

Well-Being Therapy del disturbo ansioso generalizzato. Uno studio controllato randomizzato

Well-Being Therapy of generalized anxiety disorder. A controlled clinical trial

CHIARA RUINI*, CHIARA RAFANELLI*, CARLOTTA BELAISE*, LARA MANGELLI*,
STEFANIA FABBRI*, GIOVANNI ANDREA FAVA***

*Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

**Department of Psychiatry, State University of New York at Buffalo, Buffalo, NY

RIASSUNTO. Introduzione. Recentemente la letteratura scientifica ha evidenziato che l'obiettivo finale del trattamento nel disturbo ansioso generalizzato (GAD) non dovrebbe essere semplicemente una risposta positiva al trattamento, ma ristabilire un funzionamento ottimale del paziente. Lo scopo di questo studio è di applicare una nuova strategia psicoterapica per migliorare i livelli di remissione sintomatologica in pazienti con GAD. **Materiali e Metodi.** 20 pazienti con una diagnosi di disturbo ansioso generalizzato secondo i criteri DSM-IV e privi di altre comorbidità sono stati randomizzati in due gruppi di trattamento. Il primo (A) è stato sottoposto a 8 sessioni di terapia cognitivo-comportamentale (CBT), mentre il secondo (B) è stato sottoposto a un trattamento sequenziale che prevedeva 4 sessioni di CBT seguite da 4 sessioni di Well-Being Therapy (WBT). L'*assessment* dei pazienti è stato effettuato utilizzando le scale dell'Ansia e della Depressione dell'Intervista Clinica per la Depressione di Paykel (CID), il Symptom Questionnaire (SQ) e le Psychological Well-Being Scales (PWB) di Ryff. È stato condotto un follow-up di un anno. **Risultati.** La combinazione sequenziale di CBT e WBT ha mostrato risultati significativamente superiori rispetto alla sola CBT, sia al termine del trattamento sia al follow-up. **Conclusioni.** I risultati di questo studio preliminare evidenziano l'efficacia dell'utilizzo della WBT in pazienti con disturbo ansioso generalizzato e danno supporto alla somministrazione sequenziale di diversi ingredienti terapeutici per garantire una guarigione più duratura.

PAROLE CHIAVE: disturbo ansioso generalizzato, Well-Being Therapy, terapia cognitivo comportamentale, depressione, benessere.

SUMMARY. Background. There is increasing awareness that the goal of treatment in Generalized Anxiety Disorder (GAD) should not simply be a response, but restoration of normal function. The aim of this study was to apply a novel psychotherapeutic approach for increasing the level of remission in GAD. **Methods.** Twenty patients with DSM-IV GAD devoid of comorbid conditions were randomly assigned to 8 sessions of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) or the sequential administration of 4 sessions of CBT followed by other 4 sessions of Well-Being Therapy (WBT). Assessment methods included the Anxiety and Depression Scales of Paykel's Clinical Interview for Depression (CID), Ryff's Psychological Well-Being Scales (PWB) and Kellner's Symptom Questionnaire (SQ). A one-year follow-up was undertaken. **Results.** Significant advantages of the CBT-WBT sequential combination over CBT only were observed with both observer and self-rated methods after treatment. Such gains were maintained at follow-up. **Conclusions.** These preliminary results suggest the feasibility and clinical advantages of adding WBT to the treatment of GAD. They lend support to a sequential use of treatment components for achieving a more sustained recovery.

KEY WORDS: Generalized Anxiety Disorder, Well-Being Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, depression, well-being.

INTRODUZIONE

Il disturbo d'ansia generalizzato (GAD) è molto comune tra la popolazione ed è caratterizzato da un de-

corso cronico con scarse percentuali di remissione spontanea (1). Interventi sia farmacologici sia psicoterapici si sono rivelati efficaci in studi controllati (2). In particolare, la terapia cognitivo-comportamentale è

E-mail: fava@psico.unibo.it

stata associata a miglioramenti nel breve e nel lungo termine (3). Tuttavia, negli ultimi anni è emerso che l'obiettivo finale del trattamento nel GAD non dovrebbe essere semplicemente una risposta positiva al trattamento, ma quello di ristabilire un funzionamento ottimale del paziente (2).

Ryff e Singer (4) suggeriscono che l'assenza di benessere possa creare condizioni di vulnerabilità individuale alle possibili avversità future e che la guarigione non si ottiene semplicemente alleviando il malessere, ma soprattutto favorendo la comparsa del benessere. Una strategia specifica per aumentare i livelli di benessere psicologico – Well-Being Therapy (WBT) – è stata recentemente messa a punto (5) e testata in studi controllati, sia da sola (6) sia associata alla terapia cognitivo-comportamentale (7-9). La WBT è basata sul modello multidimensionale di benessere psicologico proposto da Ryff, che comprende sei dimensioni: autonomia, padronanza ambientale, crescita personale, relazioni positive, scopo nella vita e autoaccettazione (10). L'obiettivo della WBT è di aumentare i livelli di benessere psicologico dei pazienti secondo queste dimensioni, utilizzando tecniche di tipo cognitivo-comportamentale (5). Precedenti ricerche (11,12) hanno mostrato che pazienti con disturbi ansiosi in fase di remissione presentano livelli di benessere psicologico significativamente inferiori rispetto a soggetti di controllo.

Lo scopo di questa indagine è di applicare la WBT in pazienti con GAD. Sono state messe a confronto 8 sessioni di terapia cognitivo-comportamentale standard con 4 sessioni di CBT seguite da 4 di WBT.

MATERIALI E METODI

Reclutamento

Il campione sperimentale coinvolto in questo studio comprendeva una serie consecutiva di 20 pazienti ambulatoriali riferiti e trattati nell'ambito del Programma di Ricerca sui Disturbi Affettivi presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna e che soddisfacevano i criteri descritti qui di seguito.

Uno psichiatra e uno psicologo clinico, indipendentemente l'uno dall'altro, hanno formulato la diagnosi usando la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (13).

I soggetti dovevano presentare i seguenti criteri:

1. una diagnosi corrente, secondo i criteri stabiliti dal DSM-IV, di disturbo ansioso generalizzato;
2. anamnesi negativa per abuso di sostanze o di alcool o di dipendenza da essi, e per un disturbo di personalità secondo i criteri del DSM-IV;

3. assenza di una concomitante malattia fisica o di comorbilità psichiatrica;
4. anamnesi negativa per il disturbo bipolare, o di depressione maggiore o distimia secondo i criteri DSM-IV.

Valutazione psicometrica

I pazienti sono stati valutati da uno psicologo clinico utilizzando le scale per l'Ansia e la Depressione della Clinical Interview for Depression (CID) (14). Nella scala per l'Ansia della CID sono presenti 4 item valutati con una scala Likert a 7 punti (il punteggio varia così da 4 a 28). La scala per la Depressione della CID include, invece, 10 item e il punteggio varia da 10-70. I pazienti hanno compilato anche due strumenti autovalutativi: il Psychological Well-Being Scales (PWB) (9,15) e il Symptom Questionnaire (SQ) (16). Questi strumenti di valutazione sono stati selezionati in base alla loro sensibilità (l'abilità di discriminazione tra vari gruppi di pazienti e di riflettere i cambiamenti in trial clinici) (11,17) e in base alla loro precedente validazione nella popolazione italiana (6,7,11,17-20).

Il PWB (9,15) è uno strumento autovalutativo formato da 84 item. Essi sono equamente divisi in 6 scale che rappresentano le dimensioni di benessere postulate dall'autrice, cioè autonomia, padronanza ambientale, crescita personale, relazioni positive con gli altri, scopo nella vita e autoaccettazione. Ogni item è formulato nei termini di un'affermazione a cui il soggetto deve esprimere il proprio grado di accordo secondo una scala Likert che va da 1 a 6. Inoltre, alcuni item per ogni scala sono formulati in modo negativo, per cui il loro punteggio viene calcolato in modo inverso, in modo tale da ottenere un punteggio finale che rappresenta l'autovalutazione del soggetto per quella scala. Per calcolare il punteggio di ogni scala si fa la somma dei gradi di accordo di ogni item, per cui il punteggio totale varia potenzialmente da 14 a 84.

L'SQ di Kellner (16,20) è un questionario autovalutativo composto da 92 item suddivisi in quattro scale sintomatologiche (ansia, depressione, sintomi somatici e ostilità/irritabilità) e quattro scale di benessere (rilassamento, contentezza, benessere fisico e buona disposizione verso gli altri). Il punteggio per ogni sottoscala dei sintomi varia da 0 a 17; e per ogni sottoscala del benessere varia da 0 a 6.

La durata del trattamento è variata dai 3 ai 5 mesi. Dopo il trattamento tutti i pazienti sono stati valutati dal punto di vista psicometrico dallo stesso psicologo clinico che li aveva esaminati all'inizio, ma che non li aveva sottoposti al trattamento. Lo psicologo era *blind* rispetto al tipo di trattamento effettuato.

Trattamenti

I 20 pazienti sono stati assegnati con criterio randomizzato a 2 gruppi terapeutici: A) 4 sessioni di CBT se-

guita da 4 sessioni di WBT; B) 8 sessioni di CBT. In entrambi i casi il trattamento consisteva in otto sedute della durata di quaranta minuti ciascuna, una volta ogni due settimane.

Un solo psichiatra era coinvolto in entrambe le terapie. Il trattamento cognitivo-comportamentale è stato condotto secondo le tecniche descritte da Beck e Emery (21), per aiutare i pazienti ansiosi a correggere le loro convinzioni e credenze irrazionali e disfunzionali. Laddove è risultato necessario, sono state impiegate anche strategie di esposizione graduale concordate con il paziente (22), mentre non sono stati utilizzati esercizi di rilassamento.

Nella WBT viene chiesto ai pazienti di riportare in un diario gli episodi di benessere. In seguito, si cerca di individuare i pensieri automatici che determinano una prematura interruzione dei momenti di benessere. Infine, l'attenzione terapeutica viene focalizzata sui deficit specifici del paziente nelle sei dimensioni di benessere psicologico secondo il modello concettuale di Carol Ryff (9). Inoltre, possono far parte della WBT anche l'assegnazione di attività piacevoli e di bravura o l'esposizione alle situazioni fobiche.

Campione sperimentale

I pazienti sono stati assegnati equamente a ciascuna delle due terapie. Quelli coinvolti nel trattamento cognitivo-comportamentale standard avevano un'età media di 40,0 (DS=12,5) anni; 4 erano maschi e 6 femmine. Sette erano sposati e 3 appartenevano alla classe operaia, secondo la classificazione di Goldthorpe e Hope (23), mentre i restanti appartenevano a quella medio-alta. Otto soggetti avevano completato almeno 13 anni di scuola. Al momento dell'*intake*, 7 stavano assumendo benzodiazepine a bassi dosaggi (3 pazienti lorazepam 2-3 mg/die, 3 bromazepam 4,5 mg/die e 1 alprazolam 0,75 mg/die). Laddove è stato possibile, i dosaggi sono stati gradualmente diminuiti durante la psicoterapia e interrotti nel caso di 2 pazienti. La durata media del disturbo d'ansia è stata di 28,7 mesi (DS=19,2).

I 10 pazienti assegnati alla CBT-WBT avevano un'età media di 43,7 (DS=11,3) anni; 3 erano maschi e 7 femmine. Sei erano sposati e 7 appartenevano alla classe operaia, secondo la classificazione di Goldthorpe e Hope (23), mentre i restanti appartenevano a quella medio-alta. Otto soggetti avevano completato almeno 13 anni di scuola. Al momento dell'*intake*, 7 stavano assumendo benzodiazepine a bassi dosaggi (2 pazienti lorazepam 3 mg/die, 2 prazepam 20-30 mg/die, 1 bromazepam 3mg/die, 1 oxazepam 45 mg/die, 1 alprazolam 1,5 mg/die). Anche in questo caso, laddove è stato possibile, i dosaggi sono stati monitorati durante la psicoterapia: gradualmente diminuiti in 2 pazienti e interrotti nel caso di altri 2. La durata media del disturbo d'ansia è stata di 29,5 mesi (DS=18,2).

L'integrità del trattamento è stata controllata da parte di 2 valutatori esterni (*blind raters*) che avevano il compito di identificare il tipo di psicoterapia utilizzata, registrando 8 sedute selezionate casualmente, in 4 delle quali veniva utilizzata la WBT e nelle restanti la CBT.

Al termine dei 2 trattamenti lo psicologo clinico che aveva esaminato i pazienti al momento della presa in carico, li ha nuovamente valutati somministrando la CID, l'SQ e il PWB. È stato effettuato anche un follow-up a distanza di un anno, in cui però è stata ripetuta solo l'eterovalutazione (CID). Durante questo periodo i pazienti non hanno ricevuto alcun trattamento farmacologico o psicoterapico aggiuntivo.

Metodi statistici

Per la valutazione delle differenze tra i gruppi è stato utilizzato un metodo non parametrico, il test di permutazione adattato da Pesarin (24). Questo test è analogo al t-test di Student a due code e all'analisi parametrica della varianza e covarianza, senza però essere condizionato da un'ipotesi iniziale di distribuzione normale dei dati. Questo metodo è basato su una simulazione condizionata o una procedura di ricampionamento dei dati. Fornisce una stima attendibile della distribuzione dei dati calcolando un valore *p* esatto che costituisce, quindi, il principale indice non parametrico da considerare. I gradi di libertà non influiscono sui procedimenti di calcolo e perciò non sono stati riportati. Il test di permutazione si è rivelato particolarmente adatto per valutare non solo variabili dipendenti singole, ma anche una combinazione multivariata di variabili dipendenti, come le 8 scale dell'SQ, o le 6 dimensioni del PWB. I risultati sono espressi in punteggi medi (\pm DS).

RISULTATI

Due pazienti in ciascuno dei gruppi hanno interrotto il trattamento prima del termine (nel gruppo CBT un paziente dopo 2 sessioni e un altro dopo 3; nel gruppo CBT-WBT un paziente dopo la prima sessione e un altro dopo 2). I drop-out si sono verificati in entrambi i trattamenti nella prima parte della terapia, mentre venivano applicate le tecniche cognitivo-comportamentali.

La **Tabella 1** mostra i cambiamenti nei punteggi della CID. Confrontando i punteggi delle scale dell'Ansia e della Depressione al termine dei trattamenti (dopo CBT o WBT) e prendendo i punteggi iniziali alle scale come covariate, emerge un effetto significativo della WBT sull'Ansia ($p=0.007$). Considerando i pun-

teggi della CID al follow-up, e prendendo i punteggi post-trattamento come covariate, non emergono differenze significative tra i 2 gruppi.

La **Tabella 2** mostra i cambiamenti nei punteggi delle scale autovalutative. Confrontando i punteggi del PWB post-trattamento, e considerando i punteggi iniziali come covariate, emergono miglioramenti significativi in tutte le sei dimensioni di benessere psicologico. L'analisi della covarianza mostra una efficacia significativamente superiore del trattamento sequenziale CBT-WBT rispetto alla CBT solo nella sottoscala dell'ansia del SQ (**Tabella 2**).

L'interpretazione dei dati delle scale autovalutative è difficile per il numero considerevole di sottoscale del PWB e del SQ. Tuttavia, il metodo di combinazione non parametrico per test di permutazioni di-

pendenti permette di considerare i due strumenti da un punto di vista globale. Confrontando i punteggi dei due gruppi ai questionari dopo i trattamenti, utilizzando le misure iniziali come covariate, è emersa la superiorità della WBT rispetto alla CBT nell'indurre modificazioni nei punteggi del PWB ($p=0.002$), ma non in quelli dell'SQ.

DISCUSSIONE

Questo studio presenta delle limitazioni dovute alla sua natura preliminare. Innanzitutto il numero esiguo dei pazienti. In secondo luogo, le due psicoterapie sono state condotte da uno psicoterapeuta con un'ampia esperienza nelle tecniche cognitivo-comportamentale

Tabella 1. Cambiamenti nelle scale della Clinical Interview for Depression (CID) in pazienti con disturbo ansioso generalizzato trattati con CBT (n=8) o con CBT-WBT (n=8)

	CBT (n=8)			CBT-WBT (n=8)			P	
	Media Pre-terapia (DS)	Media Post-terapia (DS)	Media Follow-up (DS)	Media Pre-terapia* (DS)	Media Post-terapia (DS)	Media Follow-up (DS)	Post-terapia	Follow-up*
CID Ansia	15.3 (1.7)	10.4 (1.7)	10.3 (1.8)	16.4 (1.5)	7.6 (1.2)	6.5 (1.9)	0.007	0.298
CID Depressione	16.1 (1.9)	11.9 (1.6)	11.6 (1.7)	19.3 (3.5)	11.0 (1.5)	10.8(1.8)	0.1333	0.567

* Analisi della covarianza

Tabella 2. Cambiamenti nelle scale autovalutative in pazienti con disturbo ansioso generalizzato trattati con CBT (n=8) o con CBT-WBT (n=8)

Scale	CBT		CBT-WBT		p value*
	Media Pre-Terapia (DS)	Media Post-Terapia (DS)	Media Pre-Terapia (DS)	Media Post-Terapia (DS)	
Autonomia (PWB)	43.6 (12.2)	47.5 (13.5)	45.4 (10.2)	62.6 (11.7)	0.002
Padronanza Ambientale (PWB)	43.0 (7.3)	48.5 (8.6)	31.6 (7.2)	59.6 (8.6)	0.015
Crescita Personale (PWB)	49.0 (7.0)	54.8 (5.1)	41.4 (6.5)	66.0 (8.4)	0.005
Relazioni Positive (PWB)	57.0 (11.7)	56.6 (8.8)	49.9 (4.5)	63.9 (8.1)	0.004
Scopo nella vita (PWB)	46.8 (4.5)	49.6 (6.0)	43.0 (5.5)	61.1 (8.5)	0.006
Autoaccettazione (PWB)	35.1 (7.4)	46.3 (12.6)	28.3 (4.2)	61.6 (8.3)	0.007
Ansia (SQ)	9.4 (2.4)	4.0 (3.1)	8.9 (3.0)	0.9 (0.6)	0.010
Depressione (SQ)	6.1 (3.4)	2.3 (4.1)	9.0 (2.6)	0.9 (1.5)	0.125
Somatizzazione (SQ)	7.6 (4.9)	3.8 (2.4)	6.9 (5.1)	2.4 (1.4)	0.166
Ostilità (SQ)	4.5 (3.3)	2.1 (4.1)	3.3 (1.6)	0.3 (0.7)	0.497
Rilassamento (SQ)	5.1 (0.6)	4.3 (0.9)	5.5 (0.5)	3.3 (1.8)	0.158
Contentezza(SQ)	5.3 (1.4)	4.0 (1.9)	5.8 (0.7)	3.1 (1.9)	0.400
Benessere Fisico (SQ)	5.3 (1.4)	4.6 (1.2)	5.9 (0.4)	4.3 (1.2)	0.297
Buona Disposizione (SQ)	2.6 (2.0)	1.6 (1.2)	1.9 (1.6)	1.1 (1.3)	0.614

e nei disturbi ansiosi. I risultati avrebbero potuto essere diversi con psicoterapeuti meno esperti.

Tuttavia, questo studio offre importanti implicazioni cliniche riguardo il trattamento del GAD e lo sviluppo di nuove strategie psicoterapiche. L'uso sequenziale delle due terapie (4 sessioni di CBT seguite da 4 sessioni di WBT) ha determinato un miglioramento significativamente superiore nei punteggi della scala CID dell'ansia rispetto alla sola CBT. Entrambi i gruppi di pazienti ansiosi hanno, inoltre, mantenuto i miglioramenti anche al follow-up di un anno. Questi risultati possono essere spiegati sulla base di alcuni concetti.

La WBT si basa sull'autosservazione degli episodi di benessere dei pazienti, con un'attenzione specifica per le motivazioni (pensieri o credenze irrazionali) che ne hanno determinato l'interruzione. Questa tecnica potrebbe determinare un'identificazione più ampia e approfondita dello spettro di pensieri automatici e schemi mentali disfunzionali del paziente, in misura maggiore di quanto non venga già fatto dalla terapia cognitiva standard (21). La WBT, dunque, potrebbe portare a una ristrutturazione cognitiva più vasta e più efficace. L'obiettivo principale della WBT è infatti la modificazione delle convinzioni e degli atteggiamenti più deleteri nei confronti del benessere psicologico per favorire e rinforzare tutti quei comportamenti che possono, invece, farlo aumentare (5). Questa tecnica si basa sul modello concettuale di benessere psicologico proposto da Carol Ryff, che comprende 6 dimensioni: autoaccettazione, relazioni positive con gli altri, autonomia, padronanza ambientale, crescita personale e scopo nella vita (4,10). Tali dimensioni risultano particolarmente modificate in seguito al trattamento sequenziale CBT-WBT (**Tabella 2**). Possiamo, quindi, ipotizzare che i cambiamenti nei livelli di benessere possano influenzare il complesso equilibrio tra affetti positivi e negativi che caratterizzano il GAD (11,12), replicando i risultati già documentati dalla letteratura (6).

Alcuni esempi presi direttamente dalla pratica clinica possono chiarire questi aspetti. Per un paziente ansioso diventa importante acquisire consapevolezza dei propri miglioramenti nella gestione delle attività quotidiane (aumento della padronanza ambientale) e ciò può poi determinare un miglioramento nelle convinzioni pessimistiche legate al proprio ruolo sociale. Altri Autori, infatti, hanno già incluso tecniche specifiche per aumentare la fiducia in se stessi e ridurre la demoralizzazione nelle strategie terapeutiche per il trattamento del GAD (25).

I deficit nella sfera interpersonale sono riportati nella letteratura come aspetti sintomatologici residui

rimasti irrisolti dopo la terapia cognitivo-comportamentale (26). Nella WBT vengono affrontate nello specifico le dimensioni delle relazioni positive con gli altri e dell'autoaccettazione, facendo aumentare nel paziente la consapevolezza della propria rigidità e difficoltà nel fare compromessi, aspetti che contribuiscono a rendere il funzionamento interpersonale problematico.

Allo stesso modo, nella WBT si lavora sulla crescita personale e lo scopo nella vita, riducendo così il senso di stasi e fornendo significati e obiettivi di vita. Questo può stimolare l'esposizione e altri processi auto-terapeutici che si mantengono anche al termine del trattamento. Tuttavia, i cambiamenti nei punteggi del PWB a seguito della WBT vanno interpretati con cautela, in quanto, condividendo lo stesso background concettuale, possono essersi verificati degli effetti dovuti all'approfondimento.

La letteratura scientifica riporta numerose strategie complesse con più ingredienti terapeutici per il trattamento del GAD: l'automonitoraggio dell'ansia, il rilassamento, il miglioramento delle abilità di coping, la terapia cognitiva, l'esposizione alle situazioni fobiche, ecc. (3,25). A differenza di altri ambiti di applicazione delle strategie cognitivo-comportamentali (27), nel caso del GAD la ricerca non ha dimostrato la superiorità di nessun componente unico e specifico (28). Tuttavia, questi ingredienti spesso sono stati applicati contemporaneamente. I risultati di questo studio e di altri effettuati in precedenza (6-8) mettono in luce l'efficacia di un approccio sequenziale, cioè la somministrazione progressiva dei vari ingredienti terapeutici, iniziando con la ristrutturazione cognitiva e l'esposizione per poi passare alla WBT in una fase successiva (29). L'approccio sequenziale potrebbe fornire una specifica risposta al trattamento dei problemi interpersonali presenti dopo il miglioramento sintomatologico (26) e determinare una guarigione più completa e duratura (2). Possiamo, quindi, individuare metodologie terapeutiche comuni tra l'uso sequenziale di due strategie psicoterapiche effettuato in questo studio e l'uso sequenziale di farmacoterapia e psicoterapia per ottenere una remissione più duratura nei disturbi dell'umore (7,29). Queste metodologie comuni risultano ulteriormente confermate considerando le caratteristiche dei pazienti coinvolti in questo studio. Il campione clinico era formato da pazienti con GAD senza alcuna comorbidità, tuttavia l'approccio sequenziale potrebbe essere particolarmente efficace quando il disturbo ansioso si verifica in concomitanza con altre condizioni cliniche, come frequentemente avviene nel caso dei disturbi dell'umore (in questo caso la psicoterapia seguirebbe il trattamento farmacologico).

Il ruolo della WBT nelle strategie cognitivo-comportamentali necessita di essere replicato in altre indagini, con campioni clinici più numerosi; in ogni modo esso si inserisce nel complesso equilibrio tra affetti positivi e negativi che influenza lo stato di salute e malattia (4,11), si colloca tra i modelli emergenti di salute mentale positiva (30) e fornisce una risposta efficace alle esigenze di una guarigione più duratura per pazienti con disturbi affettivi (31,32).

BIBLIOGRAFIA

1. Keller MB: The long-term clinical course of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2002, 63 (suppl 8), 11-16.
2. Gorman JM: Treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2002, 63 (suppl 8), 17-23.
3. Borkovec TD, Ruscio AM: Psychotherapy of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62 (suppl 11), 37-42.
4. Ryff CD, Singer B: Psychological well-being: meaning, measurement and implication for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1996, 65, 14-23.
5. Fava GA: Well-being therapy. Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1999, 68, 171-179.
6. Fava GA, Rafanelli C, Cazzaro M, Conti S, Grandi S: Well-being therapy. *Psychological Medicine*, 1998, 28, 475-480.
7. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo: Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 1998, 55, 816-820.
8. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Grandi S: Cognitive behavior approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 2002, 159, 2094-2095.
9. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S: Six year outcome for cognitive behavioral prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 2004, 161, 1872-1876.
10. Ryff CD: Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, 57, 1069-1083.
11. Ruini C, Rafanelli C, Conti S, Ottolini F, Mangelli L, Tossani E, et al.: Benessere psicologico e sintomi residui nei pazienti con disturbi affettivi. I. Rilevazioni psicometriche. *Rivista di psichiatria*, 2002, 37, 171-178.
12. Ottolini F, Ruini C, Rafanelli C, Belaise C, Mangelli L, Grandi S, et al.: Livelli di benessere psicologico e sintomatologia residua nel disturbo di panico. *Rivista di psichiatria*, 2004, 39, 417-423.
13. Endicott J, Spitzer RL: A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1978, 35, 837-844.
14. Paykel ES: The Clinical Interview for Depression. *Journal of Affective Disorders*, 1985, 9, 85-96.
15. Ruini C, Ottolini F, Rafanelli C, Ryff C, Fava GA: La validazione italiana delle Psychological Well-Being Scales (PWB). *Rivista di psichiatria*, 2003, 38, 117-130.
16. Kellner R: A Symptom Questionnaire. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1987, 48, 269-274.
17. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C: Psychometric theory is an obstacle to the progress of clinical research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2004, 73, 145-148.
18. Fava GA, Grandi S, Canestrari R: Prodromal symptoms in panic disorder with agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, 1988, 145, 1564-1567.
19. Ruini C, Ottolini F, Tossani E, Belaise C, Mangelli L, Fava GA: Il rapporto tra benessere psicologico, disagio e personalità. *Rivista di psichiatria*, 2004, 39, 315-322.
20. Fava GA, Kellner R, Perini GI, Fava M, Michelacci L, Munari F, et al.: Italian validation of the Symptom Rating Test (SRT) and Symptom Questionnaire (SQ). *Canadian Journal of Psychiatry*, 1983, 28, 117-123.
21. Beck AT, Emery G: Anxiety disorders and phobias. Basic Books, New York, 1985.
22. Marks IM: Fears, phobias, and rituals. Oxford University Press, New York, 1987.
23. Goldthorpe JH, Hope K: The Social grading of occupations. Oxford University Press, Oxford, 1974.
24. Pesarin F: Multivariate permutation tests with applications in biostatistics. Wiley, Chichester, 2001.
25. Butler G, Cullington A, Hibbert G, Klimes I, Gelder M: Anxiety management for persistent generalised anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 1987, 15, 535-542.
26. Borkovec TD, Newman MG, Pincus AL, Lytle R: A component analysis of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, 70, 288-298.
27. Marks IM: Fear reduction by psychotherapies. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 176, 507-511.
28. Ballenger JC, Davidson RT, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K, et al.: Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2002, 62 (suppl 11), 53-58.
29. Fava GA, Ruini C, Sonino N: Management of recurrent depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2003, 72, 3-9.
30. Vaillant GE: Mental health. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160, 1373-1384.
31. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C: Sequential treatment of mood and anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2005, 66, 1392-1400.
32. Bech P: Modern psychometrics in clinimetrics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2004, 73, 134-138.