
L'utilizzo dell'Esposizione con Prevenzione della Risposta in un campione di psicoterapeuti italiani

Simona Raimo¹, Valentina Battimiello¹, Dalila Biondi¹, Maria Ciccarelli¹, Tania Colardo¹, Dora Riemma¹, Loredana Schiano di Zenise¹, Andrea Gragnani², Adriana Scotto¹ e Teresa Cosentino²

Sommario

L'Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP) è un intervento *evidence-supported* indicato dalle linee guida internazionali come trattamento d'elezione per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo e per i Disturbi d'Ansia. Alcuni studi indicano, tuttavia, che rimane scarsamente impiegata nella pratica clinica. La letteratura consultata ha ispirato lo studio pilota qui riportato, avente lo scopo di indagare l'utilizzo dell'ERP tra gli psicoterapeuti cognitivisti italiani. Prendendo spunto dall'indagine condotta da Sars e van Minnen (2015), è stato adattato un questionario per indagare la frequenza e le credenze associate all'utilizzo dell'ERP con l'aggiunta di test per la valutazione delle caratteristiche personali del terapeuta, in particolare la sensibilità all'ansia e alla colpa e il senso di autoefficacia. Dai risultati è emerso che le credenze sull'efficacia della tecnica e un atteggiamento favorevole al suo impiego correlano positivamente con la frequenza di utilizzo dell'ERP, soprattutto tra gli psicoterapeuti con minore esperienza clinica. Oltre alle credenze specifiche sulla tecnica, tra le caratteristiche personali del terapeuta indagate, sembrano avere un peso nell'utilizzo della tecnica l'autoefficacia percepita e la sensibilità alla colpa. I dati sono discussi alla luce degli studi più recenti in letteratura.

Parole chiave

Esposizione con Prevenzione della Risposta, Psicoterapia Cognitiva, Formazione, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo d'Ansia Sociale, Disturbo di Panico, Fobia Specifica.

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Napoli.

² Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma.

The use of Exposure with Response Prevention in a sample of Italian psychotherapists

Simona Raimo¹, Valentina Battimiello¹, Dalila Biondi¹, Maria Ciccarelli¹, Tania Colardo¹, Dora Riemma¹, Loredana Schiano di Zenise¹, Andrea Gragnani², Adriana Scuotto¹ and Teresa Cosentino²

Abstract

Exposure and response prevention (ERP) is an evidence-supported intervention indicated by international guidelines for the treatment of obsessive-compulsive disorder and anxiety disorders. Nevertheless, some studies show that it is still underutilized in clinical practice. The consulted literature inspired this pilot study, which aims to investigate the use of ERP among Italian cognitive psychotherapists. A specific questionnaire, adapted from the survey conducted by Sars et al. (2015) focused on ERP use, with the addition of specific items assessing the therapist's personal variables, specifically anxiety and guilt sensitivity and self-efficacy, was administered to participants. Results showed that beliefs about the effectiveness of exposure techniques and positive attitudes about their use led respondents to use ERP more frequently, especially if they had few years of experience in clinical practice. In addition to specific beliefs on ERP, some personal characteristics of the therapist, such as perceived self-efficacy and guilt sensitivity, also appear to play a role in ERP use. The data are discussed in the light of current literature.

Keywords

Exposure and response prevention, Cognitive psychotherapy, Training, Obsessive-compulsive disorder, Social anxiety disorder, Panic Disorder, Specific phobia.

¹ School of Cognitive Psychotherapy, Naples.

² School of Cognitive Psychotherapy, Rome.

Introduzione

I Disturbi D'Ansia (DA) e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) sono i disturbi psicopatologici maggiormente riscontrati in ambito clinico, associati a un grande carico di sofferenza emotiva e a una significativa riduzione della qualità di vita (Konopka et al., 2009). Le linee guida internazionali (National Institute For Health And Clinical Excellence, 2011; Dutch National Steering-Group Multidisciplinary Guideline Development for Mental Healthcare, 2013; Katzman et al., 2014; Bandelow et al., 2015) indicano per il trattamento di questi disturbi l'Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP) come tecnica d'elezione di comprovata efficacia. L'ERP consiste nell'esporre il paziente al pensiero, all'immagine o all'evento temuto per un tempo superiore a quello che normalmente riesce a tollerare (esposizione) e nell'aumentare la resistenza all'impulso di mettere in atto i comportamenti cui abitualmente ricorre per contenere, prevenire o neutralizzare la minaccia temuta (prevenzione della risposta).

Nonostante la sua acclarata efficacia e le indicazioni delle linee guida internazionali, alcuni studi hanno evidenziato come nella pratica clinica risulti ancora scarsamente utilizzata (Goisman, Warshaw, & Keller, 1999; Hipol & Deacon, 2013; Deacon et al., 2013a; Deacon et al., 2013b; Schumacher, Weiss, & Knaevelsrud, 2018; Pittig & Hoyer, 2017; Lokers, 2020).

Uno studio nord-europeo, condotto da Freiheit e collaboratori (2004), intervistando 500 psicoterapeuti cognitivo-comportamentali sulle tecniche utilizzate nel trattamento del DOC, del disturbo di panico (DP) e della fobia sociale, ha evidenziato che solo una minima parte di essi utilizzava l'ERP nel trattamento di questi disturbi. Nel trattamento del DOC, la maggior parte dei terapeuti utilizzava più spesso tecniche di ristrutturazione cognitiva (67%) e il training relazionale (41%), mentre l'ERP era utilizzata solo dal 38% degli psicoterapeuti.

Questi risultati trovano conferma nello studio di Hipol e Deacon (2013), dal quale emerge che per il trattamento del DOC solo il 27,3% dei 51 psicoterapeuti intervistati utilizzava l'ERP, mentre il 93,9% utilizzava la ristrutturazione cognitiva e il 75,8% tecniche di Mindfulness e il Rilassamento Muscolare Progressivo.

Per comprendere le ragioni di tale gap tra le nutrite dimostrazioni di efficacia della tecnica e il suo scarso utilizzo nella pratica clinica, Sars e van Minnen nel 2015 hanno condotto uno studio in cui hanno intervistato 490 psicoterapeuti cognitivo-comportamentali olandesi (153 psicoterapeuti in formazione, 190 psicoterapeuti specializzati e 147 trainer) per indagare la frequenza con cui utilizzavano l'ERP nel trattamento dei DA e del DOC nella loro pratica clinica e le motivazioni connesse. Dai risultati è emerso che l'87,4% del campione utilizzava l'ERP per il trattamento del DOC, mentre il 45,4% per il trattamento del disturbo

d'Ansia Sociale (DAS), e tra coloro che non la utilizzavano le motivazioni principali erano quattro:

1. scarsa e non specifica formazione sulla tecnica;
2. difficoltà nel reperire materiale per l'esposizione in vivo;
3. credenze erranee e negative sull'utilizzo delle esposizioni;
4. caratteristiche personali del terapeuta, in particolare la presenza di un'elevata *anxiety sensitivity*.

Tali risultati sono in linea con l'esito di uno studio precedente di Harned e collaboratori (2013), i quali avevano riscontrato che a pesare di più sul reale utilizzo dell'ERP nella pratica clinica fossero la formazione ricevuta sulla tecnica, il senso di autoefficacia e la sensibilità del terapeuta all'ansia.

Successivamente, Meyer e collaboratori nel 2014 e Wolitzky-Taylor con collaboratori nel 2018 hanno confermato il peso che l'*anxiety sensitivity* del terapeuta, assieme alle sue credenze negative sulla tecnica, ha nella disponibilità a utilizzare l'ERP nella pratica clinica. Inoltre, le sessioni di esposizione, progettate appositamente per innescare il senso di minaccia del paziente, al fine di dimostrargli che è innocuo e tollerabile, provocavano disagio anche nel terapeuta (Schumacher et al., 2014; Schumacher et al., 2017). Gli psicoterapeuti con elevata *anxiety sensitivity* potrebbero avere difficoltà nel tollerare questo stato di disagio temporaneo ed essere perciò propensi a evitarlo, mostrandosi meno inclini a impiegare le tecniche di esposizione (Scherr, Herbert, & Formn, 2015).

Dagli studi citati sembra dunque che una scarsa e non specifica formazione sull'utilizzo dell'esposizione, le difficoltà nel reperire il materiale da utilizzare con il paziente, le credenze erranee e negative sulla tecnica e le caratteristiche personali del terapeuta, tra cui un'elevata *anxiety sensitivity* e il senso di autoefficacia, influenzino negativamente il ricorso all'ERP nel trattamento dei DA e del DOC.

Prendendo spunto dalla letteratura, il nostro studio preliminare aveva l'obiettivo di indagare quanto l'utilizzo dell'ERP fosse frequente per il trattamento dei DA e del DOC in un campione di psicoterapeuti cognitivo-comportamentali italiani e quali variabili del terapeuta pesassero sul suo utilizzo. Rispetto a quest'ultimo punto in particolare, in aggiunta alle dimensioni già prese in considerazione da altri studi (formazione sulla tecnica, credenze negative ed erranee su di essa, *anxiety sensitivity* e senso di autoefficacia) è stata inclusa nell'indagine anche la sensibilità del terapeuta verso il senso di colpa ipotizzando che, come per l'*anxiety sensitivity*, anche la disposizione a prevenire ed evitare di sentirsi in colpa potrebbe indurre a non utilizzare l'ERP o a impiegarla con cautela, ad esempio non volendosi assumere la responsabilità di infliggere sofferenza al paziente con le sedute di esposizione o ritenendo poco etica la procedura (Olatunji, Deacon, & Abramowitz, 2009).

Materiali e metodi

Strumenti

Per indagare la frequenza con cui l'ERP viene impiegata nel campione di psicoterapeuti cognitivo-comportamentali italiani intervistati e le variabili che possono influenzare la scelta, è stato impiegato un questionario mutuato dallo studio di Sars e collaboratori del 2015. Tale questionario è stato tradotto e adattato in italiano e successivamente diffuso via web, tramite la piattaforma Question Pro (<https://file1.questionpro.com>), agli psicoterapeuti specializzati e agli allievi frequentanti il quarto anno di specializzazione delle scuole afferenti all'Associazione di Psicologia Cognitiva e alle Scuole di Psicoterapia Cognitiva e agli iscritti alla mailing list della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC). All'apertura del link ai partecipanti era richiesto preliminarmente il consenso alla partecipazione all'indagine in modalità totalmente anonima. Nella prima parte del questionario erano richieste informazioni relative all'età anagrafica, al genere e all'attività lavorativa svolta. In particolare, i partecipanti dovevano fornire indicazioni specifiche riguardanti: gli anni di attività come psicoterapeuta (meno di un anno; meno di 5 anni; meno di 10 anni; più di 10 anni), la fascia di età dei pazienti di cui si occupavano con maggiore frequenza (età adulta; età evolutiva e adolescenza), la regione italiana in cui esercitavano l'attività di psicoterapia (Nord Italia; Centro Italia; Sud Italia). Successivamente ai partecipanti veniva richiesto di indicare il numero di pazienti con DA e DOC trattati dall'inizio della loro carriera. Nella seconda parte del questionario ai partecipanti veniva chiesto in maniera più specifica di indicare, su una scala Likert a 4 punti (1 mai; 2 a volte; 3 occasionalmente; 4 di frequente), quanto spesso utilizzassero l'ERP per ciascun tipo di disturbo preso in considerazione (DOC, DAS, fobia specifica e DP). Nella terza parte veniva chiesto di indicare su una scala Likert a 8 punti (1 per niente; 2 pochissimo; 3 poco; 4 insufficiente; 5 sufficiente; 6 più che sufficiente; 7 molto; 8 moltissimo) la formazione specifica ricevuta sulla tecnica, sia durante il corso di laurea che durante la successiva specializzazione in psicoterapia (ad esempio, «Per quanto riguarda gli interventi di esposizione, quanta formazione ha ricevuto nel corso del suo programma di laurea specialistica?»; «Fino a che punto il suo training si è focalizzato sulle abilità pratiche di esposizione per il trattamento del disturbo di ansia sociale?»). L'ultima parte del questionario comprendeva domande su atteggiamenti e credenze del terapeuta relative all'esposizione, attinenti in particolare a 5 dimensioni, ossia: la Disponibilità (11 item) del terapeuta a utilizzare le tecniche espositive durante le sedute (ad esempio, «Passerei la maggior tempo della mia seduta sull'esposizione»); la Credibilità del trattamento (5 item), ovvero quanto il terapeuta riteneva valida l'esposizione come tecnica terapeutica (ad esempio, «Chiunque con un disturbo d'ansia dovrebbe

ricevere un trattamento di esposizione»); le Preferenze Personali (12 item) nei confronti dell'esposizione (ad esempio, «Quando c'è una lettura, seminario o un workshop durante una giornata-studio o un simposio preferisco andarci»), ossia quanto il terapeuta fosse interessato a questo tipo di tecnica tanto da preferirla ad altre e a seguire corsi di formazione e di aggiornamento sulla sua applicazione nei diversi disturbi; l'Evitamento (16 item) della tecnica stessa, ossia quanto il terapeuta tendesse a evitare l'utilizzo della tecnica per il timore di non riuscire a gestire il paziente in seduta (ad esempio, «Se vedo un paziente spaventarsi durante l'esposizione, poi mi è difficile proseguire nell'esercizio»; «Se vedo che il paziente si spaventa durante l'esposizione poi provo pena per lui», «Ho paura di non riuscire a calmare il paziente durante o dopo la seduta»; «Evito di praticare l'esposizione durante la seduta»); le Limitazioni pratiche (5 item) correlate al suo utilizzo nei vari setting clinici (ad esempio, «Anche se spesso penso di praticare l'esposizione durante la seduta, molte volte c'è qualcosa che interferisce»), ossia quanto il terapeuta ritenesse difficile recuperare il materiale per l'esposizione e utilizzarlo nel setting psicoterapico. Le risposte venivano fornite su una scala Likert a 8 punti (1 disaccordo – 8 d'accordo).

Infine, le variabili personali del terapeuta sono state indagate attraverso la somministrazione dei seguenti questionari:

- *Guilt Sensitivity Scale* (Perdighe et al., 2015), che misura la tendenza a giudicare l'emozione di colpa pericolosa, insopportabile, grave e minacciosa attraverso 10 item, su una scala Likert a 7 punti (0 mai vera; 1 quasi mai vera; 2 solitamente non vera; 3 talvolta vera; 4 spesso vera; 5 quasi sempre vera; 6 sempre vera);
- *Scala di Autoefficacia Percepita nella Gestione dei Problemi Complessi* (Farnese et al., 2007), composta da 24 item che misurano le convinzioni circa le proprie capacità di gestire situazioni stressanti, di affrontare imprevisti, di avere un buon autocontrollo su eventi e situazioni difficili, su una scala Likert a 5 punti (1 per niente capace; 2 poco capace; 3 abbastanza capace; 4 molto capace; 5 del tutto capace);
- *Anxiety Sensitivity Inventory* (Reiss et al., 1986) composta da 16 item che misurano il grado in cui il soggetto considera minacciosi i sintomi ansiosi e le sensazioni corporee, fisiche o mentali associate, su scala Likert a 5 punti (0 per nulla; 1 un poco; 2 abbastanza; 3 molto; 4 moltissimo).

Analisi dei dati

I dati sono stati analizzati attraverso l'utilizzo del software statistico SPSS versione 20. In particolare, un calcolo delle percentuali è stato effettuato per la descrizione delle caratteristiche demografiche, occupazionali e delle informazioni relative all'utilizzo dell'ERP in psicoterapia del nostro campione. Successivamente, è stata eseguita un'analisi parametrica delle correlazioni (r di Pearson)

per indagare le possibili associazioni tra le attitudini, le credenze, le variabili personali del terapeuta e l'utilizzo dell'ERP, sia nell'intero campione che suddividendo il campione sulla base degli anni di attività clinica. Un valore di $p < 0,05$ è stato considerato significativo ed è stata applicata la correzione di Bonferroni per i confronti multipli.

Infine, per verificare il peso dell'esperienza clinica dei terapeuti nell'impiego dell'ERP è stata condotta un'analisi della varianza dopo aver suddiviso il campione in tre gruppi, utilizzando come criterio gli anni di attività clinica (meno di 5 anni di attività; tra i 5 e i 10 anni di attività; più di 10 anni di attività).

Risultati

Dati generali

Il campione di 105 partecipanti è risultato costituito per lo più da giovani terapeuti, in prevalenza donne (74%) di età compresa tra i 30 e 40 anni (60%), mentre è meno rappresentativo dei terapeuti con età più avanzata (il 21% aveva tra i 40 e 50 anni, l'8% tra i 50 e 60 anni, il 10% tra i 60 e i 70 anni, e l'1% aveva oltre i 70 anni). Per quanto riguarda l'attività di psicoterapia, la maggior parte dei partecipanti ha dichiarato di esercitare la libera professione (80%), l'8% di svolgere la propria attività presso il Servizio Sanitario Nazionale e il 5% in Centri Clinici Convenzionati. Riguardo all'esperienza clinica, il 43% del campione svolgeva l'attività di psicoterapeuta da meno di 5 anni, il 30% del campione dai 5 ai 10 anni, e il 27% del campione da più di 10 anni. La maggior parte del campione di psicoterapeuti svolgeva la propria attività clinica con pazienti adulti (66%), mentre solo il 34% del campione svolgeva la propria attività clinica principalmente con adolescenti e bambini. In merito alla frequenza con cui hanno trattato DA e i DOC, il 98% dei partecipanti ha affermato di aver trattato tali disturbi, in particolare: l'86% dei partecipanti ha avuto in trattamento almeno una volta DP, con o senza agorafobia; il 78% il DOC e DAS; il 55% la fobia specifica.

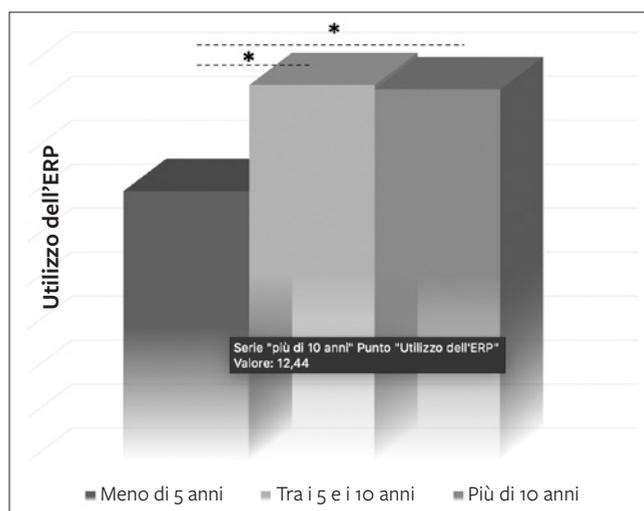
Uso dell'ERP

Dai risultati è emerso che circa il 65,88% degli psicoterapeuti intervistati utilizzava l'ERP nel trattamento del DOC, il 43,90% nel trattamento del DP, il 43,53% nel trattamento del DAS, il 40,54% nel trattamento della fobia specifica.

Dall'analisi di confronto risulta che gli anni di attività clinica influenzavano significativamente l'utilizzo dell'ERP ($F = 5,51$, $p = 0,006$); in particolare dai confronti post-hoc emerge che i terapeuti con un'attività clinica inferiore ai 5

anni utilizzavano in maniera significativamente minore l'ERP rispetto ai terapeuti che avevano tra i 5 e i 10 anni di attività clinica ($t = -2,827; p = 0,019$) e più di 10 anni di attività clinica ($t = -2,553; p = 0,024$). Nello specifico, per quanto riguarda l'utilizzo dell'ERP nel trattamento dei vari DA e del DOC, i risultati mostrano anche che gli anni di attività clinica influenzavano significativamente l'utilizzo dell'ERP nel trattamento del DOC ($F = 5,64, p = 0,005$) e della fobia specifica ($F = 4,12; p = 0,019$), ma non nel trattamento del DAS ($F = 1,935; p = 0,151$) e del DP ($F = 1,33; p = 0,269$). In particolare dai confronti post-hoc emerge che i terapeuti con un'attività clinica inferiore ai 5 anni rispetto a coloro che avevano tra i 5 e i 10 anni di attività clinica riportavano di utilizzare in maniera significativamente minore l'ERP nel trattamento del DOC ($t = -2,833; p = 0,017$) e della fobia specifica ($t = -2,422; p = 0,038$); mentre rispetto a coloro che avevano più di 10 anni di attività clinica riportavano di utilizzare in maniera significativamente minore l'ERP soltanto nel trattamento del DOC ($t = -2,722; p = 0,022$; Figura 1 e Figura 2).

Figura 1

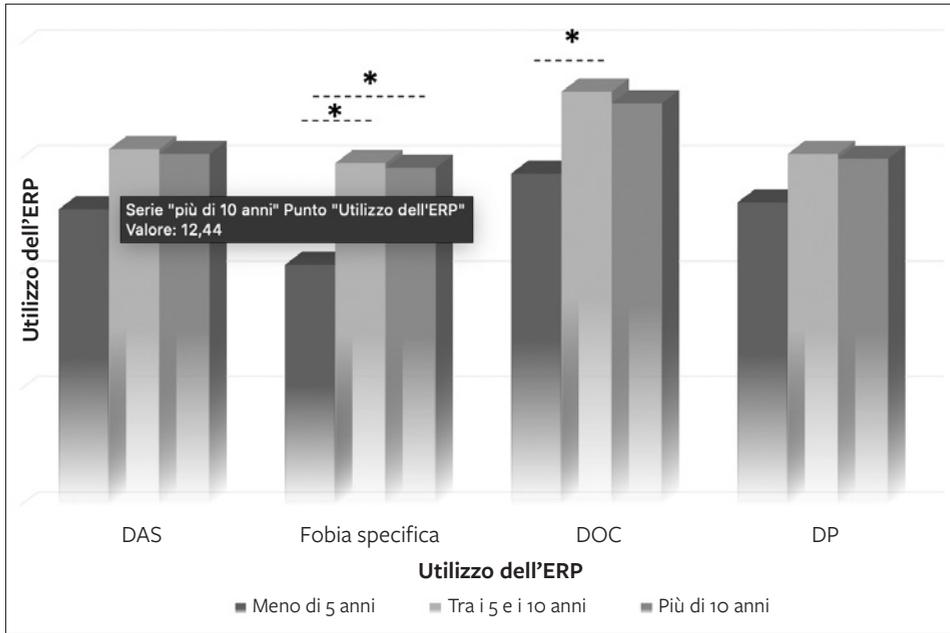


Confronto sull'utilizzo dell'Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP) tra gruppi di psicoterapeuti divisi per anni di attività clinica. Nota. * $p < 0,05$.

Credenze, atteggiamenti, e caratteristiche personali del terapeuta relativi all'ERP

Dalle analisi delle correlazioni, complessivamente, emerge che la frequenza di utilizzo dell'ERP correla positivamente con la disponibilità all'utilizzo della tecnica, il ritenerla efficace e le preferenze personali del terapeuta sull'uso della stessa, e negativamente con l'evitamento (Tabelle 1 e 2).

Figura 2



Confronto sull'utilizzo dell'Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP) per il trattamento dei differenti disturbi d'ansia e del Disturbo Ossessivo-Compulsivo tra gruppi di psicoterapeuti divisi per anni di attività clinica. Nota. * $p < 0,05$; DAS, Disturbo d'Ansia Sociale; DOC, Disturbo Ossessivo-Compulsivo; DP, Disturbo di Panico.

Tabella 1

Correlazione tra la predisposizione del terapeuta e l'uso dell'Esposizione con Prevenzione della Risposta (EPR)

	Disponibilità	Credenze sull'efficacia	Preferenze Personali	Evitamento	Limitazioni Pratiche
Utilizzo ERP	0,26*	0,28*	0,24*	-0,31**	-0,08
ERP in DAS	0,31**	0,17	0,30*	-0,28*	-0,00
ERP in fobia specifica	0,08	0,15	0,14	-0,28*	-0,05
ERP in DOC	0,17	0,16	0,24*	-0,17	-0,04
ERP in DP	0,21	0,17	0,12	-0,21	-0,11

Nota.* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. DAS, Disturbo d'Ansia Sociale; DOC, Disturbo Ossessivo-Compulsivo; DP, Disturbo di Panico.

Tabella 2

Correlazione tra atteggiamenti e credenze del terapeuta verso l'Esposizione con Prevenzione della risposta (ERP) e anni di attività

		Disponibilità al suo utilizzo	Ritenuta efficace	Preferenze Personalì	Evitamento	Limitazioni Pratiche
Utilizzo ERP	Meno di 5 anni di attività	0,34**	0,24**	0,30*	-0,28*	-0,00
	5-10 anni di attività	0,11	0,33*	0,23*	-0,24	0,00
	Più di 10 anni di attività	0,19	0,13	0,30	-0,18	0,10

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Inoltre, come ipotizzato, sia l'autoefficacia del terapeuta che la sensibilità alla colpa sembrano avere un peso nella scelta: dalle analisi delle correlazioni è emerso che l'autoefficacia percepita dal terapeuta nella gestione delle situazioni complesse correla positivamente con l'utilizzo dell'ERP nel trattamento della fobia sociale; mentre la sensibilità alla colpa del terapeuta correla negativamente con l'utilizzo dell'ERP nel trattamento del DOC. Inoltre, all'aumentare dell'*anxiety sensitivity* diminuisce la disponibilità a impiegare l'ERP nel trattamento del DOC, anche se tale correlazione era al limite della significatività statistica ($p = 0,057$; Tabella 3). Quando si prendono in considerazione gli anni di attività clinica dei partecipanti, i livelli di autoefficacia percepiti nella gestione dei problemi complessi risultano maggiormente associati all'utilizzo dell'ERP tra i terapeuti con meno di 5 anni di attività che risentono maggiormente anche delle credenze e degli atteggiamenti negativi sulla tecnica per il suo utilizzo (Tabelle 2 e 4).

Discussione

Questo studio preliminare aveva l'obiettivo di valutare quanto l'ERP fosse impiegata nel trattamento dei DA e del DOC in un campione di psicoterapeuti cognitivo-comportamentali italiani e quali variabili influenzano il ricorso a essa. Dai risultati emerge che il 65,88% dei terapeuti utilizzava l'ERP per il trattamento del DOC e circa il 40% per il trattamento dei DA. Rispetto agli

studi precedenti di Freiheit e collaboratori (2004) e di Hipol e collaboratori (2013) la percentuale di terapeuti che utilizzava l'ERP risulta maggiore nel nostro campione, probabilmente poiché il nostro campione era costituito

Tabella 3

Correlazione tra le caratteristiche personali del terapeuta e l'uso dell'Esposizione con Prevenzione della risposta (ERP)

	Guilt Sensitivity Scale	Scala di autoefficacia percepita nella gestione dei problemi complessi	Anxiety Sensitivity Inventory
Utilizzo ERP	-0,23	0,16	-0,04
ERP in DAS	-0,17	0,31**	0,03
ERP in fobia specifica	-0,13	0,12	-0,10
ERP in DOC	-0,31**	0,03	-0,23
ERP in DP	-0,13	0,11	0,09

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; DAS, Disturbo d'Ansia Sociale; DOC, Disturbo Ossessivo-Compulsivo; DP, Disturbo di Panico.

Tabella 4

Correlazione tra le caratteristiche personali del terapeuta e l'uso dell'Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP) per anni di attività

		Guilt Sensitivity Scale	Scala di autoefficacia percepita nella gestione dei problemi complessi	Anxiety Sensitivity Inventory
Utilizzo ERP	Meno di 5 anni di attività	-0,27	0,45*	-0,14
	Tra i 5 e i 10 anni di attività	-0,19	0,23	-0,10
	Più di 10 anni di attività	-0,02	0,10	-0,04

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

soltanto da psicoterapeuti di formazione cognitivo-comportamentale, la maggior parte dei quali riteneva di aver ricevuto una buona formazione sulla tecnica, mentre negli studi precedenti il campione era costituito da terapeuti con diversi approcci psicoterapici, molti dei quali ritenevano di avere scarse conoscenze teoriche e poca formazione sulla tecnica. D'altro canto, confrontando la percentuale di terapeuti che utilizzava l'ERP nel nostro campione con quella riportata dallo studio di Sars e collaboratori (2015) risulta, invece, che nel nostro campione un numero minore di terapeuti utilizzava l'ERP. Tale differenza potrebbe essere spiegata da un bias di campionamento dovuto al fatto che il nostro campione era costituito perlopiù da psicoterapeuti con pochi anni di attività clinica.

Gli psicoterapeuti intervistati si dichiaravano tanto più disposti a impiegarla quanto più avevano un atteggiamento positivo nei confronti della tecnica, la ritenevano efficace e adattabile alla loro pratica clinica. Questo dato è in linea con la letteratura che evidenzia il ruolo giocato dalle credenze del terapeuta nella scelta di impiegare l'ERP.

A conferma delle ipotesi di partenza, i nostri risultati suggeriscono che, oltre alle credenze sulla tecnica, anche le variabili personali del terapeuta influenzavano la scelta di impiegare l'ERP nella pratica clinica. Nello specifico, gli psicoterapeuti con bassa autoefficacia percepita nella gestione delle situazioni complesse e con alta sensibilità al senso di colpa sono risultati meno propensi a utilizzare l'ERP rispettivamente nel trattamento del DAS e del DOC. Questo risultato appare particolarmente interessante in considerazione del fatto che, come largamente riportato in letteratura, il DOC sembra ruotare proprio intorno al timore di colpa (Mancini, Luppino, & Tenore, 2021) e il DAS intorno al timore di esser giudicati negativamente per la propria prestazione (Gragnani, Di Benedetto, & Couyoumdjian, 2021). Dunque, sembrerebbe che quanto più il terapeuta condivide lo stesso timore del paziente tanto meno sia propenso a esporre il paziente alle situazioni che egli stesso giudica minacciose. Se il terapeuta non è in grado di tollerare il senso di colpa è probabile che, al pari del paziente, possa fare ricorso a comportamenti di sicurezza in grado di ridurre gli stati emotivi temuti nel breve termine, ma che ridurranno la sua efficacia terapeutica nel lungo termine (Olatunji, Deacon, & Abramowitz, 2009). Si potrebbe trattare dunque di una forma di evitamento da parte del terapeuta che necessita e merita di essere approfondita ulteriormente con studi successivi.

Infine, i nostri risultati mostrano come gli anni di esperienza clinica favorirebbero l'utilizzo dell'ERP e che le credenze e gli atteggiamenti negativi nei riguardi delle tecniche espositive insieme con una bassa autoefficacia percepita peserebbero sull'utilizzo dell'ERP particolarmente tra i terapeuti con pochi anni di attività clinica. Farrell e collaboratori (2016) hanno riscontrato che gli psicoterapeuti «alle prime armi» e con convinzioni negative sull'ERP creavano

gerarchie di esposizione con stimoli che provocano meno disagio e intervenivano durante l'esposizione per ridurre il livello di ansia del paziente. Questa modalità prudentiale nel praticare l'ERP può ritenersi come la messa in atto di comportamenti di sicurezza da parte del terapeuta (Deacon & Farrell 2013a; Deacon et al., 2013b) che rischiano di avere ricadute negative sugli esiti del trattamento (Craske et al., 2008; Farrell et al., 2013).

Così, le convinzioni negative sull'ERP rappresentano una barriera significativa al suo utilizzo e inducono i terapeuti a fare ricorso ad essa in modo cauto e non ottimale (Schneider et al., 2020). Come asseriscono Deacon & Farrell (2013a), i terapeuti che tentano di proteggersi dal disagio emotivo durante l'esposizione corrono il rischio di privare i pazienti della possibilità di superare completamente la loro ansia patologica.

In conclusione, questa indagine, seppure preliminare, in linea con le ricerche sull'argomento, pone l'attenzione su quanto sia fondamentale prevedere nei training di formazione l'individuazione e la modifica delle convinzioni negative associate all'utilizzo dell'ERP e la gestione degli stati emotivi negativi quali l'ansia e il senso di colpa del terapeuta (Farrel et al., 2016; Pittig, Kotter, & Hoyer, 2019; Micheal et al., 2021). È necessario quindi un approfondito addestramento pratico all'uso della tecnica che, accanto alla sua conoscenza teorica e ai dati scientifici che ne dimostrano l'efficacia, consenta ai futuri psicoterapeuti di adoperarla con fiducia, garantendo ai propri pazienti un trattamento che si è ampiamente dimostrato efficace.

Limiti e prospettive future

Trattandosi di un'indagine preliminare esplorativa, lo studio presenta numerosi limiti, primo tra tutti lo scarso numero di partecipanti. Il secondo limite è rappresentato dalla scarsa rappresentatività del campione, composto perlopiù da psicoterapeuti cognitivo-comportamentali formati presso le varie sedi della SPC con un'esperienza clinica inferiore ai 10 anni di attività, che non permette di generalizzare i risultati ottenuti agli psicoterapeuti cognitivo-comportamentali di altre scuole di specializzazioni e/o a psicoterapeuti con più di 10 anni di esperienza clinica. Un terzo limite è rappresentato dall'aver esplorato soltanto alcune delle possibili variabili implicate nell'utilizzo dell'ERP trascurandone altre che potrebbero avere un ruolo significativo nella spiegazione del fenomeno.

Alla luce di queste limitazioni, future ricerche dovrebbero ampliare il campione di indagine permettendo di avere un quadro più completo delle variabili personali e delle credenze sottostanti l'utilizzo di questa tecnica di comprovata efficacia clinica che ne limitano di fatto la sua diffusione.

Bibliografia

- Bandelow, B., Lichte, T., Rudolf, S., Wiltink, J., & Beutel, M. E. (2015). The German guidelines for the treatment of anxiety disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(5), 363-373. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0563-z>
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 5-27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
- Deacon, B. J., & Farrell, N. R. (2013a). Therapist Barriers to the Dissemination of Exposure Therapy. In E. A. Storch & D. McKay (Eds.), *Handbook of Treating Variants and Complications in Anxiety Disorders* (pp. 363-373). New York, NY: Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6458-7_23
- Deacon, B. J., Lickel, J. J., Farrell, N. R., Kemp, J. J., & Hipol, L. J. (2013b). Therapist perceptions and delivery of interoceptive exposure for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.004>
- Dutch National Steering-Group Multidisciplinary Guideline Development for Mental Healthcare. (2013). *Guidelines for Diagnostic, Treatment and Guidance of Adult Patients with Anxiety Disorders (third revision)*. Utrecht: Trimbos Institute.
- Farnese, M. L., Avallone, F., Pepe, S., & Porcelli, R. (2007). Scala di autoefficacia percepita nella gestione di problemi complessi. *Temì e strumenti Studi e ricerche 41 «Bisogni, valori e autoefficacia nella scelta del lavoro»*, realizzato da ISFOL in collaborazione con la Facoltà di Psicologia 2 Università degli Studi di Roma «Sapienza», I.G.E.R. srl, Roma.
- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Dixon, L. J., & Lickel, J. J. (2013). Theory-based training strategies for modifying practitioner concerns about exposure therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(8), 781-787. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.09.003>
- Farrell, N. R., Kemp, J. J., Blakey, S. M., Meyer, J. M., & Deacon, B. J. (2016). Targeting clinician concerns about exposure therapy: A pilot study comparing standard vs. enhanced training. *Behaviour Research and Therapy*, 85, 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.011>
- Freiheit, S. R., Vye, C. S., Swan, R., & Cady, M. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety: Is Dissemination Working? *Behavior Therapy*, 27(2), 25-32.
- Goisman, R. M., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1999). Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. *The American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1819-1821. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.11.1819>
- Graghani, A., Di Benedetto, S., & Couyoumdjian, A. (2021). Disturbo d'ansia sociale. In C. Perdighe & A. Gragnani (Ed.) *Psicoterapia Cognitiva. Comprendere e curare i disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Harned, M. S., Dimeff, L. A., Woodcock, E. A., & Contreras, I. (2013). Predicting adoption of exposure therapy in a randomized controlled dissemination trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(8), 754-762. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.006>
- Hipol, L. J., & Deacon, B. J. (2013). Dissemination of evidence-based practices for anxiety disorders in Wyoming: a survey of practicing psychotherapists. *Behavior Modification*, 37(2), 170-188. <https://doi.org/10.1177/0145445512458794>
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjer-nisted, K., Van Ameringen, M., Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/ Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University, Antony, M. M., Bou-chard, S., Brunet, A., Flament, M., Grigoriadis, S., Mendlowitz, S., O'Connor, K., Rabheru, K., Richter, P. M., Robichaud, M., & Walker, J. R. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 14 Suppl 1(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

- Konnopka, A., Leichsenring, F., Leibing, E., & König, H. H. (2009). Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in anxiety disorders: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *114*(1-3), 14-31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.07.014>
- Lokers L. M. (2020). Fear Over Facts: When Fellow Clinicians Become a Barrier to Dissemination of Exposure and Response Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder-A Clinical Response to Licensing Board Investigation of Exposure and Response Prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *34*(3), 179-184. <https://doi.org/10.1891/JCPSY-D-20-00005>
- Mancini, F., Luppino, O.I., & Tenore, K. (2021). Disturbo Ossessivo-compulsivo. In C. Perdighe & A. Gragnani (Ed.) *Psicoterapia Cognitiva. Comprendere e curare i disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Meyer, J. M., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Blakey, S. M., & Deacon, B. J. (2014). Why do clinicians exclude anxious clients from exposure therapy?. *Behaviour Research and Therapy*, *54*, 49-53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.004>
- Michael, S. T., Blakey, S. M., Sherrill, A. M., & Aosved, A. C. (2021). Exposure therapy training and supervision: Research-informed strategies for addressing barriers to adoption and dissemination. *Training and Education in Professional Psychology*, *15*(2), 97-105. <https://doi.org/10.1037/tepo000304>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2011). *Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care*. British Psychological Society (UK)
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2009). The cruelest cure? Ethical issues in the implementation of exposure-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*(2), 172-180. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.07.003>
- Perdighe, C., Cosentino, T., Faraci, P., Gragnani, A., Salianni, A., & Mancini, F. (2015). Individual Differences in Guilt Sensitivity: The Guilt Sensitivity Scale (GSS). *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, *22*, 349-362. <https://doi.org/10.4473/TPM22.3.3>
- Pittig, A. & Hoyer, J. (2017) Exposition aus Sicht nieder gelassener Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten [Utilization and Barriers of Exposure in Private Practice: The Perspective of Behavioral Psychotherapists]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *46*(4), 223-235. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000441>
- Pittig, A., Kotter, R., & Hoyer, J. (2019). The Struggle of Behavioral Therapists With Exposure: Self-Reported Practicability, Negative Beliefs, and Therapist Distress About Exposure-Based Interventions. *Behavior Therapy*, *50*(2), 353-366. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.003>
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D.M. & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, *24*, 1-8.
- Sars, D., & van Minnen, A. (2015). On the use of exposure therapy in the treatment of anxiety disorders: a survey among cognitive behavioural therapists in the Netherlands. *BMC Psychology*, *3*(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0083-2>
- Scherr, S.R., Herbert, J.D., Formn, E.M. (2015): The role of therapist experiential avoidance in predicting therapist preference for exposure treatment for OCD. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *4*, 21-29.
- Schneider, S. C., Knott, L., Cepeda, S. L., Hana, L. M., McIngvale, E., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2020). Serious negative consequences associated with exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A survey of therapist attitudes and experiences. *Depression and Anxiety*, *37*(5), 418-428. <https://doi.org/10.1002/da.23000>
- Schumacher, S., Gaudlitz, K., Plag, J., Miller, R., Kirschbaum, C., Fehm, L., Fydrich, T., & Ströhle, A. (2014). Who is stressed? A pilot study of salivary cortisol and alpha-amylase concentrations in agoraphobic patients and their novice therapists undergoing in vivo exposure. *Psychoneuroendocrinology*, *49*, 280-289. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.07.016>
- Schumacher, S., Betzler, F., Miller, R., Kirschbaum, C., & Ströhle, A. (2017). Habituation of stress

- in psychotherapists performing subsequent in vivo exposures. A case series. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 218-224. <https://doi.org/10.1037/int0000086>.
- Schumacher, S., Weiss, D., & Knaevelsrud, C. (2018). Dissemination of exposure in the treatment of anxiety disorders and post-traumatic stress disorder among German cognitive behavioural therapists. *Clinical Psychology & psychotherapy*, 25(6), 856-864. <https://doi.org/10.1002/cpp.2320>
- Wolitzky-Taylor, K., Fenwick, K., Lengnick-Hall, R., Grossman, J., Bearman, S. K., Arch, J., Miranda, J., & Chung, B. (2018). A Preliminary Exploration of the Barriers to Delivering (and Receiving) Exposure-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Adult Community Mental Health Settings. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 899-911. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0252-x>

Presentato il 24/06/2021, accettato per la pubblicazione il 09/03/2022