.com.

\*\* Università degli Studi di Milano, via Festa del Perdono 7 – 20100 Milano; e-mail: nicolajagirone@hotmail.it.

\*\*\* Centro di Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e Obesità, corso Porta Nuova, 32 – 37122 Verona; e-mail: valentina.nicolosi@hotmail.com.

\*\*\*\* Università di Genova, Via Balbi 5 – 16136 Genova; e-mail: ilaria.baiardini@libero.it.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 54/2024*  
DOI: 10.3280/qpc54-2024oa18657

***International guidelines for the treatment of psychological disorders in developmental age***

**Abstract**

This review includes the international guidelines available for the treatment of psychological disorders for Children and Adolescents, all the guidelines are drawn up by the British National Institute for Health and Care Excellence (NICE). The authors have chosen to analyze some of the currently most significant psychological disorders both in terms of frequency, intensity and impact on the functioning and development of children and adolescents. As is known, the post-Covid-19 pandemic has led to a progressive and constant increase in the request for clinical intervention aimed at subjects of developmental age, especially in cases of: mood disorders/depression, social anxiety, obsessive compulsive disorders; externalizing problems (ADHD and behavioral disorders including antisocial conduct) and more serious disorders relating to the area of psychotic onset. The authors of this article have decided to report, for each of these psychopathological areas, the indications regarding diagnosis and treatment present in the guidelines. Furthermore, for each disorder, the meta-analysis works published after the guidelines themselves were taken into consideration, in order to provide an updated overview of the available evidence.

*Keywords:* developmental age, psychological disorders, NICE guidelines.

**La depressione nei bambini e nei giovani: identificazione e gestione**

Le Linee Guida NICE per la depressione sono state pubblicate nel 2019 (NICE, 2019). Esse sono basate sul modello della cura graduale, con l'obiettivo di migliorare il riconoscimento e la valutazione e a promuovere trattamenti efficaci per la depressione nella fascia d'età 5-18 anni.

**Trattamenti per la depressione lieve**

Per i bambini di età compresa tra 5 e 11 anni con depressione lieve che continua dopo 2 settimane di vigile attesa e senza significativi problemi di comorbidità o idee o piani suicidi attivi, considerare le seguenti opzioni adattate al livello di sviluppo secondo necessità:

- terapia cognitivo-comportamentale digitale (CBT);
- gruppo CBT;
- terapia di supporto non direttiva di gruppo (NDST);
- Psicoterapia interpersonale di gruppo (IPT).

Se queste opzioni non soddisfano le esigenze cliniche del bambino o non sono adatte alle sue circostanze, considerare quanto segue adattato al livello di sviluppo secondo necessità:

- terapia familiare basata sull'attaccamento;
- CBT individuale.

Per i ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione lieve che continua dopo 2 settimane di vigile attesa e senza significativi problemi di comorbidità o idee o piani suicidi attivi, offrire una scelta tra le seguenti terapie psicologiche per un periodo limitato (da 2 a 3 mesi circa):

- CBT digitale;
- gruppo CBT;
- gruppo NDST;
- gruppo IPT.

Se le opzioni della raccomandazione non soddisfano le esigenze cliniche di un bambino di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione lieve o non sono adatte alle loro circostanze, considerare:

- terapia familiare basata sull'attaccamento;
- CBT individuale.

L'analisi dell'evidenza per i ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione lieve ha mostrato che la CBT digitale (nota anche come CBT online o CBT computerizzata), le terapie di gruppo (CBT di gruppo, psicoterapia interpersonale di gruppo [IPT], e terapia di supporto non direttiva di gruppo [NDST]), la CBT individuale hanno ridotto i sintomi della depressione o migliorato lo stato funzionale entro la fine del trattamento e fino a 6 mesi dopo rispetto a un gruppo di controllo.

In alcuni casi, come la CBT digitale, questi effetti positivi persistono per più di 6 mesi, ma non sempre sono disponibili informazioni sugli effetti a lungo termine. La CBT digitale è stata anche migliore di altre terapie psicologiche nel ridurre i sintomi della depressione a lungo termine.

Il comitato NICE ha deciso di basare le raccomandazioni per le terapie psicologiche sull'efficacia clinica e sui costi. I costi medi stimati per la CBT digitale e la terapia di gruppo (CBT, IPT e NDST) erano inferiori a quelli per la CBT individuale e la terapia familiare. Tenendo conto dell'entità dell'effetto, del costo stimato e della dimensione della base di prove, il comitato

NICE ha convenuto che la scelta tra CBT digitale, IPT di gruppo, NDST di gruppo o CBT di gruppo dovrebbe essere offerta per prima.

La CBT individuale e la terapia familiare erano tra le opzioni più costose. La CBT individuale ha avuto un effetto minore sui sintomi della depressione rispetto alla CBT digitale o alla terapia di gruppo (CBT, IPT o NDST). La CBT individuale ha avuto un effetto significativo sullo stato funzionale; questo risultato è stato riportato solo in uno studio che ha reclutato giovani con depressione e altre comorbidità. Il comitato NICE ha riconosciuto che la CBT digitale, la CBT di gruppo, l'IPT di gruppo e la NDST di gruppo potrebbero non essere adatte a tutti e che la CBT individuale andrebbe considerata in queste situazioni.

L'evidenza per le terapie psicologiche per i bambini di età compresa tra 5 e 11 anni era limitata alla terapia cognitivo-comportamentale di gruppo (CBT) e sebbene i sintomi della depressione fossero ridotti alla fine del trattamento rispetto gruppo di controllo, questo non è stato mantenuto a lungo termine. Di conseguenza, le Linee NICE raccomandano gli stessi interventi risultati efficaci nei ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni per questa fascia di età, ma adattati alla loro età e livello di sviluppo.

Il comitato NICE ha formulato una raccomandazione di ricerca volta a studiare l'efficacia dell'intervento comportamentale rispetto ad altre terapie psicologiche. Hanno convenuto che l'intervento comportamentale può soddisfare i bisogni di alcuni bambini e giovani con depressione che non sono già coperti dalle altre terapie psicologiche raccomandate. In particolare, potrebbe essere adatto a bambini e giovani che non aderiscono ai concetti di CBT e bambini e giovani con difficoltà di apprendimento o disturbi del neurosviluppo.

## **Trattamenti per la depressione da moderata a grave**

### *Terapie psicologiche per bambini di età compresa tra 5 e 11 anni*

Per i bambini di età compresa tra 5 e 11 anni con depressione da moderata a grave, considerare le seguenti opzioni adattate al livello di sviluppo secondo necessità:

- IPT familiare;
- terapia familiare (trattamento incentrato sulla famiglia per la depressione infantile e terapia familiare integrativa dei sistemi);
- psicoterapia psicodinamica;
- CBT individuale.

Nonostante le prove limitate per i bambini di età compresa tra 5 e 11 anni, il comitato NICE ha convenuto che il trattamento era importante per questi bambini piccoli. Hanno convenuto di raccomandare i trattamenti (terapia familiare, IPT su base familiare e psicoterapia psicodinamica) per i quali c'erano alcune prove. Hanno specificato i tipi di terapia familiare utilizzati negli studi (trattamento incentrato sulla famiglia per la depressione infantile e terapia familiare integrativa dei sistemi). Hanno anche incluso la CBT individuale nella raccomandazione perché era il trattamento più efficace per i ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione da moderata a grave e hanno concordato sul fatto che i bambini più maturi potrebbero trarre beneficio da questo intervento.

### *Terapie psicologiche per ragazzi dai 12 ai 18 anni*

Per i ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione da moderata a grave, offrire la CBT individuale per almeno 3 mesi.

Se la CBT individuale non soddisfa le esigenze cliniche di un paziente di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione da moderata a grave o non è adatta alle sue circostanze, considerare le seguenti opzioni:

- IPT-A (IPT per adolescenti);
- terapia familiare (basata sull'attaccamento o sistemica);
- breve intervento psicosociale;
- psicoterapia psicodinamica.

In un'analisi di un ampio corpus di prove per ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione da moderata a grave, la CBT individuale è risultata migliore nel ridurre i sintomi della depressione e nel migliorare lo stato funzionale, la qualità della vita e le idee suicidarie rispetto alla lista d'attesa/nessun trattamento, o le cure abituali. Ha anche aumentato la remissione alla fine del trattamento rispetto al controllo dell'attenzione e ad altre terapie (come la terapia familiare). Sulla base della dimensione di questi effetti, del numero di risultati che mostrano un miglioramento e della dimensione della base di prove, il comitato NICE ha convenuto di raccomandare la CBT individuale come trattamento di prima linea per i giovani con depressione da moderata a grave.

Tuttavia, ha riconosciuto che la CBT individuale potrebbe non essere adatta o soddisfare i bisogni di tutti i giovani con depressione da moderata a grave e quindi ha convenuto che altre terapie (IPT-A [IPT per adolescenti],

terapia familiare, intervento psicosociale breve [BPI] e la psicoterapia psicodinamica) potrebbero essere considerate opzioni di seconda linea perché c'erano alcune prove a sostegno, ma questo era meno certo.

L'IPT-A e la terapia familiare hanno entrambi aumentato lo stato funzionale e i sintomi della depressione alla fine del trattamento rispetto al gruppo di controllo o alle cure abituali (4 studi ciascuno). La terapia familiare era anche migliore nell'indurre la remissione alla fine del trattamento rispetto al controllo dell'attenzione.

Lo studio IMPACT non è stato in grado di rilevare una differenza tra BPI, psicoterapia psicodinamica e CBT individuale in una gamma di risultati e tempi di follow-up per ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione da moderata a grave. Il comitato NICE ha convenuto che il BPI potrebbe essere considerato un'opzione quando la CBT individuale non è adatta. Ma hanno riconosciuto che ulteriori ricerche sarebbero utili per determinare l'efficacia del BPI quando erogato da una gamma più ampia di professionisti meno anziani e in altri contesti come l'assistenza primaria.

La psicoterapia psicodinamica ha aumentato la remissione alla fine del trattamento rispetto al controllo dell'attenzione o alla terapia familiare e al rilassamento. Tuttavia, non c'erano prove per lo stato funzionale e la psicoterapia psicodinamica non era più efficace del controllo nell'alleviare i sintomi della depressione o nel migliorare la qualità della vita dopo il trattamento. I dati per questa analisi provenivano dallo studio IMPACT, che non ha riscontrato differenze rilevabili tra l'efficacia della psicoterapia psicodinamica e la CBT individuale in una serie di risultati e tempi di follow-up. Tuttavia, una seconda prova di questo intervento è stata identificata con partecipanti che abbracciavano entrambi i gruppi di età. È stato incluso nell'analisi per i bambini di età compresa tra 5 e 11 anni. Il comitato NICE ha deciso di non raccomandare la psicoterapia psicodinamica come opzione di prima linea perché non era migliore del controllo nel ridurre i sintomi della depressione alla fine del trattamento e c'erano solo due studi che includevano questo intervento.

Inoltre ha riconosciuto che c'erano meno studi sulla terapia familiare, IPT-A e psicoterapia psicodinamica rispetto alla CBT individuale e gli studi esistenti mancavano di dati per i tempi di follow-up successivi o non coprivano l'intera gamma di risultati di interesse. Il comitato NICE voleva più prove a sostegno del loro uso nei giovani con depressione da moderata a grave e quindi ha formulato una raccomandazione di ricerca per esaminare l'efficacia relativa di questi interventi rispetto l'uno all'altro e alla CBT individuale.

Il comitato NICE ha convenuto che l'intervento comportamentale può

soddisfare i bisogni specifici di alcuni bambini e giovani affetti da depressione. In particolare, potrebbe essere adatto a coloro che potrebbero non aderire ai concetti di CBT e bambini e giovani con difficoltà di apprendimento o disturbi del neurosviluppo. Hanno formulato una raccomandazione di ricerca per informare la pratica futura.

### *Breve intervento psicosociale*

Questo intervento si basa sul breve intervento psicosociale (BPI) effettuato nello studio IMPACT (Goodyer *et al.*, 2017).

I componenti principali di BPI includono:

- psicoeducazione sulla depressione e attività interpersonali orientate all'azione, focalizzate sugli obiettivi come strategie terapeutiche;
- costruire abitudini di salute;
- pianificare e programmare attività di valore;
- consigli sul mantenimento e sul miglioramento dell'igiene mentale e fisica, compresi il sonno, la dieta e l'esercizio fisico;
- promuovere l'impegno e mantenere il lavoro scolastico e le relazioni tra pari e diminuire la solitudine.

BPI non coinvolge tecniche analitiche cognitive o riflessive.

### *CBT digitale*

La CBT digitale è una forma di CBT fornita utilizzando la tecnologia digitale, come un computer, un tablet o un telefono. Una varietà di programmi CBT digitali è stata utilizzata per i giovani di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione lieve. Alcuni interventi di CBT digitale sono supportati dal contatto con un operatore sanitario, ma in altri casi potrebbe non esserci supporto aggiuntivo.

I componenti comuni dei programmi CBT digitali includono: psicoeducazione, rilassamento, analisi del comportamento, attivazione comportamentale, comunicazione di base e abilità interpersonali, riconoscimento emotivo, gestione delle emozioni forti, risoluzione dei problemi, ristrutturazione cognitiva (identificazione dei pensieri, messa in discussione di pensieri inutili/negativi), consapevolezza e prevenzione delle ricadute.

### *Meta-analisi*

È stata condotta un'analisi degli ultimi aggiornamenti della letteratura sull'efficacia degli interventi per il trattamento della depressione in età evolutiva, considerando le meta-analisi pubblicate dal 2013 a oggi. L'analisi ha prodotto 25 record. Di questi 11 sono stati esclusi in quanto comprendevano partecipanti:

- maggiorenni; (n=7);
- con sintomi PTSD (n=2);
- con agiti autolesionistici (n=2).

Sono stati quindi considerate 14 meta-analisi, che vengono sintetizzate di seguito.

### *Superiorità della Psicoterapia rispetto ai controlli non attivi*

Diversi studi indicano che la psicoterapia, inclusa la Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), sia più efficace dei controlli non attivi, come le liste d'attesa o i trattamenti usuali, nel trattamento della depressione, anche subclinica, in età evolutiva (Alozkan *et al.*, 2023; Wuthrich *et al.*, 2023). Nello specifico, interventi di psicoterapia sembrano ridurre del 48% la probabilità di sviluppare un disturbo depressivo nel gruppo di intervento rispetto a quello di controllo (Cuijpers *et al.*, 2023).

### *Efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale*

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) si conferma come un trattamento efficace per la depressione nei giovani (Rith-Najarian *et al.*, 2019), con tassi di remissione variabili dal 50.7% al 77.4% al termine del trattamento (Wergeland *et al.*, 2021). In alcuni studi la CBT è risultata essere migliore di altre forme di psicoterapia (Wuthrich *et al.*, 2023; Zhang *et al.*, 2023; Eckshtain *et al.*, 2020).

L'analisi della letteratura riporta tuttavia risultati contrastanti. Fulambarkar e colleghi (2022) hanno evidenziato che gli interventi basati sulla mindfulness (MBI) per la depressione in setting scolastici con alunni dai 12 ai 18 anni sono efficaci se confrontati con controlli passivi ma non se confrontati con controlli attivi. Uno studio di Eckshtain (2020) ha identificato effetti significativamente



maggiori per la Psicoterapia Interpersonale (IPT) rispetto alla CBT. Ciò indica l'importanza di condurre ulteriori studi che esplorino anche le variabili moderatori dell'efficacia dei trattamenti. Approcci diversi potrebbero essere più o meno indicati per pazienti con caratteristiche diverse. Ad esempio, per alcuni giovani, concentrarsi sull'impegno comportamentale e sulle cognizioni tramite la CBT potrebbe essere particolarmente efficace; per altri, focalizzarsi sulle abilità interpersonali tramite l'IPT potrebbe risultare più utile.

### *Focus sulla durabilità dei benefici nel tempo*

È fondamentale scegliere dei trattamenti che siano efficaci non solo sulla riduzione dei sintomi durante il trattamento, ma anche sulla prevenzione delle ricadute nel tempo. Diversi studi, inclusi quelli condotti da (Rith-Najarian *et al.*, 2019; Wuthrich *et al.*, 2023; Cuijpers *et al.*, 2023; Wergeland *et al.*, 2021), hanno evidenziato miglioramenti significativi nei sintomi sia al termine della psicoterapia (approcci eterogenei) che a lungo termine, ossia fino a 6 e 12 mesi successivi. Approcci terapeutici come la IPT (Eckshtain *et al.*, 2020) e la CBT (Rith-Najarian *et al.*, 2019) sono emersi come strategie efficaci per mantenere i benefici nel lungo periodo (rispettivamente, follow-up medio di 42 settimane e di 12 mesi).

Tuttavia, il beneficio a lungo termine può variare a seconda del tipo di terapia utilizzata. Ad esempio, Cuijpers e colleghi (2021) non hanno trovato un effetto significativo sull'incidenza dei disturbi depressivi al follow-up, ma ciò potrebbe essere attribuibile al basso numero di studi e alla bassa potenza statistica.

### *Tassi di abbandono – drop-out*

La letteratura riporta tassi di abbandono diversi. Wright *et al.*, 2021 hanno stimato un tasso complessivo di abbandono del 15.6%, per interventi diversi di psicoterapia; del 13.1% per la CBT computerizzata; e del 4.3% per l'IPT. Wergeland e colleghi (2021) riportano un tasso di abbandono della CBT standard del 7.1%.

L'abbandono sembra diminuire all'aumentare del numero di sessioni di intervento. Potrebbe essere che i partecipanti si sentano più incoraggiati o validati dalla disponibilità di più sessioni, impegnandosi di più nel percorso terapeutico. Inoltre, potrebbe esserci più tempo per consolidare nuove idee o costruire una solida alleanza terapeutica grazie a un maggiore contatto nel tempo.

### *Moderatori dell'efficacia dell'intervento*

Diverse variabili, interne o esterne al paziente, possono influenzare l'efficacia della psicoterapia.

In generale, gli interventi sono più efficaci se condotti da clinici esperti rispetto ad altri operatori, come ad esempio insegnanti o infermieri (Zhang *et al.*, 2023; Ma *et al.*, 2020).

Non sembra esserci un effetto significativo per il formato del trattamento, suggerendo che i benefici della psicoterapia, sebbene modesti, siano simili tra formati individuali, di gruppo e misti (Eckshtain *et al.*, 2020).

Per quanto riguarda le variabili intrapsichiche, scarse abilità di coping e maggiore autolesionismo non suicidario sono associate a un esito peggiore nella CBT (Kunas *et al.*, 2021). Diversi studi mostrano che la gravità pre-trattamento modera negativamente il tasso di remissione (Wergeland *et al.*, 2021; Kunas *et al.*, 2020). È plausibile che la gravità dei sintomi sia associata ad altre caratteristiche che potrebbero interferire con il successo della CBT nei disturbi internalizzanti, come una depressione più biologicamente determinata, una progressione più cronica, un'ansia di tratto più elevata o bassi livelli di autoefficacia.

Infine, l'età e il livello di scolarità sono dei moderatori marginalmente significativi, con gli interventi che sono risultati più efficaci sulla popolazione delle scuole secondarie rispetto a quella delle scuole elementari (Zhang *et al.*, 2023; Cuijpers *et al.*, 2021; Wergeland *et al.*, 2021).

### *Farmaci e psicoterapia*

Secondo Zhou *et al.*, nessuna farmacoterapia da sola sembra essere più efficace della psicoterapia da sola.

Gli studi di Xiang *et al.* (2022) evidenziano che, in pazienti con diagnosi di disturbo depressivo di gravità moderato-severa, l'associazione di Fluoxetina o terapie farmacologiche non-SSRI con la CBT risulta più efficace nel breve termine rispetto ad altre opzioni di trattamento attive (farmacoterapia, psicoterapie e placebo + psicoterapia). La Fluoxetina associata alla CBT è risultata più efficace della CBT da sola e della terapia psicodinamica (*idem*). Anche gli studi di Wuthrich e colleghi (2023) giungono alla conclusione che l'impiego di psicofarmaci come la Fluoxetina possa essere un'opzione aggiuntiva nel trattamento dei disturbi internalizzanti nei giovani pazienti. L'assunzione di Fluoxetina, così come di Nefazodone, sembra anche avere buoni tassi di accettabilità e ridotte percentuali di drop-out rispetto a Sertralina, Imipramina e Desipramina.

La Nortriptilina sembra invece essere meno efficace rispetto alla maggior parte degli interventi attivi nel trattamento dei disturbi internalizzanti (Zhou *et al.*, 2020).

Infine la Venlafaxina è stata associata a un rischio significativamente aumentato di comportamenti o ideazioni suicidarie rispetto al placebo in pillole e rispetto a dieci altri interventi (Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Fluoxetina e CBT, Duloxetina, Imipramina, terapia familiare, Desvenlafaxina, CBT, placebo in pillole associato a CBT).

### *Conclusioni*

L'analisi sugli interventi per la depressione giovanile conferma l'efficacia della psicoterapia, in particolare della CBT, ma anche di approcci alternativi come l'IPT e gli interventi basati sulla mindfulness. È essenziale scegliere trattamenti che mantengano benefici nel tempo e che siano associati a ridotti tassi di abbandono.

È stato dimostrato come variabili come l'esperienza del clinico, l'età e le capacità di coping del paziente e la gravità iniziale dei sintomi influenzano l'efficacia degli interventi.

L'associazione di farmaci come la Fluoxetina con la CBT appare efficace per la depressione moderata-severa.

È importante specificare che i risultati riportati nelle meta-analisi potrebbero essere sovrastimati dal bias di pubblicazione degli studi a esito favorevole. La comparazione delle meta-analisi è resa a oggi ancora complessa in quanto presentano significative differenze nel disegno dello studio e pochi studi riportano dati relativi ai follow-up.

## **Psicosi e schizofrenia nei bambini e nei giovani: riconoscimento e gestione**

Le linee guida NICE sono state pubblicate nel 2013 e aggiornate 3 anni dopo (NICE, 2013). Il loro obiettivo è quello di migliorare il riconoscimento precoce della psicosi e della schizofrenia, in modo che ai bambini e ai giovani possano essere offerti gli interventi più efficaci per poter convivere con questa condizione.

Sono stati sperimentati numerosi interventi nel tentativo di prevenire lo sviluppo di psicosi, compresi farmaci, interventi psicologici e altri interventi. Dopo il primo episodio di psicosi, l'intervento della famiglia in ag-

giunta ai farmaci antipsicotici riduce sostanzialmente e significativamente i tassi di recidiva. Un singolo piccolo studio che combinava il trattamento familiare della CBT con la CBT individuale senza trattamento antipsicotico ha suggerito un'importante riduzione dei tassi di transizione alla prima psicosi.

Attualmente, il cardine del trattamento è rappresentato dai farmaci antipsicotici, ma i potenziali effetti avversi sono tali che vi è un notevole impulso a sviluppare strategie terapeutiche alternative per consentire dosi più basse o per eliminare completamente la necessità di farmaci. È stato riconosciuto che gli interventi psicologici in aggiunta ai farmaci antipsicotici hanno un ruolo importante da svolgere nel trattamento della schizofrenia. La linea guida NICE CG82 ha identificato l'intervento familiare e la CBT come trattamenti aggiuntivi.

Inoltre, c'è stato un recente studio positivo sulla CBT come trattamento di prima linea, senza antipsicotici, per i giovani nelle prime fasi della psicosi.

### *Opzioni di trattamento per casi di esordio psicotico*

Per bambini e ragazzi esordio psicotico vengono indicati: farmaci antipsicotici orali in combinazione con interventi psicologici (intervento familiare con CBT individuale).

### *Come erogare interventi psicologici*

Quando si effettuano interventi psicologici per bambini e giovani con psicosi o schizofrenia, tenere conto del loro livello di sviluppo, maturità emotiva e capacità cognitiva, compresi eventuali difficoltà di apprendimento, problemi di vista o udito o ritardi nello sviluppo del linguaggio.

L'intervento con la famiglia dovrebbe:

- includere il bambino o il giovane con psicosi o schizofrenia, se possibile
- essere effettuato per un periodo compreso tra 3 mesi e 1 anno
- includere almeno 10 sessioni pianificate che hanno una specifica funzione di supporto, educativa o terapeutica e comprendono un lavoro negoziato di risoluzione dei problemi o di gestione delle crisi.

La CBT dovrebbe essere erogata su base individuale per almeno 16 sessioni pianificate (sebbene potrebbe essere necessario più tempo) e seguire

un manuale di trattamento in modo che i bambini e i giovani possono stabilire collegamenti tra i loro pensieri, sentimenti o azioni e i loro sintomi e/o funzionamento attuali o passati; la rivalutazione delle percezioni, convinzioni o ragionamenti del bambino o del giovane si riferisce ai sintomi target.

Includere anche almeno uno dei seguenti componenti:

- normalizzazione, portando alla comprensione e all'accettabilità della loro esperienza;
- monitoraggio nei bambini e giovani dei propri pensieri, sentimenti o comportamenti rispetto ai propri sintomi o al loro ripetersi;
- promuovere modi alternativi di affrontare il sintomo;
- riducendo il disagio;
- migliorare il funzionamento.

### *Successivi episodi acuti di psicosi o schizofrenia*

Per i bambini e i giovani con esacerbazione acuta o recidiva di psicosi o schizofrenia:

- offrire farmaci antipsicotici orali in combinazione con interventi psicologici (intervento familiare con CBT individuale);
- offrire un intervento familiare a tutte le famiglie di bambini e giovani affetti da psicosi o schizofrenia, in particolare per prevenire e ridurre le ricadute; questo può essere iniziato durante la fase acuta o successivamente, anche in regime di ricovero;
- offrire la CBT a tutti i bambini e i giovani affetti da psicosi o schizofrenia, in particolare per la riduzione dei sintomi; questo può essere iniziato durante la fase acuta o successivamente, anche in regime di ricovero;
- considerare anche l'impiego di eventuali terapie artistiche (ad esempio, movimento di danza, musica o arteterapia o drammaterapia) per tutti i bambini e i giovani affetti da psicosi o schizofrenia, in particolare per alleviare i sintomi negativi; questo può essere iniziato durante la fase acuta o successivamente, anche in regime di ricovero.

Quando gli interventi psicologici, comprese le terapie artistiche, vengono avviati nella fase acuta (anche in ambito ospedaliero), l'intero ciclo deve essere continuato dopo la dimissione senza inutili interruzioni.

## *Meta-analisi*

Dalle linee guida NICE del 2013 fino all'aggiornamento di maggio 2024, sono stati pubblicati pochi nuovi studi sull'efficacia degli interventi psicologici, farmacologici e altri, volti alla prevenzione e al trattamento della psicosi nei bambini e negli adolescenti.

Una revisione sistematica e meta-analisi condotta da Stafford e colleghi (2013) ha esaminato l'efficacia degli interventi psicologici, farmacologici e nutrizionali in una popolazione di giovani a elevato rischio di psicosi, che presentavano sintomi prodromici. Lo studio ha incluso 11 trial controllati randomizzati con un totale di 1246 soggetti, di età media 21 anni. I risultati hanno evidenziato che la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) ha mostrato un'efficacia moderata, riducendo il rischio di transizione alla psicosi del 46% dopo 12 mesi di follow-up. Al contrario, gli interventi di psicoterapia integrata hanno mostrato una minore efficacia. Inoltre, risultano scarse le evidenze di efficacia in merito all'uso di acidi grassi Omega-3 nella riduzione del rischio di transizione alla psicosi a 12 mesi di follow up (Stafford *et al.*, 2013).

Correl e colleghi (2018) hanno analizzato 10 trial clinici randomizzati per confrontare l'efficacia dei servizi di intervento precoce rispetto al trattamento standard (NICE, 2013) nei disturbi psicotici in fase iniziale. Il campione complessivo era costituito da 2.176 pazienti con un'età media dei partecipanti di 27.5 anni, seguito per una durata media dello studio di 16.2 mesi. Gli interventi precoci includono: CBT, supporto familiare e psicoeducazione, terapia familiare, interventi per il sostegno al lavoro e all'istruzione e interventi di social skill training. I risultati hanno mostrato dati di superiorità degli interventi psicologici presi in esame rispetto al trattamento standard per i disturbi psicotici nelle fasi iniziali. Tuttavia, gli autori non hanno confrontato l'efficacia dei singoli interventi (Correl *et al.*, 2018).

Catalan e colleghi (2020) hanno condotto una revisione sistematica e meta-analisi includendo studi fino a ottobre 2019, con 87 articoli nella revisione e 24 nella meta-analisi. La popolazione esaminata comprendeva 4667 individui con età media di 15.6 anni che presentava un rischio clinico elevato di sviluppare psicosi. Per quanto riguarda l'efficacia degli interventi psicoterapeutici, solo due studi randomizzati controllati (RCT) hanno analizzato l'efficacia della CBT rispetto alla terapia riflessiva non direttiva, un tipo di counseling centrato sulla persona. I risultati non hanno confermato l'efficacia di questi trattamenti nel prevenire la transizione alla psicosi. Tuttavia, ulteriori RCT hanno suggerito l'efficacia degli interventi familiari nel mitigare i sintomi psicotici e nel migliorare il funzionamento generale degli adolescenti a rischio. Infine, un altro studio RCT ha valutato l'efficacia della supplementa-

zione con acidi grassi omega-3, mostrando risultati promettenti, sebbene tali risultati non siano stati successivamente confermati in studi su popolazioni adulte (Catalan *et al.*, 2020).

Infine, Devoe e colleghi (2020) hanno realizzato una meta-analisi che ha incluso 38 studi, con l'obiettivo di valutare l'impatto dei diversi trattamenti sulla transizione alla psicosi. Il campione esaminato comprendeva 3.489 soggetti con un'età media di 19 anni, variando tra i 15 e i 27 anni. Le analisi hanno considerato i seguenti trattamenti: terapia psicologica integrata, CBT, terapia di supporto, terapia familiare, supplementazione con Omega-3, Risperidone in combinazione con CBT e altri trattamenti antipsicotici come Ziprasidone e Olanzapina. I risultati principali hanno mostrato che la CBT ha ridotto significativamente la transizione alla psicosi nei follow-up di 12 e 18 mesi. Tuttavia, le network meta-analisi analizzate nello studio non hanno identificato differenze significative tra gli interventi presi in esame nel ridurre la transizione alla psicosi rispetto ad altre forme di trattamento farmacologico (NICE, 2013). Per quanto riguarda gli interventi farmacologici, il Risperidone, in combinazione con la CBT, ha mostrato una riduzione significativa nei tassi di transizione alla psicosi a sei mesi in uno degli studi. Questa evidenza, però, non è stata confermata nei follow-up successivi o nelle network analisi. Le terapie con Olanzapina e altri antipsicotici non hanno mostrato una superiorità significativa nel ridurre la transizione alla psicosi rispetto ad altre terapie. Inoltre, gli interventi con modulatori del recettore N-metil-D-aspartato (NMDAR) non hanno dimostrato una riduzione significativa nella transizione alla psicosi rispetto al placebo, con un numero limitato di studi che, tuttavia, restringe la possibilità di trarre conclusioni definitive (Devoe *et al.*, 2020).

## **Disturbo da deficit di attenzione e iperattività: diagnosi e gestione**

Le linee guida NICE per l'identificazione e il trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività sono state pubblicate nel 2018 e aggiornate l'anno successivo.

### *Gestione dell'ADHD – pianificazione del trattamento*

Il comitato NICE ha riconosciuto che l'uso sistematico delle modifiche ambientali è importante per limitare l'impatto dei sintomi dell'ADHD. Inoltre ha convenuto che l'effetto delle modifiche ambientali dovrebbe essere riesaminato e preso in considerazione quando si considerano altre opzioni di trattamento.

*Gestione dell'ADHD – bambini sotto i 5 anni*

In un bambino molto piccolo, l'impatto dei sintomi dell'ADHD sul comportamento viene valutato in diversi contesti. L'evidenza ha mostrato un beneficio clinicamente importante su alcune misure dei sintomi di un programma di formazione dei genitori di gruppo incentrato sull'ADHD per bambini di età inferiore a 5 anni (PARENT TRAINING).

C'erano prove limitate sull'efficacia dei farmaci e, a causa delle preoccupazioni e della mancanza di prove sugli effetti a lungo termine dei farmaci nei bambini molto piccoli, in particolare in termini di crescita e sviluppo, il comitato NICE ha convenuto di raccomandare un intervento di gruppo per genitori (parent training) come trattamento di prima linea. Tuttavia, ha convenuto che l'ADHD non trattato può avere impatti negativi di vasta portata e di lunga durata sulla vita di un bambino e alcuni bambini possono ancora avere un danno significativo dopo il programma e le modifiche ambientali.

*Gestione dell'ADHD – bambini oltre i 5 anni e giovani*

L'evidenza ha indicato che alcuni genitori e tutori di bambini di età pari o superiore a 5 anni e giovani possono beneficiare del sostegno di gruppo. Dopo aver discusso delle buone pratiche attuali e aver considerato l'equilibrio tra benefici e costi, il comitato NICE ha deciso di raccomandare di offrire un supporto aggiuntivo che potrebbe essere un supporto incentrato sull'ADHD basato su gruppi e solo 1 o 2 sessioni per genitori e tutori di tutti i bambini e giovani con ADHD.

L'evidenza ha mostrato il beneficio dei farmaci in questo gruppo di età nel miglioramento dei sintomi dell'ADHD.

Il comitato NICE ha riconosciuto che ci sono preoccupazioni sulla raccomandazione di farmaci per l'ADHD e in particolare l'incertezza sugli effetti avversi a lungo termine dei farmaci nei bambini in crescita. Tuttavia, ha convenuto che l'ADHD non trattato può avere impatti negativi di vasta portata e di lunga durata sulla vita di un bambino o di un giovane (ad esempio, influenzando il rendimento scolastico, le relazioni interpersonali, il lavoro, i problemi personali, l'uso di sostanze e la guida). I farmaci offrono un migliore equilibrio tra benefici e costi rispetto agli interventi non farmacologici, quindi il comitato NICE ha accettato di raccomandarlo quando i sintomi dell'ADHD sono persistenti e causano ancora una compromissione significativa in almeno un dominio della vita quotidiana nonostante l'implementazione e la revisione delle modifiche ambientali. Il comitato NICE era



consapevole delle implicazioni dei farmaci in questa giovane popolazione e ha formulato diverse raccomandazioni per garantirne un uso responsabile. Questi includono raccomandazioni su:

- verificare che siano state apportate modifiche ambientali prima di iniziare la terapia
- effettuare un'approfondita valutazione di base
- garantire che i farmaci siano iniziati solo da operatori sanitari con formazione ed esperienza nella diagnosi e nella gestione dell'ADHD
- revisione precoce del farmaco per ottimizzarne l'uso (compreso il controllo degli effetti avversi)
- revisione regolare per garantire che la terapia venga continuata solo per il tempo necessario
- offrendo supporto incentrato sull'ADHD per tutti i bambini e i giovani con ADHD.

La combinazione di un programma completo di formazione dei genitori con i farmaci non ha offerto un buon equilibrio tra benefici e costi per tutti i bambini e i giovani in questa fascia di età, quindi il comitato NICE ha deciso di non formulare una raccomandazione in merito.

Alcune prove hanno mostrato un beneficio della terapia cognitivo comportamentale (CBT) nei giovani con ADHD. Il comitato NICE ha convenuto che ciò dovrebbe essere preso in considerazione quando un giovane ha beneficiato di farmaci ma presenta ancora sintomi che causano una menomazione significativa. Hanno usato la loro esperienza per consigliare aree che un programma dovrebbe affrontare.

Considerare un corso di terapia cognitivo comportamentale (CBT) per i giovani con ADHD che hanno beneficiato di farmaci ma i cui sintomi stanno ancora causando una compromissione significativa in almeno un dominio, affrontando le seguenti aree:

- abilità sociali con i coetanei;
- risoluzione dei problemi;
- autocontrollo;
- capacità di ascolto attivo;
- affrontare ed esprimere sentimenti.

Le raccomandazioni del 2018 garantiscono che i genitori e i tutori di tutti i bambini e i giovani con ADHD ricevano informazioni e supporto incentrati sull'ADHD (psicoeducazione).

Le raccomandazioni chiariscono che quando un bambino ha sintomi di disturbo oppositivo provocatorio o di disturbo della condotta, ai genitori e ai tutori dovrebbe essere offerto un programma di formazione dei genitori in linea con le raccomandazioni delle linee guida del NICE sul comportamento antisociale e sui disturbi della condotta.

L'attuale categorizzazione dell'ADHD si concentra sulla presenza di una compromissione significativa nei diversi domini della vita quotidiana e in tutti i contesti, piuttosto che utilizzare i termini precedentemente utilizzati di ADHD lieve, moderato e grave.

### *Meta-analisi*

Ad integrazione delle indicazioni contenute nelle linee Guida NICE del 2018 (aggiornate al 2019) riportiamo alcuni studi di metanalisi che si sono occupati dell'efficacia di altri interventi.

Sono state selezionate alcune meta-analisi che hanno evidenziato come risultati efficace per il trattamento dell'ADHD, l'implementazione di programmi basati sulla Mindfulness e altri interventi non farmacologici:

- Xue e collaboratori (2019) hanno condotto una metanalisi su studi per un totale di 682 pazienti in cui emerge un effetto significativo dei programmi MBIs (Mindfulness-based interventions) sulla sintomatologia nucleare dell'ADHD, sia relativamente alla disattenzione che all'iperattività. Gli autori raccomandano ulteriori ricerche rispetto alla tenuta nel tempo del miglioramento che parrebbe dipendere dalla capacità soggettiva di mantenere un atteggiamento mindful.
- Oliva e collaboratori (2021) hanno effettuato una metanalisi da cui emerge come sia negli adulti ma anche nei bambini e adolescenti, gli interventi basati sulla MBIs migliorino le condizioni cliniche e sintomatologiche dei pazienti con ADHD. In particolare, negli adulti sono preferibili protocolli sia di Mindfulness Awareness Practice (MAP) e Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), mentre una combinazione di protocolli di MBCT and Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) sono preferibili per le popolazioni cliniche di età evolutiva. Gli autori raccomandano che, date alcune criticità metodologiche rilevate negli studi analizzati, gli interventi MBIs siano considerati a integrazione di altri interventi e non in sostituzione
- Yi-Chen Lee e collaboratori (2022) hanno svolto una revisione sistematica su 11 studi per evidenziare l'efficacia degli approcci MBIs su popo-

lazione clinica di bambini con diagnosi di ADHD. L'analisi ha messo in evidenza come ci sia un'efficacia significativa di tali programmi a beneficio sia dei sintomi ADHD, delle problematiche esternalizzanti e internalizzanti e sullo stress genitoriale.

- Lambez e collaboratori (2020) hanno condotto una review su studi dal 1980 al 2017, la loro metanalisi alla fine ha analizzato 18 studi che venivano poi suddivisi in 4 tipologie di intervento: neurofeedback, terapia cognitivo comportamentale, terapia cognitiva e esercizi fisici. Le valutazioni hanno fatto emergere come tutti gli interventi forniscano supporto significativo al trattamento del ADHD, lavorando su funzioni e processi specifici come l'attenzione, l'inibizione, la memoria di lavoro e la flessibilità cognitiva. Lo studio indica l'efficacia degli interventi psicologici a integrazione degli interventi farmacologici.
- Guo e collaboratori (2022) hanno condotto una metanalisi per valutare l'efficacia di vari interventi psicologici sui sintomi emotivi come depressione, ansia e disregolazione emotiva nei bambini e negli adulti con ADHD. I risultati hanno messo in luce come gli interventi che hanno come target i contesti relazionali per i bambini con ADHD hanno una buona efficacia su alcuni sintomi emotivi correlati: ad esempio il parent training migliora gli aspetti depressivi e di disregolazione emotiva nei bambini, come anche i Social Skills Training risulta efficace sulla disregolazione emotiva. Per quanto riguarda gli adulti con ADHD, la terapia cognitivo-comportamentale si è rivelata efficace per il miglioramento dei sintomi emotivi sia nel post-intervento che nel follow-up.

Infine, segnaliamo il lavoro di review condotto da Faraone e numerosi collaboratori (2021) che ha condotto metanalisi su studi con più di 2.000 partecipanti per definire meglio il quadro clinico e di intervento su ADHD attraverso le prove di efficacia. Molti risultati sull'ADHD sono supportati da meta-analisi, e questi studi di efficacia consentono di porre affermazioni chiare sulla natura, il corso, le cause dell'esito e le tipologie di trattamenti, che sono utili e funzionali a una corretta comprensione e presa in carico dei pazienti con ADHD.

L'outcome di questo lavoro sono state 208 affermazioni empiricamente supportate sull'ADHD. Lo stato delle affermazioni incluse come empiricamente supportate è approvato da 80 autori di 27 paesi e 6 continenti. I contenuti del lavoro pubblicato sono approvati da 403 esperti che concordano con i suoi contenuti.

## **Comportamento antisociale e disturbi della condotta nei bambini e nei ragazzi**

I disturbi della condotta e i comportamenti antisociali a essi associati, sono i problemi mentali e comportamentali più comuni nei bambini e nei giovani. Secondo due indagini condotte dall'Office of National Statistics (ONS) nel 1999 e nel 2004, la loro prevalenza è del 5% nei bambini e nei ragazzi fra i 5 e i 16 anni. I disturbi della condotta quasi sempre hanno un impatto significativo sul funzionamento e sulla qualità della vita.

La prevalenza dei disturbi della condotta cresce durante l'infanzia ed essi sono più comuni nei maschi che nelle femmine. Ad esempio, il 7% dei bambini e il 3% delle bambine fra i 5 e i 10 anni hanno un disturbo della condotta; nella fascia d'età fra gli 11 e i 16 anni la proporzione sale all'8% dei maschi e al 5% delle femmine.

Sono stati sviluppati diversi interventi per il trattamento dei disturbi della condotta e dei problemi a essi correlati, quali ad esempio programmi di parent training per i più giovani, e approcci multisistemici per i ragazzi più grandi.

Tutti questi interventi presentano tre caratteristiche comuni: una grande attenzione al coinvolgimento dei genitori e della famiglia, il riconoscimento di quanto sia importante tener conto del più ampio sistema sociale per rendere efficaci gli interventi, e un focus sulla prevenzione e sulla riduzione dell'escalation dei problemi.

Tra gli interventi raccomandati dalle linee guida, i programmi di parent training sono quelli meglio definiti.

Il trattamento psicologico dei disturbi della condotta e del comportamento antisociale a essi associati prevede interventi, singoli o in combinazione, che hanno come focus le abilità parentali, il funzionamento familiare, le abilità interpersonali del bambino, le difficoltà scolastiche, l'influenza del gruppo dei pari.

Per ognuna di queste aree di intervento, sono disponibili programmi CBT che si sono dimostrati efficaci ai fini di:

- sviluppare nei genitori aspettative realistiche, aumentare il loro senso di coerenza e di equità e a ridurre il rinforzo di comportamenti negativi;
- migliorare le strategie di problem solving del bambino e dei genitori;
- migliorare la relazione genitori-bambino;
- gestire la rabbia e promuovere le abilità interpersonali del bambino.

## Raccomandazioni

### *Interventi psicosociali: trattamento e prevenzione mirata*

Nel 2013 sono state pubblicate le linee guida NICE per il comportamento antisociale e i disturbi della condotta per i bambini e i giovani di età inferiore ai 19 anni (NICE, 2013). Il documento, aggiornato nel 2017, utilizza l'espressione "prevenzione mirata" in riferimento a interventi specifici per individui ad alto rischio che presentino segni o sintomi che possono portare allo sviluppo di un disturbo della condotta, ma che al momento non soddisfano i criteri per una diagnosi di disturbo della condotta.

Gli interventi presenti nelle linee guida NICE sono indicati per bambini e ragazzi che hanno una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio o disturbo della condotta, sono in contatto con il sistema giudiziario o sono stati identificati ad alto rischio di sviluppare un disturbo della condotta sulla base di strumenti formali di valutazione indicati nelle linee guida stesse (Child Behavior Checklist, Strengths and Difficulties Questionnaire, Connors Rating Scales – Revised).

### *Programmi di parent training*

Offrire programmi di parent training di gruppo ai genitori di bambini e ragazzi di età compresa fra i 3 e gli 11 anni i quali:

- siano stati identificati ad alto rischio di sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio o un disturbo della condotta, oppure
- abbiano una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio o di disturbo della condotta, oppure
- siano in contatto con il sistema giudiziario a causa di comportamenti antisociali

I programmi di parent training, se possibile e nell'interesse del minore, dovrebbero coinvolgere entrambi i genitori e dovrebbero

- essere rivolti a gruppi composti solitamente da 10-12 genitori;
- essere basati su un modello di apprendimento sociale e utilizzare tecniche di modeling (modellamento), rehearsal (prova e reiterazione) e feedback per migliorare le abilità parentali;
- prevedere generalmente 10 a 16 incontri di 90-120 minuti;

- seguire il manuale dello sviluppatore (il manuale deve essere stato valutato positivamente in un trial clinico randomizzato) e utilizzare tutti i materiali necessari per garantire che il programma sia implementato in accordo con quanto indicato nel manuale.

Offrire un programma di parent training individuale ai genitori di bambini e ragazzi tra i 3 e gli 11 anni che non siano in grado di partecipare a un programma di gruppo e i cui bambini:

- siano stati identificati ad alto rischio di sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio o un disturbo della condotta, oppure
- abbiano una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio o di disturbo della condotta, oppure
- siano in contatto con il sistema giudiziario a causa di comportamenti antisociali.

I programmi di parent training individuali, se possibile e nel miglior interesse del minore dovrebbero coinvolgere, entrambi i genitori e dovrebbero:

- essere basati su un modello di apprendimento sociale e utilizzare tecniche di modeling (modellamento), rehearsal (prova e reiterazione) e feedback per migliorare le abilità parentali;
- prevedere generalmente 8-10 incontri di 60-90 minuti.

Seguire il manuale messo a punto da chi ha sviluppato il programma (il manuale deve essere stato valutato positivamente in un trial clinico randomizzato) e utilizzare tutti i materiali necessari per garantire che il programma sia implementato in accordo con quanto indicato nel manuale.

*Programmi di training rivolti ai genitori e ai bambini, nel caso di bambini con bisogni complessi*

Offrire programmi individuali di training ai genitori e ai bambini, nel caso di bambini di età compresa fra i 3 e gli 11 anni che presentino problemi gravi e complessi e che

- siano stati identificati ad alto rischio di sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio o un disturbo della condotta, oppure
- abbiano un disturbo oppositivo provocatorio o un disturbo della condotta, oppure

- siano in contatto con il sistema giudiziario a causa di comportamenti antisociali

I programmi individuali rivolti ai genitori e ai bambini, se possibile e nel miglior interesse del minore, dovrebbero coinvolgere entrambi i genitori, chi ha in affidamento il bambino o i suoi tutori, e dovrebbero

- essere basati su un modello di apprendimento sociale e utilizzare tecniche di modeling (modellamento), rehearsal (prova e reiterazione) e feedback per migliorare le abilità parentali;
- prevedere 10 incontri della durata di 60 minuti;
- seguire il manuale messo a punto da chi ha sviluppato il programma (il manuale deve essere stato valutato positivamente in un trial clinico randomizzato) e utilizzare tutti i materiali necessari per garantire che il programma sia implementato in accordo con quanto indicato nel manuale

Le raccomandazioni sono basate sull'analisi di 54 trials che hanno dati appropriati per una meta-analisi.

### *Raccomandazione basate su evidenza di qualità da moderata ad alta*

Programmi di training rivolti ai genitori affidatari e ai tutori

Offrire programmi di parent training di gruppo ai genitori affidatari e ai tutori di bambini e ragazzi di età compresa fra i 3 e gli 11 anni i quali:

- siano stati identificati ad alto rischio di sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio o un disturbo della condotta, oppure
- abbiano una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio o di disturbo della condotta, oppure
- siano in contatto con il sistema giudiziario a causa di comportamenti antisociali.

I programmi di parent training, se possibile e nell'interesse del minore, dovrebbero coinvolgere entrambi i genitori affidatari o i tutori e dovrebbero

- modificare l'intervento tenendo conto del contesto di affidamento nel quale il bambino vive;
- essere rivolti a gruppi composti solitamente da 8-12 genitori affidatari o tutori;

- essere basati su un modello di apprendimento sociale e utilizzare tecniche di modeling (modellamento), rehearsal (prova e reiterazione) e feedback per migliorare le abilità parentali;
- prevedere generalmente 10 a 16 incontri di 90-120 minuti;
- seguire il manuale messo a punto da chi ha sviluppato il programma (il manuale deve essere stato valutato positivamente in un trial clinico randomizzato) e utilizzare tutti i materiali necessari per garantire che il programma sia implementato in accordo con quanto indicato nel manuale.

Offrire un programma di parent training individuale ai genitori affidatari e ai tutori di bambini e ragazzi tra i 3 e gli 11 anni che non siano in grado di partecipare a un programma di gruppo e i cui bambini

- siano stati identificati ad alto rischio di sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio o un disturbo della condotta, oppure
- abbiano una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio o di disturbo della condotta, oppure
- siano in contatto con il sistema giudiziario a causa di comportamenti antisociali.

I programmi di parent training individuali, se possibile e nel miglior interesse del minore dovrebbero coinvolgere, entrambi i genitori e dovrebbero

- modificare l'intervento tenendo conto del contesto di affidamento nel quale il bambino vive;
- essere basati su un modello di apprendimento sociale e utilizzare tecniche di modeling (modellamento), rehearsal (prova e reiterazione) e feedback per migliorare le abilità parentali;
- prevedere generalmente 10 incontri di 60 minuti;
- seguire il manuale messo a punto da chi ha sviluppato il programma (il manuale deve essere stato valutato positivamente in un trial clinico randomizzato) e utilizzare tutti i materiali necessari per garantire che il programma sia implementato in accordo con quanto indicato nel manuale.

Le raccomandazioni derivano dall'analisi di 3 trials che hanno dati appropriati per una meta-analisi.



## *Raccomandazioni basate su evidenza di qualità alta*

### Programmi rivolti ai bambini

Gli interventi che sono stati valutati in maniera più attenta sono quelli tipo cognitivo-comportamentale, e per questi esiste l'evidenza più forte. Sono anche disponibili interventi di matrice umanistica o psicodinamica, inclusi quelli basati sulla teoria dell'attaccamento, ma per questi l'evidenza è di qualità più bassa.

Offrire programmi di gruppo basati su interventi di problem-solving interpersonale e cognitivo a bambini e ragazzi di età compresa fra i 9 e i 14 anni che

- siano stati identificati ad alto rischio di sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio o un disturbo della condotta, oppure
- abbiano una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio o di disturbo della condotta, oppure
- siano in contatto con il sistema giudiziario a causa di comportamenti antisociali.

Offrire programmi di gruppo basati su interventi di problem-solving interpersonale e cognitivo dovrebbero essere adattati tenendo conto del livello di sviluppo raggiunto dai bambini e dai ragazzi e dovrebbero

- essere basati su un modello cognitivo-comportamentale di problem solving;
- utilizzare tecniche di modeling (modellamento), rehearsal (prova e reiterazione) e feedback per migliorare le abilità;
- prevedere generalmente 8-18 incontri settimanali della durata di 2 ore;
- seguire il manuale messo a punto da chi ha sviluppato il programma (il manuale deve essere stato valutato positivamente in un trial clinico randomizzato) e utilizzare tutti i materiali necessari per garantire che il programma sia implementato in accordo con quanto indicato nel manuale.

Le raccomandazioni sono basate sull'analisi di 27 trials che hanno dati appropriati per una meta-analisi.

*Raccomandazioni basate su evidenza di qualità da bassa a moderata*

### Interventi multimodali

La terapia multimodale multisistemica prevede una vasta gamma di interventi CBT specifici per i problemi del bambino.

Offrire interventi multimodali, come ad esempio una terapia multisistemica, per il trattamento dei disturbi della condotta, ai bambini e ai ragazzi di età compresa fra gli 11 e i 17 anni.

Gli interventi multimodali dovrebbero coinvolgere il bambino o il ragazzo e i suoi genitori (o chi si prende cura di lui) e dovrebbero

- avere un focus esplicito e supportivo sulla famiglia;
- essere basati su un modello di apprendimento sociale con interventi a diversi livelli (individuo, famiglia, sistema giudiziario, comunità);
- essere forniti da case manager con una specifica formazione in merito;
- prevedere in genere 3-4 incontri a settimana per un periodo di 3-5 mesi;
- seguire il manuale messo a punto da chi ha sviluppato il programma (il manuale deve essere stato valutato positivamente in un trial clinico randomizzato) e utilizzare tutti i materiali necessari per garantire che il programma sia implementato in accordo con quanto indicato nel manuale.

Le raccomandazioni sono basate sull'analisi di 14 trials che hanno dati appropriati per una meta-analisi.

*Raccomandazioni basate su evidenza di qualità da bassa ad alta*

### Meta-analisi

È stata effettuata un'analisi degli ultimi aggiornamenti nella letteratura riguardante l'efficacia degli interventi per il trattamento dei disturbi della condotta, considerando le meta-analisi pubblicate dal 2013 fino a oggi. L'analisi ha identificato 3 studi, che sono stati inclusi. I risultati vengono riassunti di seguito.

## *Efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale*

Tutti gli studi hanno valutato l'efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) nel trattamento dei disturbi esternalizzanti, inclusi Disturbo Oppositivo Provocatorio (ODD) e Disturbo della Condotta (CD). La meta-analisi condotta da Battagliese *et al.* (2015) ha mostrato che la CBT è associata a una riduzione moderata dei sintomi esternalizzanti, con miglioramenti più marcati nei sintomi dell'ODD. Inoltre, la CBT è risultata efficace anche nel migliorare le competenze sociali e nel ridurre il disagio genitoriale. Tali risultati vengono confermati ed estesi da Riise e colleghi (2021), che mostrano come la CBT produce dimensioni dell'effetto significative anche in contesti clinici di routine, con tassi di remissione del 48% per il CD/ODD.

La meta-analisi di Riise *et al.* (2021) sottolinea che la CBT, spesso combinata con programmi di parent training, può essere altamente efficace nella gestione dei disturbi esternalizzanti. L'intervento è stato trovato efficace sia in formato individuale che di gruppo e non ha mostrato un effetto significativo del coinvolgimento degli insegnanti nel trattamento.

Furlong *et al.* (2012) hanno trovato che i programmi di parent training portano a una riduzione significativa dei disturbi della condotta, migliorano la salute mentale dei genitori e aumentano le competenze genitoriali.

## *Focus sulla Durabilità dei Benefici nel Tempo*

Gli studi considerati non hanno riportati dati sul follow-up. Ciò impedisce di trarre conclusioni sulla durabilità dei benefici nel tempo e suggerisce la necessità di ulteriori ricerche per valutare gli effetti a lungo termine di questi tipi di intervento.

## *Moderatori dell'efficacia dell'intervento*

L'efficacia degli interventi per i disturbi della condotta può variare significativamente in base a diversi fattori moderatori.

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) ha mostrato efficacia in vari formati, inclusi trattamenti individuali e di gruppo, come indicato da Riise *et al.* (2021). La meta-analisi ha dimostrato che il formato di erogazione del trattamento (individuale, di gruppo o combinato) non ha moderato significativamente le dimensioni dell'effetto, suggerendo che la CBT è efficace in diverse configurazioni. Tuttavia, il numero di sessioni si è rivelato un mode-

ratore importante, con un numero maggiore di sessioni associato a migliori risultati del trattamento. Inoltre, la qualità dell'implementazione e la fedeltà al programma sono fattori cruciali per il successo del trattamento (Furlong *et al.*, 2012).

L'età inferiore dei partecipanti è stata identificata come un moderatore positivo dell'efficacia della CBT. Riise e colleghi (2021) hanno trovato che i bambini più piccoli ottenevano risultati migliori in termini di riduzione dei sintomi e tassi di remissione più elevati. Ciò potrebbe dipendere dalla maggiore plasticità e dall'efficacia delle strategie di intervento nei bambini più giovani rispetto agli adolescenti.

La gravità dei sintomi al momento dell'inizio del trattamento è un moderatore significativo. I risultati della meta-analisi di Riise *et al.* (2021) indicano che sintomi più gravi al pre-trattamento sono stati associati a una dimensione dell'effetto maggiore, suggerendo che i bambini con sintomi più gravi potrebbero mostrare un margine di miglioramento più ampio grazie al trattamento. Questo può riflettere un potenziale di cambiamento più grande nei casi più gravi.

L'uso di psicotropi all'inizio del trattamento è stato identificato come un moderatore negativo. Infatti sembra essere associato a dimensioni dell'effetto minori e tassi di remissione più bassi (Riise *et al.*, 2021). Questo potrebbe suggerire che i bambini in trattamento farmacologico potrebbero avere una risposta meno robusta alla CBT, o che le condizioni mediche sottostanti potrebbero influenzare l'efficacia del trattamento psicologico.

L'efficacia dei programmi di formazione per genitori è influenzata dal grado di coinvolgimento dei genitori nel trattamento. Furlong *et al.* (2012) hanno trovato che i programmi che includono un'intensa partecipazione dei genitori, come il parent training, producono miglioramenti significativi nelle competenze genitoriali e nella riduzione dei problemi di condotta dei bambini. Tuttavia, il coinvolgimento degli insegnanti non ha moderato significativamente le dimensioni dell'effetto nella meta-analisi di Riise *et al.* (2021), suggerendo che il coinvolgimento degli insegnanti potrebbe non essere essenziale per l'efficacia del trattamento, sebbene possa essere benefico in alcuni casi.

In sintesi, l'efficacia degli interventi per i disturbi della condotta è influenzata da una serie di fattori, tra cui il formato del trattamento, l'età dei partecipanti, la gravità dei sintomi, l'uso di psicotropi, il coinvolgimento dei genitori e la fedeltà dell'implementazione. Questi moderatori devono essere considerati per ottimizzare i risultati del trattamento e adattare le strategie terapeutiche alle esigenze individuali dei pazienti.

### *Cost-Efficacy*

La revisione di Furlong *et al.* (2012) ha dimostrato che i programmi di formazione per genitori basati su tecniche CBT sono relativamente economici rispetto ai costi a lungo termine associati ai problemi di condotta infantile. I costi per famiglia per portare un bambino con problemi di condotta dalla fascia clinica a quella non clinica sono stati stimati intorno ai 2500 dollari (1712 GBP; 2217 EUR). Questo rappresenta un investimento modesto considerando i potenziali risparmi nei costi di salute, sociale, istruzione e legali nel lungo termine.

### *Conclusione*

La letteratura suggerisce che la CBT e i parent training sono efficaci nel trattamento dei disturbi della condotta. La CBT mostra risultati significativi nella riduzione dei sintomi esternalizzanti e nel miglioramento della competenza sociale, mentre i programmi di formazione per genitori sono efficaci nel migliorare i problemi di condotta dei bambini e la salute mentale dei genitori. Entrambi i trattamenti dimostrano efficacia in contesti clinici di routine.

## **Linea guida NICE per il riconoscimento, valutazione e trattamento del disturbo d'ansia sociale**

Nel 2013 il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ha pubblicato le linee guida per il riconoscimento, la valutazione e il trattamento del disturbo d'ansia sociale nei bambini e nei giovani (dall'età scolare ai 17 anni), con l'obiettivo di migliorare i sintomi, il funzionamento scolastico e sociale e la qualità della vita delle persone affette da disturbo d'ansia sociale (NICE, 2013). Al momento della pubblicazione di questo articolo non sono disponibili versioni aggiornate del documento NICE.

### *Interventi per bambini e ragazzi con disturbo d'ansia sociale*

Tutti gli interventi per bambini e giovani con disturbo d'ansia sociale dovrebbero essere forniti da professionisti competenti. Gli interventi psicologici dovrebbero basarsi sui manuali di trattamento pertinenti, che dovrebbero guidare la struttura e la durata dell'intervento. I professionisti dovrebbero

prendere in considerazione l'utilizzo di quadri di competenza sviluppati dai manuali di trattamento pertinenti e per tutti gli interventi dovrebbero:

- ricevere una supervisione regolare di alta qualità;
- utilizzare misure di esito della sessione di routine, ad esempio:
  - la LSAS – versione bambino o SPAI-C, e la SPIN o LSAS per i giovani;
  - il MASC, RCADS, SCAS o SCARED per i bambini;
- impegnarsi nel monitoraggio e nella valutazione dell'aderenza al trattamento e della competenza del professionista, ad esempio utilizzando nastri video e audio e, se del caso, audit e controllo esterni.

Essere consapevoli dell'impatto della casa, della scuola e dell'ambiente sociale in generale sul mantenimento e sul trattamento del disturbo d'ansia sociale. Mantenere l'attenzione sui bisogni emotivi, educativi e sociali del bambino o del giovane e lavorare con genitori, insegnanti, altri adulti e coetanei del bambino o del giovane per creare un ambiente che supporti il raggiungimento degli obiettivi concordati del trattamento.

### *Trattamento per bambini e giovani con disturbo d'ansia sociale*

Offrire una CBT individuale o di gruppo incentrata sull'ansia sociale a bambini e giovani con disturbo d'ansia sociale. Prendere in considerazione il coinvolgimento di genitori o tutori per garantire l'effettiva attuazione dell'intervento, in particolare nei bambini piccoli.

La CBT individuale dovrebbe consistere in quanto segue, tenendo conto della maturità cognitiva ed emotiva del bambino o del giovane:

- 8-12 sessioni della durata di 45 minuti;
- psicoeducazione;
- esposizione a situazioni sociali temute o evitate;
- formazione in abilità sociali e opportunità di provare abilità in situazioni sociali;
- psicoeducazione e formazione delle competenze per i genitori, in particolare dei bambini piccoli, per promuovere e rafforzare l'esposizione del bambino a situazioni sociali temute o evitate e lo sviluppo delle competenze.

La CBT di gruppo dovrebbe consistere in quanto segue, tenendo conto della maturità cognitiva ed emotiva del bambino o del giovane:

- 8-12 sessioni della durata di 90 minuti con gruppi di bambini o ragazzi della stessa fascia di età;
- psicoeducazione, esposizione a situazioni sociali temute o evitate;
- formazione in abilità sociali e opportunità di provare abilità in situazioni sociali;
- psicoeducazione e formazione delle competenze per i genitori, in particolare dei bambini piccoli, per promuovere e rafforzare l'esposizione del bambino a situazioni sociali temute o evitate e lo sviluppo delle competenze.

Considerare gli interventi psicologici sviluppati per gli adulti per i giovani (di solito di età pari o superiore a 15 anni) che hanno la capacità cognitiva ed emotiva per intraprendere un trattamento sviluppato per gli adulti:

- Offrire ai ragazzi (>15 anni) con disturbo d'ansia sociale una terapia cognitivo-comportamentale individuale (CBT) che è stata specificamente sviluppata per trattare il disturbo d'ansia sociale (basata sul modello di Clark e Wells o sul modello di Heimberg).
- Non offrire di routine la CBT di gruppo a preferenza della CBT individuale. Sebbene ci siano prove che la CBT di gruppo sia più efficace della maggior parte degli altri interventi, è meno clinicamente e conveniente rispetto alla CBT individuale.
- Per i soggetti che rifiutano la CBT e desiderano prendere in considerazione un altro intervento psicologico, offrire un auto-aiuto supportato basato sulla CBT (vedere la raccomandazione 1.3.15).

### *Meta-analisi*

Dal 2013, anno di pubblicazione delle linee guida NICE, sono stati pubblicati pochi lavori di meta-analisi sull'efficacia degli interventi CBT per il trattamento del Disturbo d'ansia sociale in età evolutiva.

Nel 2016, Scaini e colleghi, attraverso l'utilizzo di tecniche meta-analitiche, hanno valutato 13 studi, per un totale di 366 soggetti nel gruppo attivo e 273 nel gruppo placebo. Si tratta della prima sintesi della letteratura disponibile sull'argomento e complessivamente mette in luce

1. l'efficacia della CBT sulla riduzione dei sintomi, efficacia che si mantiene anche ai follow-up di 6 e 12 mesi;
2. l'efficacia della conduzione di interventi CBT a scuola, risultato di parti-

colare interesse dal momento che interventi scolastici sono stati concepiti per i bambini e gli adolescenti che non hanno accesso a strutture cliniche o che possono essere riluttanti a cercare un trattamento a causa dello stigma percepito;

3. una maggiore durata del trattamento è risultata associata a una maggiore efficacia. Tuttavia, analizzando la variabile “minuti totali di trattamento” non è stato riscontrato un effetto moderatore significativo. Questo potrebbe indicare che i bambini traggono maggior beneficio da trattamenti che si protraggono nel tempo;
4. l’aggiunta dei Social Skill Training può migliorare ulteriormente l’impatto della CBT.

I risultati di questo lavoro vanno comunque letti tenendo conto del fatto che l’aver incluso nelle analisi studi non randomizzati e non controllati potrebbe aver determinato una sovrastima degli effetti.

Due anni dopo è stata pubblicata una meta-analisi (2019) di 17 trial clinici randomizzati controllati che hanno incluso un totale di 1134 partecipanti (696 randomizzati a interventi psicologici – CPD e terapia comportamentale – e 438 partecipanti randomizzati a condizioni di controllo). L’outcome primario era quello di valutare l’efficacia e l’accettabilità (drop-out) dell’intervento psicoterapeutico. La CBT e la terapia comportamentale sono risultate significativamente più efficaci rispetto alle condizioni di controllo, in termini di riduzione dei sintomi d’ansia e remissione della diagnosi. Non c’è stata alcuna differenza statisticamente significativa tra gli interventi psicologici e le condizioni di controllo per quanto riguarda il tasso di drop-out. Gli interventi psicologici sono stati superiori alle condizioni di controllo nel migliorare la qualità della vita/funzionamento e nel ridurre i sintomi depressivi.

## **Linea guida NICE per il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo e del disturbo da dismorfismo corporeo**

Nel 2013 sono state pubblicate le linee guida NICE per il riconoscimento, la valutazione, la diagnosi e il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo e della dismorfofobia corporea nei bambini (a partire dagli 8 anni di età) e nei giovani (NICE, 2013). L’obiettivo è migliorare la diagnosi e il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo e della dismorfofobia corporea. Include raccomandazioni su come le famiglie e coloro che si prendono cura dei bambini li possono sostenere e possono ottenere supporto per se stessi.



## *Bambini e giovani*

Per i bambini e i giovani con DOC con lieve deterioramento funzionale, l'auto-aiuto guidato può essere preso in considerazione insieme al supporto e all'informazione per la famiglia o per i tutori.

Ai bambini e ai giovani con DOC con compromissione funzionale da moderata a grave e a quelli con DOC con compromissione funzionale lieve per i quali l'auto-aiuto guidato è stato inefficace o rifiutato, dovrebbe essere offerta la CBT (compreso l'ERP) che coinvolga la famiglia o i caregiver ed è adattato per adattarsi all'età di sviluppo del bambino come trattamento di scelta. Dovrebbero essere offerti formati di gruppo o individuali a seconda delle preferenze del bambino o del giovane e della sua famiglia o di chi si prende cura di loro.

A tutti i bambini e giovani con BDD (dismorfismo corporeo) dovrebbe essere offerta la CBT (compreso l'ERP) che coinvolga la famiglia o i tutori e sia adattata all'età di sviluppo del bambino o del giovane come trattamento di prima linea.

Se il trattamento psicologico viene rifiutato da bambini o giovani con DOC o BDD e dalle loro famiglie o tutori, o non sono in grado di intraprendere un trattamento, un SSRI può essere preso in considerazione con disposizioni specifiche per un attento monitoraggio degli eventi avversi.

I trattamenti psicologici per bambini e giovani dovrebbero essere collaborativi e coinvolgere la famiglia o i tutori. Quando si utilizzano trattamenti psicologici per bambini o giovani, gli operatori sanitari dovrebbero considerare il contesto più ampio e gli altri professionisti coinvolti con l'individuo.

Nel trattamento cognitivo-comportamentale di bambini e giovani con DOC o BDD, particolare attenzione dovrebbe essere prestata a:

- sviluppare e mantenere una buona alleanza terapeutica con il bambino o il giovane, così come con la sua famiglia o con i suoi accompagnatori;
- mantenere l'ottimismo sia nel bambino o giovane che nella sua famiglia o tutori;
- identificare in modo collaborativo gli obiettivi del trattamento iniziale e successivo con il bambino o il giovane
- coinvolgere attivamente la famiglia o i tutori nella pianificazione del trattamento e nel processo terapeutico, in particolare nell'ERP dove, se appropriato e accettabile, può essere chiesto loro di assistere il bambino o il giovane;
- incoraggiare l'uso dell'ERP se emergono sintomi nuovi o diversi dopo il successo del trattamento;

- mantenere i contatti con altri professionisti coinvolti nella vita del bambino o del giovane, inclusi insegnanti, assistenti sociali e altri operatori sanitari, soprattutto quando l'attività compulsiva interferisce con il normale funzionamento del bambino o del giovane;
- offrendo una o più sessioni aggiuntive, se necessario, agli appuntamenti di revisione dopo il completamento della CBT.

Nel trattamento psicologico di bambini e giovani con DOC o BDD, gli operatori sanitari dovrebbero considerare l'inclusione di ricompense al fine di migliorare la loro motivazione e rafforzare i cambiamenti comportamentali desiderati.

### *Meta-analisi*

Dalle linee guida NICE del 2013 fino all'aggiornamento di maggio 2024, numerosi studi hanno investigato l'efficacia degli interventi psicologici e farmacologici per il trattamento del disturbo ossessivo compulsivo (DOC) nei bambini e negli adolescenti. Questi aggiornamenti mirano a fornire un quadro chiaro e basato sull'evidenza per il trattamento efficace del DOC nell'età evolutiva.

### *Dati di superiorità della psicoterapia rispetto ai controlli non attivi*

Numerosi studi sul trattamento del DOC in età evolutiva, hanno confermato l'efficacia della psicoterapia, inclusa la terapia cognitiva comportamentale (CBT), rispetto ai controlli non attivi (lista d'attesa e trattamento standard) nel trattamento della sintomatologia ossessivo-compulsiva (OC) in bambini e adolescenti (Olatunji *et al.*, 2013; Skarphedinsson *et al.*, 2015; Ost *et al.*, 2016; McGuire *et al.*, 2016; Skapinakis *et al.*, 2016; Cervin *et al.*, 2024).

### *Dati di superiorità della psicoterapia rispetto ai controlli attivi*

In letteratura, molti studi hanno riportato dati di efficacia della CBT per il trattamento del DOC in età evolutiva rispetto ai controlli attivi, incluse tecniche per la gestione dello stress, tecniche di rilassamento e tecniche per la gestione dell'ansia (Olatunji *et al.*, 2013; Skarphedinsson *et al.*, 2015;

Ost *et al.*, 2016; McGuire *et al.*, 2016; Cervin *et al.*, 2024). Dati contrastanti sono emersi nella revisione sistematica condotta da Skapinakis e colleghi, che non ha confermato i dati di superiorità della CBT e della Terapia Cognitiva (TC) rispetto ai controlli attivi; tuttavia, gli studi condotti su bambini e adolescenti con DOC inclusi nella meta-analisi erano limitati (Skapinakis *et al.*, 2016).

Dati di superiorità della psicoterapia rispetto alla farmacoterapia

Una meta-analisi di Watson e Rees, ha analizzato l'efficacia degli interventi psicologici, inclusa la CBT, rispetto ai controlli non attivi e della farmacoterapia con serotonin reuptake inhibitors (SSRI) rispetto al placebo. I risultati hanno mostrato dati di superiorità della CBT e di altri trattamenti psicologici (terapia comportamentale, terapia metacognitiva, terapia familiare, terapia psicodinamica) rispetto agli effetti della sola farmacoterapia nel ridurre i sintomi OC nei bambini e adolescenti con DOC (Watson & Rees, 2007).

Più recentemente Ivarsson e colleghi, hanno condotto una revisione della letteratura e meta-analisi per valutare l'efficacia del trattamento con SSRI rispetto al trattamento CBT, al trattamento combinato (i.e., SSRI + CBT) e al placebo nel trattamento del DOC pediatrico. Dai risultati dei confronti diretti tra CBT versus il trattamento con SSRI, è emersa una superiorità della CBT rispetto alla sola terapia farmacologica con SSRI (Ivarsson *et al.*, 2015).

### *Efficacia degli approcci integrati: psicoterapia e terapia farmacologica*

Alcune meta-analisi recenti hanno esplorato l'efficacia degli approcci integrati farmacologici e psicologici nel trattamento del DOC in età evolutiva. I risultati hanno dimostrato che la combinazione della terapia farmacologica (i.e. SSRI) e la CBT risulta essere più efficace rispetto alla sola terapia farmacologica (Ivarsson *et al.*, 2015; Tao *et al.*, 2022; Mendez *et al.*, 2023). Inoltre, Mendez e colleghi riportano dati di efficacia del trattamento combinato rispetto al placebo già dalla 12° settimana di trattamento (Mendez *et al.*, 2023).

### *Dati di efficacia della Terapia Cognitivo Comportamentale*

La letteratura scientifica conferma l'efficacia della terapia CBT nel trattamento del DOC in bambini e adolescenti (Wu *et al.*, 2015; Sun *et al.*, 2016; Camilla Funch Uhre *et al.*, 2020; Wergeland *et al.*, 2021, Cervin *et al.*, 2024).

In particolare, riportando alti tassi di remissione post-trattamento dal 50.7% al 77.4% e raggiungendo il 53.5%-83.3% al follow-up fino a 10 mesi (Wergeland *et al.*, 2021).

Diversi studi hanno mostrato l'efficacia della CBT con Exposure and Response Prevention (ERP) nella riduzione della sintomatologia OC in bambini e adolescenti con DOC (Olatunji *et al.*, 2013; Reid *et al.*, 2021). Tuttavia, una recente revisione sistematica della letteratura e meta-analisi condotta da Reid e colleghi, ha mostrato l'efficacia della terapia CBT con ERP ma non la superiorità rispetto ad altri interventi psicoterapici, inclusi la TC e l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Reid *et al.*, 2021).

### *Dati di efficacia della Terapia Familiare*

In letteratura alcune meta-analisi hanno mostrato l'efficacia della terapia CBT familiare nella riduzione della sintomatologia OC in pazienti pediatriche con DOC (Rosa-Alcàzar *et al.*, 2015; Iniesta-Sepúlveda *et al.*, 2017; Rosa-Alcàzar *et al.*, 2022). In particolare, lo studio di Iniesta-Sepúlveda e colleghi, ha mostrato una maggior efficacia del trattamento CBT familiare di tipo individuale rispetto al trattamento CBT familiare di gruppo (Iniesta-Sepúlveda *et al.*, 2015). Inoltre, la terapia familiare ha mostrato una significativa riduzione anche della sintomatologia ansiosa e depressiva nei pazienti pediatriche con DOC (Rosa-Alcàzar *et al.*, 2022).

#### Moderatori dell'efficacia dell'intervento

L'efficacia degli interventi psicologici nel trattamento del DOC in età infantile può essere influenzata da una serie di fattori, incluse caratteristiche demografiche, cliniche dei pazienti, nonché aspetti specifici del trattamento stesso.

In letteratura, emergono dati contrastanti circa la severità dei sintomi OC all'inizio del trattamento psicologico. Sebbene la metanalisi di Wu e colleghi abbia riscontrato una correlazione positiva tra severità dei sintomi ed efficacia del trattamento CBT (Wu *et al.*, 2016), Ost e colleghi riportano un minor miglioramento post-trattamento CBT nei pazienti che presentano sintomi OC più gravi al basale (Ost *et al.*, 2016).

Per quanto concerne il trattamento psicologico in bambini e adolescenti che presentano altre comorbidità psichiatriche oltre il DOC, la metanalisi di McGuire e colleghi ha riportato dati di efficacia maggiori della CBT in pazienti con disturbi d'ansia in comorbidità (McGuire *et al.*, 2016). D'altra parte, la severità del quadro clinico associata al tipo di comorbidità, inclusi

i disturbi depressivi, può richiedere considerazioni particolari nel trattamento, ma non è necessariamente associata a una ridotta efficacia della CBT (Ivarson *et al.*, 2015). Pertanto, la CBT è raccomandata come trattamento di prima linea anche in presenza di comorbidità, sebbene siano necessari ulteriori studi per approfondire questi risultati.

### *Effetti a lungo termine della psicoterapia*

Diverse meta-analisi hanno mostrato l'efficacia della CBT nel breve termine e nel mantenimento degli effetti nel lungo termine fino a 12 mesi post trattamento (Skarphedinsson *et al.*, 2015; Wergeland *et al.*, 2021; Reid *et al.*, 2021). Tuttavia, rimangono ancora limitati gli studi di follow up sugli effetti della psicoterapia a lungo termine nel trattamento del DOC in età evolutiva.

### *Tassi di abbandono – drop out*

I tassi di drop out rappresentano un elemento critico nella valutazione dell'efficacia dei trattamenti per il DOC nei bambini e adolescenti. I dati della letteratura mostrano una variabilità nei tassi di abbandono stimati intorno al 11.4%-12.7% per la CBT (Ost *et al.*, 2016; Wegelad *et al.*, 2021). Tuttavia, gli interventi psicologici hanno mostrato tassi di drop-out significativamente più bassi rispetto a quelli osservati nei trattamenti farmacologici (SSRI) che si distribuiscono intorno al 25.8% (Wergeland *et al.*, 2021).

### *Conclusioni*

Le diverse meta-analisi e revisioni sistematiche incluse nell'aggiornamento dalle linee guida NICE del 2013, confermano la superiorità della CBT, sia da sola che in combinazione con il trattamento farmacologico (SSRI), nel trattamento del DOC in bambini e adolescenti.

Risulta cruciale considerare la CBT come terapia di prima scelta nel trattamento in età evolutiva, data la sua efficacia sostenuta, mantenendo un'attenzione particolare all'importanza dell'ambiente familiare nel trattamento di bambini e adolescenti con DOC.

## **Bibliografia**

- Alozkan-Sever C., Uppendahl J.R., Cuijpers P., de Vries R., Rahman A., Mittendorfer-Rutz E., Akhtar A., Zheng Z. & Sijbrandij M. (2023). Research Review: Psychological and psychosocial interventions for children and adolescents with depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder in low- and middle-income countries. A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 64(12): 1776-1788. DOI: 10.1111/jcpp.13891.
- Battagliese G., Caccetta M., Luppino O.I., Baglioni C., Cardi V., Mancini F. & Buonanno C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 75: 60-71. DOI: 10.1016/j.brat.2015.10.008.
- Catalan A., Salazar de Pablo G., Vaquerizo Serrano J., Mosillo P., Baldwin H., Fernández-Rivas A., Moreno C., Arango C., Correll C.U., Bonoldi I. & Fusar-Poli P. (2021). Annual Research Review: Prevention of psychosis in adolescents. Systematic review and meta-analysis of advances in detection, prognosis and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 62(5): 657-673. DOI: 10.1111/jcpp.13322.
- Cervin M., McGuire J.F., D'Souza J.M., De Nadai A.S., Aspvall K., Goodman W.K., André P., Schneider S.C., Geller D.A., Mataix-Cols D. & Storch E.A. (2024). Efficacy and acceptability of cognitive-behavioral therapy and serotonin reuptake inhibitors for pediatric obsessive-compulsive disorder: a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 65(5): 594-609. DOI: 10.1111/jcpp.13934.
- Correll C.U., Galling B., Pawar A., Krivko A., Bonetto C., Ruggeri M., Craig T.J., Nordentoft M., Srihari V.H., Guloksuz S., Hui C.L.M., Chen E.Y.H., Valencia M., Juarez F., Robinson D.G., Schooler N.R., Brunette M.F., Mueser K.T., Rosenheck R.A., Marcy P., ... Kane J.M. (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA psychiatry*, 75(6): 555-565. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0623.
- Cuijpers P., Karyotaki E., Ciharova M., Miguel C., Noma H., Stikkelbroek Y., Weisz J.R. & Furukawa T.A. (2023). The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1): 177-192. DOI: 10.1007/s00787-021-01884-6.
- Cuijpers P., Pineda B.S., Ng M.Y., Weisz J.R., Muñoz R.F., Gentili C., Quero S. & Karyotaki E. (2021). A Meta-analytic Review: Psychological Treatment of Subthreshold Depression in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 60(9): 1072-1084. DOI: 10.1016/j.jaac.2020.11.024.
- Devoe D.J., Farris M.S., Townes P. & Addington J. (2020). Interventions and Transition in Youth at Risk of Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analyses. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(3): 17r12053. DOI: 10.4088/JCP.17r12053.
- Eckstain D., Kuppens S., Ugueto A., Ng M.Y., Vaughn-Coaxum R., Corteselli K. & Weisz J.R. (2020). Meta-Analysis: 13-Year Follow-up of Psychotherapy Effects on Youth Depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(1): 45-63. DOI: 10.1016/j.jaac.2019.04.002.
- Faraone S.V., Banaschewski T., Coghill D., Zheng Y., Biederman J., Bellgrove M.A., Newcorn J.H., Gignac M., Al Saud N.M., Manor I., Rohde L.A., Yang L., Cortese S., Almagor

- D., Stein M.A., Albatti T.H., Aljouidi H.F., Alqahtani M.M.J., Asherson P., Atwoli L., ... Wang Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 128: 789-818. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022.
- Fulambarkar N., Seo B., Testerman A., Rees M., Bausback K. & Bunge E. (2023). Review: Meta-analysis on mindfulness-based interventions for adolescents' stress, depression, and anxiety in school settings: a cautionary tale. *Child and Adolescent Mental Health*, 28(2): 307-317. DOI: 10.1111/camh.12572.
- Furlong M., McGilloyway S., Bywater T., Hutchings J., Smith S.M. & Donnelly M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD008225. DOI: 10.1002/14651858.CD008225.pub2.
- Guo C., Assumpcao L. & Hu Z. (2022). Efficacy of Non-pharmacological Treatments on Emotional Symptoms of Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 26(4): 508-524. DOI: 10.1177/10870547211001953.
- Iniesta-Sepúlveda M., Rosa-Alcázar A.I., Sánchez-Meca J., Parada-Navas J.L. & Rosa-Alcázar, Á. (2017). Cognitive-behavioral high parental involvement treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 49: 53-64. DOI: 10.1016/j.janxdis.2017.03.010.
- Ivarsson T., Skarphedinsson G., Kornør H., Axelsdottir B., Biedilæ S., Heyman I., Asbahr F., Thomsen P.H., Fineberg N., March J. & Accreditation Task Force of The Canadian Institute for Obsessive Compulsive Disorders (2015). The place of and evidence for serotonin reuptake inhibitors (SRIs) for obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents: Views based on a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 227(1): 93-103. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.01.015.
- Kunas S.L., Lautenbacher L.M., Lueken P.U. & Hilbert K. (2021). Psychological Predictors of Cognitive-Behavioral Therapy Outcomes for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 278: 614-626. DOI: 10.1016/j.jad.2020.09.092.
- Lambez B., Harwood-Gross A., Golumbic E.Z. & Rassovsky Y. (2020). Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 120: 40-55. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2019.10.007.
- Lee Y.C., Chen C.R. & Lin K.C. (2022). Effects of Mindfulness-Based Interventions in Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22): 15198. DOI: 10.3390/ijerph192215198.
- Ma L., Zhang Y., Huang C. & Cui Z. (2020). Resilience-oriented cognitive behavioral interventions for depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*, 270: 150-164. DOI: 10.1016/j.jad.2020.03.051.
- McGuire J.F., Piacentini J., Lewin A.B., Brennan E.A., Murphy T.K. & Storch E.A. (2015). A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depression and Anxiety*, 32(8): 580-593. DOI: 10.1002/da.22389.
- Mendez E.M., Dahlsgaard K.K., Hjelmgren J.M., Mills J.A., Suresh V. & Strawn J.R. (2023). What Is the Added Benefit of Combining Cognitive Behavioral Therapy and Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Youth with Obsessive Compulsive Disorder?

- A Bayesian Hierarchical Modeling Meta-Analysis. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 33(6): 203-211. DOI: 10.1089/cap.2023.0018.
- Olatunji B.O., Davis M.L., Powers M.B. & Smits J.A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1): 33-41. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.08.020.
- Oliva F., Malandrone F., di Girolamo G., Mirabella S., Colombi N., Carletto S. & Ostacoli L. (2021). The efficacy of mindfulness-based interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder beyond core symptoms: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, 292: 475-486. DOI: 10.1016/j.jad.2021.05.068.
- Öst L.G., Riise E.N., Wergeland G.J., Hansen B. & Kvale G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43: 58-69. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.08.003.
- Reid J.E., Laws K.R., Drummond L., Vismara M., Grancini B., Mpavaenda D. & Fineberg N.A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive Psychiatry*, 106: 152223. DOI: 10.1016/j.comppsy.2021.152223.
- Riise E.N., Wergeland G.J.H., Njardvik U. & Öst L.G. (2021). Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83: 101954. DOI: 10.1016/j.cpr.2020.101954.
- Rith-Najarian L.R., Mesri B., Park A.L., Sun M., Chavira D.A. & Chorpita B.F. (2019). Durability of Cognitive Behavioral Therapy Effects for Youth and Adolescents With Anxiety, Depression, or Traumatic Stress: A Meta-Analysis on Long-Term Follow-Ups. *Behavior Therapy*, 50(1): 225-240. DOI: 10.1016/j.beth.2018.05.006.
- Rosa-Alcázar A.I., Sánchez-Meca J., Rosa-Alcázar, Á., Iniesta-Sepúlveda M., Olivares-Rodríguez J. & Parada-Navas J.L. (2015). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a meta-analysis. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, E20. DOI: 10.1017/sjp.2015.22.
- Rosa-Alcázar, Á., Sánchez-Meca J., Rubio-Aparicio M., Bernal-Ruiz C. & Rosa-Alcázar A.I. (2022). Cognitive-Behavioral Therapy and Anxiety and Depression Level in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psicothema*, 34(3): 353-364. DOI: 10.7334/psicothema2021.478.
- Scaini S., Belotti R., Ogliari A. & Battaglia M. (2016). A comprehensive meta-analysis of cognitive-behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 42: 105-112. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.05.008.
- Skapinakis P., Caldwell D., Hollingworth W., Bryden P., Fineberg N., Salkovskis P., Welton N., Baxter H., Kessler D., Churchill R. & Lewis G. (2016). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health Technology Assessment*, 20(43): 1-392. DOI: 10.3310/hta20430.
- Skarphedinnsson G., Hanssen-Bauer K., Kornør H., Heiervang E.R., Landrø N.I., Axelsdóttir B., Biedilæ S. & Ivarsson T. (2015). Standard individual cognitive behaviour therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: a systematic review of effect estimates across comparisons. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(2): 81-92. DOI: 10.3109/08039488.2014.941395.
- Stafford M.R., Jackson H., Mayo-Wilson E., Morrison A.P. & Kendall T. (2013). Early in-



- terventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 346, f185. DOI: 10.1136/bmj.f185.
- Sun M., Rith-Najarian L.R., Williamson T.J. & Chorpita B.F. (2019). Treatment Features Associated with Youth Cognitive Behavioral Therapy Follow-Up Effects for Internalizing Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 48(sup1): S269-S283. DOI: 10.1080/15374416.2018.1443459.
- Tao Y., Li H., Li L., Zhang H., Xu H., Zhang H., Zou S., Deng F., Huang L., Wang Y., Wang X., Tang X., Fu X. & Yin L. (2022). Comparing the efficacy of pharmacological and psychological treatment, alone and in combination, in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A network meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 148: 95-102. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.01.057.
- Uhre C.F., Uhre V.F., Lønfeldt N.N., Pretzmann L., Vangkilde S., Plessen K.J., Gluud C., Jakobsen J.C. & Pagsberg A.K. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis: Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(1): 64-77. DOI: 10.1016/j.jaac.2019.08.480.
- Watson H.J. & Rees C.S. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(5): 489-498. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01875.x.
- Wergeland G.J.H., Riise E.N. & Öst L.G. (2021). Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, 101918. DOI: 10.1016/j.cpr.2020.101918.
- Wergeland G.J.H., Riise E.N. & Öst L.G. (2021). Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, 101918. DOI: 10.1016/j.cpr.2020.101918.
- Wright I., Mughal F., Bowers G. & Meiser-Stedman R. (2021). Dropout from randomised controlled trials of psychological treatments for depression in children and youth: a systematic review and meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*, 281: 880-890. DOI: 10.1016/j.jad.2020.11.039.
- Wu Y., Lang Z. & Zhang H. (2016). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *Medical Science Monitor*, 22: 1646-1653. DOI: 10.12659/msm.895481.
- Wuthrich V.M., Zagic D., Dickson S.J., McLellan L.F., Chen J.T., Jones M.P. & Rapee R.M. (2023). Effectiveness of Psychotherapy for Internalising Symptoms in Children and Adolescents When Delivered in Routine Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(3): 824-848. DOI: 10.1007/s10567-023-00433-8.
- Xiang Y., Cuijpers P., Teng T., Li X., Fan L., Liu X., Jiang Y., Du K., Lin J., Zhou X. & Xie P. (2022). Comparative short-term efficacy and acceptability of a combination of pharmacotherapy and psychotherapy for depressive disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 22(1): 139. DOI: 10.1186/s12888-022-03760-2.
- Xue J., Zhang Y. & Huang Y. (2019). A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on ADHD symptoms. *Medicine*, 98(23): e15957. DOI: 10.1097/MD.00000000000015957.

- Yang L., Zhou X., Pu J., Liu L., Cuijpers P., Zhang Y., Zhang H., Yuan S., Teng T., Tian L. & Xie P. (2019). Efficacy and acceptability of psychological interventions for social anxiety disorder in children and adolescents: a meta-analysis of randomized controlled trials. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(1): 79-89. DOI: 10.1007/s00787-018-1189-x.
- Zhang Q., Wang J. & Neitzel A. (2023). School-based Mental Health Interventions Targeting Depression or Anxiety: A Meta-analysis of Rigorous Randomized Controlled Trials for School-aged Children and Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 52(1): 195-217. DOI: 10.1007/s10964-022-01684-4.
- Zhou X., Teng T., Zhang Y., Del Giovane C., Furukawa T.A., Weisz J.R., Li X., Cuijpers P., Coghill D., Xiang Y., Hetrick S.E., Leucht S., Qin M., Barth J., Ravindran A.V., Yang L., Curry J., Fan L., Silva S.G., Cipriani A., ... Xie P. (2020). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 7(7): 581-601. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30137-1.

[www.nice.org.UK/guidance/ng134](http://www.nice.org.UK/guidance/ng134).  
[www.nice.org.uk/Guidance/CG155](http://www.nice.org.uk/Guidance/CG155).  
[www.nice.org.uk/guidance/ng87](http://www.nice.org.uk/guidance/ng87).  
[www.nice.org.uk/Guidance/CG158](http://www.nice.org.uk/Guidance/CG158).  
[www.nice.org.uk/guidance/CG159](http://www.nice.org.uk/guidance/CG159).  
[www.nice.org.uk/Guidance/CG31](http://www.nice.org.uk/Guidance/CG31).