
Editoriale. Linee guida e indirizzi di buona pratica clinica per i disturbi sintomatici e di personalità sintomatici: il ruolo delle Terapie Cognitivo-Comportamentali
Parte 1 – I disturbi di personalità



Ilaria Baiardini*, Giancarlo Dimaggio**

Il Gruppo di Lavoro della SITCC sulle linee guida è stato costituito e ha operato con un obiettivo preciso: documentare il ruolo *evidence-based* dei modelli di Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) nel trattamento psicologico e psicoterapeutico dei principali disturbi.

L'evidence-based medicine (EBM) è un movimento che ha avuto inizio nei primi anni '90 del ventesimo secolo, quando un gruppo di metodologi ed epidemiologi della McMaster University di Hamilton, in Ontario (Canada) ha pubblicato una serie di studi circa il modo di utilizzare la letteratura biomedica nella pratica clinica. Questi lavori, sostanzialmente, ponevano l'accento su tre aspetti fondamentali della formazione e dell'aggiornamento in medicina: conoscere e comprendere i risultati degli studi clinici, utilizzare criteri per la valutazione critica della ricerca scientifica e determinare il modo migliore per applicare i risultati della ricerca nella pratica quotidiana (Guyatt, 1991; Evidence-Based Medicine Working Group, 1992).

A partire da questo background, l'EBM si è sviluppata come un nuovo paradigma che si proponeva di integrare le migliori evidenze di ricerca con l'esperienza clinica e i valori del paziente (Sackett *et al.*, 1996). Si tratta, in altri termini, di basare le decisioni riguardo la cura di ogni singolo paziente

* Clinica di Malattie Respiratorie e Allergologia, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Genova, Viale Benedetto XV, 6 – 16132 Genova; e-mail: ilaria.baiardini@libero.it.

** Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Via Orazio, 3 – 00193 Roma; e-mail: gdimaje@gmail.com.

su un uso «coscienzioso, esplicito e giudizioso» (Sackett *et al.*, 1996) delle informazioni aggiornate e metodologicamente valide derivate dalla letteratura. Questo nuovo modo di pensare e di agire ridimensiona il ruolo dell'esperienza clinica, dell'opinione del professionista esperto e dell'intuizione nel processo decisionale clinico sul quale si fonda il processo di cura.

L'EBM è stata originariamente pensata e sviluppata per essere utilizzata da singoli professionisti nella loro pratica clinica. L'obiettivo era quello di fornire all'operatore sanitario le competenze per valutare criticamente le prove della ricerca e adattare a un particolare paziente e a un singolo setting.

La rapida e progressiva diffusione di questo approccio a livello internazionale (Djulbegovic & Guyatt, 2017) è stata favorita da alcuni fattori che hanno contribuito a mettere in crisi i modelli tradizionali della formazione e della pratica in ambito medico:

- la crescita continua del numero delle pubblicazioni scientifiche, che ha modificato le esigenze e le modalità di aggiornamento professionale per i medici;
- lo sviluppo delle tecnologie informatiche, e in particolare di internet, che ha favorito l'accessibilità e la diffusione della ricerca.
- una crescente consapevolezza dell'inadeguatezza delle pratiche cliniche standard e del loro impatto sia sulla qualità che sul costo della cura;
- i limiti imposti dalla crisi finanziaria che investe i sistemi sanitari e la conseguente pressione a indirizzare le risorse verso prestazioni la cui efficacia sia riconosciuta sulla base di evidenze scientifiche.

Questo nuovo modo di pensare e agire rappresenta ora le evidenze più aggiornate risultanti da studi metodologicamente rigorosi, principalmente studi clinici randomizzati controllati (RCT) e revisioni sistematiche, che corrispondono al più alto livello di qualità scientifica e rappresentano il vertice della piramide EBM (*Figura 1*).

Le linee guida sono strumenti evidence-based che hanno l'obiettivo di rendere più facile per i professionisti della salute conoscere e applicare in modo «coscienzioso, esplicito e giudizioso» (Sackett *et al.*, 1996) il numero sempre crescente di evidenze disponibili. Il passaggio dai risultati delle sperimentazioni cliniche alle linee guida è un processo complesso. Il primo passo consiste nella ricerca della letteratura disponibile. Il secondo è la valutazione critica della qualità metodologica degli studi. Quindi, nella terza fase, i risultati vengono aggregati, e si procede a una valutazione in termini di efficacia, effetti collaterali, validità, tollerabilità, fattibilità e costi

(World Health Organization, 2012). Sulla base di questo processo, le linee guida forniscono raccomandazioni per il trattamento di specifici disturbi o condizioni sulla base di revisioni che riassumono le prove dell'efficacia del trattamento. Il livello di evidenza e la forza della raccomandazione di ogni intervento vengono classificati secondo scale predefinite, come illustrato nelle *Figure 2 e 3*.

Figura 1. Gerarchia dell'evidenza



Figura 2. Livelli di evidenza delle raccomandazioni

Livello di evidenza A	Dati derivati da numerosi trial clinici randomizzati o meta-analisi
Livello di evidenza B	Dati derivati da un singolo trial clinico randomizzato o da ampi studi non randomizzati
Livello di evidenza C	Consenso degli esperti e/o studi di piccole dimensioni, studi retrospettivi, registri

Figura 3. Classi delle raccomandazioni

Classe della raccomandazione	Definizione	Espressione consigliata
Classe I	Evidenza e/o consenso generale che un determinato trattamento o intervento sia vantaggioso, utile ed efficace	È raccomandato/ indicato
Classe II	Evidenza contrastante e/o divergenza di opinione circa l'utilità/efficacia di un determinato trattamento o intervento	
<i>Classe IIa</i>	Il peso dell'evidenza/opinione è a favore dell'utilità/efficacia	Deve essere preso in considerazione
<i>Classe IIb</i>	L'utilità/efficacia risulta meno accertata sulla base dell'evidenza/opinione	Può essere preso in considerazione
Classe III	Evidenza o consenso generale che un determinato trattamento o intervento non sia utile/efficace e che in taluni casi possa essere dannoso	Non è raccomandato

In ambito psicologico, in linea con l'emergere del paradigma EBM, già nel 1995 l'American Psychological Association (APA) ha enfatizzato l'importanza di identificare, studiare e diffondere terapie supportate empiricamente (*empirically supported therapies* – ESTs) (Sanderson & Woody, 1995), cioè interventi la cui efficacia sia dimostrata da trial clinici controllati e randomizzati. Tale approccio è confluito nella pratica basata sull'evidenza (*evidence-based practice in psychology* – EBPP), che si configura come l'integrazione delle migliori evidenze scientifiche derivate dalla letteratura, con l'esperienza clinica, nel contesto delle caratteristiche, della cultura e delle preferenze del paziente, al fine di raggiungere il miglior risultato possibile in ogni singolo caso (American Psychological Association, 2006a). Queste tre dimensioni che caratterizzano l'EBPP consentono di coprire le aree della ricerca, della clinica e della cura del paziente e ci aiutano a garantire un intervento personalizzato sulla base delle evidenze e della competenza del singolo psicoterapeuta.

L'obiettivo dell'EBPP è quello di promuovere una pratica psicologica efficace e di migliorare la salute pubblica applicando principi supportati empiricamente nelle fasi di valutazione psicologica, formulazione del caso e intervento terapeutico.

Negli ultimi 30 anni, lo sviluppo delle linee guida è diventato una prati-

ca standard anche nell'ambito dei disturbi psichiatrici e psicologici: l'elenco dei documenti disponibili, sviluppati da istituzioni, enti pubblici e privati, nonché da società scientifiche, è disponibile sul sito del Library on the Guidelines International Network (GIN).

Oggi agli psicoterapeuti, come a tutti gli operatori sanitari, è richiesto di basare il loro intervento sulle evidenze disponibili. Ciò significa che devono possedere competenze per recuperare, valutare e integrare tali evidenze nella pratica clinica.

Diffondere linee guida e buone pratiche per la psicoterapia rappresenta un elemento fondativo della missione, della visione e dei valori della SITCC.

Sulla base di queste premesse, questo Gruppo di Lavoro ha effettuato un'analisi delle linee guida esistenti con l'obiettivo di documentare il livello di evidenza e la forza delle raccomandazioni relativi agli interventi psicoterapeutici di orientamento cognitivo-comportamentale.

Nel caso di disturbi per i quali non sono presenti linee guida, è stata effettuata un'analisi della letteratura disponibile, al fine di evidenziare non soltanto le prove di efficacia, ma anche gli inevitabili *caveat* tra i quali: qualità degli studi; trasferibilità e applicabilità al SSN; formazione e aggiornamento degli operatori, oltre a ulteriori considerazioni più generali meritevoli di riflessione

Non per tutti i disturbi, come si potrà vedere nei due numeri dedicati al tema, esistono linee guida. In questo primo lavoro solo il contributo di Nicolò e colleghi (2023) potrà riassumere le linee guida, che esistono, per i Disturbi Antisociale e Borderline di Personalità. Nel caso degli altri disturbi di personalità, Mammone e Dimaggio (2023) hanno passato in rassegna i lavori sul Disturbo Evitante di Personalità e hanno proposto dei suggerimenti di buona pratica clinica basati sugli studi di efficacia esistenti, alcuni sono trial randomizzati, altri studi senza gruppo di controllo su campioni di varia grandezza. Gasparre e Dimaggio (2023) hanno svolto un lavoro simile sul Disturbo Narcisistico di Personalità per il quale il problema è serio: è un disturbo diffuso, che genera sofferenza in chi ne è affetto, ma per il quale quasi non esistono studi di efficacia. Quindi gli autori hanno proposto alcuni principi di intervento basati su una dissezione della psicopatologia narcisistica. Magnani e Dimaggio (2023) hanno passato in rassegna la letteratura di efficacia sul Disturbo Ossessivo di Personalità, per il quale per il quale esistono solo tre studi randomizzati e controllati e diversi studi longitudinali, a disegno prima-dopo e casi singoli. Le linee guida sono state tracciate sulla base della letteratura esistente che mostra soprattutto come il DOCP sia un quadro sotto-diagnosticato e che se trascurato peggiora il decorso delle condizioni alle quali è associato.

Nel secondo numero dei Quaderni in programmazione l'anno prossimo, descriveremo invece le linee guida e i principi di buona pratica clinica su Depressione, Disturbi del Comportamento Alimentare, Disturbo Post-Traumatico da Stress semplice e complesso, Disturbi Dissociativi, Disturbi Bipolari e Disturbi Psicologici nell'Età Evolutiva.

Che cosa speriamo di trasmettere ai lettori, in particolare ai terapeuti appartenenti alla SITCC? Innanzitutto che è possibile coltivare una cultura dell'intervento basata sulle prove di efficacia e sull'aggiornamento. Sappiamo da tempo che la psicoterapia tende a essere efficace, certo, ma è necessario conoscere quello che abbiamo bisogno per i disturbi specifici, quella dovrebbe essere la base di partenza di un terapeuta che lavori seguendo le conoscenze scientifiche. Troppo spesso ascoltiamo colleghi che non si informano, non si aggiornano e non seguono le linee guida laddove queste sono disponibili. È pensabile oggi un terapeuta che incontri un paziente con un Disturbo d'Ansia e non segua le indicazioni di utilizzare esperimenti comportamentali insieme o in alternative a tecniche per ridurre il rimuginio e il pensiero ripetitivo?

Si può sollevare un'obiezione all'impresa che la SITCC ha messo in atto fin da quando Rita Ardito ha costituito il gruppo di lavoro per distillare le linee guida disponibili e il ruolo nei vari disturbi della famiglia delle Terapie Cognitive-Comportamentali. L'obiezione ha due facce. La prima è: le terapie sono tutte equivalenti e quindi possiamo intervenire con il modello che preferiamo dato che a essere efficaci sono i fattori comuni. Come mostreranno i lavori riassunti nei due numeri per molti disturbi non è così. Le terapie cognitive tendono a essere superiori per i Disturbi d'Ansia (Bhattacharya *et al.*, 2023; Kindred *et al.*, 2022), per il Disturbo Ossessivo (Öst *et al.*, 2022) e le terapie più studiate per il Disturbo Post-Traumatico da Stress sono di matrice cognitiva a valenza espositiva insieme all'EMDR (Hoppen *et al.*, 2022) e sono efficaci e sicure.

Il secondo argomento è: la maggior parte dei pazienti hanno patologie complesse, presentano comorbidità tra disturbi sintomatici e tra gli stessi e i disturbi di personalità. Quindi seguire le linee guida è impossibile e bisogna ancorarsi alla sola formulazione del caso, in una continuazione elaborazione della relazione terapeutica. È un argomento sensato, un terapeuta che tratta un Disturbo d'Ansia in comorbidità con un Disturbo Ossessivo-Compulsivo ed evitante di personalità dovrà tenere conto di tutti questi problemi e non potrà seguire ciecamente il protocollo per il Disturbo d'Ansia che seguirebbe se questo si presentasse in solitudine. Ma questo non è un argomento per non conoscere le linee guida e non tenerne conto. La componente espositiva e di interruzione del pensiero ripetitivo andrà co-

munque seguita, perché a oggi quello è il meglio che i dati di ricerca di efficacia ci offrono. Alla sapienza e alla competenza del clinico rimane come lavorare per intrecciare il lavoro sulle varie componenti del disturbo in quel caso singolo, ma la conoscenza di ciò che per i vari disturbi risulta efficace è imprescindibile.

Questo ci auguriamo che i contributi presentati in questo numero dei Quaderni e in quello che apparirà l'anno prossimo: che i soci di una società scientifica come è sempre stata ed è tuttora la SITCC: possano conoscere le evidenze più recenti efficacia della terapia cognitivo comportamentale nel trattamento dei disturbi psicologici e psichiatrici più comuni. E che, a partire da questa conoscenza mettano in atto sistematicamente una psicoterapia che ha il massimo delle possibilità di essere benefica, rispetto a un lavoro basato su una presunta autodichiarata esperienza e competenza. E, allo stesso modo, che tali contributi siano di stimolo per migliorare gli approcci psicoterapeutici esistenti, perché la scienza è progresso sulle spalle dei giganti, avanzamento su quanto è stato scoperto prima.

Bibliografia

- American Psychological Association (2006a). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4): 271-285. DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- Bhattacharya, S., Goicoechea, C., Heshmati, S., Carpenter, J.K. & Hofmann, S.G. (2023). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Meta-Analysis of Recent Literature. *Current psychiatry reports*, 25(1): 19-30. DOI: 10.1007/s11920-022-01402-8.
- Djulbegovic, B. & Guyatt, G.H. (2017). Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet*, 390(10092): 415-423. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31592-6.
- Evidence-Based Medicine Working Group (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17): 2420-2425. DOI: 10.1001/jama.1992.03490170092032.
- Gasparre, A. & Dimaggio, G. (2023). Il Disturbo Narcisistico di Personalità. Concettualizzazione del costrutto, rassegna empirica sull'efficacia dei trattamenti, principi e suggerimenti per una buona pratica clinica. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 52: 51-71. DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16174.
- Guidelines International Network (GIN). *International Guidelines Library & Registry*; disponibile su: guidelines.ebmportal.com.
- Guyatt, G. (1991). Evidence-Based Medicine. *ACP J Club*, A-16: 114. DOI: 10.7326/ACPJC-1991-114-2-A16.
- Hoppen, T.H., Lindemann, A.S. & Morina, N. (2022). Safety of psychological interventions for adult post-traumatic stress disorder: meta-analysis on the incidence and relative risk of deterioration, adverse events and serious adverse events. *The British Journal of Psychiatry*, 221(5): 658-667. DOI: 10.1192/bjp.2022.111.

Ilaria Baiardini, Giancarlo Dimaggio

- Kindred, R., Bates, G.W. & McBride, N.L. (2022). Long-term outcomes of cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, 92: 102640. DOI: 10.1016/j.janxdis.2022.102640.
- Magnani, B. & Dimaggio, G. (2023). Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP). Rassegna della letteratura sull'efficacia dei trattamenti psicologici e indicazioni di buona pratica clinica. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 52: 97-129. DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16176.
- Mammone, I. & Dimaggio, G. (2023). Suggerimenti di buona pratica clinica per il Disturbo Evitante di Personalità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 52: 72-96. DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16175.
- Nicolò, G., Azzara, C., Cantelmi, V., Contrada, C. & Mozzetta, G. (2023). Sintesi delle evidenze scientifiche e delle linee guida per il trattamento psicologico dei Disturbi Borderline e Antisociale di Personalità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 52: 15-49. DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16173.
- Öst, L.G., Enebrink, P., Finnes, A., Ghaderi, A., Havnen, A., Kvale, G. ... & Wergeland, G.J. (2022). Cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 104170. DOI: 10.1016/j.brat.2022.104170.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7023): 71-72. DOI: 10.1136/bmj.312.7023.71.
- Sanderson, W.C. & Woody, S. (1995). Manuals for empirically validated treatments: A project of the Division of Clinical Psychology, American Psychological Association Task Force on Psychological Interventions. *The Clinical Psychologist*, 48: 7-11.
- WHO (World Health Organization) (2012). *WHO Handbook for Guideline Development*. G.R. Committee. Geneva: WHO.