

## TERAPIA DI GRUPPO PER IL DISTURBO DA ATTACCHI DI PANICO

Teresa Cosentino\*, Antonella Bove e Giuseppe Nicolò\*<sup>o</sup>

\*Associazione di Psicologia Cognitiva, Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva di Roma (APC, SPC)

<sup>o</sup> III Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma

### Riassunto

Questo articolo propone un protocollo cognitivo-comportamentale (CBT) per la terapia di gruppo del Disturbo da Attacchi di Panico (DAP) con Agorafobia, sperimentato all'interno di un Centro di Salute Mentale di Roma. Il progetto è nato dall'esigenza di rispondere in tempi brevi al maggior numero possibile di utenti del servizio, con un trattamento in grado di ridurre le ricadute spesso osservate con la sola farmacoterapia. I pazienti, inclusi seguendo la lista d'attesa del CSM, sono stati sottoposti ad una batteria di test, somministrati all'inizio del trattamento (t0), al termine (t1) e a distanza di 6 mesi (t2) e di 1 anno (t3) dalla conclusione.

Al termine del trattamento si è ottenuta una sostanziale riduzione della sintomatologia ansioso-depressiva e i risultati si sono mantenuti stabili anche a distanza di un anno.

**Parole chiave:** *disturbo da Attacchi di Panico, terapia cognitivo-comportamentale di gruppo, tecniche d'intervento.*

### GROUP THERAPY FOR PANIC DISORDER

#### Summary

In this article a cognitive-behavioural protocol of group therapy for Panic Disorder (PD) with Agoraphobia, used in a Mental Health Centre in Rome, is illustrated. This project stems from the need to satisfy quickly the greatest number of users' demands, with a treatment capable of reducing relapses which easily occur when only medication is administered.

Patients, recruited by following the waiting-list of the Mental Health Centre, have been administered a battery of tests, pre-treatment (t0), post-treatment (t1) and with follow-ups at six months and one year.

After having completed treatment, anxious and depressive symptoms have decreased and the results have been maintained also at one year follow-up.

**Keywords:** *Panic Disorder, Cognitive-behavioural group therapy, techniques of intervention.*

## Introduzione

Il Disturbo da Attacchi di Panico è tra i più frequenti dello spettro ansioso: il DSM-IV-TR riporta una prevalenza compresa tra 1,5% e 3,5% della popolazione generale.

Tale disturbo ha una scarsa remissione spontanea e, se non trattato adeguatamente, la prognosi a lungo termine sembra essere peggiore che per la depressione (APA 2000). Inoltre sono frequenti e gravi le ripercussioni sulla qualità della vita, quali abuso di alcool, droghe o farmaci, problemi economici, familiari e relazionali (Schmidt e Telch 1997; Graus et al. 2002; Eguchi 2005; Heldt et al. 2006).

Con questo lavoro, svolto all'interno di un Centro di Salute Mentale di Roma, ci si è proposti di verificare l'efficacia del trattamento cognitivo breve di gruppo per il DAP e la tenuta nel tempo dei risultati raggiunti.

Diversi studi ed esperienze cliniche dimostrano l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento del DAP, sia in contesti individuali che di gruppo (Leveni et al. 1999; Sanderson e Rego 2000; Carter et al. 2003; Sharp et al. 2004; Galassi et al. 2007; Hofmann et al. 2007).

In particolare, il protocollo d'intervento con maggiore efficacia sembra essere quello che prevede l'utilizzo di tecniche espositive (Craske 1997; Murphy et al. 1998; Goldberg 1998; Arntz 2002; Lars-Goran Oste et al. 2004), enterocettive ed in vivo, in aggiunta a quelle della terapia cognitiva standard (psicoeducazione, ristrutturazione cognitiva, rilassamento muscolare, controllo della respirazione).

Com'è noto, l'esposizione enterocettiva agisce direttamente sulle credenze correlate alle sensazioni esperite durante un attacco di panico, mentre quella *in vivo* è efficace contro gli evitamenti agorafobici, in quanto mira al cambiamento delle credenze negative circa i sintomi sperimentati in specifiche situazioni ed ambienti.

Di seguito sarà presentata un'esperienza di terapia breve di gruppo, con l'applicazione di un protocollo cognitivo-comportamentale standard e l'aggiunta delle tecniche espositive citate.

## Terapia di gruppo: razionale della scelta

Nella pratica clinica non è sempre possibile effettuare trattamenti individuali tanto nell'ambito del sistema sanitario pubblico, a causa del numero limitato di professionisti disponibili, quanto nel settore privato, per i costi del trattamento a volte insostenibili dai pazienti. Il setting di gruppo consente di rispondere ad entrambe le esigenze, ottimizzando l'impiego del personale sanitario e riducendo i costi per il paziente; inoltre, alcuni studi (Pomini 2004) indicano che può essere preferibile al trattamento individuale per i vantaggi di seguito elencati:

- Nel gruppo il paziente ha modo di cogliere il carattere universale della sofferenza, contrastando la sensazione di esserne l'unico affetto; in conseguenza di questo processo di normalizzazione acquisisce una maggior accettazione del suo disturbo, riducendo il giudizio negativo su di sé, spesso presente come problema secondario;
- L'osservare i successi altrui e la loro gestione efficace delle situazioni problematiche motiva il paziente al trattamento facendogli sembrare possibile il raggiungimento degli stessi risultati (*modeling*) e favorisce la disposizione ad assumere rischi maggiori "se lui c'è riuscito ce la posso fare anch'io".
- La cooperazione tra i partecipanti per la ricerca di strategie efficaci offre al paziente

### *Terapia di gruppo per il disturbo da attacchi di panico*

l'opportunità di beneficiare delle intuizioni di tutti i componenti del gruppo, consentendogli di ampliare le proprie strategie di *problem-solving* ed il proprio repertorio comportamentale, cognitivo e emotivo;

- L'aiuto tra pari consente al paziente di apprendere anche dalle spiegazioni, esempi e suggerimenti degli altri partecipanti, oltre che dei terapeuti, nuove tecniche per la gestione dei sintomi e nuovi modi di pensare;
- Un ultimo vantaggio deriva dall'effettuare le esposizioni alle situazioni temute insieme al gruppo; ciò motiva il paziente a tentare di contrastare l'ansia e l'attitudine all'evitamento che potrebbero condurlo ad interrompere la terapia di fronte alla prospettiva dell'esposizione individuale.

Tuttavia, nel progettare una terapia di gruppo è fondamentale prendere in considerazione alcuni problemi che potrebbero presentarsi nel corso del trattamento.

Il timore del giudizio altrui che si riscontra spesso nei pazienti affetti da disturbo da Attacchi di Panico potrebbe costituire un ostacolo nel caso in cui impedisca loro di condividere le proprie difficoltà, paure e vissuti; nei momenti di confronto, inoltre, al paziente potrebbe accadere di svalutarsi, giudicandosi meno competente di altri. Per prevenire tali inconvenienti, è necessario che il terapeuta agisca, in ogni momento, in modo da creare e favorire un clima di completa accettazione e cooperazione tra i partecipanti al gruppo.

All'interno del gruppo, inoltre, è importante che ciascuno abbia la possibilità di esprimere e comprendere quanto gli accade. Tuttavia, la gestione dei tempi non sempre consente di dedicare a ciascuno lo spazio desiderato e questo potrebbe generare in alcuni un forte senso di frustrazione. Sarà il terapeuta, in tali casi, a valutare l'eventuale necessità di affiancare al trattamento di gruppo un setting individuale.

Particolare attenzione, poi, dovrà essere dedicata alla definizione del programma di esposizioni, selezionando solo quelle che risulteranno essere ansiogene per tutti i componenti del gruppo.

## Obiettivi

L'esperienza riportata aveva i seguenti obiettivi:

1. offrire una risposta terapeutica efficace, in tempi brevi, al maggior numero di utenti possibile;
2. verificare l'efficacia del protocollo adottato.

## Metodologia

### *Caratteristiche del gruppo*

Sono stati sottoposti al trattamento 7 pazienti affetti da disturbo di Attacchi di Panico con Agorafobia (con/senza trattamento farmacologico), di cui 6 femmine ed 1 maschio, di età compresa tra i 26 ed i 60 anni.

I pazienti sono stati inclusi seguendo la lista d'attesa del servizio.

La frequenza è stata di una seduta a settimana, della durata di 2 ore, per un totale di 14 incontri; la conduzione del gruppo era affidata a due co-terapeuti di formazione cognitivo-comportamentale.

## Strumenti Diagnostici

Di seguito sono riportati i test somministrati all'inizio (t0), al termine del trattamento (t1) e a distanza di 6 mesi (t2) e di 1 anno (t3) dalla conclusione.

- PAAAS (Panic Attack and Anticipatory Anxiety Scale; Sheehan 1984) per la valutazione quantitativa degli attacchi di panico.
- HRSA (Hamilton Rating Scale for Anxiety; Hamilton 1959) per la valutazione clinica del grado di ansietà.
- HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression; Hamilton 1960) a 21 items per la valutazione clinica del grado di depressione.
- VQV (Istituto Superiore della Sanità 1994), per una valutazione della Qualità della Vita, su scala Likert.

## Tecniche d'intervento

Nel corso del trattamento sono state impiegate le seguenti tecniche cognitivo-comportamentali:

### – Psicoeducazione

Consiste nel fornire ai pazienti informazioni sulla natura dell'ansia e le sue funzioni, le sue manifestazioni fisiologiche e psicologiche, per favorire la normalizzazione ed accettazione di questo stato e contrastare la tendenza del paziente ad interpretarlo in modo catastrofico (*Anxiety Sensitivity*). Successivamente si illustra il modello descrittivo cognitivo-comportamentale dell'attacco di panico, sottolineando il peso dei comportamenti di protezione ed evitamento nel mantenimento del disturbo.

### – Diario giornaliero del panico

L'uso di questa tecnica consente di monitorare l'ansia anticipatoria e il numero di attacchi di panico (attesi ed inattesi), differenziandoli dalle crisi d'ansia acuta, allo scopo di aiutare i pazienti a:

1. distinguere tra queste diverse manifestazioni;
2. contrastare la tendenza a sovrastimare la loro percezione di continuo stato ansioso;
3. potenziare il senso di efficacia personale, constatando che, con il procedere della terapia, il numero degli attacchi di panico, le crisi d'ansia e l'ansia anticipatoria si riducono.

### – Tecnica dell'ABC

Il modello ABC di Albert Ellis (1958) esprime il concetto fondamentale della prospettiva cognitivo-comportamentale, secondo cui gli eventi, esterni o interni all'organismo (A, *Activating Event*), non provocano direttamente le emozioni e i comportamenti della persona (C, *Consequences*), espressione, invece, del suo sistema di convinzioni, valori e pensieri (B, *Belief System*). Tale tecnica, nello specifico, ha lo scopo di rendere i pazienti consapevoli di due fatti: non sono le sensazioni e le situazioni (A) a scatenare l'attacco di panico (C), ma le loro interpretazioni di ciò che accade (B); la modifica di tali interpretazioni produce un abbassamento dell'ansia ed una riduzione degli evitamenti.

### *Terapia di gruppo per il disturbo da attacchi di panico*

#### – Esposizione Enterocettiva

L'esposizione enterocettiva alle sensazioni fisiche, cognitive e/o emotive associate al panico ha l'obiettivo di consentire al paziente di riconoscere tali sensazioni, imparare a tollerarle, constatare che non sono pericolose e che si estinguono da sole dopo qualche secondo, senza necessità di mettere in atto comportamenti di protezione o di evitamento. Il razionale dell'intervento è modificare l'interpretazione catastrofica dei sintomi dell'ansia, spezzando il collegamento tra sintomi somatici/cognitivi, la spiegazione erronea di essi e l'attacco di panico.

A tale scopo, si inizia con lo stabilire una gerarchia delle sensazioni interne temute dai pazienti (ad es. vertigini o tachicardia) per poi ideare esercizi fisici in grado di indurli, come corsa sul posto, salire e scendere le scale, iperventilazione, ecc. Subito dopo l'esercizio si chiede ai pazienti di riportare, su una scheda di registrazione, i sintomi sperimentati, valutarne l'intensità (su una scala Likert da 0 a 10) ed indicare il grado di timore/ansia suscitato da ognuno di essi. Si aspetta, infine, che i sintomi indotti scompaiano, assieme all'ansia ad essi associata.

#### – Esposizione *in vivo*

Tale tecnica, simile alla desensibilizzazione sistematica, consiste nel far affrontare ai pazienti *in vivo* le situazioni ansiogene per consentirgli di constatare, di volta in volta, che l'ansia sperimentata è tollerabile. A tale scopo, in collaborazione con i pazienti, si elabora una lista di situazioni temute con relativo livello d'intensità dell'ansia (su una scala Likert da 0 a 10), per ordinarle in modo crescente. Durante l'esposizione alla prima situazione i pazienti sono accompagnati dal terapeuta ed invitati a rimanervi fino ad ottenere una sostanziale diminuzione del livello di ansia (<2). Una volta raggiunto tale obiettivo si potrà passare alle successive situazioni della lista.

#### – Tecnica del rilassamento muscolare progressivo.

La tecnica (Barlow e Cerny 1988) consiste nel contrarre e rilassare progressivamente i muscoli del corpo, uno dopo l'altro. Praticata quotidianamente consente al paziente di identificare e diminuire le diverse tensioni muscolari.

### Piano del trattamento

La I seduta è stata incentrata sulla presentazione dei partecipanti, con la propria storia del disturbo e le loro aspettative circa le finalità del trattamento di gruppo; in seguito è stato illustrato il programma di trattamento ed il calendario degli incontri.

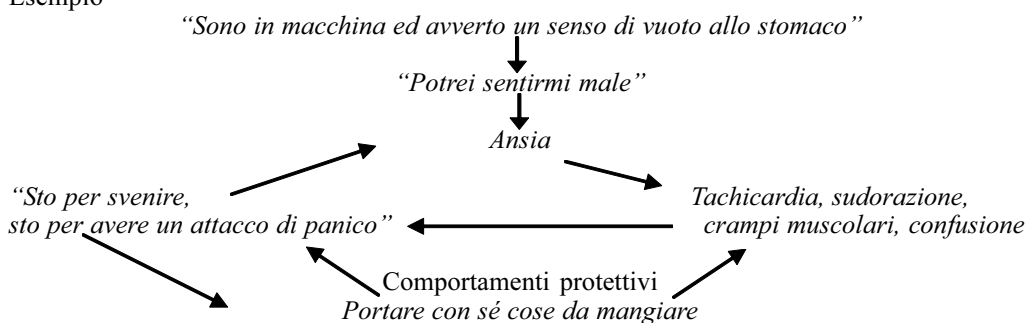
La II seduta si è aperta con un intervento psicoeducativo sulla natura e le manifestazioni dell'ansia e del panico e la spiegazione della tecnica dell'ABC con esemplificazioni cliniche.

A seguire è stato presentato il modello del circolo vizioso del panico di Clark (1986), utilizzato poi per ricostruire le esperienze soggettive riportate dai pazienti.

La seduta è proseguita con la consegna a ciascuno di un manuale informativo "*La libertà imprigionata*" (Galassi et al. 1999), con il compito di leggere a casa, di volta in volta, la parte dedicata agli argomenti discussi in ogni incontro. Tutte le sedute si sono concluse con l'assegnazione di *homework* attinenti al contenuto della seduta; in questa occasione è stata la lettura della prima parte del manuale e il diario giornaliero del panico.

L'incontro si è chiuso con la spiegazione della tecnica del rilassamento muscolare progressivo e del suo razionale.

Esempio



Il rilassamento è stato praticato negli ultimi 20 minuti di ciascun incontro ed assegnato come compito da svolgere a casa quotidianamente.

Nella III seduta, e per tutti gli incontri successivi, si è proceduto con la ricostruzione degli episodi di ansia e/o panico, registrati dai pazienti nella settimana, secondo la tecnica dell'ABC, con l'individuazione dei pensieri catastrofici e la ricerca di B alternativi.

Dalla III alla V seduta sono stati effettuati gli esercizi di esposizione enterocettiva: nel terzo incontro l'esercizio è consistito nel girare su se stessi per 30 sec; nel quarto in una corsa sul posto per 2 minuti; nel quinto nell'effettuare un'iperventilazione per 1 minuto e mezzo. Ciascun esercizio è stato poi assegnato come compito da svolgere a casa.

La VI seduta è stata dedicata all'individuazione delle situazioni temute ed evitate da ciascun paziente ed alla stesura di una lista di sei esposizioni *in vivo*, graduate per livello d'ansia attesa, (effettuare un breve tragitto con la metropolitana; restare per qualche minuto in un grande ipermercato; vedere un film al cinema; effettuare lunghi percorsi in metropolitana, passeggiare per circa 20 minuti in uno spazio chiuso sovraffollato, effettuare un viaggio in treno della durata di almeno 30 minuti e senza fermate intermedie), da effettuare negli incontri successivi.

La VII seduta è stata incentrata sulla prima delle esposizioni *in vivo* programmate: il gruppo, accompagnato ad un operatore del servizio opportunamente istruito, ha effettuato un breve tragitto con la metropolitana (4 fermate) ed è poi rientrato al Centro. L'incontro è proseguito con una discussione sulle sensazioni sperimentate e le tecniche di gestione dell'ansia utilizzate (distrazione, rilassamento muscolare e individuazione e critica dei pensieri disfunzionali).

A ciascun partecipante, insieme agli altri *homework*, è stata assegnata la ripetizione individuale dell'esposizione di gruppo.

Tra l'VIII e la XII seduta il gruppo si è riunito autonomamente per effettuare, in giorni infrasettimanali, le esposizioni *in vivo* programmate, riportando poi nelle sedute successive le esperienze fatte.

Le ultime due sedute (XIII, XIV) sono state effettuate a distanza di quindici giorni l'una dall'altra, anziché a cadenza settimanale, al fine di rendere il distacco dalla terapia più graduale e dare a ciascuno la possibilità di sperimentare in modo autonomo quanto appreso.

L'ultima seduta è stata dedicata alla normalizzazione e prevenzione delle possibili ricadute, cercando d'identificare i fattori/segnali che possono farle prevedere; particolare spazio è stato dato alla discussione dell'influenza degli eventi stressanti e dell'umore negativo.

I pazienti sono stati poi invitati ad individuare i momenti della terapia, le manovre e le

### Terapia di gruppo per il disturbo da attacchi di panico

tecniche da loro ritenuti più utili e significativi, con il suggerimento di continuare ad applicarle nelle situazioni di ansia quotidiana.

Infine, a ciascuno è stato consegnato un elenco con riferimenti bibliografici e delle flash card da usare per la gestione di eventuali episodi di ansia e panico.

#### Analisi dei dati

L'esigua numerosità del campione e l'assenza di un gruppo di controllo hanno reso possibile solo un'analisi descrittiva dei risultati, con confronti tra i punteggi medi ottenuti dal gruppo ai test somministrati nei diversi tempi del trattamento (t0, t1, t2 e t3); a ciò si è aggiunta un'analisi dei casi singoli.

## Risultati

Il confronto delle medie del gruppo ottenute dalla somministrazione dei test nei diversi tempi ha portato alle seguenti considerazioni (vedi grafico 1):

- I dati ricavati dalla PAAAS evidenziano una sostanziale riduzione (da 1,14 a 0,14) dei sintomi alla conclusione della terapia (t1) ed un'assenza di ricadute a 6 mesi di distanza (t2) e ad un anno (t3);
- I risultati emersi dalla HRS (cut-off 18) mostrano una riduzione rilevante della sintomatologia ansiosa in t1 ed un'ulteriore diminuzione rispetto alle condizioni premorbose

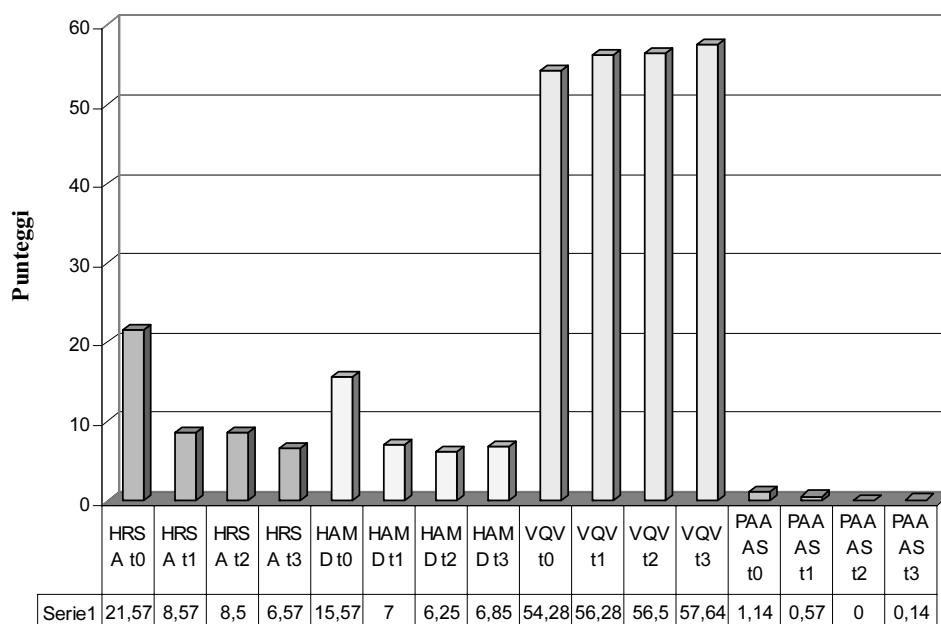


Grafico 1: confronto tra le medie dei punteggi ai test nei diversi tempi di somministrazione

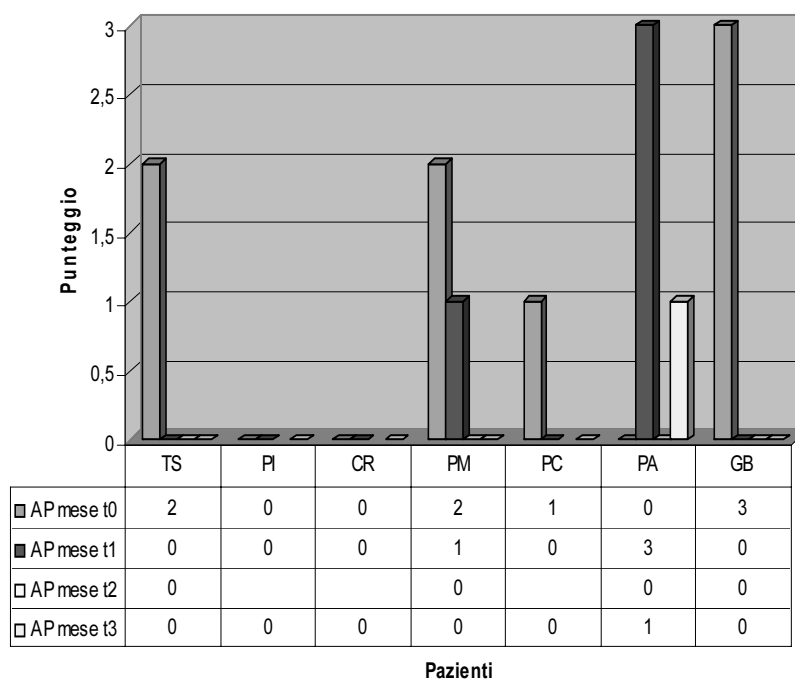


Grafico 2: numero di attacchi di panico (PAAAS) riportati da ciascun paziente nei diversi tempi

- in t2 e t3 ( da 21.57 a 6.57);
- I punteggi riportati alla HAM-D (< 7=assenza di depressione) mostrano che il gruppo è passato da una lieve sintomatologia in t0 (15.57) ad un'assenza di depressione in t2 (6.25), che si è mantenuta anche in t3 (6.85);
- Le valutazioni espresse dai pazienti circa la qualità della loro vita (VQV), sono rimaste pressoché invariate (da 54.28 a 57.64).

L'analisi del caso singolo (vedi grafico 2) ha evidenziato che, mentre in tutti i pazienti il numero degli attacchi ha subito una graduale e costante diminuzione, per la paziente PA l'andamento della sintomatologia è stato differente; infatti, da un'assenza di attacchi di panico nel mese precedente al trattamento è passata a tre durante lo svolgersi della terapia.

Tale paziente nella condizione pre-trattamento metteva in atto numerosi evitamenti, pur considerandoli delle gravi limitazioni per la propria vita. Partecipando al gruppo la paziente ha riconosciuto la natura innocua dell'ansia e la possibilità di tollerarla e gestirla; ciò l'ha portata a volersi esporre alle situazioni fino ad allora evitate con eccessivo entusiasmo, senza tener conto della gradualità consigliata. Tuttavia la condivisione dell'esperienza con i partecipanti al gruppo le ha consentito di normalizzare e ridimensionare l'accaduto, superando l'iniziale scoraggiamento.



## Riflessioni conclusive

Il protocollo adottato ha prodotto una sostanziale riduzione della sintomatologia ansioso-depressiva.

I risultati ottenuti si sono dimostrati stabili anche a distanza di un anno e, seppur in presenza di lievi peggioramenti, la sintomatologia è rimasta complessivamente inferiore rispetto al pre-trattamento.

Le valutazioni espresse dai pazienti riguardo alla qualità della vita, rimaste pressoché invariate nei diversi tempi, sono spiegabili, a nostro avviso, con la scarsa aderenza tra i fattori indagati dagli *item* e la sintomatologia e le manifestazioni tipiche del disturbo.

Malgrado la scarsa numerosità del campione, i dati sembrano essere in linea con i numerosi studi clinici che dimostrano l'efficacia della CBT (Boucard et al. 2007) nel trattamento del DAP, anche effettuata in contesti di gruppo (Andrews 1996; Calderoni 1999; Piacentini et al. 2001), tanto da farla rientrare fra gli interventi di prima scelta per tale disturbo (American Psychiatric Association 1998; OMS 2000).

In conclusione, la CBT di gruppo ha permesso di ottenere buoni risultati con costi contenuti, dimostrandosi perciò particolarmente idonea per i Centri di Salute Mentale, spesso afflitti da scarsità di personale (Roberge et al. 2005).

## Prospettive future

Dall'esperienza descritta derivano alcune indicazioni che potrebbero consentire di migliorare ulteriormente il protocollo adottato:

1. inserire tra gli strumenti di assessment un test che valuti i comportamenti protettivi e di evitamento per ottenere informazioni su un importante indice di cambiamento ed efficacia del trattamento;
2. svolgere uno screening che indaghi la presenza di patologie dell'asse II nei pazienti sottoposti al trattamento; infatti, la comorbidità con disturbi di personalità andrebbe tenuta in considerazione sia in fase di trattamento che nella valutazione degli esiti finali (Prasko et al. 2005);
3. prolungare la durata della seduta, oltre che aumentarne il numero complessivo, in modo da farvi rientrare le esposizioni *in vivo* (Andrews 2003), date le difficoltà del gruppo ad incontrarsi in giorni infrasettimanali;
4. infine, un ulteriore follow-up ad una distanza di tempo maggiore dalla conclusione del trattamento (ad esempio 2-3 anni) potrebbe fornire dati ed indicazioni circa il mantenimento degli effetti raggiunti.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4<sup>th</sup> ed., text revision*. Washington, DC. Tr. It *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (IV edizione). Masson, Milano 2002.
- American Psychiatric Association (APA) (1998). Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry* 155, 1-34.
- Andrews G, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A (2003). *The Treatment of anxiety disorders ; Clinician's*

- guide and patient manuals (2<sup>nd</sup> ed.). Cambridge University Press, Cambridge UK. Tr. It. *Trattamento dei disturbi d'ANSIA; guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo*. Centro Scientifico Editore, Torino 2003.
- Arntz A (2002). Cognitive Therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy* 40, 325-341.
- Barlow DH e Cerny JA (1988). *Psychological treatment of panic: treatment manual for practitioners*. Guilford Press, New York.
- Bouchard S, Gauthier J, Nouwen A, Ivers H, Vallières A, Simard S, Fournier T (2007). Temporal relationship between dysfunctional beliefs, self-efficacy and panic apprehension in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 38 (3), 275-92.
- Calzeroni A (1999). Group cognitive psychotherapy for panic disorder in the public services. *Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Science* 2, 43-48.
- Carter MM, Sbrocco T, Gore KL, Marin MW e Lewis EL (2003). Cognitive-behavioral group therapy versus a wait-list control in the treatment of African American women with panic disorder. *Cognitive Therapy and Research* 27 (5), 505-518.
- Clark DM (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy* 24, 461-471.
- Craske MG, Rowe M, Lewin M, Noriega-Dimitri R (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia. *The British Journal of Clinical Psychology* 36 (1), 85-99.
- Eguchi M, Noda Y, Nakano Y, Kanai T, Yamamoto I, Watanabe N, Lee K, Ogawa S, Ietsugu T, Sasaki M, Chen J, Furukawa TA (2005). Quality of life and social role functioning in Japanese patients with panic disorder. *The Journal of nervous and mental disease* 193 (10), 686-689.
- Ellis A (1958). Rational Psychotherapy. *Journal of general Psychology* 59, 34-47.
- Ellis A (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart, Secausus, New Jersey. Tr. It. *Ragione ed emozione in psicoterapia*. Astrolabio, Roma 1989.
- Galassi F, La Mela C e Lucarelli S (1999). *La Libertà Imprigionata, l'ansia e il panico: come comprenderli ed affrontarli*. Ambulatorio fobie e panico, centro di terapia cognitivo-comportamentale, dipartimento di scienze neurologiche e psichiatriche, Università di Firenze.
- Galassi F, Quericioli S, Charismas D, Niccolai V, Barciulli E (2007). Cognitive-behavioral group treatment for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Clinical Psychology* 63 (4), 409-416.
- Garcia-Palacios C, Rotella C, Robert R, Bnos C, Perpinà S, Quero P and Ballester R (2002). Clinical utility of cognitive-behavioural treatment for panic disorder. Results obtained in different settings: a research centre and a public mental health care unit. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 9, 373-383.
- Goldberg C (1998). Cognitive-behavioral therapy for panic: effectiveness and limitation. *The Psychiatric Quarterly* 69 (1), 23-44.
- Graus G, De Isabella G, Curatolo A, Barbieri S, Calderoni A, Catania G, Vergani L, Contini A, Bogazzi B e Mauri MA (2002). Terapia cognitivo-comportamentale di gruppo del Disturbo di panico: risultati di uno studio prospettico e naturalistico. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 8 (2), 99-112.
- Hamilton M (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology* 32, 50-55.
- Hamilton M (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 23, 56-62.
- Heldt E, Blaya C, Isolan L, Kipper L, Teruchkin B, Otto MW, Fleck M, Manfro GG (2006). Quality of life and treatment outcome in panic disorder: cognitive behavior group therapy effects in patients refractory to medication treatment. *Psychotherapy and psychosomatics* 75 (3), 183-186.
- Hofmann SG, Meuret AE, Rosenfield D, Suvak MK, Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW

*Terapia di gruppo per il disturbo da attacchi di panico*

- (2007). Preliminary evidence for cognitive mediation during cognitive-behavioral therapy of panic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology* 75 (3), 374-379.
- Istituto Superiore della Sanità - laboratorio di epidemiologia (1994).
- Leveni D, Mazzoleni D e Piacentini D (1999). Cognitive-behavioural group treatment of panic attacks disorder: a description of the results obtained in a public mental health service. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 8 (4), 270-275.
- Murphy MT, Michelson LK, Marchione K, Marchione N, Testa S (1998). The role of self-directed in vivo exposure in combination with cognitive therapy, relaxation training, or therapist-assisted exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders* 12 (2), 117-138.
- OMS (2000). *Management of Mental Disorders*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Öst L, Thulin U and Ramnerö J (2004). Cognitive-behavior therapy vs exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy* 42 (10), 1105-1127.
- Otto MW, Pollack MH e Maki KM (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. *Journal of consulting and clinical psychology* 68 (4), 556-563.
- Piacentini D, Leveni D, Biffi G (2001). Efficacia nella pratica della terapia cognitivo-comportamentale di gruppo nel trattamento del Disturbo da Attacchi di Panico: analisi dei risultati in due centri di salute mentale. In: Morosini P, De Girolamo G, Picardi A e Di Fabio F, *Progetto Nazionale Salute Mentale*, Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN n.01/27, 143-146.
- Piacentini D, Leveni D (2003). Il trattamento dei disturbi d'ansia nei servizi pubblici di salute mentale. In: Guidi A, Leveni D, Lussetti M, Morosini P, Piacentini D e Rossi G, *Trattamento dei disturbi d'ANSIA: guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Pomini V (2004). Do cognitive-behavioral group therapies in the treatment of anxiety disorders have an advantage over individual treatments? *Santé mentale au Québec* 29 (1), 115-126.
- Prasko J, Houbová P, Novák T, Záleský R, Espa-Cervená K, Pasková B, Vyskocilová J (2005). Influence of personality disorder on the treatment of panic disorder-comparison study. *Neuro endocrinology letters* 26 (6), 667-674.
- Roberge P, Marchand A, Reinharz D, Cloutier K, Mainguy N, Miller JM, Bégin J, Turcotte J (2005). Healthcare utilization following cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia. *Cognitive behaviour therapy* 34 (2), 79-88.
- Sanderson WC e Rego SA (2000). Empirically supported treatment for panic disorder: research, theory, and application of cognitive behavioural therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an international quarterly* 14 (3), 219-243.
- Schmidt NB e Telch MJ (1997). Non-psychiatric medical comorbidity, health perceptions, and treatment outcome in patients with panic disorder. *Health Psychology* 16, 114-122.
- Sharp DM, Power KG and Swanson V (2004). A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 11, 73-82.
- Sheehan DV (1984). *Sheehan Anxiety and Panic Attack Scale (PAAAS)*. Upjohn, Kalamazoo, Milano

Autore per la corrispondenza: Dott.ssa Teresa Cosentino, Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva di Roma (APC, SPC), Viale Castro Pretorio 116, Roma, 00185  
E-mailcosentino@apc.it