

Linee guida NICE sulla psicoterapia cognitivo-comportamentale nel trattamento delle psicosi e della schizofrenia negli adulti



Saverio Ruberti*

*Ricevuto il 17 marzo 2023,
accettato il 30 giugno 2024*

Sommario

Il presente elaborato è stato scritto sulla base della “National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) Guideline on Treatment and Management of Psychosis and Schizophrenia in Adults” (edizione del 2014, aggiornata fino al 2020 nel formato online), della quale rappresenta una fedele sintesi delle parti dedicate al ruolo della psicoterapia nel trattamento delle psicosi e della schizofrenia, con particolare riferimento alla psicoterapia cognitivo-comportamentale.

Parole chiave: linee guida, NICE, APA, Cochrane, psicosi, schizofrenia.

NICE guidelines on cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of psychosis and schizophrenia in adults

Abstract

This paper was written based on the “National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) Guideline on Treatment and Management of Psychosis and Schizophrenia in Adults” (2014 edition, updated until 2020 in the online format), of which it represents a faithful summary of the parts dedicated to the role of psychotherapy in the treatment of psychosis and schizophrenia, with particular reference to cognitive-behavioral psychotherapy.

Keywords: guidelines, NICE, APA, Cochrane, psychosis, schizophrenia.

* Direttore Scientifico del Centro Terapia Cognitiva – Scuola di Psicoterapia Cognitiva, via Rusconi, 10 – 22100 Como; e-mail: info@centroterapiacognitiva.it.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 54/2024
DOI: 10.3280/qpc54-2024oa18654

Introduzione

Il ruolo della psicoterapia nella cura dei disturbi psicotici

Le terapie psicologiche e gli interventi psicosociali nel trattamento della schizofrenia hanno acquisito sempre maggior rilevanza negli ultimi tre decenni. Questo sviluppo può essere attribuito ad almeno due fattori principali.

In primo luogo si è assistito a un crescente riconoscimento dell'importanza dei processi psicologici nella psicosi, sia per quanto riguarda l'insorgenza e la persistenza del disturbo, sia in relazione all'impatto psicologico negativo di una diagnosi di schizofrenia sul benessere, sul funzionamento psicosociale e sulla vita dell'individuo.

In secondo luogo, sebbene gli interventi farmacologici abbiano rappresentato il cardine del trattamento sin dalla loro introduzione negli anni '50, presentano una serie di limitazioni. Queste includono la risposta parziale di alcune persone ai farmaci antipsicotici, l'alta incidenza di effetti collaterali disabilitanti e la scarsa aderenza al trattamento. Il riconoscimento di queste limitazioni ha aperto la strada all'accettazione di un approccio terapeutico più ampio, che combini trattamenti di diversa natura costruiti su misura per le esigenze dei singoli utenti e delle loro famiglie.

Il rapporto "New Ways of Working" (British Psychological Society, 2007) descrive in dettaglio la crescente domanda da parte degli utenti di avere accesso a interventi psicologici e il crescente riconoscimento dell'efficacia di questi interventi nel trattamento e nella gestione di gravi malattie mentali, inclusa la schizofrenia. Il rapporto sostiene che sia necessario un grande incremento della formazione di psicologi e psicoterapeuti per ampliare il numero di professionisti competenti nell'offerta di terapie psicologiche in questo settore.

Per quanto concerne il modello di riferimento, sebbene le ragioni per gli interventi medici, psicologici e psicosociali derivino da una varietà di teorie biologiche, psicologiche e sociali, lo sviluppo del modello *stress-vulnerabilità* (Nuechterlein, 1987; Zubin & Spring, 1977) ha indubbiamente facilitato l'integrazione teorica e pratica di approcci terapeutici differenti. In questo modello, gli individui possono sviluppare una vulnerabilità alla psicosi ascrivibile a fattori biologici, psicologici e/o sociali; i trattamenti, sia farmacologici che psicologici, mirano pertanto a proteggere l'individuo vulnerabile e ridurre la probabilità di ricadute, diminuire la gravità degli episodi psicotici e trattare i problemi associati alla persistenza dei sintomi. Gli interventi psicologici possono, inoltre, mirare a migliorare il funzionamento psicologico e sociale dell'individuo e avere un effetto a lungo termine sulla sua vulnerabilità.

Un prerequisito per qualsiasi trattamento psicologico o di altro tipo viene considerato il coinvolgimento effettivo dell'utente in un'alleanza terapeutica positiva (Roth *et al.*, 1996). Coinvolgere efficacemente le persone durante una fase acuta della malattia schizofrenica è spesso difficile e richiede una notevole flessibilità nell'approccio e nella frequenza della terapia. Oltre a raggiungere un'alleanza terapeutica valida è necessario mantenerla, spesso per lunghi periodi, considerando che la tenuta e la qualità dell'alleanza possono aumentare e diminuire nel tempo e nelle diverse fasi del trattamento, soprattutto nel caso di utenti che diventino soggetti a trattamento obbligatorio ai sensi della legge sulla salute mentale.

Le sfide particolari da affrontare nel trattamento della schizofrenia includono il ritiro sociale, i problemi cognitivi e di elaborazione delle informazioni, le difficoltà allo sviluppo di una visione condivisa fra terapeuta e utente sulla natura della malattia e l'impatto dello stigma e dell'esclusione sociale.

Obiettivi della terapia psicologica e degli interventi psicosociali

Gli obiettivi degli interventi psicologici e psicosociali nel trattamento delle persone con schizofrenia sono numerosi, fra questi vanno considerati uno o più dei seguenti: diminuire gli effetti della vulnerabilità; ridurre l'impatto di eventi e situazioni stressanti; diminuire l'angoscia e la disabilità; ridurre al minimo i sintomi; migliorare la qualità della vita; ridurre il rischio di recidive; ottimizzare le capacità di comunicazione e coping; migliorare l'aderenza al trattamento.

Competenza nell'erogazione di terapie psicologiche

Ai fini dell'implementazione della linea guida, è importante tener conto del livello di competenza professionale dei terapisti, includendo questo fattore nell'analisi delle prove di efficacia degli interventi.

Terapia comportamentale cognitiva nel trattamento delle psicosi

Definizione

La Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) è stata definita come un intervento psicologico che promuove negli utenti queste operazioni psicologiche:

- stabilire connessioni tra i loro pensieri, sentimenti o azioni che sono in relazione con i loro sintomi attuali o passati e/o con il loro funzionamento psicologico e sociale;
- rivalutare le proprie percezioni, credenze o ragionamenti che sono in relazione con i sintomi.

Inoltre, un'ulteriore componente dell'intervento dovrebbe comportare:

- il fatto che gli utenti monitorino i propri pensieri, sentimenti o comportamenti che sono in relazione con il sintomo o con la recidiva dei sintomi e/o
- la promozione di modi alternativi per affrontare i sintomi, e/o
- la riduzione dell'angoscia, e/o
- il miglioramento del funzionamento.

Aspetti generali

La CBT si basa sulla premessa che esista una relazione complessa tra pensieri, sentimenti e comportamento. Sebbene i primi sviluppi della CBT abbiano riguardato il trattamento della depressione (Beck, 1979), si è progressivamente scoperto che essa rappresenta un trattamento efficace in un'ampia gamma di problemi di salute mentale inclusi i disturbi d'ansia, il disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi del comportamento alimentare e il PTSD. All'inizio 1990, a seguito di una maggiore comprensione degli aspetti cognitivi dei sintomi psicotici (Frith, 1992; Garety & Hemsley, 1994; Slade & Bentall, 1988), è cresciuto l'interesse verso l'applicazione della CBT per le persone con disturbi psicotici. Inizialmente, i primi studi CBT tendevano a essere particolarmente focalizzati sui sintomi, aiutando gli utenti a sviluppare strategie di coping per gestire le allucinazioni (Tarrier *et al.*, 1993). Da allora, tuttavia, la CBT per la psicosi (CBTp) si è evoluta e ora tende a essere basata sulla formulazione (del caso).

Come per altri interventi psicologici, l'efficacia della CBT dipende dallo sviluppo di una solida alleanza terapeutica (Roth *et al.*, 1996). Nel complesso, lo scopo è aiutare l'individuo a tornare alla normalità, dare un senso alle proprie esperienze psicotiche e ridurre l'angoscia a esse associata e il loro impatto sul funzionamento psicologico e sociale.

Gli studi sull'efficacia della CBT per la psicosi hanno indagato una serie di risultati nel corso degli anni; questi includono la riduzione dei sintomi (sintomi positivi, negativi e generali) (Rector *et al.*, 2003), la riduzione delle recidive (Garety *et al.*, 2008), il funzionamento sociale (Startup *et al.*,

2004) e l'insight (Turkington *et al.*, 2002). Più recentemente, i ricercatori hanno mostrato interesse per l'impatto della CBTp sulla riduzione dell'angoscia e dei comportamenti problematici associati all'esperienza psicotica (Trower *et al.*, 2004). Inoltre, gli interventi CBTp si sono ampliati al trattamento del primo episodio psicotico (Jackson *et al.*, 2005; Jackson *et al.*, 2008) e alle persone con schizofrenia in comorbidità con disturbi da uso di sostanze (Barrowclough *et al.*, 2001).

Collegamento fra le prove e le raccomandazioni

L'efficacia della CBT è stata confermata dall'evidenza della riduzione della gravità dei sintomi, che includeva misure specifiche di valutazione per quanto concerne allucinazioni e depressione. Tuttavia, va notato che non vi sono prove sufficienti per supportare la raccomandazione dell'uso della CBT nella promozione dell'insight o nella gestione di un'inadeguata aderenza al trattamento.

Nell'analisi di sensibilità i dati relativi alla riduzione dei tassi di ri-ospedalizzazione e la durata del ricovero risultano significativi (Department of Health, 1999).

La revisione sistematica delle prove economiche ha mostrato che il trattamento con CBT delle persone con schizofrenia nel Regno Unito ha migliorato i risultati clinici senza costi aggiuntivi. Tale scoperta è stata supportata dalla modellizzazione economica intrapresa, che ha suggerito che il trattamento con CBT potrebbe comportare risparmi sui costi netti per il Sistema Sanitario Nazionale.

Sebbene il *Guideline Development Group* (GDG) non sia stato in grado di trarre conclusioni definitive dal sottogruppo di analisi che valutano l'impatto della durata della cura e del numero di sessioni, esso ha notato che le prove per l'efficacia della CBT sono principalmente sostenute da studi che includono almeno 16 sedute pianificate.

Ci sono, a ogni modo, più prove affidabili per raccomandare la CBT come terapia individuale: secondo la revisione sistematica della linea guida e la meta-analisi delle evidenze cliniche la CBT di gruppo non è un intervento efficace.

La scarsa consistenza dei dati relativi alla formazione ricevuta dai terapeuti coinvolti nei *trials* ha reso impossibile determinare l'impatto del livello di formazione sugli esiti del trattamento. Quando la formazione dei terapeuti era menzionata, gli studi erano comunque vaghi rispetto alla lunghezza della formazione ricevuta dai terapeuti e rispetto al fatto che i training fossero specificamente focalizzati sulla CBT per le psicosi. Dagli studi CBTp inclusi nelle meta-analisi non è possibile fornire raccomandazioni sui requisiti di

formazione specifici o sulle competenze da richiedere ai terapeuti per un trattamento CBT efficace per le psicosi. Lo studio di Durham e colleghi (2003) ha indicato che la formazione generale in CBT non ha necessariamente prodotto terapisti CBT competenti sui disturbi psicotici. Sebbene i terapisti nello studio si fossero sottoposti a formazione CBT, quando la loro pratica è stata valutata sulla base di una misura di fedeltà all'intervento CBT nelle psicosi non sembravano utilizzare interventi specifici per questi disturbi. È stato comunque notato che, nel complesso, la maggior parte degli studi ha utilizzato psicologi clinici o psicoterapeuti registrati e/o accreditati per fornire un trattamento CBT per le psicosi. Inoltre, in due terzi degli studi era stata fornita una supervisione clinica regolare e in quasi tutti gli studi si è fatto riferimento a manuali di trattamento.

Nonostante non sia in grado di formulare raccomandazioni specifiche per le modalità di formazione richieste, il GDG ha ritenuto che questa sia un'area importante per gli sviluppi futuri e ha formulato una raccomandazione per la ricerca.

Raccomandazioni

Per quanto concerne del trattamento l'utilizzo della CBT nella cura dei disturbi psicotici e della schizofrenia, le linee guida NICE forniscono le seguenti raccomandazioni.

Opzioni di trattamento per il primo episodio psicotico

Per le persone con primo episodio psicotico l'offerta di cura deve comprendere:

- farmaci antipsicotici orali integrati con:
- interventi psicologici, in particolare interventi familiari¹ e la CBT individuale.

Si devono informare le persone che vogliono provare solo interventi psicologici che questi sono più efficaci se vengono somministrati in combinazione con farmaci antipsicotici.

¹ Con l'espressione "interventi familiari" le Linee Guida NICE sulle Psicosi e sulla Schizofrenia negli adulti si riferiscono a interventi di carattere supportivo e/o educativo.

Se la persona vuole comunque provare solo gli interventi psicologici si deve:

- offrire interventi familiari e CBT;
- concordare un tempo (1 mese o meno) per rivedere le opzioni di trattamento, compresa l'introduzione di farmaci antipsicotici;
- continuare a monitorare regolarmente i seguenti sintomi: ansia e memoria e livello di funzionamento (inclusi istruzione, formazione e occupazione).

Come fornire interventi CBT

La CBT dovrebbe essere offerta su base individuale con la pianificazione di almeno 16 sedute e bisognerebbe:

- seguire un manuale di trattamento² in modo che:
 - venga promosso il fatto che gli utenti costruiscano correlazioni tra i loro pensieri, sentimenti o azioni e i loro sintomi attuali o passati e/o il loro funzionamento;
 - venga eseguita da parte degli utenti una rivalutazione (riattribuzione di significato) delle percezioni, credenze o ragionamenti correlate ai loro sintomi;
- includere anche almeno uno dei seguenti componenti:
 - far sì che le persone monitorino i propri pensieri, sentimenti o comportamenti correlati ai loro sintomi o alla recidiva dei sintomi;
 - promuovere negli utenti modi alternativi di affrontare i sintomi;
 - ridurre l'ansia;
 - migliorare il funzionamento personale.

Episodi acuti successivi

Per le persone con esacerbazione acuta o recidiva di psicosi o schizofrenia, si devono offrire:

- farmaci antipsicotici orali in associazione con:
- interventi psicologici, in particolare interventi familiari e CBT individuale.

² Sono preferiti i manuali di trattamento che abbiano ricevuto prove della loro efficacia da studi clinici.

Va offerta la CBT a tutte le persone con psicosi o schizofrenia. Questo trattamento può essere avviato durante la fase acuta o successivamente, anche in ambito ospedaliero.

Promuovere il recupero

Offrire la CBT per aiutare a promuovere il recupero nelle persone con persistenza di sintomi positivi e negativi e per le persone con sintomi in remissione.

Raccomandazioni per la ricerca

Dovrebbe essere svolto un *randomised controlled trial* (RCT) adeguatamente potenziato per indagare al meglio la durata e il numero appropriati di sessioni per CBT in persone con schizofrenia.

Dovrebbe essere svolto un *randomised controlled trial* (RCT) adeguatamente potenziato per studiare la CBT svolta con persone affette da schizofrenia da parte di terapeuti altamente qualificati e di professionisti della salute mentale, confrontandola con quella svolta da terapeuti che hanno avuto una breve formazione. È necessaria ulteriore ricerca per identificare le competenze richieste per raggiungere risultati efficaci utilizzando la CBT con le persone affette da schizofrenia.

Bibliografia

- Barrowclough C., Haddock G., Tarrier N., Lewis S.W., Moring J., O'Brien R., Schofield N. & McGovern J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(10): 1706-1713. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.10.1706.
- Beck A.T. (1979). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press [trad. it.: *Principi di terapia cognitiva*. Milano: Astrolabio, 1984].
- British Psychological Society (2007). *New Ways of Working for Applied Psychologists in Health and Social Care. The End of the Beginning*. Leicester: British Psychological Society.
- Department of Health. National Service Framework for Mental Health Services (1999). *Modern Standards and Service Models*. London: Department of Health. www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009598.
- Durham R.C., Guthrie M., Morton R.V., Reid D.A., Treliving L.R., Fowler D. & Macdonald R.R. (2003). Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medica-

- tion-resistant psychotic symptoms. Results to 3-month follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 182: 303-311. DOI: 10.1192/bjp.182.4.303.
- Frith C.D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum [trad. it.: *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1995].
- Garety P.A., Hemsley D.R. (1994). *Delusions: Investigations into the Psychology of Delusional Reasoning*. Hove: Psychology Press.
- Garety P.A., Fowler D.G., Freeman D., Bebbington P., Dunn G. & Kuipers E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192(6): 412-423. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.043570.
- Jackson H., McGorry P., Edwards J., Hulbert C., Henry L., Harrigan S., Dudgeon P., Francey S., Maude D., Cocks J., Killackey E. & Power P. (2005). A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four-year follow-up readmission data. *Psychological Medicine*, 35(9): 1295-1306. DOI: 10.1017/S0033291705004927.
- Jackson H.J., McGorry P.D., Killackey E., Bendall S., Allott K., Dudgeon P., Gleeson J., Johnson T. & Harrigan S. (2008). Acute-phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus Befriending for first-episode psychosis: the ACE project. *Psychological Medicine*, 38(5): 725-735. DOI: 10.1017/S0033291707002061.
- National Institute of Health and Clinical Excellence (2014). *The NICE Guideline on Treatment and Management*. London: National Collaborating Centre for Mental Health.
- Nuechterlein K.H. (1987). Vulnerability models for schizophrenia: state of the art. In: Hafner H., Gattaz W.F., Janzarik W. (eds.), *Search for the Causes of Schizophrenia* (pp. 297-316), Heidelberg: Springer.
- Rector N.A., Seeman M.V. & Segal Z.V. (2003). Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 63(1-2): 1-11. DOI: 10.1016/s0920-9964(02)00308-0.
- Roth A., Fonagy P. & Parry G. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford Press.
- Slade P.D., Bentall R.P. (1988). *Sensory Deception: A Scientific Analysis of Hallucination*. London: Croom Helm.
- Startup M., Jackson M.C. & Bendix S. (2004). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months. *Psychological Medicine*, 34(3): 413-422. DOI: 10.1017/s0033291703001211.
- Tarrier N., Beckett R., Harwood S., Baker A., Yusupoff L. & Ugarteburu I. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 162: 524-532. DOI: 10.1192/bjp.162.4.524.
- Trower P., Birchwood M., Meaden A., Byrne S., Nelson A. & Ross K. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 184: 312-320. DOI: 10.1192/bjp.184.4.312.
- Turkington D., Kingdon D., Turner T. & Insight into Schizophrenia Research Group (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 180: 523-527. DOI: 10.1192/bjp.180.6.523.
- Zubin J. & Spring B. (1977). Vulnerability-a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2): 103-126. DOI: 10.1037//0021-843x.86.2.103.