

# ***Ruolo della TCC e linee guida NICE e CANMAT per il trattamento della depressione negli adulti***



Giovanni Fassone<sup>†</sup>, Barbara Magnani<sup>\*\*</sup>

*Ricevuto il 5 luglio 2024,  
accettato il 30 luglio 2024*

## **Sommario**

Il presente lavoro delinea le indicazioni di buona pratica clinica per il trattamento della depressione sulla base dell'ultimo aggiornamento delle linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e del Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), documenti considerati un punto di riferimento in tutto il mondo. Pertanto, verranno utilizzati per tracciare indicazioni per il contesto Italiano. In particolare, ci si concentrerà sul ruolo che ha la terapia cognitivo-comportamentale (TCC), nelle sue varie forme, nel trattamento della depressione a diversi livelli di severità, rispetto ad altri tipi di trattamento e in diverse fasi del trattamento. Innanzitutto, si definirà il quadro depressivo, i diversi livelli di severità, e le varie forme di TCC considerate. Seguiranno i metodi attraverso i quali si suggerisce di scegliere un determinato intervento, non necessariamente psicologico, a seconda della severità della depressione o di altri fattori come il rapporto costi-benefici per il sistema sanitario o le preferenze del paziente. Di seguito, si illustreranno i dati scientifici sull'efficacia degli interventi cognitivo-comportamentali, rispetto agli altri interventi, e le raccomandazioni per ogni grado di severità o fase di trattamento. Si concluderà osservando che l'efficacia della TCC è altamente dimostrata per la depressione e risulta spesso tra i primi interventi suggeriti per questo quadro. Più il quadro è lieve più la TCC è consigliata; più il quadro si aggrava, o è in fase acuta, più si suggerisce di abbinarla ad altri trattamenti. Infine, si rifletterà su spunti per adattare metodologie e procedure al contesto Italiano.

*Parole chiave:* depressione, buona pratica clinica, psicoterapia cognitiva.

<sup>†</sup> Sesto Centro di Psicoterapia Cognitiva, viale delle Milizie 138, Interno 2 – 00192 Roma; APC Scuola di Psicoterapia, viale Castro Pretorio 116 – 00185 Roma.

<sup>\*\*</sup> Centro Informa-Mente, via Brigata Reggio 32 – 42124 Reggio Emilia; e-mail: barbara.magnani@informa-mente.it.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 54/2024*  
DOI: 10.3280/qpc54-2024oa18658

***Role of CBT and NICE and CANMAT guidelines for the treatment of depression in adults***

**Abstract**

This paper outlines the indications of good clinical practice for the treatment of depression on the basis of the latest update of the guidelines of the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) and of the Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), documents that are a benchmark worldwide. Therefore, they will be used to draw indications for the Italian context. We will focus on the role played by cognitive-behavioural therapy (CBT), in its various forms, in the treatment of depression at different levels of severity, compared to other treatments and in different phases of treatment. We will define depression, its different levels of severity, and the various forms of CBT considered. We will then describe the methods used to select a particular intervention, not necessarily psychological, depending on the severity of depression or other factors such as cost-benefit to the health system or patient preference. Below we will describe the scientific data on the effectiveness of cognitive-behavioural interventions compared with others, and recommendations for each level of severity or phase of treatment. We will conclude that the effectiveness of CBT for depression is well established and is often one of the first interventions suggested for this framework. The milder the framework, the more CBT is recommended; the more the framework worsens, or it is in the acute phase, the more it is suggested to be combined with other treatments. Finally, we will reflect on ideas for adapting methods and procedures to the Italian context.

*Keywords:* depression, good clinical practice, cognitive psychotherapy.

**Introduzione**

Scopo del capitolo è quello di fornire al lettore una versione aggiornata dei contenuti delle Linee Guida (LG) del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e del Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) relativamente all'efficacia degli interventi cognitivo-comportamentali nel trattamento della depressione.

Le LG NICE sono pensate per il National Health Service (NHS) del Regno Unito, mentre le CANMAT sono pensate per il sistema sanitario Canadese. I riferimenti sono diretti all'economia sanitaria di questi paesi e alla valutazione costo-beneficio non solo in termini di efficacia clinica. Diverse sarebbero le considerazioni e le implicazioni in un contesto di cura professionale di altra cultura o privata, in cui vigono valutazioni di tipo economico differente. Si ritiene tuttavia di poter fare tesoro del lavoro svolto da questi gruppi di eccellenza per formulare linee guida utili anche nel contesto Italiano. In particolare, si farà tesoro dell'accurato lavoro di disamina della letteratura sul tema.

I documenti che verranno presi in considerazione sono:

- “Depression. The NICE guideline on the treatment and management of Depression in adults. Updated edition” sottotitolato National Clinical Practice Guideline 90 (CG90), prodotto e pubblicato nel 2010 e aggiornato in NICE Guideline 222 (NG222) nel 2022.
- “Depression in adults: treatment and management”, documento integrativo sottotitolato NICE Guideline (NG222) e prodotto nel 2022.
- “Supporting Evidence – Treatment of new episode of depression [B]” prodotto nel 2022.
- “Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults”.

I documenti relativi alle LG NICE sono disponibili sul sito ufficiale dell'istituto. Il primo si trova in versione manualizzata. Al suo interno sono indicate le sezioni aggiornate da integrare tramite il documento NG222 e i relativi allegati come le Supporting Evidence. Il documento relativo alle LG CANMAT è disponibile online sotto forma di articolo open access su database come PubMed.

I riferimenti bibliografici e i dati statistici che vengono menzionati nel testo sono riportati in forma completa nei documenti considerati. Tale scelta si è resa necessaria per non appesantire troppo il lavoro del curatore e per rendere più snella la fruibilità del documento.

I due sistemi di LG, NICE e CANMAT, sono considerati equiparabili per il loro impatto nel mondo data la loro qualità scientifica. Le LG NICE si distinguono per il loro rigore metodologico e si adattano principalmente al modello socio-sanitario inglese-europeo. Le LG CANMAT si distinguono per la loro attenzione alla pratica clinica e si adattano principalmente al modello canadese-statunitense. Pertanto, per chiarezza e semplicità, si è scelto di riferirsi alle LG NICE per l'inquadramento degli aspetti teorici di base e per i dati statistici di efficacia, e di considerare le LG CANMAT per integrare aspetti di rilevanza clinica.

## **Definizioni**

### *Depressione*

Secondo le LG NICE ci si riferisce ad ampio spettro di problemi nella salute mentale caratterizzati dall'assenza di affetti positivi (perdita di interesse o piacere nelle esperienze ordinarie), umore deflesso e un ventaglio

di sintomi associati di carattere emotivo, cognitivo, fisico e comportamentale. Per maggiori criteri per la diagnosi della depressione ci si riferisce all'International Classification of Diseases-11 (ICD-11) o al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5). Poiché più recenti, le LG CANMAT raccomandano la diagnosi secondo i criteri del DSM-5 Text Revision (DSM-5-TR). Tuttavia, viene sottolineato che gli specificatori per la diagnosi aggiunti nell'ultima versione del DSM, rispetto alla precedente, sembrano avere un impatto limitato sulla selezione dell'intervento. Pertanto, il presente capitolo è da considerarsi valido per tutti i sistemi diagnostici citati.

La severità della depressione cresce secondo un continuum che è composto da 3 elementi:

- i sintomi (che variano in frequenza e intensità);
- la durata del disturbo;
- l'impatto sul funzionamento personale e sociale dell'individuo.

Tradizionalmente, la severità della depressione è stata raggruppata attraverso 4 categorie: sotto-soglia, lieve, moderata e severa. Tuttavia, secondo le LG NICE, ci si riferirà a 2 categorie: depressione meno severa (sotto-soglia, lieve) e più severa (moderata, severa).

Di seguito saranno definiti gli interventi cognitivo-comportamentali considerati nelle LG. Gli altri interventi non-cognitivo comportamentali suggeriti dalle LG saranno solo menzionati nella sezione dei Metodi di scelta dell'intervento – Interventi di tipo psicologico ad alta e bassa intensità.

### *Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC)*

La terapia cognitivo-comportamentale (TCC) per la depressione a cui si fa riferimento è quella messa a punto da Beck a partire dagli anni '50, successivamente manualizzata alla fine degli anni '70 e in seguito rielaborata, sempre da Beck, nel 1997. Il modello cognitivo descrive come, nel paziente depresso, si verifichi una focalizzazione di pensieri negativi su di sé, sul mondo e sul futuro. Il modello TCC prevede di stimolare, attraverso una significativa collaborazione con il paziente, un apprendimento nel riconoscere la presenza di questi pensieri negativi, attivando una progressiva rivalutazione di questi contenuti alla luce di considerazioni correttive e nuove, volte a modificarne il significato e gli effetti comportamentali in senso più adattativo. La TCC, come tutti gli approcci psicologici, è un fe-

nomeno in evoluzione e soggetto a cambiamenti e aggiornamenti nel corso degli anni. Ad esempio, oltre alla TCC svolta individualmente col paziente, sono stati introdotti strumenti di trattamento innovativi, che riguardano il setting (TCC di gruppo), le modalità di erogazione (TCC computerizzata) o l'utilizzo di strumenti complementari alla TCC come la Terapia Cognitiva Mindfulness-Based (TCMB).

### *TCC individuale*

La terapia cognitivo-comportamentale (TCC) è definita come un approccio discreto, di durata predefinita nel tempo, strutturato, derivato dal modello cognitivo-comportamentale. Nel seguire questo tipo di trattamento, i pazienti:

- lavorano in modo collaborativo per identificare il tipo e gli effetti di pensieri, credenze e interpretazioni sui sintomi correnti, i loro sentimenti, gli stati emotivi complessi e le aree problematiche;
- sono indotti a sviluppare nuove capacità e abilità nell'identificare, monitorare e successivamente modificare questi pensieri problematici, le relative credenze e interpretazioni inerenti i sintomi target e, più in generale, i problemi nella vita del paziente.

### *TCC di gruppo*

Sono stati inseriti in questo lavoro trials che hanno valutato la TCC di gruppo, prevalentemente adottando l'approccio "Coping with Depression" (Kuehner, 2005; Lewinsohn *et al.*, 1989). Questo tipo di approccio è caratterizzato da un'impronta fortemente psico-educazionale, che si focalizza sull'insegnamento di tecniche e strategie per fronteggiare problematiche che si suppone siano correlate con le tematiche depressive. Queste strategie includono l'apprendimento e il miglioramento di abilità sociali (social skills), e la capacità di individuare e definire i pensieri negativi nonché incrementare le attività piacevoli e il training di rilassamento. Questo modello consiste di 8-12 sedute della durata di due ore ciascuna per un periodo di tempo di 8 settimane. I gruppi sono composti tipicamente da 6 a 10 pazienti adulti, e sono condotti da due co-terapeuti. Sono previste delle sessioni di follow-up dopo uno e sei mesi nonché delle sedute di rinforzo che possono essere inserite per la prevenzione di ricadute (Lewinsohn *et al.*, 1984; 1986).

### *TCC computerizzata*

Modalità di TCC erogata tramite l'uso di pc e apposito CD rom o online. Beating the Blues (Proudfoot *et al.*, 2004) è risultato il pacchetto software più efficace nel Regno Unito. Il pacchetto comprende un video introduttivo di 15 minuti e 8 video interattivi considerati come sessioni di terapia. Il paziente interagisce con il software, il quale personalizza gli homeworks assegnati tra una sessione e l'altra sui bisogni del paziente. Ogni sessione dura 50 minuti. Alla fine di ogni sessione il software produce una sintesi dei progressi del paziente e di eventuali intenti suicidari. Questa sintesi può essere stampata e utilizzata con il proprio professionista della salute mentale di riferimento.

### *Terapia cognitiva Mindfulness-Based*

La TCMB (Segal *et al.*, 2002) si fonda su un programma di terapia di gruppo della durata di 8 settimane con sedute della durata di due ore. Seguono quattro sessioni di follow-up nel corso dell'anno successivo alla fine della terapia. I gruppi sono costituiti da 8 a 15 pazienti e, per questo, tale intervento ha il potenziale di poter aiutare un elevato numero di persone nella prevenzione delle ricadute depressive. Lo scopo della TCMB consiste, in estrema sintesi, nel rendere le persone capaci di imparare a essere più consapevoli delle loro sensazioni corporee, dei pensieri e dei sentimenti associati alla ricaduta depressiva, e di entrare in relazione con queste esperienze in maniera più costruttiva. Dal punto di vista teorico ed empirico, la TCMB si fonda essenzialmente sul fatto che le ricadute siano associate alla ricomparsa di pensieri automatici negativi, di sentimenti e di comportamenti che sono controproducenti e che contribuiscono alla comparsa e al mantenimento della ricaduta depressiva nel corso del tempo (per esempio il pensiero autocritico e auto-denigratorio, e l'evitamento) (Lau *et al.*, 2004). I partecipanti a questo tipo di terapia di gruppo imparano a riconoscere queste modalità tipo "pilota automatico" e a uscirne rispondendo in maniera più sana e adattativa. La strategia è l'utilizzo di modalità di pensiero più decentrate rispetto ai pensieri e alle emozioni negative. Ad esempio, i pazienti imparano:

- che i "pensieri" non sono "fatti";
- ad accettare le difficoltà adottando un approccio più compassionevole verso se stessi;
- a utilizzare la consapevolezza del proprio corpo per ancorarsi alla realtà e trasformare l'esperienza.

Nelle fasi finali del trattamento i pazienti imparano a sviluppare un piano d'azione che li rende in grado di approntare opportune strategie nel momento in cui si rendono consapevoli che si delincono all'orizzonte i primi segnali di una eventuale ricaduta depressiva (Williams *et al.*, 2008).

## **Metodi di scelta e linee guida generali di erogazione dell'intervento**

Nel presente capitolo sarà illustrata la procedura attraverso la quale le LG NICE suggeriscono di scegliere l'intervento da somministrare. Ricordiamo che tali LG sono state formulate non solo in merito ai risultati di efficacia clinica ma anche ai costi-benefici dell'intervento per il NHS. Questa procedura segue il metodo Matched Care. Successivamente sarà illustrata la differenza tra interventi psicologici ad alta e bassa intensità contemplati nel metodo Matched Care.

Di seguito, saranno illustrate le LG generali NICE per l'erogazione dell'intervento a pazienti con depressione al di là dell'intervento scelto. Infine, saranno descritte brevemente le LG generali CANMAT unicamente nei punti in cui differiscono da quelle NICE e che sono rilevanti per la pratica clinica.

### *Metodo Matched Care*

Il principio cardine è quello di fornire al paziente l'aiuto di cui necessita nella forma più semplice, fruibile e meno invasiva possibile, in relazione alle sue condizioni e bisogni, avendo cura – non secondariamente – di rendere cost-effective le risorse impiegate. In pratica, se il paziente non beneficia in modo soddisfacente del primo livello di cura proposto, oppure lo rifiuta, si passa a quello successivo, sempre definito come l'intervento appropriato in relazione allo stato e ai bisogni del paziente. Oltre a un rapporto costi-benefici, nel metodo Matched Care, si tengono in considerazione fattori come precedenti esperienze di trattamento o le preferenze espresse dal paziente sul trattamento.

Secondo questo metodo si procede secondo quattro passaggi determinati dalla gravità del paziente.

1. Nel primo passaggio vengono inclusi tutti i pazienti per cui si sospetta la presenza di depressione. Si procede con la valutazione e diagnosi del problema, psicoeducazione, monitoraggio attivo e supporto al problema.

2. Il secondo passaggio si eroga a pazienti con depressione meno severa. Si prevedono principalmente interventi di tipo psicologico ad alta o bassa intensità (vedi paragrafo successivo) e, eventualmente, assunzione di farmaci.
3. Il terzo passaggio si riferisce a pazienti con depressione meno severa con assente o limitata risposta agli interventi del secondo passaggio, o a pazienti con depressione più severa. Si prevede innanzitutto l'assunzione di farmaci, combinata con interventi di tipo psicologico ad alta o bassa intensità.
4. Il quarto passaggio si eroga a pazienti con depressione cronica, su base psicotica o associata a un disturbo di personalità. Prevede l'assunzione di farmaci, interventi di tipo psicologico ad alta intensità, terapia elettro-convulsiva, interventi per la gestione delle crisi, ricoveri con equipe multiprofessionali.

Nel presente lavoro ci si concentrerà principalmente sui passaggi 2 e 3 che vengono erogati in caso di depressione meno o più severa e che prevedono, per la maggior parte, interventi di tipo psicologico. Sarà quindi trattata l'efficacia degli interventi cognitivo-comportamentali definiti in precedenza, in relazione ad altri interventi, per depressione meno o più severa.

### *Interventi di tipo psicologico ad alta e bassa intensità*

Per quanto riguarda gli interventi cognitivo-comportamentali, la TCC individuale e di gruppo sono considerate ad alta intensità; la TCC computerizzata e la TCMB sono considerate a bassa intensità.

Gli altri interventi di tipo psicologico ad alta intensità contemplati dalle LG sono: attivazione comportamentale, problem solving individuale, terapia di coppia, terapia interpersonale, psicoterapia dinamica breve, terapia comportamentale razionale-emotiva, counselling. Quelli a bassa intensità prevedono auto-aiuto guidato (che comprendono la TCC computerizzata) o esercizi di gruppo (attività fisica di gruppo con un allenatore esperto).

### *Linee Guida generali per l'erogazione dell'intervento – NICE*

Indipendentemente dal tipo di intervento erogato (psicologico, farmacologico o altro):

- condurre una accurata valutazione dei bisogni del paziente;
- sviluppare un piano di trattamento;

- considerare eventuali problemi di salute fisica associati alla depressione;
- considerare eventuali altri problemi di salute mentale associati alla depressione;
- discutere quali sono i fattori che favoriscono l'impegno del paziente al trattamento;
- considerare la storia dei precedenti interventi;
- occuparsi delle barriere che possono impedire il trattamento come disabilità fisiche o difficoltà linguistiche;
- assicurare un buon rapporto tra professionisti della salute specialisti e non-specialisti. Per pazienti con depressione associata a disturbi dell'apprendimento, demenza, depressione pre e post-partum, menopausa, o altri problemi di salute fisica riferirsi alle specifiche linee guida NICE;
- scegliere l'intervento che più aderisce alle preferenze del paziente ma anche meno intrusivo ed efficiente;
- all'inizio dell'intervento, revisionarne l'andamento dopo 4 settimane;
- monitorare e valutare la concordanza tra più interventi erogati;
- monitorare gli effetti collaterali o i danni dell'intervento;
- monitorare l'ideazione suicidaria soprattutto all'inizio del trattamento;
- misurare periodicamente i risultati dell'intervento con strumenti appropriati come il Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

Indipendentemente dal tipo di intervento psicologico erogato (TCC, attivazione comportamentale o altro):

- informare i pazienti se vi è una lista di attesa per accedere a un intervento e, nel frattempo, mantenere un contatto regolare coi pazienti e assicurarsi che sappiano a chi rivolgersi se le loro condizioni peggiorano;
- riferirsi ai manuali di riferimento per l'erogazione di qualsiasi intervento psicologico per definire la forma, la durata e la fine dell'intervento;
- riferirsi ai manuali di riferimento di qualsiasi intervento per supportare la formazione, l'erogazione e la supervisione dell'intervento;
- i professionisti della salute che trattano pazienti con depressione devono ricevere regolare supervisione clinica con monitoraggio e valutazione delle competenze da parte del supervisore;
- in prossimità della fine del trattamento discutere in quale modo il paziente può mantenere i risultati del trattamento.

## *Linee Guida generali per l'erogazione dell'intervento – CANMAT*

Questa procedura ricalca in gran parte quella proposta dalle LG NICE. In particolare, viene sottolineata l'importanza dell'approccio centrato sul paziente e della collaborazione tra paziente e professionisti nel perseguire una strada condivisa di trattamento come maggiori determinanti di efficacia e di qualità dell'esperienza del paziente.

L'aspetto aggiuntivo rispetto all'altro sistema è l'erogazione dell'intervento secondo fasi di malattia e obiettivi specifici per ogni fase.

- Fasi:
  - acuta: tra le 8 e le 16 settimane o fino alla remissione dei sintomi;
  - di mantenimento: tra le 6 e le 24 settimane seguenti alla fase acuta o oltre.
- Obiettivi specifici della fase acuta:
  - assicurare la sicurezza del paziente;
  - favorire la remissione dei sintomi e il miglioramento funzionale.
- Obiettivi specifici della fase di mantenimento:
  - mantenere la remissione dei sintomi;
  - recuperare il funzionamento e la qualità di vita dei livelli pre-morbosi;
  - prevenire le ricadute;
  - consolidare i risultati ottenuti durante le interruzioni di trattamento.

Le LG NICE e CANMAT non solo non si contraddicono ma si integrano nel fornire al clinico una serie di parametri e passaggi per la selezione del trattamento, e per la presa in carico generale del paziente con depressione, formulati secondo le evidenze di efficacia più recenti.

Come introdotto, nel seguente paragrafo saranno illustrati i più rilevanti dati di efficacia e le raccomandazioni secondo i metodi di scelta, LG generali e inquadramento NICE per gravità di depressione (meno severa, più severa). Infine, saranno menzionati i dati di efficacia rilevanti per la pratica clinica secondo le LG CANMAT.

## **Evidenze sull'efficacia degli interventi cognitivo-comportamentali e raccomandazioni**

### *Dati di efficacia e raccomandazioni – NICE*

Le evidenze considerate sono state selezionate, tramite diversi database di ricerca, dal 1979 al 2020. La ricerca è stata impostata per rispondere

alla seguente domanda: quali sono i relativi benefici e danni degli interventi psicologici (e psicosociali, farmacologici e fisici), da soli o in combinazione con altri, per gli adulti con un episodio di depressione meno o più severa?

Sono stati selezionati 3.451 studi randomizzati e controllati (RCT). Altri 25.381 studi sono stati esclusi dalla selezione per irrilevante popolazione, disegno, intervento, confronti e/o risultati. Dei 3.451 selezionati, solo 676 sono stati inclusi nella review delle LG NICE del 2022. Alcune ragioni di esclusione sono state l'indisponibilità del documento o dei dati, o l'impossibilità di definire la severità della depressione.

Dei 676 studi, 142 si riferiscono a depressione meno severa, mentre 534 studi si riferiscono a depressione più severa. Per la maggior parte delle LG viene preso in considerazione il numero di pazienti totali coinvolti per una determinata categoria di interventi, come TCC individuale o computerizzata, piuttosto che il numero di studi esaminati. Pertanto, nella successiva esposizione delle evidenze, con N, ci si riferirà al numero di pazienti per categoria di intervento.

### *Depressione meno severa*

Per ragioni di semplicità, si opta per illustrare unicamente i dati riguardo al confronto tra gli interventi cognitivo-comportamentali e la condizione "treatment as usual" (TAU – trattamenti che un paziente riceve normalmente per una determinata condizione in un contesto clinico, senza interventi aggiuntivi o sperimentali). Per ulteriori dati statistici si rimanda ai documenti NICE citati.

I dati saranno illustrati in termini di differenza media standardizzata (DMS) del cambiamento dei sintomi dopo un determinato intervento rispetto a TAU. Tale misura è espressa come differenza DMS – TAU. Più il valore è negativo più l'effetto dell'intervento è maggiore del TAU. Inoltre, la misura del cambiamento dei sintomi è espressa in intervalli di confidenza (IC). Quest'ultima si riferisce al range di valori entro i quali deve ricadere l'effetto cercato per essere considerato significativo con il 95% di certezza. In base alla differenza DMS-TAU e agli IC gli interventi vengono classificati secondo un ranking di efficacia.

L'intervento risultato maggiormente efficace rispetto agli altri ( $n=25$ ,  $DMS-TAU=-2.76$ ,  $IC=-4.77, -0.77$ ), e pertanto primo in un ranking di 32 interventi, è la TCC di gruppo combinata a esercizi di gruppo. La TCC di gruppo senza esercizi di gruppo risulta al terzo posto del ranking ( $n=480$ ,

DMS-TAU=-1.27, IC=-2.05, -0.38). La TCMB risulta quarta nel ranking solo quando combinata con antidepressivi (n=15, DMS-TAU=-1.54, IC=-4.17, 1.07). La TCC di gruppo risulta più efficace quando combinata con esercizi di gruppo anziché antidepressivi (n=32, DMS-TAU=-1.27, IC=-3.79, 1.26), infatti in quest'ultimo caso è solo quinta nel ranking.

La TCC individuale (n=481, DMS-TAU=-0.96, IC=-2.03, 0.14) si posiziona all'ottavo posto. La TCC individuale combinata con esercizi di gruppo (n=18, DMS-TAU=-0.39, IC=-2.40, 1.67) si colloca solo al ventiquattresimo posto. La TCC computerizzata, inserita nei programmi di auto-aiuto guidato sia con (n=1.286, DMS-TAU=-0.36, IC=-0.90, 0.17), sia senza (n=4.922, DMS-TAU=-0.36, IC=-0.84, 0.11) minimo supporto, si colloca rispettivamente al venticinquesimo e ventisettesimo posto.

Per riassumere, per questo grado di severità, sembrano più indicati l'intervento ad alta intensità TCC di gruppo e a bassa intensità TCMB.

### *Raccomandazioni per la scelta del trattamento per la depressione meno severa*

Le LG NICE tracciano un percorso di scelte di trattamento, dal più al meno raccomandato, per la depressione meno severa sulla base:

1. del metodo Matched Care che prevede, oltre all'efficacia dell'intervento, i costi-benefici per il NHS e fattori come le preferenze del paziente;
2. delle evidenze descritte sopra sugli interventi cognitivo-comportamentali;
3. delle evidenze non descritte sugli altri interventi.

Il percorso è il seguente:

- auto-aiuto guidato (che comprende la TCC computerizzata);
- TCC di gruppo;
- attivazione comportamentale di gruppo;
- TCC individuale;
- attivazione comportamentale individuale;
- esercizi di gruppo;
- TCMB;
- terapia interpersonale;
- assunzione di antidepressivi;
- counselling;
- psicoterapia dinamica breve.

### *Depressione più severa*

Per ragioni di semplicità, si opta per illustrare unicamente i dati riguardo al confronto tra gli interventi cognitivo-comportamentali e la condizione “pill placebo”. Per ulteriori dati statistici si rimanda ai documenti NICE citati.

I dati saranno illustrati in termini di rapporto medio di log-odds (LOR – più è positivo più indica un maggiore effetto dell'intervento rispetto al placebo) e di IC. In base al LOR e agli IC gli interventi vengono classificati secondo un ranking di efficacia.

L'intervento risultato al primo posto in un ranking di 38 interventi è la TCMB (n=15, LOR=6.61, IC=4.03, 9.19). La TCC individuale (n=158, LOR=2.73, IC=0.86, 4.72) si colloca al quarto posto solo se abbinata ad antidepressivi. Similmente, la TCC di gruppo (n=20, LOR=2.78, IC=-0.83, 6.55) si colloca all'ottavo posto solo quando abbinata a farmaci. La TCC individuale senza farmaci (n=779, LOR=1.69, IC=0.63, 3.02) si colloca al decimo posto. La TCC di gruppo senza farmaci (n=155, LOR=0.63, IC=-1.50, 2.89) si colloca solo al ventottesimo posto.

Per riassumere, per questo grado di severità, sembra più indicato l'intervento a bassa intensità TCMB non in combinazione con farmaci antidepressivi. Gli interventi ad alta intensità TCC individuale e di gruppo sembrano più indicati se combinati con farmaci.

### *Raccomandazioni per la scelta del trattamento per la depressione più severa*

Il percorso di scelte di trattamento, dal più al meno indicato, viene tracciato secondo le stesse basi assunte per la depressione meno severa. Il percorso è il seguente: TCC individuale con antidepressivi; TCC individuale senza antidepressivi; attivazione comportamentale individuale; antidepressivi; problem solving individuale; counselling; psicoterapia dinamica breve; terapia interpersonale; auto-aiuto guidato; esercizi di gruppo.

### *Raccomandazioni per la scelta del trattamento per la depressione più grave o associata ad altri quadri*

Quest'ultimo paragrafo si riferisce ai quadri contemplati nel passaggio 4 nel metodo Matched Care ovvero depressione cronica, su base psicotica o associata a un disturbo di personalità. Dal momento che gli interventi psico-

logici in questi quadri sono sempre combinati ad altri interventi, e non sono sempre tra i primi raccomandati, si è scelto di illustrare unicamente il percorso di scelta di trattamento per ogni quadro. Per le evidenze e i dati statistici si rimanda ai documenti NICE citati.

Per la depressione cronica si suggerisce di iniziare il trattamento con TCC, principalmente individuale, unita all'assunzione di farmaci. Se non funziona, intervenire sul tipo di farmaco o sul dosaggio. Considerare interventi di carattere psicosociale.

Per la depressione su base psicotica si suggerisce di iniziare con l'assunzione di antidepressivi e antipsicotici e inserire interventi di carattere psicologico (non meglio specificati) solo al miglioramento dei sintomi psicotici. Offrire un servizio di cure mentali multi professionale.

Per la depressione associata a un disturbo di personalità si suggerisce di iniziare con un intervento psicologico tra TCC, attivazione comportamentale, terapia interpersonale o psicoterapia dinamica breve, combinata con antidepressivi. Estendere l'intervento, se necessario, ad 1 anno. Incoraggiare questi pazienti alla prosecuzione degli interventi psicologici nel tempo.

#### *Dati di efficacia e raccomandazioni – CANMAT*

In accordo con le LG NICE, per gradi di depressione più lieve risultano maggiormente indicati gli interventi psicologici. I più raccomandati per le LG CANMAT sono la TCC in tutte le sue forme (anche computerizzata), la terapia interpersonale e l'attivazione comportamentale. Più il grado di depressione aumenta, più risulta indicata la combinazione tra psicoterapia e assunzione di farmaci antidepressivi.

Tale combinazione risulta particolarmente efficace nella fase acuta in quanto riduce il rischio di suicidio e di ricadute. La maggior efficacia nella riduzione di questi rischi è stata riscontrata per la TCC iniziata dopo l'inizio di un trattamento farmacologico.

Per quanto riguarda la fase di mantenimento, la psicoterapia risulta l'intervento di prima scelta. La sua combinazione col trattamento farmacologico può variare in base alla gravità della depressione. I trattamenti psicologici raccomandati sono la TCC in diverse forme, la terapia interpersonale e il problem solving. In modo interessante, la TCMB risulta tra i trattamenti più indicati, in questa fase, per la prevenzione delle ricadute e, la TCC, la più indicata per trattare i sintomi residui e nel promuovere benessere e resilienza.

*Considerazioni conclusive*

La documentazione complessiva, elaborata dai gruppi di lavoro delle linee guida NICE e CANMAT, relativa al trattamento della depressione è imponente.

L'impressione che si ricava dall'esame del materiale è che le indicazioni all'uso degli interventi di tipo cognitivo-comportamentale nella cura della depressione dalle forme meno severe a quelle più severe sia pertinente, adeguatamente suffragata e fruibile dal lettore. Riassumendo i risultati di efficacia elencati, per quadri di depressione meno severi sono indicati interventi psicologici principalmente cognitivo-comportamentali ad alta o bassa intensità in assenza di farmaci. Più aumenta la severità del quadro più i trattamenti psicologici, più frequentemente ad alta intensità, tra cui quelli cognitivo-comportamentali, devono essere combinati all'assunzione di farmaci o ad altri tipi di intervento. Se ci si muove sull'asse fase acuta-di mantenimento, innanzitutto si raccomanda la combinazione tra interventi psicologici, in particolare cognitivo-comportamentali, e farmacologici. Di seguito, si raccomandano primariamente gli interventi cognitivo-comportamentali per prevenire ricadute e riacquisire una buona qualità di vita.

Nonostante l'insieme della documentazione disponibile sia stata pensata per essere utilizzata nel contesto del servizio sanitario pubblico inglese e canadese, e contenga quindi indicazioni procedurali graduate e standardizzate, non sfugge al curatore l'attenzione che è stata riposta da parte del gruppo di lavoro nell'evidenziare l'importanza di aspetti caso-specifici nella valutazione degli interventi più appropriati da proporre. Questa attenzione sostanziale agli aspetti specifici del caso, ribadita più volte con richiami selettivi e articolati, sebbene inserita in un percorso di cure pre-ordinato e strutturato, ha il merito di ricordare al fruitore delle LG che gli aspetti procedurali e di protocollo vanno sempre interfacciati con le caratteristiche cliniche, anamnestiche, personali, culturali, ambientali e di contesto del paziente che richiede cura.

Un altro aspetto molto importante riguarda il richiamo a una formazione adeguata e specifica degli operatori chiamati a erogare gli interventi evidence-based (nel nostro caso quelli cognitivo-comportamentali). Viene altresì evidenziata la necessità di supervisioni adeguate, svolte da personale altamente formato e specializzato. Questo pone il tema della formazione degli operatori e della disponibilità di aggiornamenti rispetto alla possibilità di erogare i trattamenti considerati più efficaci.

Infine, molto sottolineata appare la necessità di eseguire adeguato e costante follow-up dell'andamento sintomatico e dell'efficacia del trattamento, sin dalle prime fasi dell'intervento.

Last but not least, tutti gli studi esaminati e le relative indicazioni cliniche e di trattamento evidence-based che ne derivano si fondano sulla possibilità, tra l'altro, di utilizzare routinariamente appropriati strumenti di valutazione psicometrica, nella valutazione iniziale come nel decorso e nel follow-up. Se si pensa a una possibile trasposizione di queste indicazioni metodologiche e procedurali alla realtà del SSN italiano, appare evidente la necessità di una riflessione sulla pratica clinica e valutativa normalmente adottata.

## **Bibliografia**

- APA – American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- APA – American Psychiatric Association. (2022). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione, testo rivisto (DSM-5-TR)*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lam R.W., Kennedy S.H., Adams C., Bahji A., Beaulieu S., Bhat V., Blier P., Blumberger D.M., Brietzke E., Chakrabarty T., Do A., Frey B.N., Giacobbe P., Gratzner D., Grigoriadis S., Habert J., Ishrat Husain M., Ismail Z., McGirr A., McIntyre R.S., ... Milev R.V. (2024). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults: Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023: Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 69(9): 641-687. DOI: 10.1177/07067437241245384.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2022). *Depression in adults: treatment and management* (NICE Guideline, No. 222). [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583074/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583074/).
- World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (XI ed.). [icd.who.int/](http://icd.who.int/).