

54

PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

GIUGNO

2024

QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli 

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>



PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>

DIRETTORE: Lorenza Isola

VICE DIRETTORE: Marco Bani, Michele Procacci

DIRETTORE RESPONSABILE: Valeria Vantaggi

COMITATO DI REDAZIONE: Stefano Ardenghi, Gabriella Catalano, Giulia Rampoldi, Barbara Renzetti, Marianna Russo, Selena Russo, Valeria Semeraro, Rosa Vitale

COMITATO SCIENTIFICO: Rita Ardito, Carlo Buonanno, Luca Canestri, Antonella Carassa, Antonino Carcione, Gabriele Chiari, Lorenzo Cionini, Livia Colle, Giovanni Fassone, Donatella Fiore, Furio Lambruschi, Andrea Landini, Giovanni Liotti†, Francesco Mancini, Chiara Manfredi, Giuseppe Nicolò, Antonio Onofri, Cristina Ortu, Susanna Pallini, Cristiana Patrizi, Roberto Pedone, Renato Proietti, Gianluca Provvedi, Clarice Ranfagni, Mario Reda, Giorgio Rezzonico, Antonio Semerari, Savina Stoppa Beretta, Mariagrazia Streparava

REDAZIONE CENTRALE: Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma, tel. 06/44704193, fax 06/44360720, e-mail: quaderni@sitcc.it

Gli articoli della Rivista sono sottoposti a referaggio

Autorizzazione del Tribunale di Torino n. 4984 del 14/10/1996 – Semestrale – Direttore responsabile: Valeria Vantaggi – Poste Italiane Spa – Sped. in abb. post. – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano – Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l. – Stampa: GECA SRL, Via Monferrato 54, 20098 San Giuliano Milanese (MI).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Italia (CC-BY-NC-ND 4.0 IT)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/it/legalcode>

I Semestre 2024 – Finito di stampare a ottobre 2024

Editoriale. Linee guida e indirizzi di buona pratica clinica,
 il ruolo delle terapie cognitivo-comportamentali:
 Parte 2 – I disturbi sintomatici
 di *Ilaria Baiardini, Giancarlo Dimaggio* pag. 5

SEZIONE GENERALE – Linee guida per i disturbi sintomatici

Ruolo della TCC e linee guida per il trattamento
 del Disturbo Bipolare
 di *Giovanni Fassone, Giuseppe Nicolò* » 11

Linee guida NICE sulla psicoterapia cognitivo-
 comportamentale nel trattamento delle psicosi
 e della schizofrenia negli adulti
 di *Saverio Ruberti* » 23

Ruolo della TCC e sintesi linee guida per il trattamento
 psicologico del disturbo da stress post traumatico (PTSD),
 PTSD Complesso e PTSD Acuto
 di *Benedetto Farina, Chiara Massullo, Giancarlo Dimaggio* » 32

Ruolo della TCC e suggerimenti di buona pratica clinica
 per il trattamento delle diverse forme di dissociazione
 e dei disturbi dissociativi
 di *Benedetto Farina* » 44

Le linee guida internazionali per il trattamento dei disturbi
psicologici in età evolutiva

di *Riccardo Bertaccini, Nicolaja Girone,*
Valentina Nicolosi, Ilaria Baiardini

pag. 52

Ruolo della TCC e linee guida NICE e CANMAT
per il trattamento della depressione negli adulti
di *Giovanni Fassone, Barbara Magnani*

» 94

Suggerimenti di buona pratica clinica
per i Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione
di *Gloria Fioravanti, Luca Canestri, Mario A. Reda*

» 110

SEZIONE GENERALE – Studi e ricerche

Pratiche di accettazione, mindfulness e terapia espositiva
di *Elio Carlo*

» 131

***Editoriale. Linee guida e indirizzi
di buona pratica clinica, il ruolo
delle terapie cognitivo-comportamentali:***
Parte 2 – I disturbi sintomatici



Ilaria Baiardini*, Giancarlo Dimaggio**

Negli anni '90, la maggior parte delle persone che si sono rivolte a uno psicoterapeuta o a uno psichiatra per un disturbo mentale, non ha ricevuto un trattamento efficace (Young *et al.*, 2001; Wang *et al.*, 2005; Fernandez *et al.*, 2007). L'insoddisfazione per questi risultati e la crescente disponibilità di terapie e interventi sostenuti dalla ricerca, hanno dato un impulso allo sviluppo e all'implementazione di raccomandazioni basate sull'evidenza.

Negli ultimi 30 anni sono state pubblicate diverse linee guida che integrano le evidenze scientifiche derivate da studi randomizzati controllati (RCT – randomized control trial) e il consenso di panel di esperti. Varie meta-analisi hanno valutato il loro impatto, evidenziando come i pazienti con patologie mentali che hanno ricevuto trattamenti aderenti alle linee guida migliorino in misura maggiore e più rapidamente rispetto a quelli trattati con un intervento di routine (Setkowski *et al.*, 2021).

Tuttavia, tra i professionisti della salute mentale, l'aderenza alle raccomandazioni delle linee guida continua a rimanere bassa, con un conseguente divario tra i trattamenti teoricamente disponibili e basati sull'evidenza, presenti nelle linee guida esistenti, e il loro utilizzo nella pratica clinica (Grol & Grimshaw, 2021). Uno studio pubblicato nel 2012 ha messo in luce come sia stato trattato secondo linee guida il 54,6% dei pazienti in terapia con psico-

* 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.

farmaci l'8,5% dei pazienti in psicoterapia e il 2,7% di quelli in terapia combinata (Van Fenema *et al.*, 2012). La difficoltà nell'implementare le linee guida è un problema noto: trascorrono molti anni (fino a 17) prima che gli interventi basati sull'evidenza diventino pratica clinica (Morris *et al.*, 2011). Questo dipende da diversi fattori (Cabana *et al.*, 1999):

- mancanza di consapevolezza dell'esistenza di una linea guida;
- mancanza di familiarità con il contenuto della linea guida;
- mancanza di accordi con una linea guida specifica;
- mancanza di accordo con le linee guida in sé;
- mancanza di autoefficacia nel seguire le linee guida;
- mancanza di aspettative sui risultati positivi derivanti dall'applicazione delle linee guida;
- indulgere nella propria pratica usuale invece di adattarsi alle evidenze che emergono;
- presenza di linee guida contraddittorie/difficili da seguire/difficili da utilizzare;
- riluttanza del paziente;
- problemi pratici, mancanza di tempo.

Le linee guida hanno l'obiettivo di migliorare l'efficacia e la qualità delle cure, e di ridurre gli errori e gli eventi avversi costosi e prevenibili. Esse rappresentano il risultato di lavoro di collaborazione tra esperti che, attraverso una combinazione di evidenze scientifiche e opinioni personali, producono raccomandazioni. Si basano, come abbiamo notato, in gran parte sull'analisi di studi randomizzati controllati (RCT) e su tecniche usate nella ricerca scientifica come il metodo Delphi, un approccio strutturato e iterativo che consente di raccogliere in forma anonima opinioni e pareri circa un determinato argomento, garantendo confronto e condivisione progressiva.

Entrambi gli approcci presentano dei limiti. Il consenso della maggioranza di esperti, pur ottenuto seguendo una metodologia rigorosa, non corrisponde necessariamente alla verità,

I RCT sono riconosciuti come il "gold standard" per la valutazione degli outcome di un trattamento. Essi vengono disegnati per testare un'ipotesi terapeutica in condizioni "ottimali". Storicamente il problema legato a questi studi è che cercavano di eliminare i fattori confondenti (come ad esempio la presenza di comorbidità) e includevano pazienti altamente selezionati al fine di garantire un setting ideale. Di conseguenza essi fornivano informazioni sull'"efficacia" in condizioni molto diverse da quello che accade nella vita reale e nella pratica clinica. Per questi motivi, gli RCT avevano un'e-

levata validità interna nelle condizioni controllate in cui vengono condotti. Le preoccupazioni relative alle conclusioni degli RCT riguardano principalmente la loro generalizzabilità a popolazioni di pazienti più vaste e a condizioni “meno ideali”, come la pratica clinica. Negli ultimi anni gli studi tendono a prendere in considerazione la critica che è stata mossa, ovvero trattare popolazioni troppo selezionate che non corrispondono ai pazienti che incontriamo nella pratica clinica. Questo sta portando a una correzione: vari studi hanno criteri di selezione meno stringenti, questo vale sicuramente per i disturbi di personalità dove la comorbilità tra disturbi di personalità e con disturbi sintomatici è la regola, e per molti altri campi. Allo stesso tempo, si inizia a riportare, non in modo sistematico purtroppo, non solo l’efficacia statistica, ma anche l’efficacia clinica (effectiveness), attraverso il Reliable Change Index. In questo modo gli studi riportano non solo se l’intervento ha funzionato a livello del gruppo, che è un livello di informazione preliminare, ma anche chi è effettivamente guarito, chi è parzialmente guarito, chi è rimasto stabile e, importante, chi si è deteriorato.

Al di là di questa considerazione, il problema principale che la nostra professione affronta non è certo il seguire ciecamente linee guida troppo rigide e che non permetterebbero ai noi convinti di essere clinici esperti di adattarci al singolo paziente. Il problema principale è che le linee guida sono sconosciute ai più, se non trattate con disprezzo e condiscendenza.

L’obiettivo del Gruppo di Lavoro della SITCC sulle linee guida, voluto da Rita Ardito all’epoca della sua presidenza, è stato quello di documentare e condividere le evidenze scientifiche disponibili rispetto soprattutto agli interventi di Terapia Cognitivo-Comportamentale. Gli articoli contenuti in questo numero di Quaderni e in quello pubblicato lo scorso anno centrato sui disturbi di personalità (Baiardini & Dimaggio, 2023) raccolgono sia le raccomandazioni disponibili, sia i risultati delle meta-analisi più recenti, offrendo uno strumento di consultazione rapido e immediato.

Nell’idea di chi ha partecipato al Gruppo di Lavoro fin dall’inizio (Ilaria Baiardini, Riccardo Bertaccini, Giancarlo Dimaggio, Benedetto Farina, Giovanni Fassone, Francesco Mancini, Giuseppe Nicolò, Mario Reda, Saverio Ruberti) e di chi si è aggiunto collaborando alla revisione della letteratura più recente (Luca Canestri, Gloria Fioravanti, Nicolaja Girone, Barbara Magnani, Chiara Massullo, Valentina Nicolosi) lo sviluppo e l’applicazione delle linee guida non può e non deve sostituire il ragionamento clinico finalizzato ad affrontare i bisogni e le caratteristiche del singolo paziente piuttosto che i problemi di una popolazione di pazienti che soffrono della stessa patologia. Tuttavia, nella complessità della valutazione e del lavoro psicoterapeutico, non possiamo ignorare le strategie e gli interventi che si sono dimostrati ef-

ficaci negli studi clinici. Non è un trascurare l'unicità del paziente, al contrario, è garantire una base di partenza che è di offrirgli, in scienza e coscienza, il meglio che a oggi la ricerca ha generato.

Il rischio che nella pratica quotidiana i clinici pecchino di eccesso di aderenza alle linee guida è in realtà decisamente trascurabile, il problema è il contrario. Uno studio appena apparso mostra che i terapeuti sotto-utilizzano i trattamenti espositivi per i disturbi d'ansia, ossessivo-compulsivo e disturbo post-traumatico da stress, ovvero la parte probabilmente più efficace delle psicoterapie per questi problemi (Jelinek *et al.*, 2024). Il problema è ancora più evidente in uno studio che ha mostrato come l'uso dell'esposizione e prevenzione della risposta (ERP) nel DOC sia sottoutilizzato anche dai terapeuti cognitivisti (Racs *et al.*, 2024), specie quando i pensieri del DOC sono legati al timore di danneggiare gli altri. Solo il 43% dei terapeuti ha ammesso di usare l'ERP nella sua pratica. E ripetiamo, era una maggioranza di terapeuti cognitivisti. I motivi principali che frenavano i terapeuti erano le cognizioni negative sull'esposizione e le loro tendenze all'evitamento esperienziale. Crediamo che già questi studi, che si collocano naturalmente nel contesto di un'ampia letteratura già esistente, siano sufficienti per spiegare perché la SITCC ha sentito la necessità di diffondere la conoscenza sulle linee guida.

In questo secondo numero di Quaderni interamente dedicato alle linee guida, vengono presentati i contributi di Giovanni Fassone e Barbara Magnani (Depressione), Gloria Fioravanti, Luca Canestri e Mario Antonio Reda (Disturbi del Comportamento Alimentare), Benedetto Farina, Chiara Massullo e Giancarlo Dimaggio (Disturbo Post-Traumatico da Stress semplice e complesso), Benedetto Farina (Disturbi Dissociativi), Riccardo Bertaccini, Ilaria Baiardini, Nicolaja Girone e Valentina Nicolosi (Disturbi Psicologici dell'Età Evolutiva), Saverio Ruberti (Schizofrenia).

Bibliografia

- Baiardini I. & Dimaggio G. (2023). Linee guide 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. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, (52). DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16172.
- Cabana M.D., Rand C.S., Powe N.R., Wu A.W., Wilson M.H., Abboud P.A. & Rubin H.R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282(15): 1458-1465. DOI: 10.1001/jama.282.15.1458.
- Fernández A., Haro J.M., Martínez-Alonso M., Demyttenaere K., Brugha T.S., Autonell J., de Girolamo G., Bernert S., Lépine J.P. & Alonso J. (2007). Treatment adequacy for anxiety

- and depressive disorders in six European countries. *The British Journal of Psychiatry*, 190: 172-173. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.023507.
- Grol R. & Grimshaw J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391): 1225-1230. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)14546-1.
- Jelinek L., Balzar A., Moritz S., Liebherz S. & Yassari A.H. (2024). Exposure therapy in patients with harm-related obsessive-compulsive disorder: The theory-practice gap and its relation to experiential avoidance and negative beliefs about exposure. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 40: 100860. DOI: 10.1016/j.jocrd.2024.100860.
- Morris Z.S., Wooding S. & Grant J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12): 510-520. DOI: 10.1258/jrsm.2011.110180.
- Racz J.I., Bialocerkowski A., Calteaux I. *et al.* (2024). Determinants of Exposure Therapy Implementation in Clinical Practice for the Treatment of Anxiety, OCD, and PTSD: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27: 317-341. DOI: 10.1007/s10567-024-00478-3.
- Setkowski K., Boogert K., Hoogendoorn A.W., Gilissen R. & van Balkom A.J.L.M. (2021). Guidelines improve patient outcomes in specialised mental health care: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(3): 246-258. DOI: 10.1111/acps.13332.
- Van Fenema E., Van Der Wee N.J., Bauer M., Witte C.J. & Zitman F.G. (2012). Assessing adherence to guidelines for common mental disorders in routine clinical practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(1): 72-79. DOI: 10.1093/intqhc/mzr076.
- Wang P.S., Lane M., Olfson M., Pincus H.A., Wells K.B. & Kessler R.C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 629-640. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.629.
- Young A.S., Klap R., Sherbourne C.D. & Wells K.B. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58(1): 55-61. DOI: 10.1001/archpsyc.58.1.55.

Ruolo della TCC e linee guida per il trattamento del Disturbo Bipolare



Giovanni Fassone[†], Giuseppe Nicolò^{**}

*Ricevuto il 30 luglio 2024,
accettato il 10 settembre 2024*

Sommario

Il presente lavoro delinea le indicazioni di buona pratica clinica per il trattamento del disturbo bipolare sulla base dell'ultimo aggiornamento delle linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Alla luce degli interventi presi in considerazione, gli studi suggeriscono che gli interventi psicologici strutturati producono promettenti dati di efficacia, non solo negli episodi acuti, ma possono avere un beneficio a medio e lungo termine per pazienti con disturbi bipolari, con una riduzione dei tassi di ospedalizzazione e dei relativi costi di gestione. Le evidenze sono più solide in relazione agli interventi psicologici individuali e di assistenza collaborativa mentre gli interventi di gruppo, la terapia cognitiva integrata e interpersonale e la psicoeducazione per le famiglie hanno mostrato dei risultati promettenti.

Parole chiave: Disturbo Bipolare, buona pratica clinica, psicoterapia cognitiva.

Role of CBT and guidelines for the treatment of Bipolar Disorders

Abstract

This paper outlines the indications of good clinical practice for treating bipolar disorder based on the latest National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidelines update. In light of the interventions considered, studies suggest that structured psychological interventions produce promising efficacy data, not only in acute episodes but can have medium

[†] Sesto Centro di Psicoterapia Cognitiva, viale delle Milizie 138, Interno 2 – 00192 Roma.

^{**} Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche ASL Roma 5, via degli Epsilon 9/b – 00034 Colferro; e-mail: giuseppe.nicolo@aslroma5.it

and long-term benefits for patients with bipolar disorders, with a reduction in hospitalization rates and related management costs. The evidence is more solid about individual psychological interventions and collaborative care, while group interventions, integrated and interpersonal cognitive therapy, and psychoeducation for families have shown promising results.

Keywords: Bipolar Disorder, good clinical practice, cognitive psychotherapy.

Introduzione

Il primo studio randomizzato per valutare un intervento psicologico volto a incrementare l'aderenza al trattamento in pazienti con disturbo bipolare fu pubblicato nel 1984 (Cochran, 1984).

Gli interventi psicologici strutturati sono basati su modelli di disturbo dell'umore nei quali i collegamenti tra pensieri, sentimenti e comportamento sono organizzati come una modalità che aiuta a stabilire e mantenere un umore stabile e ripristinare un funzionamento sociale e familiare adeguato. Alcune caratteristiche comuni degli interventi psicologici strutturati includono:

- fornire informazioni sul disturbo;
- sviluppare strategie di coping nella gestione dei sintomi;
- identificare i segni precoci di ricaduta;
- sviluppare un piano di emergenza per le crisi acute;
- disporre di un piano di benessere da mantenere nel tempo.

La ricerca si è focalizzata su interventi psicologici erogati per individui in remissione e/o per individui in fase acuta depressiva. Le terapie psicologiche sono state erogate anche a gruppi misti, mettendo insieme quindi pazienti eutimici e pazienti con un episodio acuto in corso, ma questi studi – in particolare – potrebbero essere difficili da interpretare in termini di risultati se non presentati separatamente. Non ci sono studi che abbiano valutato interventi psicologici in corso di episodi di mania acuta o ipomania.

Studi e protocolli considerati

I tipi di intervento psicologico considerati nelle linee guida NICE (2014) sono i seguenti: terapia cognitivo-comportamentale, gruppi di psicoeducazione, terapia focalizzata sulla famiglia, self-management training groups, psicoeducazione individuale nella prevenzione di recidive, terapia interpersonale e del ritmo sociale.

Sono stati considerati un totale di 55 studi clinici randomizzati relativi a interventi psicologici e psicosociali nel trattamento di disturbi bipolari. In nessuno di questi studi veniva considerata l'efficacia del solo intervento psicologico, ma tutti gli studi includevano anche il trattamento farmacologico.

Di questi 55 studi, due erano non pubblicati, mentre 7 non sono stati successivamente inclusi perché gli autori non hanno utilizzato delle misure di outcome fruibili rispetto alle domande poste per la meta-analisi.

Un totale di 6010 soggetti è stato incluso nell'insieme degli studi considerati, con un range che va da 19 a 441 soggetti per singolo trial.

Valutazione del rischio di bias

Nessuno studio è risultato a rischio di bias in relazione ai criteri di randomizzazione, anche se in 15 studi i metodi utilizzati per la randomizzazione non sono risultati chiari; i criteri di copertura dell'assegnazione dei pazienti nei singoli bracci dello studio sono risultati poco chiari o a basso rischio di bias, in 25 e 30 studi rispettivamente. La procedura di blinding è risultata poca chiara nella totalità degli studi.

Qualità globale delle evidenze

È molto importante sottolineare che, a differenza di altre meta-analisi su altri disturbi (per esempio la depressione), e nonostante la discreta quantità di studi pubblicati e la numerosità complessiva del campione aggregato dei soggetti reclutati, nella quasi totalità degli studi la qualità dei medesimi è risultata "bassa" o "molto bassa", con pochissime eccezioni. Quasi tutti i risultati ottenuti sono stati degradati di almeno un livello a causa:

1. di imprecisione (poiché le analisi includevano pochi partecipanti o eventi misurati);
2. perché i limiti di confidenza includevano l'unità e quindi la soglia per l'assunzione di decisioni appropriate risultava non attendibile. I dati ottenuti in relazione alle valutazioni post-trattamento sono risultati anch'essi di qualità bassa o molto bassa in molti studi.

Effetti degli interventi

Su 9 confronti i risultati della meta-analisi suggeriscono che gli interventi di natura psicologica possono essere associati a un incremento del miglioramento sintomatico, alla riduzione di ricadute e di ospedalizzazioni. La maggioranza di questi outcome, di qualità moderata o bassa, è riassunta nella tabella 34 (post-trattamento) e nella tabella 35 (follow-up) presenti nelle linee guida NICE (a cui si rimanda per il dettaglio delle tabelle) mentre outcome ulteriori sono presentati nell'appendice 26 delle medesime linee guida. I motivi per il downgrading dei relativi studi sono riportati rispetto agli outcome nelle relative tabelle, unitamente al riepilogo dei risultati in relazione al post-trattamento degli episodi acuti e rispetto al follow-up.

Interventi psicologici individuali

A fine trattamento, 7 studi per un totale di 637 pazienti hanno riportato evidenze di bassa qualità relative al fatto che interventi psicologici individuali, quando confrontati con il trattamento as usual (TAU), hanno prodotto un piccolo effetto nella riduzione dei sintomi della depressione; 6 studi per un totale di 365 soggetti hanno riportato una evidenza di qualità moderata in relazione alla riduzione del rischio di ricadute (con interventi psicologici individuali). Al follow-up, 7 studi per un totale di 446 soggetti, hanno riportato evidenze di qualità moderata in relazione al fatto che interventi psicologici individuali fossero associati a una maggiore riduzione a lungo termine del rischio di ricadute. In 3 studi, per un totale di 214 soggetti, è stata rilevata una riduzione del rischio di ospedalizzazione, ma la stima è risultata imprecisa. Infine, uno studio per un totale di 76 pazienti ha confrontato la TCC individuale con una terapia di supporto per la depressione. Al follow-up è risultata un'evidenza di qualità molto scarsa, a favore della terapia di supporto per i sintomi, mentre l'effetto sulle ricadute non è risultato conclusivo rispetto alla valutazione di efficacia.

Interventi psicologici di gruppo

Sono stati considerati gruppi Psicoeducazionali, gruppi di Mindfulness, gruppi di training in social connection and Interaction e gruppi di Terapia Dialettico-Comportamentale. Gli interventi sono stati confrontati con il

TAU, tranne che per due studi in cui è stata comparata la Psicoeducazione con gruppi di controllo dell'attenzione. Di questi studi, 8 (per un totale di 423 pazienti) hanno riportato evidenza di scarsa qualità di un piccolo effetto rispetto agli outcome della depressione. I risultati a lungo termine in cinque studi (per un totale di 333 pazienti) riportano evidenza di scarsa qualità in relazione alla riduzione di ricadute depressive.

In generale gli effetti ottenuti da questo tipo di interventi sono risultati di scarsa qualità e non concludenti rispetto ai sintomi depressivi e al tasso di ospedalizzazione.

Psicoeducazione familiare

I gruppi di Psicoeducazione familiare hanno coinvolto in due casi sia i pazienti che i loro familiari e in cinque casi solo i familiari. Cinque studi hanno cominciato l'intervento solo con pazienti eutimici da almeno 6 mesi, mentre uno studio ha iniziato l'intervento con un gruppo misto di partecipanti in fase acuta depressiva unitamente a pazienti in fase di remissione. Uno studio ha fornito rispetto al TAU evidenza di scarsa qualità circa un effetto di media entità su sintomi depressivi a favore di un intervento di psicoeducazione familiare nel post-trattamento. Al follow-up, tre studi riportano evidenza di scarsa qualità nella riduzione del rischio di ricadute, uno studio invece riporta una riduzione del rischio di ricadute maniacali ma in questo caso l'effetto sulla depressione, in particolare sulle ricadute depressive, è risultato inconcludente. Infine, uno studio su 57 pazienti ha riportato un effetto molto significativo nella riduzione del numero di ospedalizzazioni, anche se la stima dell'effetto è risultata imprecisa dal momento che si sono verificati solo 9 eventi in tutto lo studio.

Terapia focalizzata sulla famiglia

Gli studi che hanno utilizzato questo tipo di approccio forniscono evidenze al follow-up di qualità molto scarsa in relazione a piccole differenze sui sintomi depressivi ricadute e risposta al trattamento, le stime inoltre sono anche imprecise. L'evidenza invece suggerisce che la terapia focalizzata sulla famiglia riduce il numero di ospedalizzazioni.

Terapia Interpersonale e sul Ritmo Sociale (Interpersonal and Social Rhythm Therapy)

Uno studio di follow-up su 41 pazienti ha riportato che la terapia interpersonale fondata sul ritmo sociale ha ridotto il rischio di ricadute, sebbene i risultati risultassero imprecisi in termini statistici.

Collaborative Care

Due studi di Collaborative Care hanno riportato evidenza di scarsa qualità in relazione a un piccolo effetto a favore della Collaborative Care nella depressione e nella sintomatologia maniacale dopo il trattamento ma entrambe le stime sono risultate in precise da un punto di vista statistico. Due studi su un totale di 572 pazienti hanno riportato un'evidenza di qualità moderata che suggerisce che la terapia impostata sulla Collaborative Care ha ridotto il rischio di ospedalizzazione dopo il trattamento. Al follow-up è risultata invece una evidenza di qualità molto scarsa in relazione alla possibilità di riduzione dei sintomi depressivi da parte di questo tipo di approccio terapeutico.

Terapia cognitiva e interpersonale integrate

Questo studio ha riportato una evidenza di scarsa qualità in relazione a un effetto di media entità che favorisce tale intervento in relazione ai sintomi depressivi dopo il trattamento

Evidenze in termini di economia sanitaria

Sono stati individuati due studi eleggibili per essere valutati in termini di economia sanitaria rispetto agli interventi erogati nel disturbo bipolare.

Nello studio di Lam e coll. (2005), è stata valutata la relazione tra costo ed efficacia della terapia cognitivo- comportamentale in aggiunta al TAU, confrontata con il TAU da solo per pazienti ambulatoriali con disturbo bipolare uno in Inghilterra. La terapia cognitivo-comportamentale è consistita di 14 sessioni per un totale di sei mesi e due sessioni booster nei successivi sei mesi. Il TAU era definito come utilizzazione di stabilizzatori dell'umore a livelli raccomandati e un regolare follow-up ambulatoriale di tipo psichiatrico. L'analisi adottata rispetto ai dati ha tenuto presente sia la prospettiva

del servizio sanitario nazionale che la prospettiva relativa ai servizi sociali. L'analisi dei costi includeva l'assistenza psichiatrica e generale in regime di ricovero, l'assistenza ambulatoriale, i day-hospital, le strutture dipartimentali di emergenza e di pronto soccorso, l'assistenza di comunità per la salute mentale i centri diurni, le terapie farmacologiche, lo staff coinvolto, la cura residenziale e i gruppi di supporto. La misura primaria di outcome è stata la media dei giorni in episodio acuto bipolare per ciascun paziente coinvolto. I dati sono stati raccolti sulla base di self-report e sulla base dell'analisi delle cartelle cliniche. Le unità di costo sono state invece ricavate dai dati relativi alle risorse impiegate da parte del servizio sanitario nazionale. Lo studio ha considerato due diversi orizzonti temporali, a 12 e a 30 mesi.

La TCC aggiunta al TAU è risultata significativamente più efficace rispetto al TAU da solo sia dopo 12 mesi che dopo 30 mesi di follow-up. La TCC dunque aggiunta al TAU è risultata l'opzione dominante perché è risultata significativamente più efficace del TAU da solo in termini di efficacia clinica ed è risultata più efficace in termini di riduzione dei costi totali. Lo studio di Lamb e colleghi è direttamente applicabile al servizio sanitario nazionale inglese ed è caratterizzato da poche limitazioni di tipo metodologico e rappresenta allo stato attuale lo studio più valido disponibile nelle linee guida NICE per la valutazione dell'efficacia anche a lungo termine di un intervento psicologico nei disturbi bipolari, anche in termini di economia sanitaria e di valutazione del rapporto costo/beneficio. Questo è il motivo per cui lo studio di cui sopra è stato descritto in modo più approfondito. Anche in questo caso tutti i dati inerenti lo studio sono reperibili nella bibliografia allegata.

Lo studio di Scott e colleghi (2009) ha condotto un RCT per valutare il rapporto costo-beneficio in termini di efficacia di un gruppo di psicoeducazione confrontato con un gruppo di supporto non strutturato, entrambi aggiunti a TAU. Lo studio è stato condotto in Spagna. I gruppi di psicoeducazione consistevano di 21 sessioni del corso di sei mesi, mentre il Dow comprendeva la somministrazione di stabilizzatori dell'umore. I pazienti reclutati abili nello studio dovevano essere in condizione di ultimi ad almeno sei mesi prima di entrare nello studio. L'analisi dei costi consisteva nel numero di ricoveri, visite ambulatoriali e di emergenza, costi dei medicinali e dei test di laboratorio e costi dei gruppi e della terapia psicologica individuale. Le misure di outcome primario sono state la percentuale di pazienti che hanno avuto una ricaduta almeno, il numero medio di ricadute per persona e il numero medio di giorni in episodio acuto per persona nel corso del periodo di studio che è stato di 5,5 anni, ovvero sei mesi per l'intervento +5 anni di follow-up. I risultati evidenziano che il gruppo di Psicoeducazione è risultato significativamente migliore di gruppi non strutturati di supporto in due su tre degli

outcome primari. In particolare il numero medio di ricadute per persona è risultato significativamente più basso nel gruppo con Psicoeducazione; inoltre il numero medio di giorni in episodio acuto è risultato significativamente più basso nel gruppo con Psicoeducazione. Il costo medio per persona è risultato più basso nel gruppo trattato con psicoeducazione e TAU e risulta pertanto l'opzione dominante che si evidenzia in questo lavoro. Lo studio di Scott e colleghi 2009 è parzialmente applicabile al servizio sanitario nazionale inglese ed è caratterizzato da limitazioni metodologiche di poco conto. Anche questo studio appare molto importante per l'appropriatezza della metodologia utilizzata e per la qualità delle evidenze ottenute.

Rapporto tra evidenze disponibili e raccomandazioni

Gli interventi psicologici nel disturbo bipolare si sono dimostrati efficaci nel trattamento degli episodi acuti traducendosi in una riduzione dei sintomi appunto i trattamenti psicologici inoltre evidenziano un'efficacia che va oltre l'episodio acuto e che può perdurare anche dopo il termine del trattamento, includendo una riduzione del tasso di ricaduta a lungo termine e di ospedalizzazione punto quindi per pazienti eutimici per i quali vengono erogati trattamenti psicologici efficaci ci si può aspettare una riduzione delle ricadute e una riduzione delle ospedalizzazioni. È stata valutata anche in relazione agli interventi psicologici negli episodi acuti il ruolo del management a lungo termine per migliorare il funzionamento sociale e psicologico e la qualità di vita, evidenziando che dove questi out erano rilevati gli interventi psicologici strutturati hanno prodotto effetti positivi. Quindi l'evidenza disponibile indica che ci possono essere benefici dagli interventi psicologici sia sul piano del funzionamento che della qualità di vita che tuttavia debbono essere valutati meglio da un punto di vista della qualità complessiva delle ricerche attualmente disponibili.

Considerando tutti gli interventi e i confronti, gli studi considerati suggeriscono che gli interventi psicologici strutturati possono avere un beneficio a breve e a lungo termine per pazienti con disturbi bipolari. C'è una migliore evidenza in relazione a interventi psicologici individuali e di assistenza collaborativa mentre gli interventi di gruppo, la terapia cognitiva integrata e interpersonale e la psicoeducazione per le famiglie hanno mostrato dei risultati promettenti.

Il gruppo di lavoro ha anche evidenziato che le evidenze rilevate in termini di efficacia per il trattamento dei disturbi depressivi unipolari è coerente con le evidenze presentate in relazione ai disturbi bipolari, anche se gli studi sulla depressione unipolare sono di qualità notevolmente superiore punto per per-

tanto si suggerisce che all'utente debba essere fornita l'opzione di utilizzare interventi psicologici analizzati specificamente sviluppati per i disturbi bipolari oppure degli interventi ad alta intensità come la TCC, la terapia interpersonale o la terapia comportamentale di coppia così come raccomandati nelle linee guida NICE per la depressione. In altre parole, il paziente dovrebbe poter scegliere tra protocolli specificamente disegnati per il disturbo bipolare oppure per dei trattamenti intensivi di tipo cognitivo comportamentale o interpersonale o comportamentale di coppia disegnati per la depressione unipolare ma che si potrebbero rivelare assai efficaci anche nella depressione di tipo bipolare.

È da considerare che nessuno degli studi considerati ha effettuato studi randomizzati di interventi psicologici in pazienti in fase acuta maniacale o ipomaniacale.

In relazione alla riduzione del rischio di ricadute il gruppo di lavoro ha infine notato che questi benefici potrebbero essere importanti anche se gli interventi psicologici fossero inefficaci a breve termine. Ovvero l'efficacia dell'intervento psicologico si valuta anche e soprattutto a lungo termine laddove a breve termine gli i fattori che possono contribuire a un rapido ricovero possono essere attribuiti ad altri fattori per esempio il trattamento farmacologico appropriato.

Infine, i due studi disponibili che hanno valutato sia l'outcome clinico che i costi socio-sanitari, entrambi di buona qualità, evidenziano l'utilità degli interventi psicologici considerati in questo caso terapia cognitivo-comportamentale e gruppi di psicoeducazione strutturati, come efficaci in termini di costo beneficio in pazienti adulti con disturbo bipolare, dal momento che migliorano gli outcome clinici e al contempo riducono i costi socio sanitari rispetto alla terapia standard.

Considerando gli interventi psicosociali orientati alla recovery è bene precisare che tali interventi sono destinati esclusivamente ai soggetti non in fase acuta di malattia, e che la possibilità migliore è quella di garantire trattamento psicoterapico in aggiunta alla farmacoterapia. Come già specificato tra gli interventi vi sono cognitivo comportamentale, terapia familiare o congiunta, interpersonale e sociale, terapia del ritmo e la psicoeducazione non breve (non ancora classificata come intervento evidence based). L'evidenza fin qui disponibile suggerisce che le psicoterapie manualizzate sono efficaci nel migliorare i risultati per gli individui con disturbo bipolare rispetto alla sola psicofarmacologia (Miklowitz, 2021). Questi miglioramenti possono essere inquadrati sotto forma di una ridotta recidiva della malattia insieme a una diminuzione della gravità della mania e della depressione al follow-up (tipicamente valutato 6-12 mesi dopo il trattamento). Ad esempio, un totale di 24 studi inclusi in una Revisione sistematica di Miklowitz *et al.* (2021) ha incluso vari confronti

tra psicoterapie e TAU, dimostrando che le psicoterapie manualizzate come classe erano associate a una minore recidiva tassi rispetto ai trattamenti di controllo (OR: 0,56; IC 95%: 0,43-0,74). Tuttavia, i risultati per i trattamenti individuali variano da terapia a terapia. Studi inclusi in questa RS hanno indicato che la CBT era associata a una riduzione della recidiva degli episodi legati all'umore (Lam *et al.*, 2000, Jones *et al.*, 2015) hanno ridotto la gravità della mania al follow-up, e hanno ridotto la gravità della depressione al follow-up (Costa 2011). Inoltre, la terapia familiare o congiunta era associata a riduzioni significative del relapse degli episodi di umore e ridotto la gravità della mania al follow-up rispetto al TAU. Psicoeducazione della durata di almeno sei trattamenti sessioni sono state associate a riduzioni della recidiva degli episodi legati all'umore quando confrontate con TAU (Perlick *et al.*, 2018; Cardoso *et al.*, 2015; Scott *et al.*, 2001); con alcune prove aggregate che suggeriscono che l'approccio basato sul gruppo la psicoeducazione potrebbe essere particolarmente efficace. La psicoeducazione comunque potrebbe non essere ritenuta una forma di psicoterapia. Purtroppo va segnalato che altri studi all'interno della stessa revisione sistematica hanno riscontrato che i trattamenti elencati (CBT, terapia familiare o congiunta, IPSRT e psicoeducazione) non hanno prodotto maggiori miglioramenti nella recidiva degli episodi di umore, nella gravità della mania al follow-up o nella depressione gravità al follow-up rispetto al TAU. Tuttavia, gli OR aggregati per i risultati (confrontando questi trattamenti con TAU) sono rimasti significativi, sebbene questi studi nulli fossero con campioni modesti (ad esempio, presentavano gruppi di trattamento e di controllo compresi tra 20 e 30 individui ciascuno) e probabilmente sottodimensionati per rilevare un effetto parziale.

Per le persone con disturbo bipolare I o bipolare II, non ci sono prove sufficienti raccomandare o non raccomandare una specifica psicoterapia cognitiva, terapia comportamentale, terapia familiare o congiunta, ritmo interpersonale e sociale terapia e psicoeducazione non breve. L'evidenza suggerisce che alcune psicoterapie rappresentano efficaci complementi alla psicofarmacologia per il trattamento del disturbo bipolare (ad esempio, CBT, terapia familiare o congiunta, IPSRT e psicoeducazione della durata di almeno sei incontri). Pertanto, si può formulare la seguente raccomandazione: Per individui con disturbo bipolare I o bipolare II, non ci sono prove sufficienti pro o contro una specifica psicoterapia cognitivo comportamentale, terapia familiare o congiunta, terapia del ritmo interpersonale e sociale e psicoeducazione non breve. Si sottolinea che questo significa che ancora non vi sono prove di efficacia definitive.

Dalle linee guida CanMat (Yatham *et al.*, 2018) appare evidente che il trattamento psicosociale è sempre associato al trattamento farmacologico che ha una evidenza di primo livello. La psicoeducazione sembra essere il

trattamento che, migliorando la competenza del paziente sul proprio disturbo, ne riduce le ricadute.

Qualità degli studi e raccomandazioni

Come già ricordato in precedenza, la qualità complessiva della maggior parte degli studi esaminati è risultata di qualità scarsa o molto scarsa. In particolare, i risultati sono imprecisi in termini di intervalli di confidenza e affidabilità delle misure ottenute. È stato inoltre notato che differenti tipi di trattamento condividevano un'ampia gamma di elementi comuni. Le misure di outcome sono state perciò valutate primariamente differenziando tra interventi individuali, di gruppo o familiari strutturati. Nonostante la bassa qualità delle evidenze, il gruppo di lavoro NICE complessivamente ha evidenziato che i dati emersi sono risultati consistentemente a favore di interventi strutturati, sebbene le evidenze non abbiano permesso di identificare interventi psicologici specifici che potessero essere più indicati rispetto ad altri. Per questi motivi, il gruppo di lavoro NICE ha fortemente suggerito l'utilizzo di trattamenti psicologici nel disturbo bipolare che siano strutturati e manualizzati. Infine, il gruppo di lavoro ha enfatizzato il fatto che molti pazienti con disturbo bipolare desiderano avere anche interventi di natura psicologica. Si raccomanda pertanto che questo tipo di servizi possano essere disponibili nell'ambito dei servizi erogati dal servizio sanitario nazionale.

Bibliografia

- Cardoso T.deA., Campos Mondin T., Reyes A.N., Zeni C.P., Souza L.D., da Silva R.A. & Jansen K. (2015). Biological Rhythm and Bipolar Disorder: Twelve-Month Follow-Up of a Randomized Clinical Trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(10): 792-797. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000369.
- Cochran S.D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5): 873-878. DOI: 10.1037//0022-006x.52.5.873.
- Costa R.T., Cheniaux E., Rosaes P.A., Carvalho M.R., Freire R.C., Versiani M., Rangé B.P. & Nardi A.E. (2011). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2): 144-149. DOI: 10.1590/s1516-44462011000200009.
- D'Souza R., Piskulic D. & Sundram S. (2010). A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3): 272-276. DOI: 10.1016/j.jad.2009.03.018.

- Jones S.H., Smith G., Mulligan L.D., Lobban F., Law H., Dunn G., Welford M., Kelly J., Mulligan J. & Morrison A.P. (2015). Recovery-focused cognitive-behavioural therapy for recent-onset bipolar disorder: randomised controlled pilot trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206(1): 58-66. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.141259.
- Lam D.H., Bright J., Jones S., Hayward P., Schuck N., Chisholm D. & Sham P. (2000). Cognitive therapy for bipolar illness. A pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5): 503-520. DOI: 10.1023/A:1005557911051.
- Lam D.H., Hayward P., Watkins E.R., Wright K. & Sham P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2): 324-329. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.2.324.
- Miklowitz D.J., Efthimiou O., Furukawa T.A., Scott J., McLaren R., Geddes J.R. & Cipriani A. (2021). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Systematic Review and Component Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(2): 141-150. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2993.
- Nagy N., Sabry W., Khalifa D., Hashem R., Zahran N. & Khalil A.H. (2015). Relapse rate and outcome correlates in Egyptian patients with bipolar disorder treated with behavioural family psychoeducation. *Middle East Current Psychiatry*, 22(3): 121-31. DOI: 10.1097/01.XME.0000466278.16335.8f.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2014). 8: Psychological and Psychosocial Interventions for Acute Episodes and Long-Term Management in Adults. In: *Bipolar Disorder: The NICE Guideline on the Assessment and Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Young People in Primary and Secondary Care*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists (NICE Clinical Guidelines, n. 185). www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545958/.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Bipolar disorder: assessment and management* (Clinical Guideline 185). www.nice.org.uk/guidance/CG185.
- Perlick D.A., Jackson C., Grier S., Huntington B., Aronson A., Luo X. & Miklowitz D.J. (2018). Randomized trial comparing caregiver-only family-focused treatment to standard health education on the 6-month outcome of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20(7): 622-633. DOI: 10.1111/bdi.12621.
- Scott J., Garland A. & Moorhead S. (2001). A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychological Medicine*, 31(3): 459-467. DOI: 10.1017/s0033291701003373.
- Scott J., Colom F., Popova E., Benabarre A., Cruz N., Valenti M., Goikolea J.M., Sánchez-Moreno J., Asenjo M.A. & Vieta E. (2009). Long-term mental health resource utilization and cost of care following group psychoeducation or unstructured group support for bipolar disorders: a cost-benefit analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(3): 378-386. DOI: 10.4088/jcp.08m04333.
- VA/DoD Clinical Practice Guideline (2023). *Management of Bipolar Disorder Work Group, version 2.0*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/bd/VA-DoD-CPG-BD-Full-CPGFinal508.pdf.
- Yatham L.N., Kennedy S.H., Parikh S.V., Schaffer A., Bond D.J., Frey B.N., Sharma V., Goldstein B.I., Rej S., Beaulieu S., Alda M., MacQueen G., Milev R.V., Ravindran A., O'Donovan C., McIntosh D., Lam R.W., Vazquez G., Kapczynski F., McIntyre R.S., ... Berk M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20(2): 97-170. DOI: 10.1111/bdi.12609.

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.

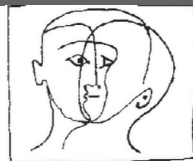
Dovrebbe essere svolto un *randomised controlled trial* (RCT) adeguatamente potenziato per studiare la CBT svolta con persone affette da schizofrenia da parte di terapeuti altamente qualificati e di professionisti della salute mentale, confrontandola con quella svolta da terapeuti che hanno avuto una 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.

Ruolo della TCC e sintesi linee guida per il trattamento psicologico del disturbo da stress post traumatico (PTSD), PTSD Complesso e PTSD Acuto



Benedetto Farina*, Chiara Massullo**,
Giancarlo Dimaggio***

*Ricevuto il 30 luglio 2024,
accettato il 13 agosto 2024*

Sommario

Le esperienze traumatiche, sia quelle episodiche che quelle continue nel tempo, specie durante lo sviluppo, possono generare quadri clinici specifici come il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), il Disturbo Acuto da Stress (ASD) e il Disturbo da Stress Post-Traumatico complesso (CPTSD), ma anche costituire una dimensione psicopatologica che diffonde in tutti i quadri clinici peggiorandone la prognosi e gli esiti del trattamento. Le linee guida presentate in questa rassegna sono state sviluppate per il trattamento delle specifiche categorie diagnostiche. In particolare per il PTSD dall'American Psychiatric Association (APA; 2017), dal National Institute for Health and Care Excellence britannico (NICE; 2018), dal Department of Veterans Affairs (VA) and Department of Defense (DoD) of United States of America (VA/DoD; 2017). Per quanto riguarda invece l'ASD, indicazioni per la gestione dei pazienti con tale disturbo sono riportate nelle linee guida APA del 2004. La UK Psychological Trauma Society (2017), l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS; 2019), e il NICE (2018) forniscono linee guida per il cPTSD.

Parole chiave: PTSD, PTSD Complesso, PTSD Acuto, buona pratica clinica, psicoterapia cognitiva.

* Università Europea di Roma, Centro Clinico Janet, via Avezzana 6 – 00193 Roma; e-mail: benfarina@gmail.com.

** Laboratorio di Psicologia Sperimentale, Dipartimento di Scienze della Formazione, Università Roma Tre, via del Castro Pretorio 20 – 00185 Roma; e-mail: chiara_massullo@yahoo.it.

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

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 54/2024
DOI: 10.3280/qpc54-2024oa18655*

Role of CBT and summary of guidelines for the psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD), Complex PTSD and Acute PTSD

Abstract

Traumatic experiences, both episodic and ongoing over time, especially during development, can generate specific clinical pictures such as Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), Acute Stress Disorder (ASD) and Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD), but also constitute a psychopathological dimension that spreads across all clinical pictures worsening their prognosis and treatment outcomes. The guidelines presented in this review were developed for the treatment of specific diagnostic categories. Specifically for PTSD by the American Psychiatric Association (APA; 2017), the British National Institute for Health and Care Excellence (NICE; 2018), the Department of Veterans Affairs (VA) and Department of Defense (DoD) of the United States of America (VA/DoD; 2017). Regarding ASD, indications for the management of patients with this disorder can be found in the 2004 APA guidelines. The UK Psychological Trauma Society (2017), the International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS; 2019), and NICE (2018) provide guidelines for cPTSD.

Keywords: PTSD, Complex PTSD, Acute PTSD, dissociation, dissociative disorders, good clinical practice, cognitive psychotherapy.

Introduzione

Le esperienze traumatiche, soprattutto quando avvengono durante lo sviluppo e in modo continuativo, rappresentano uno dei maggiori fattori di rischio per tutti i disturbi psichiatrici peggiorandone il quadro clinico, la prognosi e determinando resistenza al trattamento (Lippard & Nemeroff, 2020; McCrory *et al.*, 2017). La trasversalità degli effetti del trauma e la natura dimensionale della vulnerabilità psicopatologica che essi determinano rende difficile inquadrali nei sistemi categoriali da cui vengono generate le linee guida terapeutiche (Farina *et al.*, 2019; McCrory *et al.*, 2017). Come ha affermato Chu su un editoriale dell'American Journal of Psychiatry dedicato al trauma: «Per molte ragioni il DSM-IV e ciò che è stato proposto per il DSM-5 non riesce (e forse non può) affrontare la complessità che troviamo nelle situazioni cliniche reali» (Chu, 2010). Per questo motivo attualmente i sistemi diagnostici internazionali si limitano a riconoscere alcuni disturbi conseguenti a episodiche o ripetute ma circoscritte esperienze traumatiche: il Disturbo da Stress Post-Traumatico (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD), il Disturbo Acuto da Stress (Acute Stress Disorder, ASD) e il Disturbo da Stress Post-Traumatico complesso (complex Post-Traumatic Stress Disorder, cPTSD).

Linee guida esistenti nel trattamento del PTSD

Per la stesura di questa rassegna abbiamo preso in considerazione le Linee Guida (LG) internazionali per il trattamento psicologico del PTSD redatte dall'American Psychiatric Association (APA; 2017), dal National Institute for Health and Care Excellence britannico (NICE; 2018), e quelle del Department of Veterans Affairs (VA) and Department of Defense (DoD) of United States of America (VA/DoD; 2017). Per quanto riguarda invece l'ASD, indicazioni per la gestione dei pazienti con tale disturbo sono riportate nelle linee guida APA del 2004. La UK Psychological Trauma Society (2017), l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS; 2019), e il NICE (2018) forniscono linee guida per il cPTSD.

Linee guida APA

Le Linee Guida dell'APA (2017) sul PTSD negli adulti si basano su una revisione sistematica comprensiva della letteratura e sono state sviluppate per fornire delle raccomandazioni sui trattamenti psicologici e farmacologici indicati per tale disturbo. Tali LG raccomandano fortemente l'utilizzo delle seguenti psicoterapie/interventi per gli adulti con PTSD:

- Terapia Cognitivo-Comportamentale (Cognitive Behavioral Therapy, TCC);
- Cognitive Processing Therapy (CPT);
- Terapia Cognitiva;
- Prolonged Exposure Therapy (PE).

Inoltre, esse suggeriscono l'uso della Psicoterapia Eclettica Breve (Brief Eclectic Psychotherapy, BEP), dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) e della Narrative Exposure Therapy (NET)¹. Invece, per quanto riguarda interventi come quelli di rilassamento e la Seeking Safety (SS), le LG riportano che a causa della scarsità dei dati empirici presenti in letteratura, non è possibile raccomandare o, viceversa, sconsigliare tali in-

¹ Tali LG sono state redatte nel 2017, e al momento della pubblicazione, sulla base degli aggiornamenti della letteratura, gli autori affermano che sebbene la maggior parte delle raccomandazioni di trattamento si prevedano stabili, per l'EMDR e la NET è probabile che, alla luce dei dati empirici, la raccomandazione per questi due interventi possa cambiare da "suggerite" a "raccomandate".

terventi. Per quanto riguarda la terapia farmacologica, le LG dell'APA suggeriscono l'utilizzo dei seguenti farmaci: fluoxetina, paroxetina, sertralina, e venlafaxina; mentre la letteratura non fornisce sufficienti dati empirici per raccomandare o sconsigliare il risperidone e il topiramato.

Linee guida NICE

Le LG NICE (2018) forniscono raccomandazioni per il trattamento del PTSD specifiche per diverse fasce d'età (bambini, giovani, adulti). Esse forniscono delle indicazioni piuttosto dettagliate.

Età dello sviluppo

Le Linee Guida NICE suggeriscono di «prendere in considerazione» l'utilizzo della TCC individuale focalizzata sul trauma in:

1. bambini dai 5 ai 6 anni con diagnosi (o sintomi clinicamente significativi) di PTSD manifestatisi in seguito all'evento traumatico per più di 1 mese;
2. bambini e ragazzi tra i 7 e 17 anni con diagnosi (o sintomi clinicamente significativi) di PTSD manifestatisi in seguito dell'evento traumatico da 1 a 3 mesi.

Per bambini e ragazzi tra i 7 e 17 anni con diagnosi (o sintomi clinicamente significativi) di PTSD che manifestatisi a seguito dell'evento traumatico per più di 3 mesi, tali linee guida suggeriscono di offrire TCC individuale focalizzata sul trauma.

Secondo le LG NICE le caratteristiche della TCC individuale focalizzata sul trauma nell'arco dello sviluppo (bambini e ragazzi) dovrebbero essere validate, praticate da professionisti sotto supervisione, avere una durata dalle 6 alle 12 sedute (estendibili se necessario; e.g., casi di traumi multipli). Tale intervento dovrebbe essere adattato in funzione dello sviluppo della persona e prevedere, in funzione del caso, il coinvolgimento dei genitori. Inoltre, esso dovrebbe prevedere una serie di interventi tra cui: psico-educazione (sulle reazioni al trauma), insegnamento di strategie per che permetterebbero al paziente di gestire i sintomi, interventi di elaborazione delle memorie traumatiche e delle emozioni legate al trauma (e.g., vergogna, colpa). In aggiunta, tali interventi dovrebbero prevedere: pianificazione della sicurezza, ristrutturazione dei significati personali legati al trauma e un lavoro specifico sull'evitamento.

Per quanto riguarda l'EMDR, le LG NICE suggeriscono di considerarla nei casi di bambini o ragazzi nella fascia di età dai 7 ai 17 anni con diagnosi (o sintomi clinicamente significativi) di PTSD manifestatisi per un periodo di oltre 3 mesi dopo l'evento traumatico solo nei casi in cui i pazienti non rispondano o abbiano difficoltà a intraprendere un percorso di TCC focalizzata sul trauma.

Per quanto riguarda i trattamenti farmacologici nei bambini e nei giovani, le LG NICE suggeriscono di non proporre psicofarmaci per la prevenzione (e.g., in persone esposte a un evento potenzialmente traumatico che sono a rischio di sviluppo del disturbo) o il trattamento del PTSD nei minorenni (<18 anni di età).

Tab. 1 – Tabella riassuntiva delle indicazioni delle Linee Guida NICE nell'età dello sviluppo

<i>Età</i>	<i>Diagnosi</i>	<i>Indicazione</i>
5-6 anni	PTSD/sintomi clinicamente significativi di PTSD. Durata: >1 mese dopo l'evento traumatico.	Considerare TCC individuale focalizzata sul trauma
7-17 anni	PTSD/sintomi clinicamente significativi di PTSD. Durata: 1-3 mesi dopo l'evento traumatico PTSD/sintomi clinicamente significativi di PTSD. Durata: >3 mesi dopo l'evento traumatico PTSD/sintomi clinicamente significativi di PTSD che non rispondono/non si lasciano coinvolgere nei trattamenti standard (i.e., TCC individuale focalizzata sul trauma). Durata: >3 mesi dopo l'evento traumatico	Considerare TCC individuale focalizzata sul trauma

Abbreviazioni: PTSD (Post Traumatic Stress Disorder); TCC (Cognitive Behavioral Therapy)

Adulti

Per quanto riguarda gli adulti, le Linee Guida NICE suggeriscono di offrire un intervento di TCC individuale focalizzata sul trauma a coloro che hanno una diagnosi (o sintomi clinicamente significativi) di PTSD manifestatisi per oltre 1 mese a seguito dell'evento traumatico. Questi interventi includono: Terapia di Elaborazione Cognitiva, Terapia Cognitiva per il PTSD, NET, e PE.

Come per la sezione delle LG dedicata ai bambini e ai giovani, anche la sezione dedicati alla popolazione adulta suggerisce alcuni requisiti ai quali dovrebbero rispondere gli interventi di TCC focalizzata sul trauma negli

adulti. Tali requisiti sono sovrapponibili a quelli indicati per l'età dello sviluppo eccetto per i requisiti specifici per questa fascia di età (es. coinvolgimento dei genitori) e per la durata (negli adulti 8-12 sedute con la medesima possibilità di estensione in casi di specifiche esigenze cliniche) e il lavoro sul ripristino del funzionamento adattivo (es. sociale, lavorativo).

In aggiunta, le LG NICE suggeriscono di considerare l'EMDR, qualora la persona avesse una preferenza specifica per essa, per le persone con una diagnosi (o sintomi clinicamente significativi) di PTSD manifestatisi per una durata da 1 a 3 mesi in seguito all'evento traumatico. Nei casi di sintomatologia persistente oltre 3 mesi a seguito dell'evento traumatico, le LG suggeriscono di somministrare l'EMDR a questi pazienti.

Come per la TCC individuale focalizzata sul trauma, anche per l'EMDR le LG NICE suggeriscono alcuni requisiti che gli interventi dovrebbero avere. Nello specifico, essi devono essere gradualmente e durare dalle 8 alle 12 settimane. Il professionista che pratica l'EMDR dovrebbe riferirsi a protocolli validati, essere specificamente formato e sotto supervisione. Inoltre la terapia dovrebbe prevedere interventi psicoeducativi sulle reazioni al trauma, promuovere l'apprendimento di strategie per gestire le memorie e le situazioni che provocano stress per il paziente, promuovere credenze positive su di sé. Per quanto riguarda le stimolazioni bilaterali, esse devono essere effettuate durante le sedute per le memorie traumatiche target fino a che tali memorie non provochino più disagio. Le stimolazioni possono essere effettuate con i classici movimenti oculari ma, in accordo con le preferenze del singolo individuo, anche con altre tecniche (es. tap and tone). Infine, tali interventi dovrebbero includere l'insegnamento di ulteriori tecniche che permettano al paziente di auto- calmarsi e di gestire i flashback.

Le LG NICE suggeriscono, inoltre, per gli adulti con diagnosi di PTSD che si sono presentati per più di 3 mesi dopo l'evento traumatico, che è possibile considerare la versione computerizzata della TCC focalizzata sul trauma. Questa indicazione si riferisce solo ai casi in cui i pazienti la preferissero alle terapie primariamente indicate, e nei casi non a rischio (es. sintomi gravi, sintomi dissociativi, rischio che il paziente faccia del male a se stesso o agli altri). Anche per questo tipo di intervento, le LG NICE indicano dei requisiti i quali sono sovrapponibili a quelli della medesima terapia effettuata vis à vis. Nel caso di TCC computerizzata, oltre le indicazioni standard, il NICE sottolinea il ruolo del supporto da parte del professionista nel monitoraggio e nel completamento dell'intervento (es. feedback sugli homework, revisione dei risultati).

Nei casi di persone con diagnosi di PTSD che superano la durata di 3 mesi a seguito dell'evento traumatico, il NICE suggerisce di considerare in-

terventi TCC mirati a specifici sintomi (es. disturbi del sonno, rabbia) solo se alcuni sintomi persistono alla fine del trattamento o nel caso di difficoltà a intraprendere un intervento focalizzato sul trauma.

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico, nei casi in cui i pazienti adulti con PTSD avessero una preferenza per questo tipo di trattamento, le LG NICE suggeriscono di considerare la venlafaxina o un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI). È necessario eseguire controlli regolari della terapia farmacologica. Inoltre, nei casi di sintomatologia che comprometta il funzionamento o di mancata risposta ai trattamenti di elezione, il NICE suggerisce di considerare antipsicotici (risperidone) in aggiunta alle terapie psicologiche per gestire tali sintomi.

Il NICE fornisce, inoltre, delle specifiche indicazioni nel caso in cui il paziente presenti al tempo stesso PTSD e depressione, raccomandando di trattare prima il PTSD a meno che la depressione non sia grave (es. con rischi per il paziente stesso o gli altri) o al punto che impedisca il trattamento del PTSD.

Linee Guida VA/DoD

Le LG VA/DoD [Department of Veterans Affairs (VA) and Department of Defense (DoD) of United States of America] per la pratica clinica nella gestione del PTSD e del Disturbo da Stress Acuto del 2017 si basano su una revisione sistematica della letteratura. Come le altre LG passate in rassegna, esse sono state redatte da un gruppo di esperti.

Le LG VA/DoD incoraggiano i clinici a utilizzare un approccio centrato sul paziente, informato (il clinico deve spiegare chiaramente al paziente quali siano le opzioni di trattamento), e condiviso. Inoltre, esse suggeriscono di far riferimento al collaborative care model.

Nei pazienti che a seguito di un evento traumatico hanno sviluppato l'ASD, tali LG raccomandano la psicoterapia breve focalizzata sul trauma in questi pazienti.

Per quanto riguarda il trattamento del PTSD, il VA/DoD raccomanda l'utilizzo di psicoterapia individuale focalizzata sul trauma e solo se necessaria la farmacoterapia (a base di SSRI, venlafaxina). Le LG VA/DoD suggeriscono anche l'uso di altre terapie individuali validate come: Stress Inoculation Training (SIT), psicoterapia interpersonale, PCT.

Per quanto riguarda le principali forme di psicoterapie focalizzate sul trauma che vengono raccomandate dal VA/DoD (ovvero quelle maggiormente testate nei clinical trials) sono le seguenti: PE, CPT, e EMDR. In aggiunta, il VA/DoD riporta che anche le TCC specifiche per il PTSD, la BEP,

la NET, e la written narrative exposure sono state supportate in modo sufficiente da studi empirici da raccomandarne l'utilizzo.

Linee Guida per l'ASD

Per quanto riguarda i pazienti con ASD, le LG APA del 2004 riportano indicazioni simili a quelle per il PTSD del medesimo anno. Nello specifico, per quanto riguarda la prevenzione di tale disturbo, le LG APA sottolineano che nessun trattamento farmacologico può essere raccomandato a scopo preventivo. In accordo con quanto riportato dal documento da tali LG, in pazienti con diagnosi di ASD, la TCC e altre terapie basate sull'esposizione potrebbero essere di aiuto. Inoltre, la terapia psicodinamica potrebbe risultare utile solo in alcuni casi adattati ai diversi pazienti.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica per i pazienti con ASD, l'APA (2004) riporta che sebbene la letteratura su questo argomento non sia ricca, gli SSRI e altri antidepressivi potrebbero costituire "ragionevoli interventi clinici".

Per quanto riguarda, invece, le LG VA/DoD esse raccomandano la psicoterapia breve focalizzata sul trauma nei pazienti che a seguito di un evento traumatico abbiano sviluppato l'ASD.

Linee Guida per il PTSD complesso

Il PTSD complesso (cPTSD) è stato così definito da Judith Herman intorno ai primi anni '90 per indicare una variante del PTSD con manifestazioni psicopatologiche più complesse rispetto al PTSD semplice, causate non da eventi traumatici "circostanziali" come nel PTSD, ma piuttosto dall'esposizione a traumi prolungati e ripetuti, soprattutto interpersonali in cui la vittima è costretta a dipendere dall'aggressore (Herman, 1992). La maggiore complessità sintomatica del cPTSD è stata quindi associata alla maggiore complessità delle esperienze traumatiche che lo causano e che portano la vittima a doversi adattare a condizioni di minaccia estrema e prolungata (Farina *et al.*, in press). Tale adattamento patologico comporta modifiche dello sviluppo, della maturazione e della conoscenza di sé per far fronte all'ambiente e alle relazioni abusive e provoca una serie di manifestazioni psicopatologiche che superano quelle del PTSD semplice e sono state descritte con l'espressione Disturbi dell'organizzazione del Sé (Disorder of Self Organization; DSO) e consistono in:

1. disregolazione affettiva che comprende la perdita di controllo delle emozioni e degli impulsi, difficoltà a riconoscere le emozioni;
2. disregolazione del Sé che comprende stati dolorosi di frammentazione di sé, sentimenti di vuoto, reazioni di distacco (derealizzazione, depersonalizzazione e intorpidimento emotivo), molteplicità dissociativa delle parti di sé, alterazioni dell'identità, concetti negativi di sé e convinzioni patologiche (disgusto di sé e conseguente vergogna pervasiva, visione di se stessi come irrimediabilmente danneggiati, impotenza, disperazione, sfiducia in se stessi, senso di responsabilità per il danno degli altri, in particolare dei caregiver, e conseguente senso di colpa pervasivo, convinzione di aver meritato l'abuso e la trascuratezza subiti);
3. disregolazione relazionale che comprende relazioni intensamente conflittuali, incastrate, distaccate o caotiche, sfiducia negli altri, paura della vicinanza e delle relazioni di attaccamento, dipendenza (Farina *et al.*, in press).

È ampiamente dimostrato che il trauma complesso interferisce e disturba il sano sviluppo fisico e psicologico della vittima, soprattutto quando coincide con un trauma relazionale precoce o con un trauma da attaccamento e i suoi sintomi possono diffondere in modo dimensionale in tutti i disturbi peggiorandone la prognosi e la risposta al trattamento (Farina & Schimmenti, in press):

Linee Guida NICE

Le LG NICE (2018) forniscono specifiche indicazioni anche per persone con cPTSD. Tali suggerimenti si riferiscono principalmente alla durata dell'intervento (aumentare numero o durata delle sedute), alla considerazione da parte del terapeuta della sicurezza e della stabilità del paziente (in riferimento alla situazione familiare). Inoltre, il NICE (2018) sottolinea l'importanza di aiutare la persona a gestire problemi concomitanti (e.g., abuso di sostanze) e, al termine del trattamento, fornire il supporto necessario (e.g., gestire sintomi residui).

Linee Guida della UK Psychological Trauma Society

Il documento redatto dalla UK Psychological Trauma Society (UKPTS) nel 2017 fornisce delle indicazioni per il trattamento del cPTSD quasi del tutto sovrapponibili a quelle raccolte in una *expert clinician survey on best practice* redatta dall'International Society for Trauma Studies (Cloitre *et al.*, 2011). Le LG UKPTS suggeriscono un trattamento a 3 fasi:

1. stabilizzazione e psicoeducazione;
2. elaborazione del trauma;
3. reintegrazione e ripresa.

In accordo con i bisogni del singolo individuo, le fasi possono sovrapporsi e ripetersi, e possono variare sulla base di alcuni aspetti come, ad esempio, la durata. Inoltre, tale documento raccomanda di prendere in considerazione aspetti salienti come, ad esempio, i comportamenti di rischio.

Nello specifico, la fase 1 del trattamento prevede, a sua volta, le seguenti sub-fasi:

1. costruzione della relazione terapeutica;
2. psicoeducazione;
3. preparazione del paziente per la terapia e focus sulla sicurezza;
4. lavorare su dissociazione e flashback;
5. gestione dei sintomi;
6. skill training (e.g., mindfulness, abilità interpersonali, di regolazione emotiva, tolleranza allo stress);
7. Compassion-Focused Therapy (CFT).

Per quanto concerne la fase 2 (i.e., la fase di elaborazione del trauma), essa dovrebbe avere come focus sia i processi top-down che quelli bottom-up. Diverse terapie per il PTSD sono state adattate per questa fase nel trattamento del cPTSD, come ad esempio PE, EMDR. Altri approcci terapeutici come la NET, la CFT, la Dialectical Behavioral Therapy (DBT), e le comunità terapeutiche possono fornire un aiuto a questo tipo di pazienti. La fase 3, invece, ha come focus la reintegrazione dell'individuo sia con se stesso che con gli altri e la ripresa.

In generale, il documento riporta che le terapie psicologiche possano essere altamente efficaci per il cPTSD ma, di contro, la letteratura non fornisce dati sufficienti che permettano di raccomandare una terapia piuttosto che un'altra. Nonostante ciò, l'aspetto che risulta essere cruciale nel trattamento è che esso ricopra i domini cognitivo, affettivo, e sensomotorio. Tali LG forniscono, inoltre, delle specifiche cautele e considerazioni per il trattamento del cPTSD per quanto concerne alcuni aspetti cruciali nel lavoro con questi pazienti, tra cui quelli legati alla relazione terapeutica, alla genitorialità e quelli legati al trauma vicario.

Per quanto riguarda la farmacoterapia, il documento della UK Psychological Trauma Society (2017) segnala che la letteratura circa il trattamento farmacologico del cPTSD è troppo scarsa per dare indicazioni.

Infine viene sottolineata l'importanza e l'urgenza di ricerche future volte a studiare approcci terapeutici per i principali aspetti del cPTSD per fronteggiarne le conseguenze intergenerazionali.

Linee Guida ISTSS

Il guideline position paper dell'ISTSS (2019) sul cPTSD negli adulti fornisce una overview su tale disturbo, le relative implicazioni di trattamento e delinea le direzioni di ricerca future, ma non si discosta da quanto segnalato in precedenza. Il documento dell'ISTSS segnala che data la recente formalizzazione del disturbo sono ancora assenti affidabili dati empirici controllati. Quelli a disposizione sottolineano l'utilità degli approcci cognitivo comportamentali, tuttavia si segnala anche che quando il trauma complesso è avvenuto durante lo sviluppo i pazienti diventano maggiormente resistenti ai trattamenti usuali.

L'ISTSS raccomanda l'utilità di ritagliare l'intervento sul singolo paziente e sulle specificità sintomatiche (che nel cPTSD variano di più che nel PTSD) focalizzandosi sui domini psicopatologici (per esempio sulla disregolazione emotiva, i problemi relazionali, le rappresentazioni negative su di sé). Raccomanda inoltre di prevedere terapie più lunghe.

Studi recenti e possibili sviluppi

Anche se non ancora presenti nelle linee guida, sono comparsi recentemente dei trial randomizzati che potrebbero avere un impatto significativo nelle prossime linee guida per il cPTSD visto la promettente efficacia dei modelli investigati in questi studi. Nel primo studio Bohus *et al.* (2020) hanno condotto un trial randomizzato di DBT vs Cognitive Processing Therapy adattata per donne che soffrono di trauma complesso con storia di abuso sessuale. La terapia durava fino a 45 sedute. La CPT non prevedeva una componente espositiva, mentre nella DBT l'esposizione in seduta alle memorie traumatiche iniziava dopo la seduta 17. Nel complesso la DBT ha avuto meno dropout (25% vs 39%) e una migliore risposta sintomatica. In un altro trial recente randomizzato sul cPTSD, sono stati confrontati l'Imagery Rescripting e l'EMDR (Boterhoven de Haan *et al.*, 2020). Malgrado la gravità della patologia iniziale, i dropout sono stati molto bassi in entrambi i gruppi. Entrambe le terapie sono risultate ugualmente efficaci su tutti gli outcome.

Bibliografia

- Boterhoven de Haan K.L., Lee C.W., Fassbinder E., van Es S.M., Menninga S., Meewisse M.L., Rijkeboer M., Kousemaker M. & Arntz A. (2020). Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: randomised clinical trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 217(5): 609-615. DOI: 10.1192/bjp.2020.158.
- Card P. (2017). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder*.
- Chu J.A. (2010). Posttraumatic stress disorder: Beyond DSM-IV. *The American journal of psychiatry*, 167(6): 615-617. DOI: 10.1176/appi.ajp.2010.10030310.
- Courtois C.A., Brown L.S., Cook J., Fairbank J.A., Friedman M., Gone J.P., ... & Kurtzman H. (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults Adopted as APA Policy February 24, 2017.
- Farina B. & Schimmenti A. (in press). Clinical reasoning for attachment trauma. In: Gomez A.M., Hoseney J. (eds.). *Handbook of Child Complex Trauma and Dissociation: Theory, Research, Clinical Applications*. New York: Routledge.
- Farina B., Dimaggio G. & Mosquera D. (in press). Clinical reality connects different models of psychotherapy: commentary on clinical cases on treatment of cPTSD. *Journal of Clinical Psychology*.
- Farina B., Liotti M. & Imperatori C. (2019). The Role of Attachment Trauma and Disintegrative Pathogenic Processes in the Traumatic-Dissociative Dimension. *Frontiers in Psychology*, 10: 933. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00933.
- Herman J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3): 377-391. DOI: 10.1002/jts.2490050305.
- International Society for Traumatic Stress Studies Guidelines Committee. (2019). *ISTSS guidelines position paper on complex PTSD in adults*. Oakbrook Terrace: International Society for Traumatic Stress Studies.
- Lippard E.T.C. & Nemeroff C.B. (2020). The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 177(1): 20-36. DOI: 10.1176/appi.ajp.2019.19010020.
- McCrary E.J., Gerin M.I. & Viding E. (2017). Annual Research Review: Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry. The contribution of functional brain imaging. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(4): 338-357. DOI: 10.1111/jcpp.12713.
- National Institute for Clinical Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder: NICE guideline*. www.nice.org.uk/guidance/ng116.
- UK Psychological Trauma Society (2017). *Guideline for the treatment and planning of services for complex post-traumatic stress disorder in adults*.
- Ursano R.J., Bell C., Eth S., Friedman M., Norwood A., Pfefferbaum B., Pynoos J.D., Zatzick D.F., Benedek D.M., McIntyre J.S., Charles S.C., Altschuler K., Cook I., Cross C.D., Mellman L., Moench L.A., Norquist G., Twemlow S.W., Woods S., Yager J., ... Steering Committee on Practice Guidelines (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161(11 Suppl): 3-31.

Ruolo della TCC e suggerimenti di buona pratica clinica per il trattamento delle diverse forme di dissociazione e dei disturbi dissociativi



Benedetto Farina*

*Ricevuto il 30 luglio 2024,
accettato il 13 agosto 2024*

Sommario

La formulazione di precise linee guida per il trattamento dei disturbi dissociativi è ostacolata dalla mancanza di una definizione condivisa di dissociazione. Esiste invece un accordo unanime tra gli esperti sul fatto che con il termine dissociazione vengono impropriamente raggruppate un vasto ed eterogeneo gruppo di manifestazioni psicopatologiche sostenute da processi patogenetici differenti che diffondono in tutti i quadri clinici psichiatrici complicandone il trattamento. Considerato questo limite la rassegna riporta le indicazioni per il trattamento di alcune manifestazioni dissociative della Blue Knot Foundation (2020) del Dipartimento della Salute del governo australiano e le indicazioni per il trattamento del Disturbo Dissociativo dell'Identità (DDI), ovvero il più grave disturbo dissociativo, redatte dall'International Society for the Study of Trauma and Dissociation – ISSTD.

Parole chiave: dissociazione, disturbi dissociativi, buona pratica clinica, psicoterapia cognitiva.

Role of CBT and suggestions for good clinical practice in the treatment of different forms of dissociation and dissociative disorders

Abstract

The formulation of precise guidelines for the treatment of dissociative disorders is hampered by the lack of an agreed definition of dissociation. On the contrary, there is

* Università Europea di Roma, Centro Clinico Janet, via Avezzana 6 – 00193 Roma; e-mail: benfarina@gmail.com

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 54/2024
DOI: 10.3280/qpc54-2024oa18656

unanimous agreement among experts that the term dissociation improperly groups together a vast and heterogeneous group of psychopathological manifestations sustained by different pathogenetic processes that spread throughout psychiatric clinical pictures, complicating their treatment. In view of this limitation, the review reports the guidelines for the treatment of certain dissociative manifestations of the Blue Knot Foundation (2020) of the Australian government's Department of Health and the guidelines for the treatment of Dissociative Identity Disorder (DDI), the most severe dissociative disorder, drawn up by the International Society for the Study of Trauma and Dissociation – ISSTD.

Keywords: dissociation, dissociative disorders, good clinical practice, cognitive psychotherapy.

Premessa e descrizione delle fonti

La redazione di suggerimenti di buona pratica clinica o di linee guida per il trattamento della dissociazione e dei disturbi dissociativi (DD) è ostacolata dal fatto che non esiste una definizione unitaria della dissociazione e delle sue manifestazioni. Esiste, al contrario, un ampio accordo tra gli studiosi esperti nel considerare la dissociazione un vasto e differenziato gruppo di manifestazioni psicopatologiche, sostenute da processi psicopatogenetici differenti anche se molto intrecciati tra loro, attivati sia dal trauma dello sviluppo che dai singoli eventi traumatici (Brown, 2006; 2011; Lynn *et al.*, 2019; Nijenhuis & Van der Hart, 2011; Van der Hart & Dorahy, 2009; Dalembert *et al.*, 2012; Blue Knot Foundation, 2020; Lanius *et al.*, 2020; Lyssenko *et al.*, 2018; Farina & Imperatori, 2023). I sintomi dissociativi che necessitano di trattamento, oltre che caratterizzare i DD, sono presenti in tutti i disturbi psichiatrici e sono considerati elementi di gravità clinica e scarsa risposta al trattamento (Lebois *et al.*, 2021; Lyssenko *et al.*, 2018, Farina & Imperatori, 2023, Semiz *et al.*, 2014), anche nel caso di trattamenti espositivi per il trauma (Bae *et al.*, 2016). Infatti, i sintomi dissociativi caratterizzano alcuni disturbi post traumatici di maggiore gravità e peggiore prognosi come il complex-PTSD descritto nell'ICD-11 e il sottotipo dissociativo del PTSD del DSM-5.

Per l'accertata molteplicità delle forme della dissociazione e dei sottostanti processi patogenetici non esistono linee guida generali sul trattamento della dissociazione né sono presenti nella letteratura scientifica studi d'efficacia basati su dati empirici controllati se non rari studi sul Disturbo Dissociativo dell'Identità (DDI) con pochi casi studiati. Sono invece presenti rare e sparse indicazioni redatte da panel di clinici esperti quando i sintomi dissociativi sono presenti in altri quadri diagnostici (per lo più correlati a traumi),

come per esempio per dissociazione correlata al trauma complesso come nel caso delle linee guida stilate dalla Blue Knot Foundation (2020) ovvero L'Australian National Centre of Excellence for Complex Trauma del Dipartimento della Salute del governo australiano. Sono presenti, infine, indicazioni per il trattamento del Disturbo Dissociativo dell'Identità (DDI), ovvero il più grave disturbo dissociativo, redatte dall'International Society for the Study of Trauma and Dissociation – ISSTD.

Le differenti forme della dissociazione: disintegrazione, dissociazione strutturale e distacco

Il DSM-5 definisce la dissociazione «la sconnesione* e/o la discontinuità della normale integrazione di coscienza, memoria, identità, emotività, percezione, rappresentazione corporea, controllo motorio e comportamento. I sintomi dissociativi possono potenzialmente colpire ogni area del funzionamento psicologico» (APA, 2013, p. 291). L'ICD-11, analogamente, la definisce come: «involontaria alterazione o discontinuità della normale integrazione di una o più delle seguenti funzioni mentali: identità, percezione, emozioni, pensieri, memorie, controllo dei movimenti corporei o dei comportamenti. L'alterazione o la discontinuità può essere completa ma più comunemente è parziale e può variare da un giorno a un altro o anche da un'ora all'altra» (WHO, 2020).

Come è evidente da queste definizioni la dissociazione è primariamente intesa come una perdita delle capacità integrative in generale, generando manifestazioni differenti a seconda della funzione mentale non più integrata: pertanto a seconda della funzione colpita sarà necessario un diverso approccio (Farina & Imperatori, 2023; Farina & Meares, 2022). Gli studi neuroscientifici indicano che tanto il trauma dello sviluppo quanto i singoli episodi traumatici interferiscono con il normale sviluppo e l'esercizio dei processi di integrazione mentale generando manifestazioni come improvvise disregolazioni emotive e comportamentali, alterazioni dello stato di coscienza e della coscienza di sé, disturbi della memoria, del controllo volontario dei movimenti, delle sensazioni corporee (Teicher *et al.*, 2016; Terepou *et al.*, 2020). Tali alterazioni psicopatologiche non sono considerate difensive ma espressione di un crollo delle capacità integrative che precludono alla dissociazione vera e propria.

Un vasto consenso tra gli studiosi sostenuto da dati clinici ritiene che la riorganizzazione delle strutture di memorie ripetutamente e lungamente frammentate durante lo sviluppo si possano riorganizzare in “parti” non in-

tegrate tra loro (compartimentazione o dissociazione strutturale) che possono emergere sia come memorie relazionali implicite sia come vere e proprie personalità multiple (van der Hart *et al.*, 2006; Sar, 2017). Questo secondo processo patogenetico è ritenuto difensivo poiché dovrebbe prevenire la dissonanza cognitiva eventualmente causata dalla coesistenza di elementi della personalità non integrate e non integrabili (Liotti, 1992, 2009).

Infine, numerosi studi clinici convergono nell'indicare l'esistenza di un terzo processo patogenetico distinto dai primi due che caratterizza le risposte di distacco della coscienza (detachment) come la derealizzazione, la depersonalizzazione e l'anestesia emotiva (Holmes *et al.*, 2005) estremamente diffusi in molti disturbi psichiatrici, soprattutto d'ansia (Lyssenko *et al.*, 2018). La ricerca neuroscientifica suggerisce che alla base dei sintomi di distacco ci sia il ricorso eccessivo e inappropriato a risposte di difesa arcaica mediate dal nervo vago e da una ipermodulazione frontale del sistema limbico, volte a minimizzare l'esperienza diretta di dolore in situazioni di estrema e di inevitabile minaccia (Lanius *et al.*, 2020).

La letteratura scientifica e la pratica clinica consolidata indicano che i tre processi, benché spesso intrecciati, debbano essere trattati con tecniche e strumenti differenti: la disintegrazione con strategie di prevenzione dell'inesco traumatico, modulazione dell'arousal e neuromodulazione; la dissociazione strutturale tramite il lavoro con le parti dissociate; i sintomi di distacco tramite tecniche di grounding e modulazione dell'arousal.

Elementi generali per il trattamento delle diverse forme di dissociazione traumatica

Il documento più vicino a delle linee guida istituzionali per la dissociazione traumatica (DT) in generale è quello dell'agenzia governativa australiana intitolato "Practice Guidelines for Identifying and Treating Complex Trauma-related Dissociation" (Blue Knot Foundation, 2020).

In esso ritroviamo alcune raccomandazioni di carattere generale così riassumibili:

- Avere conoscenza delle svariate forme di DT e porsi in uno stato di sintonizzazione con esse sin dal primo incontro con il paziente e integrare i diversi approcci terapeutici agli aspetti della dissociazione così come vengono descritti nei punti seguenti.
- Saper porre le giuste domande per far emergere le svariate forme della DT. Poiché spesso la DT non è pienamente compresa dai pazienti stessi

(per esempio è possibile non sapere di essere amnestici) è necessario saper individuare amnesie, derealizzazioni e depersonalizzazioni, disregolazioni emotive e comportamentali improvvise, ecc.

- Tenere presente che stati di iperattivazione emotiva possono innescare stati dissociativi. Ciò implica che è necessario monitorare lo stato di attivazione emotiva e vegetativa in modo costante.
- Utilizzare tecniche di grounding e sviluppare skills per la gestione degli stati di distacco.
- Le tecniche di grounding e di imagery devono essere rimodulate nel DDI o nei pazienti con forti fluttuazioni degli stati dell'io non integrati.
- Differenziare tra esperienze spiacevoli e insopportabili. Aiutare il paziente a riconoscere e differenziare le esperienze spiacevoli ma sopportabili da quelle insopportabili legate al trauma complesso.
- Saper riconoscere la frammentazione degli stati di sé, sia attraverso le espressioni di perdita della coerenza autobiografica, la presenza di parti non integrate della personalità ma anche attraverso i cambiamenti del linguaggio non verbale e le fluttuazioni dell'arousal.
- Accettare l'incoerenza del paziente, la comparsa di parti di sé non integrate e la funzione difensiva della compartimentazione dei diversi stati di sé.
- Introdurre e utilizzare l'uso del concetto delle parti di sé sia nel linguaggio con il paziente sia nelle procedure terapeutiche indipendentemente dall'approccio utilizzato.
- Tenere presente che il concetto di "resistenza al trattamento" è spesso inadeguato con pazienti dissociativi.
- Lavorare sui confini della relazione terapeutica tenendo presente che nei pazienti con dissociazione traumatica essi sono molto più labili.
- Tenere presente che le memorie implicite traumatiche possono emergere nella relazione terapeutica tramite l'attivazione dell'attaccamento traumatico.
- Tenere in considerazione l'uso coordinato di tecniche di rilassamento e di neuromodulazione.

Trattamento del Disturbi Dissociativo dell'Identità

L'International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) nel 2011 ha pubblicato la terza revisione delle linee guida pratiche per il trattamento del DDI e del Disturbo Dissociativo Non Altrimenti Specificato (not otherwise specified, DDNOS) sulla base non di dati empirici controllati ma di una consesus conference di clinici esperti.

Il DID e il DDNOS hanno una prevalenza tra l'1 e il 3% nella popolazione generale. Tuttavia essi sono ampiamente sotto-diagnosticati sia per la scarsa preparazione dei clinici che per le difficoltà dei pazienti nel riportare i sintomi principali del disturbo. Il DDI e il DDNOS sono caratterizzati dalla dissociazione strutturale della personalità, ovvero dalla compartimentazione degli elementi della personalità.

Le linee guida pratiche riportano raccomandazioni riassumibili nei seguenti punti:

- Obiettivi terapeutici e raccomandazioni generali. Il clinico deve riconoscere la natura adattativa della molteplicità delle parti di sé del paziente ma non deve incoraggiarne la frammentazione. Il trattamento deve avere l'obiettivo di integrare le parti di sé in modo armonico e la comunicazione tra esse promuovendo un funzionamento mentale ed esistenziale integrato.
- Promuovere la consapevolezza e la comunicazione delle parti è uno degli obiettivi terapeutici tenendo conto di non escludere le parti e le personalità disfunzionali ma accogliendole. Un obiettivo realistico talvolta non è la completa integrazione ma il dialogo tra le parti. Dati empirici indicano che tra il 16 e il 33% dei pazienti ottiene una completa integrazione e che i fattori predittivi sono le caratteristiche del paziente, l'intensità del trattamento e l'uso di diverse strategie
- Il lavoro deve essere condotto secondo un approccio basato su fasi. Le fasi sono: 1. Messa in sicurezza, stabilizzazione e riduzione dei sintomi; 2. Confronto e integrazione delle memorie traumatiche; 3. Integrazione dell'identità e riabilitazione.
- Setting e contesto della terapia. L'intensità del trattamento dipende dalla gravità del paziente e può variare da una volta a settimana sino a tre volte o al trattamento intensivo in regime di ricovero nel caso di pazienti con atti autolesivi o parasuicidari. Prevedere quindi ospedalizzazione anche parziale in strutture residenziali.
- Tipi di intervento. Sono raccomandate la terapia psicodinamica individuale e la TCC solo se integrate ad altre tecniche e approcci. Tra le più appropriate: EMDR, ipnosi, DBT, sensorimotor, tecniche espositive per il trauma con imagery e rescripting, nonché strategie specifiche per i disturbi frequentemente correlati (abuso di sostanze, disturbi alimentari, ecc.). Il trattamento può prevedere interventi di gruppo e familiari.
- Instaurare trattamenti integrati che coinvolgano differenti figure professionali.
- La terapia farmacologica può essere necessaria e raccomandata per i sintomi intercorrenti e focalizzata su di essi (insonnia, depressione, controllo

degli impulsi, aspetti psicotici) prevedendo l'uso di tutte le classi di farmaci (BDZ, AD, stabilizzatori, antipsicotici)

Bibliografia

- Bae H., Kim D. & Park Y.C. (2016). Dissociation predicts treatment response in eye-movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(1): 112-130. DOI: 10.1080/15299732.2015.1037039.
- Brown R.J. (2006). Different types of “dissociation” have different psychological mechanisms. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4): 7-28. DOI: 10.1300/J229v07n04_02.
- Brown R.J. (2011). Commentary on “Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations” by Nijenhuis and Van der Hart. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4): 450-453. DOI: 10.1080/15299732.2011.570237.
- Farina B. & Meares R. (2023). The traumatic disintegration dimension. In Dorahy M.J., Gold S.N. & O’Neil J.A. (eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (II ed., pp. 50-65). London: Routledge.
- Farina B. & Imperatori C. (2024). Are Traumatic Disintegration, Detachment, and Dissociation Separate Pathogenic Processes Related to Attachment Trauma? A Working Hypothesis for Clinicians and Researchers. *Psychopathology*, 57(3): 236-247. DOI: 10.1159/000535191.
- Farina B., Liotti M. & Imperatori C. (2019). The Role of Attachment Trauma and Disintegrative Pathogenic Processes in the Traumatic-Dissociative Dimension. *Frontiers in Psychology*, 10: 933. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00933.
- Holmes E.A., Brown R.J., Mansell W., Fearon R.P., Hunter E.C., Frasquilho F. & Oakley D.A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25(1): 1-23. DOI: 10.1016/j.cpr.2004.08.006.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: summary version. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2): 188-212. DOI: 10.1080/15299732.2011.537248.
- Kezelman C.A. & Stavropoulos P.A. (2020). *Practice Guidelines for Identifying and Treating Complex Trauma-Related Dissociation*. Blue Knot Foundation.
- Lanius R.A., Terpou B.A. & McKinnon M.C. (2020). The sense of self in the aftermath of trauma: lessons from the default mode network in posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1): 1807703. DOI: 10.1080/20008198.2020.1807703.
- Liotti G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5(4): 196-204.
- Lynn S.J., Maxwell R., Merckelbach H., Lilienfeld S.O., Kloet D.V.H. & Miskovic V. (2019). Dissociation and its disorders: Competing models, future directions, and a way forward. *Clinical Psychology Review*, 73: 101755. DOI: 10.1016/j.cpr.2019.101755.
- Lyssenko L., Schmahl C., Bockhacker L., Vonderlin R., Bohus M. & Kleindienst N. (2018). Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *The American Journal of Psychiatry*, 175(1): 37-46. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.17010025.
- Nijenhuis E.R. & van der Hart O. (2011). Dissociation in trauma: a new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4): 416-445. DOI: 10.1080/15299732.2011.570592.

- Şar V. (2017). Parallel-Distinct Structures of Internal World and External Reality: Disavowing and Re-Claiming the Self-Identity in the Aftermath of Trauma-Generated Dissociation. *Frontiers in Psychology*, 8: 216. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00216.
- Semiz U.B., Inanc L. & Bezin C.H. (2014). Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive-compulsive disorder? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(8): 1287-1296. DOI: 10.1007/s00127-013-0787-7.
- Teicher M.H., Samson J.A., Anderson C.M. & Ohashi K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews. Neuroscience*, 17(10): 652-666. DOI: 10.1038/nrn.2016.111.
- Terpou B.A., Densmore M., Théberge J., Frewen P., McKinnon M.C., Nicholson A.A. & Lanius R.A. (2020). The hijacked self: Disrupted functional connectivity between the periaqueductal gray and the default mode network in posttraumatic stress disorder using dynamic causal modeling. *NeuroImage: Clinical*, 27: 102345. DOI: 10.1016/j.nicl.2020.102345.
- van der Hart O. & Dorahy M. (2009). History of the Concept of Dissociation. In Dell P. & O'Neil J.A. (eds.), *Dissociation and Dissociative Disorders: DSM-5 and beyond*. London: Routledge.

Le linee guida internazionali per il trattamento dei disturbi psicologici in età evolutiva



Riccardo Bertaccini*, Nicolaja Girone**,
Valentina Nicolosi***, Ilaria Baiardini****

*Ricevuto il 10 marzo 2024,
accettato il 13 agosto 2024*

Sommario

Questa rassegna include le linee guida internazionali disponibili per il trattamento dei disturbi psicologici in età evolutiva, tutte redatte dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE) britannico. Gli autori hanno scelto di analizzare alcuni fra i disturbi psicologici attualmente più significativi sia in termini di frequenza, intensità e impatto sul funzionamento e sullo sviluppo dei bambini e degli adolescenti, come è noto, il post pandemia da Covid-19 ha comportato un progressivo e costante aumento della richiesta di intervento clinico rivolto ai soggetti in età evolutiva specialmente per casi di: disturbi dell'umore/depressione, ansia sociale, disturbi ossessivi compulsivi; problematiche esternalizzanti (ADHD e disturbi del comportamento anche con condotte antisociali) e disturbi più gravi afferenti all'area degli esordi psicotici. Gli autori di questo articolo hanno deciso, di riportare, per ciascuna di queste aree psicopatologiche, le indicazioni circa la diagnosi e il trattamento presenti nelle linee guida. Inoltre, per ciascun disturbo, stati presi in considerazioni i lavori di metanalisi pubblicati successivamente alle linee guida stesse, in modo da fornire una panoramica aggiornata delle evidenze disponibili.

Parole chiave: età evolutiva, disturbi psicologici, linee guida NICE.

* CTC – Centro di Terapia Cognitiva Forlì, via Orlando Zanchini 31 – 47121 Forlì; e-mail: bertacciniric@gmail.com.

** Università degli Studi di Milano, via Festa del Perdono 7 – 20100 Milano; e-mail: nicolajagirone@hotmail.it.

*** Centro di Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e Obesità, corso Porta Nuova, 32 – 37122 Verona; e-mail: valentina.nicolosi@hotmail.com.

**** Università di Genova, Via Balbi 5 – 16136 Genova; e-mail: ilaria.baiardini@libero.it.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 54/2024
DOI: 10.3280/qpc54-2024oa18657

International guidelines for the treatment of psychological disorders in developmental age

Abstract

This review includes the international guidelines available for the treatment of psychological disorders for Children and Adolescents, all the guidelines are drawn up by the British National Institute for Health and Care Excellence (NICE). The authors have chosen to analyze some of the currently most significant psychological disorders both in terms of frequency, intensity and impact on the functioning and development of children and adolescents. As is known, the post-Covid-19 pandemic has led to a progressive and constant increase in the request for clinical intervention aimed at subjects of developmental age, especially in cases of: mood disorders/depression, social anxiety, obsessive compulsive disorders; externalizing problems (ADHD and behavioral disorders including antisocial conduct) and more serious disorders relating to the area of psychotic onset. The authors of this article have decided to report, for each of these psychopathological areas, the indications regarding diagnosis and treatment present in the guidelines. Furthermore, for each disorder, the meta-analysis works published after the guidelines themselves were taken into consideration, in order to provide an updated overview of the available evidence.

Keywords: developmental age, psychological disorders, NICE guidelines.

La depressione nei bambini e nei giovani: identificazione e gestione

Le Linee Guida NICE per la depressione sono state pubblicate nel 2019 (NICE, 2019). Esse sono basate sul modello della cura graduale, con l'obiettivo di migliorare il riconoscimento e la valutazione e a promuovere trattamenti efficaci per la depressione nella fascia d'età 5-18 anni.

Trattamenti per la depressione lieve

Per i bambini di età compresa tra 5 e 11 anni con depressione lieve che continua dopo 2 settimane di vigile attesa e senza significativi problemi di comorbidità o idee o piani suicidi attivi, considerare le seguenti opzioni adattate al livello di sviluppo secondo necessità:

- terapia cognitivo-comportamentale digitale (CBT);
- gruppo CBT;
- terapia di supporto non direttiva di gruppo (NDST);
- Psicoterapia interpersonale di gruppo (IPT).

Se queste opzioni non soddisfano le esigenze cliniche del bambino o non sono adatte alle sue circostanze, considerare quanto segue adattato al livello di sviluppo secondo necessità:

- terapia familiare basata sull'attaccamento;
- CBT individuale.

Per i ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione lieve che continua dopo 2 settimane di vigile attesa e senza significativi problemi di comorbidità o idee o piani suicidi attivi, offrire una scelta tra le seguenti terapie psicologiche per un periodo limitato (da 2 a 3 mesi circa):

- CBT digitale;
- gruppo CBT;
- gruppo NDST;
- gruppo IPT.

Se le opzioni della raccomandazione non soddisfano le esigenze cliniche di un bambino di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione lieve o non sono adatte alle loro circostanze, considerare:

- terapia familiare basata sull'attaccamento;
- CBT individuale.

L'analisi dell'evidenza per i ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione lieve ha mostrato che la CBT digitale (nota anche come CBT online o CBT computerizzata), le terapie di gruppo (CBT di gruppo, psicoterapia interpersonale di gruppo [IPT], e terapia di supporto non direttiva di gruppo [NDST]), la CBT individuale hanno ridotto i sintomi della depressione o migliorato lo stato funzionale entro la fine del trattamento e fino a 6 mesi dopo rispetto a un gruppo di controllo.

In alcuni casi, come la CBT digitale, questi effetti positivi persistono per più di 6 mesi, ma non sempre sono disponibili informazioni sugli effetti a lungo termine. La CBT digitale è stata anche migliore di altre terapie psicologiche nel ridurre i sintomi della depressione a lungo termine.

Il comitato NICE ha deciso di basare le raccomandazioni per le terapie psicologiche sull'efficacia clinica e sui costi. I costi medi stimati per la CBT digitale e la terapia di gruppo (CBT, IPT e NDST) erano inferiori a quelli per la CBT individuale e la terapia familiare. Tenendo conto dell'entità dell'effetto, del costo stimato e della dimensione della base di prove, il comitato

NICE ha convenuto che la scelta tra CBT digitale, IPT di gruppo, NDST di gruppo o CBT di gruppo dovrebbe essere offerta per prima.

La CBT individuale e la terapia familiare erano tra le opzioni più costose. La CBT individuale ha avuto un effetto minore sui sintomi della depressione rispetto alla CBT digitale o alla terapia di gruppo (CBT, IPT o NDST). La CBT individuale ha avuto un effetto significativo sullo stato funzionale; questo risultato è stato riportato solo in uno studio che ha reclutato giovani con depressione e altre comorbidità. Il comitato NICE ha riconosciuto che la CBT digitale, la CBT di gruppo, l'IPT di gruppo e la NDST di gruppo potrebbero non essere adatte a tutti e che la CBT individuale andrebbe considerata in queste situazioni.

L'evidenza per le terapie psicologiche per i bambini di età compresa tra 5 e 11 anni era limitata alla terapia cognitivo-comportamentale di gruppo (CBT) e sebbene i sintomi della depressione fossero ridotti alla fine del trattamento rispetto gruppo di controllo, questo non è stato mantenuto a lungo termine. Di conseguenza, le Linee NICE raccomandano gli stessi interventi risultati efficaci nei ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni per questa fascia di età, ma adattati alla loro età e livello di sviluppo.

Il comitato NICE ha formulato una raccomandazione di ricerca volta a studiare l'efficacia dell'intervento comportamentale rispetto ad altre terapie psicologiche. Hanno convenuto che l'intervento comportamentale può soddisfare i bisogni di alcuni bambini e giovani con depressione che non sono già coperti dalle altre terapie psicologiche raccomandate. In particolare, potrebbe essere adatto a bambini e giovani che non aderiscono ai concetti di CBT e bambini e giovani con difficoltà di apprendimento o disturbi del neurosviluppo.

Trattamenti per la depressione da moderata a grave

Terapie psicologiche per bambini di età compresa tra 5 e 11 anni

Per i bambini di età compresa tra 5 e 11 anni con depressione da moderata a grave, considerare le seguenti opzioni adattate al livello di sviluppo secondo necessità:

- IPT familiare;
- terapia familiare (trattamento incentrato sulla famiglia per la depressione infantile e terapia familiare integrativa dei sistemi);
- psicoterapia psicodinamica;
- CBT individuale.

Nonostante le prove limitate per i bambini di età compresa tra 5 e 11 anni, il comitato NICE ha convenuto che il trattamento era importante per questi bambini piccoli. Hanno convenuto di raccomandare i trattamenti (terapia familiare, IPT su base familiare e psicoterapia psicodinamica) per i quali c'erano alcune prove. Hanno specificato i tipi di terapia familiare utilizzati negli studi (trattamento incentrato sulla famiglia per la depressione infantile e terapia familiare integrativa dei sistemi). Hanno anche incluso la CBT individuale nella raccomandazione perché era il trattamento più efficace per i ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione da moderata a grave e hanno concordato sul fatto che i bambini più maturi potrebbero trarre beneficio da questo intervento.

Terapie psicologiche per ragazzi dai 12 ai 18 anni

Per i ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione da moderata a grave, offrire la CBT individuale per almeno 3 mesi.

Se la CBT individuale non soddisfa le esigenze cliniche di un paziente di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione da moderata a grave o non è adatta alle sue circostanze, considerare le seguenti opzioni:

- IPT-A (IPT per adolescenti);
- terapia familiare (basata sull'attaccamento o sistemica);
- breve intervento psicosociale;
- psicoterapia psicodinamica.

In un'analisi di un ampio corpus di prove per ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione da moderata a grave, la CBT individuale è risultata migliore nel ridurre i sintomi della depressione e nel migliorare lo stato funzionale, la qualità della vita e le idee suicidarie rispetto alla lista d'attesa/nessun trattamento, o le cure abituali. Ha anche aumentato la remissione alla fine del trattamento rispetto al controllo dell'attenzione e ad altre terapie (come la terapia familiare). Sulla base della dimensione di questi effetti, del numero di risultati che mostrano un miglioramento e della dimensione della base di prove, il comitato NICE ha convenuto di raccomandare la CBT individuale come trattamento di prima linea per i giovani con depressione da moderata a grave.

Tuttavia, ha riconosciuto che la CBT individuale potrebbe non essere adatta o soddisfare i bisogni di tutti i giovani con depressione da moderata a grave e quindi ha convenuto che altre terapie (IPT-A [IPT per adolescenti],

terapia familiare, intervento psicosociale breve [BPI] e la psicoterapia psicodinamica) potrebbero essere considerate opzioni di seconda linea perché c'erano alcune prove a sostegno, ma questo era meno certo.

L'IPT-A e la terapia familiare hanno entrambi aumentato lo stato funzionale e i sintomi della depressione alla fine del trattamento rispetto al gruppo di controllo o alle cure abituali (4 studi ciascuno). La terapia familiare era anche migliore nell'indurre la remissione alla fine del trattamento rispetto al controllo dell'attenzione.

Lo studio IMPACT non è stato in grado di rilevare una differenza tra BPI, psicoterapia psicodinamica e CBT individuale in una gamma di risultati e tempi di follow-up per ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione da moderata a grave. Il comitato NICE ha convenuto che il BPI potrebbe essere considerato un'opzione quando la CBT individuale non è adatta. Ma hanno riconosciuto che ulteriori ricerche sarebbero utili per determinare l'efficacia del BPI quando erogato da una gamma più ampia di professionisti meno anziani e in altri contesti come l'assistenza primaria.

La psicoterapia psicodinamica ha aumentato la remissione alla fine del trattamento rispetto al controllo dell'attenzione o alla terapia familiare e al rilassamento. Tuttavia, non c'erano prove per lo stato funzionale e la psicoterapia psicodinamica non era più efficace del controllo nell'alleviare i sintomi della depressione o nel migliorare la qualità della vita dopo il trattamento. I dati per questa analisi provenivano dallo studio IMPACT, che non ha riscontrato differenze rilevabili tra l'efficacia della psicoterapia psicodinamica e la CBT individuale in una serie di risultati e tempi di follow-up. Tuttavia, una seconda prova di questo intervento è stata identificata con partecipanti che abbracciavano entrambi i gruppi di età. È stato incluso nell'analisi per i bambini di età compresa tra 5 e 11 anni. Il comitato NICE ha deciso di non raccomandare la psicoterapia psicodinamica come opzione di prima linea perché non era migliore del controllo nel ridurre i sintomi della depressione alla fine del trattamento e c'erano solo due studi che includevano questo intervento.

Inoltre ha riconosciuto che c'erano meno studi sulla terapia familiare, IPT-A e psicoterapia psicodinamica rispetto alla CBT individuale e gli studi esistenti mancavano di dati per i tempi di follow-up successivi o non coprivano l'intera gamma di risultati di interesse. Il comitato NICE voleva più prove a sostegno del loro uso nei giovani con depressione da moderata a grave e quindi ha formulato una raccomandazione di ricerca per esaminare l'efficacia relativa di questi interventi rispetto l'uno all'altro e alla CBT individuale.

Il comitato NICE ha convenuto che l'intervento comportamentale può

soddisfare i bisogni specifici di alcuni bambini e giovani affetti da depressione. In particolare, potrebbe essere adatto a coloro che potrebbero non aderire ai concetti di CBT e bambini e giovani con difficoltà di apprendimento o disturbi del neurosviluppo. Hanno formulato una raccomandazione di ricerca per informare la pratica futura.

Breve intervento psicosociale

Questo intervento si basa sul breve intervento psicosociale (BPI) effettuato nello studio IMPACT (Goodyer *et al.*, 2017).

I componenti principali di BPI includono:

- psicoeducazione sulla depressione e attività interpersonali orientate all'azione, focalizzate sugli obiettivi come strategie terapeutiche;
- costruire abitudini di salute;
- pianificare e programmare attività di valore;
- consigli sul mantenimento e sul miglioramento dell'igiene mentale e fisica, compresi il sonno, la dieta e l'esercizio fisico;
- promuovere l'impegno e mantenere il lavoro scolastico e le relazioni tra pari e diminuire la solitudine.

BPI non coinvolge tecniche analitiche cognitive o riflessive.

CBT digitale

La CBT digitale è una forma di CBT fornita utilizzando la tecnologia digitale, come un computer, un tablet o un telefono. Una varietà di programmi CBT digitali è stata utilizzata per i giovani di età compresa tra 12 e 18 anni con depressione lieve. Alcuni interventi di CBT digitale sono supportati dal contatto con un operatore sanitario, ma in altri casi potrebbe non esserci supporto aggiuntivo.

I componenti comuni dei programmi CBT digitali includono: psicoeducazione, rilassamento, analisi del comportamento, attivazione comportamentale, comunicazione di base e abilità interpersonali, riconoscimento emotivo, gestione delle emozioni forti, risoluzione dei problemi, ristrutturazione cognitiva (identificazione dei pensieri, messa in discussione di pensieri inutili/negativi), consapevolezza e prevenzione delle ricadute.

Meta-analisi

È stata condotta un'analisi degli ultimi aggiornamenti della letteratura sull'efficacia degli interventi per il trattamento della depressione in età evolutiva, considerando le meta-analisi pubblicate dal 2013 a oggi. L'analisi ha prodotto 25 record. Di questi 11 sono stati esclusi in quanto comprendevano partecipanti:

- maggiorenni; (n=7);
- con sintomi PTSD (n=2);
- con agiti autolesionistici (n=2).

Sono stati quindi considerate 14 meta-analisi, che vengono sintetizzate di seguito.

Superiorità della Psicoterapia rispetto ai controlli non attivi

Diversi studi indicano che la psicoterapia, inclusa la Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), sia più efficace dei controlli non attivi, come le liste d'attesa o i trattamenti usuali, nel trattamento della depressione, anche subclinica, in età evolutiva (Alozkan *et al.*, 2023; Wuthrich *et al.*, 2023). Nello specifico, interventi di psicoterapia sembrano ridurre del 48% la probabilità di sviluppare un disturbo depressivo nel gruppo di intervento rispetto a quello di controllo (Cuijpers *et al.*, 2023).

Efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) si conferma come un trattamento efficace per la depressione nei giovani (Rith-Najarian *et al.*, 2019), con tassi di remissione variabili dal 50.7% al 77.4% al termine del trattamento (Wergeland *et al.*, 2021). In alcuni studi la CBT è risultata essere migliore di altre forme di psicoterapia (Wuthrich *et al.*, 2023; Zhang *et al.*, 2023; Eckshtain *et al.*, 2020).

L'analisi della letteratura riporta tuttavia risultati contrastanti. Fulambarkar e colleghi (2022) hanno evidenziato che gli interventi basati sulla mindfulness (MBI) per la depressione in setting scolastici con alunni dai 12 ai 18 anni sono efficaci se confrontati con controlli passivi ma non se confrontati con controlli attivi. Uno studio di Eckshtain (2020) ha identificato effetti significativamente

maggiori per la Psicoterapia Interpersonale (IPT) rispetto alla CBT. Ciò indica l'importanza di condurre ulteriori studi che esplorino anche le variabili moderatori dell'efficacia dei trattamenti. Approcci diversi potrebbero essere più o meno indicati per pazienti con caratteristiche diverse. Ad esempio, per alcuni giovani, concentrarsi sull'impegno comportamentale e sulle cognizioni tramite la CBT potrebbe essere particolarmente efficace; per altri, focalizzarsi sulle abilità interpersonali tramite l'IPT potrebbe risultare più utile.

Focus sulla durabilità dei benefici nel tempo

È fondamentale scegliere dei trattamenti che siano efficaci non solo sulla riduzione dei sintomi durante il trattamento, ma anche sulla prevenzione delle ricadute nel tempo. Diversi studi, inclusi quelli condotti da (Rith-Najarian *et al.*, 2019; Wuthrich *et al.*, 2023; Cuijpers *et al.*, 2023; Wergeland *et al.*, 2021), hanno evidenziato miglioramenti significativi nei sintomi sia al termine della psicoterapia (approcci eterogenei) che a lungo termine, ossia fino a 6 e 12 mesi successivi. Approcci terapeutici come la IPT (Eckshtain *et al.*, 2020) e la CBT (Rith-Najarian *et al.*, 2019) sono emersi come strategie efficaci per mantenere i benefici nel lungo periodo (rispettivamente, follow-up medio di 42 settimane e di 12 mesi).

Tuttavia, il beneficio a lungo termine può variare a seconda del tipo di terapia utilizzata. Ad esempio, Cuijpers e colleghi (2021) non hanno trovato un effetto significativo sull'incidenza dei disturbi depressivi al follow-up, ma ciò potrebbe essere attribuibile al basso numero di studi e alla bassa potenza statistica.

Tassi di abbandono – drop-out

La letteratura riporta tassi di abbandono diversi. Wright *et al.*, 2021 hanno stimato un tasso complessivo di abbandono del 15.6%, per interventi diversi di psicoterapia; del 13.1% per la CBT computerizzata; e del 4.3% per l'IPT. Wergeland e colleghi (2021) riportano un tasso di abbandono della CBT standard del 7.1%.

L'abbandono sembra diminuire all'aumentare del numero di sessioni di intervento. Potrebbe essere che i partecipanti si sentano più incoraggiati o validati dalla disponibilità di più sessioni, impegnandosi di più nel percorso terapeutico. Inoltre, potrebbe esserci più tempo per consolidare nuove idee o costruire una solida alleanza terapeutica grazie a un maggiore contatto nel tempo.

Moderatori dell'efficacia dell'intervento

Diverse variabili, interne o esterne al paziente, possono influenzare l'efficacia della psicoterapia.

In generale, gli interventi sono più efficaci se condotti da clinici esperti rispetto ad altri operatori, come ad esempio insegnanti o infermieri (Zhang *et al.*, 2023; Ma *et al.*, 2020).

Non sembra esserci un effetto significativo per il formato del trattamento, suggerendo che i benefici della psicoterapia, sebbene modesti, siano simili tra formati individuali, di gruppo e misti (Eckshtain *et al.*, 2020).

Per quanto riguarda le variabili intrapsichiche, scarse abilità di coping e maggiore autolesionismo non suicidario sono associate a un esito peggiore nella CBT (Kunas *et al.*, 2021). Diversi studi mostrano che la gravità pre-trattamento modera negativamente il tasso di remissione (Wergeland *et al.*, 2021; Kunas *et al.*, 2020). È plausibile che la gravità dei sintomi sia associata ad altre caratteristiche che potrebbero interferire con il successo della CBT nei disturbi internalizzanti, come una depressione più biologicamente determinata, una progressione più cronica, un'ansia di tratto più elevata o bassi livelli di autoefficacia.

Infine, l'età e il livello di scolarità sono dei moderatori marginalmente significativi, con gli interventi che sono risultati più efficaci sulla popolazione delle scuole secondarie rispetto a quella delle scuole elementari (Zhang *et al.*, 2023; Cuijpers *et al.*, 2021; Wergeland *et al.*, 2021).

Farmaci e psicoterapia

Secondo Zhou *et al.*, nessuna farmacoterapia da sola sembra essere più efficace della psicoterapia da sola.

Gli studi di Xiang *et al.* (2022) evidenziano che, in pazienti con diagnosi di disturbo depressivo di gravità moderato-severa, l'associazione di Fluoxetina o terapie farmacologiche non-SSRI con la CBT risulta più efficace nel breve termine rispetto ad altre opzioni di trattamento attive (farmacoterapia, psicoterapie e placebo + psicoterapia). La Fluoxetina associata alla CBT è risultata più efficace della CBT da sola e della terapia psicodinamica (*idem*). Anche gli studi di Wuthrich e colleghi (2023) giungono alla conclusione che l'impiego di psicofarmaci come la Fluoxetina possa essere un'opzione aggiuntiva nel trattamento dei disturbi internalizzanti nei giovani pazienti. L'assunzione di Fluoxetina, così come di Nefazodone, sembra anche avere buoni tassi di accettabilità e ridotte percentuali di drop-out rispetto a Sertralina, Imipramina e Desipramina.

La Nortriptilina sembra invece essere meno efficace rispetto alla maggior parte degli interventi attivi nel trattamento dei disturbi internalizzanti (Zhou *et al.*, 2020).

Infine la Venlafaxina è stata associata a un rischio significativamente aumentato di comportamenti o ideazioni suicidarie rispetto al placebo in pillole e rispetto a dieci altri interventi (Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Fluoxetina e CBT, Duloxetina, Imipramina, terapia familiare, Desvenlafaxina, CBT, placebo in pillole associato a CBT).

Conclusioni

L'analisi sugli interventi per la depressione giovanile conferma l'efficacia della psicoterapia, in particolare della CBT, ma anche di approcci alternativi come l'IPT e gli interventi basati sulla mindfulness. È essenziale scegliere trattamenti che mantengano benefici nel tempo e che siano associati a ridotti tassi di abbandono.

È stato dimostrato come variabili come l'esperienza del clinico, l'età e le capacità di coping del paziente e la gravità iniziale dei sintomi influenzano l'efficacia degli interventi.

L'associazione di farmaci come la Fluoxetina con la CBT appare efficace per la depressione moderata-severa.

È importante specificare che i risultati riportati nelle meta-analisi potrebbero essere sovrastimati dal bias di pubblicazione degli studi a esito favorevole. La comparazione delle meta-analisi è resa a oggi ancora complessa in quanto presentano significative differenze nel disegno dello studio e pochi studi riportano dati relativi ai follow-up.

Psicosi e schizofrenia nei bambini e nei giovani: riconoscimento e gestione

Le linee guida NICE sono state pubblicate nel 2013 e aggiornate 3 anni dopo (NICE, 2013). Il loro obiettivo è quello di migliorare il riconoscimento precoce della psicosi e della schizofrenia, in modo che ai bambini e ai giovani possano essere offerti gli interventi più efficaci per poter convivere con questa condizione.

Sono stati sperimentati numerosi interventi nel tentativo di prevenire lo sviluppo di psicosi, compresi farmaci, interventi psicologici e altri interventi. Dopo il primo episodio di psicosi, l'intervento della famiglia in ag-

giunta ai farmaci antipsicotici riduce sostanzialmente e significativamente i tassi di recidiva. Un singolo piccolo studio che combinava il trattamento familiare della CBT con la CBT individuale senza trattamento antipsicotico ha suggerito un'importante riduzione dei tassi di transizione alla prima psicosi.

Attualmente, il cardine del trattamento è rappresentato dai farmaci antipsicotici, ma i potenziali effetti avversi sono tali che vi è un notevole impulso a sviluppare strategie terapeutiche alternative per consentire dosi più basse o per eliminare completamente la necessità di farmaci. È stato riconosciuto che gli interventi psicologici in aggiunta ai farmaci antipsicotici hanno un ruolo importante da svolgere nel trattamento della schizofrenia. La linea guida NICE CG82 ha identificato l'intervento familiare e la CBT come trattamenti aggiuntivi.

Inoltre, c'è stato un recente studio positivo sulla CBT come trattamento di prima linea, senza antipsicotici, per i giovani nelle prime fasi della psicosi.

Opzioni di trattamento per casi di esordio psicotico

Per bambini e ragazzi esordio psicotico vengono indicati: farmaci antipsicotici orali in combinazione con interventi psicologici (intervento familiare con CBT individuale).

Come erogare interventi psicologici

Quando si effettuano interventi psicologici per bambini e giovani con psicosi o schizofrenia, tenere conto del loro livello di sviluppo, maturità emotiva e capacità cognitiva, compresi eventuali difficoltà di apprendimento, problemi di vista o udito o ritardi nello sviluppo del linguaggio.

L'intervento con la famiglia dovrebbe:

- includere il bambino o il giovane con psicosi o schizofrenia, se possibile
- essere effettuato per un periodo compreso tra 3 mesi e 1 anno
- includere almeno 10 sessioni pianificate che hanno una specifica funzione di supporto, educativa o terapeutica e comprendono un lavoro negoziato di risoluzione dei problemi o di gestione delle crisi.

La CBT dovrebbe essere erogata su base individuale per almeno 16 sessioni pianificate (sebbene potrebbe essere necessario più tempo) e seguire

un manuale di trattamento in modo che i bambini e i giovani possono stabilire collegamenti tra i loro pensieri, sentimenti o azioni e i loro sintomi e/o funzionamento attuali o passati; la rivalutazione delle percezioni, convinzioni o ragionamenti del bambino o del giovane si riferisce ai sintomi target.

Includere anche almeno uno dei seguenti componenti:

- normalizzazione, portando alla comprensione e all'accettabilità della loro esperienza;
- monitoraggio nei bambini e giovani dei propri pensieri, sentimenti o comportamenti rispetto ai propri sintomi o al loro ripetersi;
- promuovere modi alternativi di affrontare il sintomo;
- riducendo il disagio;
- migliorare il funzionamento.

Successivi episodi acuti di psicosi o schizofrenia

Per i bambini e i giovani con esacerbazione acuta o recidiva di psicosi o schizofrenia:

- offrire farmaci antipsicotici orali in combinazione con interventi psicologici (intervento familiare con CBT individuale);
- offrire un intervento familiare a tutte le famiglie di bambini e giovani affetti da psicosi o schizofrenia, in particolare per prevenire e ridurre le ricadute; questo può essere iniziato durante la fase acuta o successivamente, anche in regime di ricovero;
- offrire la CBT a tutti i bambini e i giovani affetti da psicosi o schizofrenia, in particolare per la riduzione dei sintomi; questo può essere iniziato durante la fase acuta o successivamente, anche in regime di ricovero;
- considerare anche l'impiego di eventuali terapie artistiche (ad esempio, movimento di danza, musica o arteterapia o drammaterapia) per tutti i bambini e i giovani affetti da psicosi o schizofrenia, in particolare per alleviare i sintomi negativi; questo può essere iniziato durante la fase acuta o successivamente, anche in regime di ricovero.

Quando gli interventi psicologici, comprese le terapie artistiche, vengono avviati nella fase acuta (anche in ambito ospedaliero), l'intero ciclo deve essere continuato dopo la dimissione senza inutili interruzioni.

Meta-analisi

Dalle linee guida NICE del 2013 fino all'aggiornamento di maggio 2024, sono stati pubblicati pochi nuovi studi sull'efficacia degli interventi psicologici, farmacologici e altri, volti alla prevenzione e al trattamento della psicosi nei bambini e negli adolescenti.

Una revisione sistematica e meta-analisi condotta da Stafford e colleghi (2013) ha esaminato l'efficacia degli interventi psicologici, farmacologici e nutrizionali in una popolazione di giovani a elevato rischio di psicosi, che presentavano sintomi prodromici. Lo studio ha incluso 11 trial controllati randomizzati con un totale di 1246 soggetti, di età media 21 anni. I risultati hanno evidenziato che la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) ha mostrato un'efficacia moderata, riducendo il rischio di transizione alla psicosi del 46% dopo 12 mesi di follow-up. Al contrario, gli interventi di psicoterapia integrata hanno mostrato una minore efficacia. Inoltre, risultano scarse le evidenze di efficacia in merito all'uso di acidi grassi Omega-3 nella riduzione del rischio di transizione alla psicosi a 12 mesi di follow up (Stafford *et al.*, 2013).

Correl e colleghi (2018) hanno analizzato 10 trial clinici randomizzati per confrontare l'efficacia dei servizi di intervento precoce rispetto al trattamento standard (NICE, 2013) nei disturbi psicotici in fase iniziale. Il campione complessivo era costituito da 2.176 pazienti con un'età media dei partecipanti di 27.5 anni, seguito per una durata media dello studio di 16.2 mesi. Gli interventi precoci includono: CBT, supporto familiare e psicoeducazione, terapia familiare, interventi per il sostegno al lavoro e all'istruzione e interventi di social skill training. I risultati hanno mostrato dati di superiorità degli interventi psicologici presi in esame rispetto al trattamento standard per i disturbi psicotici nelle fasi iniziali. Tuttavia, gli autori non hanno confrontato l'efficacia dei singoli interventi (Correl *et al.*, 2018).

Catalan e colleghi (2020) hanno condotto una revisione sistematica e meta-analisi includendo studi fino a ottobre 2019, con 87 articoli nella revisione e 24 nella meta-analisi. La popolazione esaminata comprendeva 4667 individui con età media di 15.6 anni che presentava un rischio clinico elevato di sviluppare psicosi. Per quanto riguarda l'efficacia degli interventi psicoterapeutici, solo due studi randomizzati controllati (RCT) hanno analizzato l'efficacia della CBT rispetto alla terapia riflessiva non direttiva, un tipo di counseling centrato sulla persona. I risultati non hanno confermato l'efficacia di questi trattamenti nel prevenire la transizione alla psicosi. Tuttavia, ulteriori RCT hanno suggerito l'efficacia degli interventi familiari nel mitigare i sintomi psicotici e nel migliorare il funzionamento generale degli adolescenti a rischio. Infine, un altro studio RCT ha valutato l'efficacia della supplementa-

zione con acidi grassi omega-3, mostrando risultati promettenti, sebbene tali risultati non siano stati successivamente confermati in studi su popolazioni adulte (Catalan *et al.*, 2020).

Infine, Devoe e colleghi (2020) hanno realizzato una meta-analisi che ha incluso 38 studi, con l'obiettivo di valutare l'impatto dei diversi trattamenti sulla transizione alla psicosi. Il campione esaminato comprendeva 3.489 soggetti con un'età media di 19 anni, variando tra i 15 e i 27 anni. Le analisi hanno considerato i seguenti trattamenti: terapia psicologica integrata, CBT, terapia di supporto, terapia familiare, supplementazione con Omega-3, Risperidone in combinazione con CBT e altri trattamenti antipsicotici come Ziprasidone e Olanzapina. I risultati principali hanno mostrato che la CBT ha ridotto significativamente la transizione alla psicosi nei follow-up di 12 e 18 mesi. Tuttavia, le network meta-analisi analizzate nello studio non hanno identificato differenze significative tra gli interventi presi in esame nel ridurre la transizione alla psicosi rispetto ad altre forme di trattamento farmacologico (NICE, 2013). Per quanto riguarda gli interventi farmacologici, il Risperidone, in combinazione con la CBT, ha mostrato una riduzione significativa nei tassi di transizione alla psicosi a sei mesi in uno degli studi. Questa evidenza, però, non è stata confermata nei follow-up successivi o nelle network analisi. Le terapie con Olanzapina e altri antipsicotici non hanno mostrato una superiorità significativa nel ridurre la transizione alla psicosi rispetto ad altre terapie. Inoltre, gli interventi con modulatori del recettore N-metil-D-aspartato (NMDAR) non hanno dimostrato una riduzione significativa nella transizione alla psicosi rispetto al placebo, con un numero limitato di studi che, tuttavia, restringe la possibilità di trarre conclusioni definitive (Devoe *et al.*, 2020).

Disturbo da deficit di attenzione e iperattività: diagnosi e gestione

Le linee guida NICE per l'identificazione e il trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività sono state pubblicate nel 2018 e aggiornate l'anno successivo.

Gestione dell'ADHD – pianificazione del trattamento

Il comitato NICE ha riconosciuto che l'uso sistematico delle modifiche ambientali è importante per limitare l'impatto dei sintomi dell'ADHD. Inoltre ha convenuto che l'effetto delle modifiche ambientali dovrebbe essere riesaminato e preso in considerazione quando si considerano altre opzioni di trattamento.

Gestione dell'ADHD – bambini sotto i 5 anni

In un bambino molto piccolo, l'impatto dei sintomi dell'ADHD sul comportamento viene valutato in diversi contesti. L'evidenza ha mostrato un beneficio clinicamente importante su alcune misure dei sintomi di un programma di formazione dei genitori di gruppo incentrato sull'ADHD per bambini di età inferiore a 5 anni (PARENT TRAINING).

C'erano prove limitate sull'efficacia dei farmaci e, a causa delle preoccupazioni e della mancanza di prove sugli effetti a lungo termine dei farmaci nei bambini molto piccoli, in particolare in termini di crescita e sviluppo, il comitato NICE ha convenuto di raccomandare un intervento di gruppo per genitori (parent training) come trattamento di prima linea. Tuttavia, ha convenuto che l'ADHD non trattato può avere impatti negativi di vasta portata e di lunga durata sulla vita di un bambino e alcuni bambini possono ancora avere un danno significativo dopo il programma e le modifiche ambientali.

Gestione dell'ADHD – bambini oltre i 5 anni e giovani

L'evidenza ha indicato che alcuni genitori e tutori di bambini di età pari o superiore a 5 anni e giovani possono beneficiare del sostegno di gruppo. Dopo aver discusso delle buone pratiche attuali e aver considerato l'equilibrio tra benefici e costi, il comitato NICE ha deciso di raccomandare di offrire un supporto aggiuntivo che potrebbe essere un supporto incentrato sull'ADHD basato su gruppi e solo 1 o 2 sessioni per genitori e tutori di tutti i bambini e giovani con ADHD.

L'evidenza ha mostrato il beneficio dei farmaci in questo gruppo di età nel miglioramento dei sintomi dell'ADHD.

Il comitato NICE ha riconosciuto che ci sono preoccupazioni sulla raccomandazione di farmaci per l'ADHD e in particolare l'incertezza sugli effetti avversi a lungo termine dei farmaci nei bambini in crescita. Tuttavia, ha convenuto che l'ADHD non trattato può avere impatti negativi di vasta portata e di lunga durata sulla vita di un bambino o di un giovane (ad esempio, influenzando il rendimento scolastico, le relazioni interpersonali, il lavoro, i problemi personali, l'uso di sostanze e la guida). I farmaci offrono un migliore equilibrio tra benefici e costi rispetto agli interventi non farmacologici, quindi il comitato NICE ha accettato di raccomandarlo quando i sintomi dell'ADHD sono persistenti e causano ancora una compromissione significativa in almeno un dominio della vita quotidiana nonostante l'implementazione e la revisione delle modifiche ambientali. Il comitato NICE era

consapevole delle implicazioni dei farmaci in questa giovane popolazione e ha formulato diverse raccomandazioni per garantirne un uso responsabile. Questi includono raccomandazioni su:

- verificare che siano state apportate modifiche ambientali prima di iniziare la terapia
- effettuare un'approfondita valutazione di base
- garantire che i farmaci siano iniziati solo da operatori sanitari con formazione ed esperienza nella diagnosi e nella gestione dell'ADHD
- revisione precoce del farmaco per ottimizzarne l'uso (compreso il controllo degli effetti avversi)
- revisione regolare per garantire che la terapia venga continuata solo per il tempo necessario
- offrendo supporto incentrato sull'ADHD per tutti i bambini e i giovani con ADHD.

La combinazione di un programma completo di formazione dei genitori con i farmaci non ha offerto un buon equilibrio tra benefici e costi per tutti i bambini e i giovani in questa fascia di età, quindi il comitato NICE ha deciso di non formulare una raccomandazione in merito.

Alcune prove hanno mostrato un beneficio della terapia cognitivo comportamentale (CBT) nei giovani con ADHD. Il comitato NICE ha convenuto che ciò dovrebbe essere preso in considerazione quando un giovane ha beneficiato di farmaci ma presenta ancora sintomi che causano una menomazione significativa. Hanno usato la loro esperienza per consigliare aree che un programma dovrebbe affrontare.

Considerare un corso di terapia cognitivo comportamentale (CBT) per i giovani con ADHD che hanno beneficiato di farmaci ma i cui sintomi stanno ancora causando una compromissione significativa in almeno un dominio, affrontando le seguenti aree:

- abilità sociali con i coetanei;
- risoluzione dei problemi;
- autocontrollo;
- capacità di ascolto attivo;
- affrontare ed esprimere sentimenti.

Le raccomandazioni del 2018 garantiscono che i genitori e i tutori di tutti i bambini e i giovani con ADHD ricevano informazioni e supporto incentrati sull'ADHD (psicoeducazione).

Le raccomandazioni chiariscono che quando un bambino ha sintomi di disturbo oppositivo provocatorio o di disturbo della condotta, ai genitori e ai tutori dovrebbe essere offerto un programma di formazione dei genitori in linea con le raccomandazioni delle linee guida del NICE sul comportamento antisociale e sui disturbi della condotta.

L'attuale categorizzazione dell'ADHD si concentra sulla presenza di una compromissione significativa nei diversi domini della vita quotidiana e in tutti i contesti, piuttosto che utilizzare i termini precedentemente utilizzati di ADHD lieve, moderato e grave.

Meta-analisi

Ad integrazione delle indicazioni contenute nelle linee Guida NICE del 2018 (aggiornate al 2019) riportiamo alcuni studi di metanalisi che si sono occupati dell'efficacia di altri interventi.

Sono state selezionate alcune meta-analisi che hanno evidenziato come risultati efficace per il trattamento dell'ADHD, l'implementazione di programmi basati sulla Mindfulness e altri interventi non farmacologici:

- Xue e collaboratori (2019) hanno condotto una metanalisi su studi per un totale di 682 pazienti in cui emerge un effetto significativo dei programmi MBIs (Mindfulness-based interventions) sulla sintomatologia nucleare dell'ADHD, sia relativamente alla disattenzione che all'iperattività. Gli autori raccomandano ulteriori ricerche rispetto alla tenuta nel tempo del miglioramento che parrebbe dipendere dalla capacità soggettiva di mantenere un atteggiamento mindful.
- Oliva e collaboratori (2021) hanno effettuato una metanalisi da cui emerge come sia negli adulti ma anche nei bambini e adolescenti, gli interventi basati sulla MBIs migliorino le condizioni cliniche e sintomatologiche dei pazienti con ADHD. In particolare, negli adulti sono preferibili protocolli sia di Mindfulness Awareness Practice (MAP) e Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), mentre una combinazione di protocolli di MBCT and Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) sono preferibili per le popolazioni cliniche di età evolutiva. Gli autori raccomandano che, date alcune criticità metodologiche rilevate negli studi analizzati, gli interventi MBIs siano considerati a integrazione di altri interventi e non in sostituzione
- Yi-Chen Lee e collaboratori (2022) hanno svolto una revisione sistematica su 11 studi per evidenziare l'efficacia degli approcci MBIs su popo-

lazione clinica di bambini con diagnosi di ADHD. L'analisi ha messo in evidenza come ci sia un'efficacia significativa di tali programmi a beneficio sia dei sintomi ADHD, delle problematiche esternalizzanti e internalizzanti e sullo stress genitoriale.

- Lambez e collaboratori (2020) hanno condotto una review su studi dal 1980 al 2017, la loro metanalisi alla fine ha analizzato 18 studi che venivano poi suddivisi in 4 tipologie di intervento: neurofeedback, terapia cognitivo comportamentale, terapia cognitiva e esercizi fisici. Le valutazioni hanno fatto emergere come tutti gli interventi forniscano supporto significativo al trattamento del ADHD, lavorando su funzioni e processi specifici come l'attenzione, l'inibizione, la memoria di lavoro e la flessibilità cognitiva. Lo studio indica l'efficacia degli interventi psicologici a integrazione degli interventi farmacologici.
- Guo e collaboratori (2022) hanno condotto una metanalisi per valutare l'efficacia di vari interventi psicologici sui sintomi emotivi come depressione, ansia e disregolazione emotiva nei bambini e negli adulti con ADHD. I risultati hanno messo in luce come gli interventi che hanno come target i contesti relazionali per i bambini con ADHD hanno una buona efficacia su alcuni sintomi emotivi correlati: ad esempio il parent training migliora gli aspetti depressivi e di disregolazione emotiva nei bambini, come anche i Social Skills Training risulta efficace sulla disregolazione emotiva. Per quanto riguarda gli adulti con ADHD, la terapia cognitivo-comportamentale si è rivelata efficace per il miglioramento dei sintomi emotivi sia nel post-intervento che nel follow-up.

Infine, segnaliamo il lavoro di review condotto da Faraone e numerosi collaboratori (2021) che ha condotto metanalisi su studi con più di 2.000 partecipanti per definire meglio il quadro clinico e di intervento su ADHD attraverso le prove di efficacia. Molti risultati sull'ADHD sono supportati da meta-analisi, e questi studi di efficacia consentono di porre affermazioni chiare sulla natura, il corso, le cause dell'esito e le tipologie di trattamenti, che sono utili e funzionali a una corretta comprensione e presa in carico dei pazienti con ADHD.

L'outcome di questo lavoro sono state 208 affermazioni empiricamente supportate sull'ADHD. Lo stato delle affermazioni incluse come empiricamente supportate è approvato da 80 autori di 27 paesi e 6 continenti. I contenuti del lavoro pubblicato sono approvati da 403 esperti che concordano con i suoi contenuti.

Comportamento antisociale e disturbi della condotta nei bambini e nei ragazzi

I disturbi della condotta e i comportamenti antisociali a essi associati, sono i problemi mentali e comportamentali più comuni nei bambini e nei giovani. Secondo due indagini condotte dall'Office of National Statistics (ONS) nel 1999 e nel 2004, la loro prevalenza è del 5% nei bambini e nei ragazzi fra i 5 e i 16 anni. I disturbi della condotta quasi sempre hanno un impatto significativo sul funzionamento e sulla qualità della vita.

La prevalenza dei disturbi della condotta cresce durante l'infanzia ed essi sono più comuni nei maschi che nelle femmine. Ad esempio, il 7% dei bambini e il 3% delle bambine fra i 5 e i 10 anni hanno un disturbo della condotta; nella fascia d'età fra gli 11 e i 16 anni la proporzione sale all'8% dei maschi e al 5% delle femmine.

Sono stati sviluppati diversi interventi per il trattamento dei disturbi della condotta e dei problemi a essi correlati, quali ad esempio programmi di parent training per i più giovani, e approcci multisistemici per i ragazzi più grandi.

Tutti questi interventi presentano tre caratteristiche comuni: una grande attenzione al coinvolgimento dei genitori e della famiglia, il riconoscimento di quanto sia importante tener conto del più ampio sistema sociale per rendere efficaci gli interventi, e un focus sulla prevenzione e sulla riduzione dell'escalation dei problemi.

Tra gli interventi raccomandati dalle linee guida, i programmi di parent training sono quelli meglio definiti.

Il trattamento psicologico dei disturbi della condotta e del comportamento antisociale a essi associati prevede interventi, singoli o in combinazione, che hanno come focus le abilità parentali, il funzionamento familiare, le abilità interpersonali del bambino, le difficoltà scolastiche, l'influenza del gruppo dei pari.

Per ognuna di queste aree di intervento, sono disponibili programmi CBT che si sono dimostrati efficaci ai fini di:

- sviluppare nei genitori aspettative realistiche, aumentare il loro senso di coerenza e di equità e a ridurre il rinforzo di comportamenti negativi;
- migliorare le strategie di problem solving del bambino e dei genitori;
- migliorare la relazione genitori-bambino;
- gestire la rabbia e promuovere le abilità interpersonali del bambino.

Raccomandazioni

Interventi psicosociali: trattamento e prevenzione mirata

Nel 2013 sono state pubblicate le linee guida NICE per il comportamento antisociale e i disturbi della condotta per i bambini e i giovani di età inferiore ai 19 anni (NICE, 2013). Il documento, aggiornato nel 2017, utilizza l'espressione "prevenzione mirata" in riferimento a interventi specifici per individui ad alto rischio che presentino segni o sintomi che possono portare allo sviluppo di un disturbo della condotta, ma che al momento non soddisfano i criteri per una diagnosi di disturbo della condotta.

Gli interventi presenti nelle linee guida NICE sono indicati per bambini e ragazzi che hanno una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio o disturbo della condotta, sono in contatto con il sistema giudiziario o sono stati identificati ad alto rischio di sviluppare un disturbo della condotta sulla base di strumenti formali di valutazione indicati nelle linee guida stesse (Child Behavior Checklist, Strengths and Difficulties Questionnaire, Connors Rating Scales – Revised).

Programmi di parent training

Offrire programmi di parent training di gruppo ai genitori di bambini e ragazzi di età compresa fra i 3 e gli 11 anni i quali:

- siano stati identificati ad alto rischio di sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio o un disturbo della condotta, oppure
- abbiano una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio o di disturbo della condotta, oppure
- siano in contatto con il sistema giudiziario a causa di comportamenti antisociali

I programmi di parent training, se possibile e nell'interesse del minore, dovrebbero coinvolgere entrambi i genitori e dovrebbero

- essere rivolti a gruppi composti solitamente da 10-12 genitori;
- essere basati su un modello di apprendimento sociale e utilizzare tecniche di modeling (modellamento), rehearsal (prova e reiterazione) e feedback per migliorare le abilità parentali;
- prevedere generalmente 10 a 16 incontri di 90-120 minuti;

- seguire il manuale dello sviluppatore (il manuale deve essere stato valutato positivamente in un trial clinico randomizzato) e utilizzare tutti i materiali necessari per garantire che il programma sia implementato in accordo con quanto indicato nel manuale.

Offrire un programma di parent training individuale ai genitori di bambini e ragazzi tra i 3 e gli 11 anni che non siano in grado di partecipare a un programma di gruppo e i cui bambini:

- siano stati identificati ad alto rischio di sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio o un disturbo della condotta, oppure
- abbiano una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio o di disturbo della condotta, oppure
- siano in contatto con il sistema giudiziario a causa di comportamenti antisociali.

I programmi di parent training individuali, se possibile e nel miglior interesse del minore dovrebbero coinvolgere, entrambi i genitori e dovrebbero:

- essere basati su un modello di apprendimento sociale e utilizzare tecniche di modeling (modellamento), rehearsal (prova e reiterazione) e feedback per migliorare le abilità parentali;
- prevedere generalmente 8-10 incontri di 60-90 minuti.

Seguire il manuale messo a punto da chi ha sviluppato il programma (il manuale deve essere stato valutato positivamente in un trial clinico randomizzato) e utilizzare tutti i materiali necessari per garantire che il programma sia implementato in accordo con quanto indicato nel manuale.

Programmi di training rivolti ai genitori e ai bambini, nel caso di bambini con bisogni complessi

Offrire programmi individuali di training ai genitori e ai bambini, nel caso di bambini di età compresa fra i 3 e gli 11 anni che presentino problemi gravi e complessi e che

- siano stati identificati ad alto rischio di sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio o un disturbo della condotta, oppure
- abbiano un disturbo oppositivo provocatorio o un disturbo della condotta, oppure

- siano in contatto con il sistema giudiziario a causa di comportamenti antisociali

I programmi individuali rivolti ai genitori e ai bambini, se possibile e nel miglior interesse del minore, dovrebbero coinvolgere entrambi i genitori, chi ha in affidamento il bambino o i suoi tutori, e dovrebbero

- essere basati su un modello di apprendimento sociale e utilizzare tecniche di modeling (modellamento), rehearsal (prova e reiterazione) e feedback per migliorare le abilità parentali;
- prevedere 10 incontri della durata di 60 minuti;
- seguire il manuale messo a punto da chi ha sviluppato il programma (il manuale deve essere stato valutato positivamente in un trial clinico randomizzato) e utilizzare tutti i materiali necessari per garantire che il programma sia implementato in accordo con quanto indicato nel manuale

Le raccomandazioni sono basate sull'analisi di 54 trials che hanno dati appropriati per una meta-analisi.

Raccomandazione basate su evidenza di qualità da moderata ad alta

Programmi di training rivolti ai genitori affidatari e ai tutori

Offrire programmi di parent training di gruppo ai genitori affidatari e ai tutori di bambini e ragazzi di età compresa fra i 3 e gli 11 anni i quali:

- siano stati identificati ad alto rischio di sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio o un disturbo della condotta, oppure
- abbiano una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio o di disturbo della condotta, oppure
- siano in contatto con il sistema giudiziario a causa di comportamenti antisociali.

I programmi di parent training, se possibile e nell'interesse del minore, dovrebbero coinvolgere entrambi i genitori affidatari o i tutori e dovrebbero

- modificare l'intervento tenendo conto del contesto di affidamento nel quale il bambino vive;
- essere rivolti a gruppi composti solitamente da 8-12 genitori affidatari o tutori;

- essere basati su un modello di apprendimento sociale e utilizzare tecniche di modeling (modellamento), rehearsal (prova e reiterazione) e feedback per migliorare le abilità parentali;
- prevedere generalmente 10 a 16 incontri di 90-120 minuti;
- seguire il manuale messo a punto da chi ha sviluppato il programma (il manuale deve essere stato valutato positivamente in un trial clinico randomizzato) e utilizzare tutti i materiali necessari per garantire che il programma sia implementato in accordo con quanto indicato nel manuale.

Offrire un programma di parent training individuale ai genitori affidatari e ai tutori di bambini e ragazzi tra i 3 e gli 11 anni che non siano in grado di partecipare a un programma di gruppo e i cui bambini

- siano stati identificati ad alto rischio di sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio o un disturbo della condotta, oppure
- abbiano una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio o di disturbo della condotta, oppure
- siano in contatto con il sistema giudiziario a causa di comportamenti antisociali.

I programmi di parent training individuali, se possibile e nel miglior interesse del minore dovrebbero coinvolgere, entrambi i genitori e dovrebbero

- modificare l'intervento tenendo conto del contesto di affidamento nel quale il bambino vive;
- essere basati su un modello di apprendimento sociale e utilizzare tecniche di modeling (modellamento), rehearsal (prova e reiterazione) e feedback per migliorare le abilità parentali;
- prevedere generalmente 10 incontri di 60 minuti;
- seguire il manuale messo a punto da chi ha sviluppato il programma (il manuale deve essere stato valutato positivamente in un trial clinico randomizzato) e utilizzare tutti i materiali necessari per garantire che il programma sia implementato in accordo con quanto indicato nel manuale.

Le raccomandazioni derivano dall'analisi di 3 trials che hanno dati appropriati per una meta-analisi.

Raccomandazioni basate su evidenza di qualità alta

Programmi rivolti ai bambini

Gli interventi che sono stati valutati in maniera più attenta sono quelli tipo cognitivo-comportamentale, e per questi esiste l'evidenza più forte. Sono anche disponibili interventi di matrice umanistica o psicodinamica, inclusi quelli basati sulla teoria dell'attaccamento, ma per questi l'evidenza è di qualità più bassa.

Offrire programmi di gruppo basati su interventi di problem-solving interpersonale e cognitivo a bambini e ragazzi di età compresa fra i 9 e i 14 anni che

- siano stati identificati ad alto rischio di sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio o un disturbo della condotta, oppure
- abbiano una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio o di disturbo della condotta, oppure
- siano in contatto con il sistema giudiziario a causa di comportamenti antisociali.

Offrire programmi di gruppo basati su interventi di problem-solving interpersonale e cognitivo dovrebbero essere adattati tenendo conto del livello di sviluppo raggiunto dai bambini e dai ragazzi e dovrebbero

- essere basati su un modello cognitivo-comportamentale di problem solving;
- utilizzare tecniche di modeling (modellamento), rehearsal (prova e reiterazione) e feedback per migliorare le abilità;
- prevedere generalmente 8-18 incontri settimanali della durata di 2 ore;
- seguire il manuale messo a punto da chi ha sviluppato il programma (il manuale deve essere stato valutato positivamente in un trial clinico randomizzato) e utilizzare tutti i materiali necessari per garantire che il programma sia implementato in accordo con quanto indicato nel manuale.

Le raccomandazioni sono basate sull'analisi di 27 trials che hanno dati appropriati per una meta-analisi.

Raccomandazioni basate su evidenza di qualità da bassa a moderata

Interventi multimodali

La terapia multimodale multisistemica prevede una vasta gamma di interventi CBT specifici per i problemi del bambino.

Offrire interventi multimodali, come ad esempio una terapia multisistemica, per il trattamento dei disturbi della condotta, ai bambini e ai ragazzi di età compresa fra gli 11 e i 17 anni.

Gli interventi multimodali dovrebbero coinvolgere il bambino o il ragazzo e i suoi genitori (o chi si prende cura di lui) e dovrebbero

- avere un focus esplicito e supportivo sulla famiglia;
- essere basati su un modello di apprendimento sociale con interventi a diversi livelli (individuo, famiglia, sistema giudiziario, comunità);
- essere forniti da case manager con una specifica formazione in merito;
- prevedere in genere 3-4 incontri a settimana per un periodo di 3-5 mesi;
- seguire il manuale messo a punto da chi ha sviluppato il programma (il manuale deve essere stato valutato positivamente in un trial clinico randomizzato) e utilizzare tutti i materiali necessari per garantire che il programma sia implementato in accordo con quanto indicato nel manuale.

Le raccomandazioni sono basate sull'analisi di 14 trials che hanno dati appropriati per una meta-analisi.

Raccomandazioni basate su evidenza di qualità da bassa ad alta

Meta-analisi

È stata effettuata un'analisi degli ultimi aggiornamenti nella letteratura riguardante l'efficacia degli interventi per il trattamento dei disturbi della condotta, considerando le meta-analisi pubblicate dal 2013 fino a oggi. L'analisi ha identificato 3 studi, che sono stati inclusi. I risultati vengono riassunti di seguito.

Efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale

Tutti gli studi hanno valutato l'efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) nel trattamento dei disturbi esternalizzanti, inclusi Disturbo Oppositivo Provocatorio (ODD) e Disturbo della Condotta (CD). La meta-analisi condotta da Battagliese *et al.* (2015) ha mostrato che la CBT è associata a una riduzione moderata dei sintomi esternalizzanti, con miglioramenti più marcati nei sintomi dell'ODD. Inoltre, la CBT è risultata efficace anche nel migliorare le competenze sociali e nel ridurre il disagio genitoriale. Tali risultati vengono confermati ed estesi da Riise e colleghi (2021), che mostrano come la CBT produce dimensioni dell'effetto significative anche in contesti clinici di routine, con tassi di remissione del 48% per il CD/ODD.

La meta-analisi di Riise *et al.* (2021) sottolinea che la CBT, spesso combinata con programmi di parent training, può essere altamente efficace nella gestione dei disturbi esternalizzanti. L'intervento è stato trovato efficace sia in formato individuale che di gruppo e non ha mostrato un effetto significativo del coinvolgimento degli insegnanti nel trattamento.

Furlong *et al.* (2012) hanno trovato che i programmi di parent training portano a una riduzione significativa dei disturbi della condotta, migliorano la salute mentale dei genitori e aumentano le competenze genitoriali.

Focus sulla Durabilità dei Benefici nel Tempo

Gli studi considerati non hanno riportati dati sul follow-up. Ciò impedisce di trarre conclusioni sulla durabilità dei benefici nel tempo e suggerisce la necessità di ulteriori ricerche per valutare gli effetti a lungo termine di questi tipi di intervento.

Moderatori dell'efficacia dell'intervento

L'efficacia degli interventi per i disturbi della condotta può variare significativamente in base a diversi fattori moderatori.

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) ha mostrato efficacia in vari formati, inclusi trattamenti individuali e di gruppo, come indicato da Riise *et al.* (2021). La meta-analisi ha dimostrato che il formato di erogazione del trattamento (individuale, di gruppo o combinato) non ha moderato significativamente le dimensioni dell'effetto, suggerendo che la CBT è efficace in diverse configurazioni. Tuttavia, il numero di sessioni si è rivelato un mode-

ratore importante, con un numero maggiore di sessioni associato a migliori risultati del trattamento. Inoltre, la qualità dell'implementazione e la fedeltà al programma sono fattori cruciali per il successo del trattamento (Furlong *et al.*, 2012).

L'età inferiore dei partecipanti è stata identificata come un moderatore positivo dell'efficacia della CBT. Riise e colleghi (2021) hanno trovato che i bambini più piccoli ottenevano risultati migliori in termini di riduzione dei sintomi e tassi di remissione più elevati. Ciò potrebbe dipendere dalla maggiore plasticità e dall'efficacia delle strategie di intervento nei bambini più giovani rispetto agli adolescenti.

La gravità dei sintomi al momento dell'inizio del trattamento è un moderatore significativo. I risultati della meta-analisi di Riise *et al.* (2021) indicano che sintomi più gravi al pre-trattamento sono stati associati a una dimensione dell'effetto maggiore, suggerendo che i bambini con sintomi più gravi potrebbero mostrare un margine di miglioramento più ampio grazie al trattamento. Questo può riflettere un potenziale di cambiamento più grande nei casi più gravi.

L'uso di psicotropi all'inizio del trattamento è stato identificato come un moderatore negativo. Infatti sembra essere associato a dimensioni dell'effetto minori e tassi di remissione più bassi (Riise *et al.*, 2021). Questo potrebbe suggerire che i bambini in trattamento farmacologico potrebbero avere una risposta meno robusta alla CBT, o che le condizioni mediche sottostanti potrebbero influenzare l'efficacia del trattamento psicologico.

L'efficacia dei programmi di formazione per genitori è influenzata dal grado di coinvolgimento dei genitori nel trattamento. Furlong *et al.* (2012) hanno trovato che i programmi che includono un'intensa partecipazione dei genitori, come il parent training, producono miglioramenti significativi nelle competenze genitoriali e nella riduzione dei problemi di condotta dei bambini. Tuttavia, il coinvolgimento degli insegnanti non ha moderato significativamente le dimensioni dell'effetto nella meta-analisi di Riise *et al.* (2021), suggerendo che il coinvolgimento degli insegnanti potrebbe non essere essenziale per l'efficacia del trattamento, sebbene possa essere benefico in alcuni casi.

In sintesi, l'efficacia degli interventi per i disturbi della condotta è influenzata da una serie di fattori, tra cui il formato del trattamento, l'età dei partecipanti, la gravità dei sintomi, l'uso di psicotropi, il coinvolgimento dei genitori e la fedeltà dell'implementazione. Questi moderatori devono essere considerati per ottimizzare i risultati del trattamento e adattare le strategie terapeutiche alle esigenze individuali dei pazienti.

Cost-Efficacy

La revisione di Furlong *et al.* (2012) ha dimostrato che i programmi di formazione per genitori basati su tecniche CBT sono relativamente economici rispetto ai costi a lungo termine associati ai problemi di condotta infantile. I costi per famiglia per portare un bambino con problemi di condotta dalla fascia clinica a quella non clinica sono stati stimati intorno ai 2500 dollari (1712 GBP; 2217 EUR). Questo rappresenta un investimento modesto considerando i potenziali risparmi nei costi di salute, sociale, istruzione e legali nel lungo termine.

Conclusione

La letteratura suggerisce che la CBT e i parent training sono efficaci nel trattamento dei disturbi della condotta. La CBT mostra risultati significativi nella riduzione dei sintomi esternalizzanti e nel miglioramento della competenza sociale, mentre i programmi di formazione per genitori sono efficaci nel migliorare i problemi di condotta dei bambini e la salute mentale dei genitori. Entrambi i trattamenti dimostrano efficacia in contesti clinici di routine.

Linea guida NICE per il riconoscimento, valutazione e trattamento del disturbo d'ansia sociale

Nel 2013 il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ha pubblicato le linee guida per il riconoscimento, la valutazione e il trattamento del disturbo d'ansia sociale nei bambini e nei giovani (dall'età scolare ai 17 anni), con l'obiettivo di migliorare i sintomi, il funzionamento scolastico e sociale e la qualità della vita delle persone affette da disturbo d'ansia sociale (NICE, 2013). Al momento della pubblicazione di questo articolo non sono disponibili versioni aggiornate del documento NICE.

Interventi per bambini e ragazzi con disturbo d'ansia sociale

Tutti gli interventi per bambini e giovani con disturbo d'ansia sociale dovrebbero essere forniti da professionisti competenti. Gli interventi psicologici dovrebbero basarsi sui manuali di trattamento pertinenti, che dovrebbero guidare la struttura e la durata dell'intervento. I professionisti dovrebbero

prendere in considerazione l'utilizzo di quadri di competenza sviluppati dai manuali di trattamento pertinenti e per tutti gli interventi dovrebbero:

- ricevere una supervisione regolare di alta qualità;
- utilizzare misure di esito della sessione di routine, ad esempio:
 - la LSAS – versione bambino o SPAI-C, e la SPIN o LSAS per i giovani;
 - il MASC, RCADS, SCAS o SCARED per i bambini;
- impegnarsi nel monitoraggio e nella valutazione dell'aderenza al trattamento e della competenza del professionista, ad esempio utilizzando nastri video e audio e, se del caso, audit e controllo esterni.

Essere consapevoli dell'impatto della casa, della scuola e dell'ambiente sociale in generale sul mantenimento e sul trattamento del disturbo d'ansia sociale. Mantenere l'attenzione sui bisogni emotivi, educativi e sociali del bambino o del giovane e lavorare con genitori, insegnanti, altri adulti e coetanei del bambino o del giovane per creare un ambiente che supporti il raggiungimento degli obiettivi concordati del trattamento.

Trattamento per bambini e giovani con disturbo d'ansia sociale

Offrire una CBT individuale o di gruppo incentrata sull'ansia sociale a bambini e giovani con disturbo d'ansia sociale. Prendere in considerazione il coinvolgimento di genitori o tutori per garantire l'effettiva attuazione dell'intervento, in particolare nei bambini piccoli.

La CBT individuale dovrebbe consistere in quanto segue, tenendo conto della maturità cognitiva ed emotiva del bambino o del giovane:

- 8-12 sessioni della durata di 45 minuti;
- psicoeducazione;
- esposizione a situazioni sociali temute o evitate;
- formazione in abilità sociali e opportunità di provare abilità in situazioni sociali;
- psicoeducazione e formazione delle competenze per i genitori, in particolare dei bambini piccoli, per promuovere e rafforzare l'esposizione del bambino a situazioni sociali temute o evitate e lo sviluppo delle competenze.

La CBT di gruppo dovrebbe consistere in quanto segue, tenendo conto della maturità cognitiva ed emotiva del bambino o del giovane:

- 8-12 sessioni della durata di 90 minuti con gruppi di bambini o ragazzi della stessa fascia di età;
- psicoeducazione, esposizione a situazioni sociali temute o evitate;
- formazione in abilità sociali e opportunità di provare abilità in situazioni sociali;
- psicoeducazione e formazione delle competenze per i genitori, in particolare dei bambini piccoli, per promuovere e rafforzare l'esposizione del bambino a situazioni sociali temute o evitate e lo sviluppo delle competenze.

Considerare gli interventi psicologici sviluppati per gli adulti per i giovani (di solito di età pari o superiore a 15 anni) che hanno la capacità cognitiva ed emotiva per intraprendere un trattamento sviluppato per gli adulti:

- Offrire ai ragazzi (>15 anni) con disturbo d'ansia sociale una terapia cognitivo-comportamentale individuale (CBT) che è stata specificamente sviluppata per trattare il disturbo d'ansia sociale (basata sul modello di Clark e Wells o sul modello di Heimberg).
- Non offrire di routine la CBT di gruppo a preferenza della CBT individuale. Sebbene ci siano prove che la CBT di gruppo sia più efficace della maggior parte degli altri interventi, è meno clinicamente e conveniente rispetto alla CBT individuale.
- Per i soggetti che rifiutano la CBT e desiderano prendere in considerazione un altro intervento psicologico, offrire un auto-aiuto supportato basato sulla CBT (vedere la raccomandazione 1.3.15).

Meta-analisi

Dal 2013, anno di pubblicazione delle linee guida NICE, sono stati pubblicati pochi lavori di meta-analisi sull'efficacia degli interventi CBT per il trattamento del Disturbo d'ansia sociale in età evolutiva.

Nel 2016, Scaini e colleghi, attraverso l'utilizzo di tecniche meta-analitiche, hanno valutato 13 studi, per un totale di 366 soggetti nel gruppo attivo e 273 nel gruppo placebo. Si tratta della prima sintesi della letteratura disponibile sull'argomento e complessivamente mette in luce

1. l'efficacia della CBT sulla riduzione dei sintomi, efficacia che si mantiene anche ai follow-up di 6 e 12 mesi;
2. l'efficacia della conduzione di interventi CBT a scuola, risultato di parti-

colare interesse dal momento che interventi scolastici sono stati concepiti per i bambini e gli adolescenti che non hanno accesso a strutture cliniche o che possono essere riluttanti a cercare un trattamento a causa dello stigma percepito;

3. una maggiore durata del trattamento è risultata associata a una maggiore efficacia. Tuttavia, analizzando la variabile “minuti totali di trattamento” non è stato riscontrato un effetto moderatore significativo. Questo potrebbe indicare che i bambini traggono maggior beneficio da trattamenti che si protraggono nel tempo;
4. l’aggiunta dei Social Skill Training può migliorare ulteriormente l’impatto della CBT.

I risultati di questo lavoro vanno comunque letti tenendo conto del fatto che l’aver incluso nelle analisi studi non randomizzati e non controllati potrebbe aver determinato una sovrastima degli effetti.

Due anni dopo è stata pubblicata una meta-analisi (2019) di 17 trial clinici randomizzati controllati che hanno incluso un totale di 1134 partecipanti (696 randomizzati a interventi psicologici – CPD e terapia comportamentale – e 438 partecipanti randomizzati a condizioni di controllo). L’outcome primario era quello di valutare l’efficacia e l’accettabilità (drop-out) dell’intervento psicoterapeutico. La CBT e la terapia comportamentale sono risultate significativamente più efficaci rispetto alle condizioni di controllo, in termini di riduzione dei sintomi d’ansia e remissione della diagnosi. Non c’è stata alcuna differenza statisticamente significativa tra gli interventi psicologici e le condizioni di controllo per quanto riguarda il tasso di drop-out. Gli interventi psicologici sono stati superiori alle condizioni di controllo nel migliorare la qualità della vita/funzionamento e nel ridurre i sintomi depressivi.

Linea guida NICE per il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo e del disturbo da dismorfismo corporeo

Nel 2013 sono state pubblicate le linee guida NICE per il riconoscimento, la valutazione, la diagnosi e il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo e della dismorfofobia corporea nei bambini (a partire dagli 8 anni di età) e nei giovani (NICE, 2013). L’obiettivo è migliorare la diagnosi e il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo e della dismorfofobia corporea. Include raccomandazioni su come le famiglie e coloro che si prendono cura dei bambini li possono sostenere e possono ottenere supporto per se stessi.

Bambini e giovani

Per i bambini e i giovani con DOC con lieve deterioramento funzionale, l'auto-aiuto guidato può essere preso in considerazione insieme al supporto e all'informazione per la famiglia o per i tutori.

Ai bambini e ai giovani con DOC con compromissione funzionale da moderata a grave e a quelli con DOC con compromissione funzionale lieve per i quali l'auto-aiuto guidato è stato inefficace o rifiutato, dovrebbe essere offerta la CBT (compreso l'ERP) che coinvolga la famiglia o i caregiver ed è adattato per adattarsi all'età di sviluppo del bambino come trattamento di scelta. Dovrebbero essere offerti formati di gruppo o individuali a seconda delle preferenze del bambino o del giovane e della sua famiglia o di chi si prende cura di loro.

A tutti i bambini e giovani con BDD (dismorfismo corporeo) dovrebbe essere offerta la CBT (compreso l'ERP) che coinvolga la famiglia o i tutori e sia adattata all'età di sviluppo del bambino o del giovane come trattamento di prima linea.

Se il trattamento psicologico viene rifiutato da bambini o giovani con DOC o BDD e dalle loro famiglie o tutori, o non sono in grado di intraprendere un trattamento, un SSRI può essere preso in considerazione con disposizioni specifiche per un attento monitoraggio degli eventi avversi.

I trattamenti psicologici per bambini e giovani dovrebbero essere collaborativi e coinvolgere la famiglia o i tutori. Quando si utilizzano trattamenti psicologici per bambini o giovani, gli operatori sanitari dovrebbero considerare il contesto più ampio e gli altri professionisti coinvolti con l'individuo.

Nel trattamento cognitivo-comportamentale di bambini e giovani con DOC o BDD, particolare attenzione dovrebbe essere prestata a:

- sviluppare e mantenere una buona alleanza terapeutica con il bambino o il giovane, così come con la sua famiglia o con i suoi accompagnatori;
- mantenere l'ottimismo sia nel bambino o giovane che nella sua famiglia o tutori;
- identificare in modo collaborativo gli obiettivi del trattamento iniziale e successivo con il bambino o il giovane
- coinvolgere attivamente la famiglia o i tutori nella pianificazione del trattamento e nel processo terapeutico, in particolare nell'ERP dove, se appropriato e accettabile, può essere chiesto loro di assistere il bambino o il giovane;
- incoraggiare l'uso dell'ERP se emergono sintomi nuovi o diversi dopo il successo del trattamento;

- mantenere i contatti con altri professionisti coinvolti nella vita del bambino o del giovane, inclusi insegnanti, assistenti sociali e altri operatori sanitari, soprattutto quando l'attività compulsiva interferisce con il normale funzionamento del bambino o del giovane;
- offrendo una o più sessioni aggiuntive, se necessario, agli appuntamenti di revisione dopo il completamento della CBT.

Nel trattamento psicologico di bambini e giovani con DOC o BDD, gli operatori sanitari dovrebbero considerare l'inclusione di ricompense al fine di migliorare la loro motivazione e rafforzare i cambiamenti comportamentali desiderati.

Meta-analisi

Dalle linee guida NICE del 2013 fino all'aggiornamento di maggio 2024, numerosi studi hanno investigato l'efficacia degli interventi psicologici e farmacologici per il trattamento del disturbo ossessivo compulsivo (DOC) nei bambini e negli adolescenti. Questi aggiornamenti mirano a fornire un quadro chiaro e basato sull'evidenza per il trattamento efficace del DOC nell'età evolutiva.

Dati di superiorità della psicoterapia rispetto ai controlli non attivi

Numerosi studi sul trattamento del DOC in età evolutiva, hanno confermato l'efficacia della psicoterapia, inclusa la terapia cognitiva comportamentale (CBT), rispetto ai controlli non attivi (lista d'attesa e trattamento standard) nel trattamento della sintomatologia ossessivo-compulsiva (OC) in bambini e adolescenti (Olatunji *et al.*, 2013; Skarphedinsson *et al.*, 2015; Ost *et al.*, 2016; McGuire *et al.*, 2016; Skapinakis *et al.*, 2016; Cervin *et al.*, 2024).

Dati di superiorità della psicoterapia rispetto ai controlli attivi

In letteratura, molti studi hanno riportato dati di efficacia della CBT per il trattamento del DOC in età evolutiva rispetto ai controlli attivi, incluse tecniche per la gestione dello stress, tecniche di rilassamento e tecniche per la gestione dell'ansia (Olatunji *et al.*, 2013; Skarphedinsson *et al.*, 2015;

Ost *et al.*, 2016; McGuire *et al.*, 2016; Cervin *et al.*, 2024). Dati contrastanti sono emersi nella revisione sistematica condotta da Skapinakis e colleghi, che non ha confermato i dati di superiorità della CBT e della Terapia Cognitiva (TC) rispetto ai controlli attivi; tuttavia, gli studi condotti su bambini e adolescenti con DOC inclusi nella meta-analisi erano limitati (Skapinakis *et al.*, 2016).

Dati di superiorità della psicoterapia rispetto alla farmacoterapia

Una meta-analisi di Watson e Rees, ha analizzato l'efficacia degli interventi psicologici, inclusa la CBT, rispetto ai controlli non attivi e della farmacoterapia con serotonin reuptake inhibitors (SSRI) rispetto al placebo. I risultati hanno mostrato dati di superiorità della CBT e di altri trattamenti psicologici (terapia comportamentale, terapia metacognitiva, terapia familiare, terapia psicodinamica) rispetto agli effetti della sola farmacoterapia nel ridurre i sintomi OC nei bambini e adolescenti con DOC (Watson & Rees, 2007).

Più recentemente Ivarsson e colleghi, hanno condotto una revisione della letteratura e meta-analisi per valutare l'efficacia del trattamento con SSRI rispetto al trattamento CBT, al trattamento combinato (i.e., SSRI + CBT) e al placebo nel trattamento del DOC pediatrico. Dai risultati dei confronti diretti tra CBT versus il trattamento con SSRI, è emersa una superiorità della CBT rispetto alla sola terapia farmacologica con SSRI (Ivarsson *et al.*, 2015).

Efficacia degli approcci integrati: psicoterapia e terapia farmacologica

Alcune meta-analisi recenti hanno esplorato l'efficacia degli approcci integrati farmacologici e psicologici nel trattamento del DOC in età evolutiva. I risultati hanno dimostrato che la combinazione della terapia farmacologica (i.e. SSRI) e la CBT risulta essere più efficace rispetto alla sola terapia farmacologica (Ivarsson *et al.*, 2015; Tao *et al.*, 2022; Mendez *et al.*, 2023). Inoltre, Mendez e colleghi riportano dati di efficacia del trattamento combinato rispetto al placebo già dalla 12° settimana di trattamento (Mendez *et al.*, 2023).

Dati di efficacia della Terapia Cognitivo Comportamentale

La letteratura scientifica conferma l'efficacia della terapia CBT nel trattamento del DOC in bambini e adolescenti (Wu *et al.*, 2015; Sun *et al.*, 2016; Camilla Funch Uhre *et al.*, 2020; Wergeland *et al.*, 2021, Cervin *et al.*, 2024).

In particolare, riportando alti tassi di remissione post-trattamento dal 50.7% al 77.4% e raggiungendo il 53.5%-83.3% al follow-up fino a 10 mesi (Wergeland *et al.*, 2021).

Diversi studi hanno mostrato l'efficacia della CBT con Exposure and Response Prevention (ERP) nella riduzione della sintomatologia OC in bambini e adolescenti con DOC (Olatunji *et al.*, 2013; Reid *et al.*, 2021). Tuttavia, una recente revisione sistematica della letteratura e meta-analisi condotta da Reid e colleghi, ha mostrato l'efficacia della terapia CBT con ERP ma non la superiorità rispetto ad altri interventi psicoterapici, inclusi la TC e l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Reid *et al.*, 2021).

Dati di efficacia della Terapia Familiare

In letteratura alcune meta-analisi hanno mostrato l'efficacia della terapia CBT familiare nella riduzione della sintomatologia OC in pazienti pediatrici con DOC (Rosa-Alcàzar *et al.*, 2015; Iniesta-Sepúlveda *et al.*, 2017; Rosa-Alcàzar *et al.*, 2022). In particolare, lo studio di Iniesta-Sepúlveda e colleghi, ha mostrato una maggior efficacia del trattamento CBT familiare di tipo individuale rispetto al trattamento CBT familiare di gruppo (Iniesta-Sepúlveda *et al.*, 2015). Inoltre, la terapia familiare ha mostrato una significativa riduzione anche della sintomatologia ansiosa e depressiva nei pazienti pediatrici con DOC (Rosa-Alcàzar *et al.*, 2022).

Moderatori dell'efficacia dell'intervento

L'efficacia degli interventi psicologici nel trattamento del DOC in età infantile può essere influenzata da una serie di fattori, incluse caratteristiche demografiche, cliniche dei pazienti, nonché aspetti specifici del trattamento stesso.

In letteratura, emergono dati contrastanti circa la severità dei sintomi OC all'inizio del trattamento psicologico. Sebbene la metanalisi di Wu e colleghi abbia riscontrato una correlazione positiva tra severità dei sintomi ed efficacia del trattamento CBT (Wu *et al.*, 2016), Ost e colleghi riportano un minor miglioramento post-trattamento CBT nei pazienti che presentano sintomi OC più gravi al basale (Ost *et al.*, 2016).

Per quanto concerne il trattamento psicologico in bambini e adolescenti che presentano altre comorbidità psichiatriche oltre il DOC, la metanalisi di McGuire e colleghi ha riportato dati di efficacia maggiori della CBT in pazienti con disturbi d'ansia in comorbidità (McGuire *et al.*, 2016). D'altra parte, la severità del quadro clinico associata al tipo di comorbidità, inclusi

i disturbi depressivi, può richiedere considerazioni particolari nel trattamento, ma non è necessariamente associata a una ridotta efficacia della CBT (Ivarson *et al.*, 2015). Pertanto, la CBT è raccomandata come trattamento di prima linea anche in presenza di comorbidità, sebbene siano necessari ulteriori studi per approfondire questi risultati.

Effetti a lungo termine della psicoterapia

Diverse meta-analisi hanno mostrato l'efficacia della CBT nel breve termine e nel mantenimento degli effetti nel lungo termine fino a 12 mesi post trattamento (Skarphedinsson *et al.*, 2015; Wergeland *et al.*, 2021; Reid *et al.*, 2021). Tuttavia, rimangono ancora limitati gli studi di follow up sugli effetti della psicoterapia a lungo termine nel trattamento del DOC in età evolutiva.

Tassi di abbandono – drop out

I tassi di drop out rappresentano un elemento critico nella valutazione dell'efficacia dei trattamenti per il DOC nei bambini e adolescenti. I dati della letteratura mostrano una variabilità nei tassi di abbandono stimati intorno al 11.4%-12.7% per la CBT (Ost *et al.*, 2016; Wegelad *et al.*, 2021). Tuttavia, gli interventi psicologici hanno mostrato tassi di drop-out significativamente più bassi rispetto a quelli osservati nei trattamenti farmacologici (SSRI) che si distribuiscono intorno al 25.8% (Wergeland *et al.*, 2021).

Conclusioni

Le diverse meta-analisi e revisioni sistematiche incluse nell'aggiornamento dalle linee guida NICE del 2013, confermano la superiorità della CBT, sia da sola che in combinazione con il trattamento farmacologico (SSRI), nel trattamento del DOC in bambini e adolescenti.

Risulta cruciale considerare la CBT come terapia di prima scelta nel trattamento in età evolutiva, data la sua efficacia sostenuta, mantenendo un'attenzione particolare all'importanza dell'ambiente familiare nel trattamento di bambini e adolescenti con DOC.

Bibliografia

- Alozkan-Sever C., Uppendahl J.R., Cuijpers P., de Vries R., Rahman A., Mittendorfer-Rutz E., Akhtar A., Zheng Z. & Sijbrandij M. (2023). Research Review: Psychological and psychosocial interventions for children and adolescents with depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder in low- and middle-income countries. A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 64(12): 1776-1788. DOI: 10.1111/jcpp.13891.
- Battagliese G., Caccetta M., Luppino O.I., Baglioni C., Cardi V., Mancini F. & Buonanno C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 75: 60-71. DOI: 10.1016/j.brat.2015.10.008.
- Catalan A., Salazar de Pablo G., Vaquerizo Serrano J., Mosillo P., Baldwin H., Fernández-Rivas A., Moreno C., Arango C., Correll C.U., Bonoldi I. & Fusar-Poli P. (2021). Annual Research Review: Prevention of psychosis in adolescents. Systematic review and meta-analysis of advances in detection, prognosis and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 62(5): 657-673. DOI: 10.1111/jcpp.13322.
- Cervin M., McGuire J.F., D'Souza J.M., De Nadai A.S., Aspvall K., Goodman W.K., André P., Schneider S.C., Geller D.A., Mataix-Cols D. & Storch E.A. (2024). Efficacy and acceptability of cognitive-behavioral therapy and serotonin reuptake inhibitors for pediatric obsessive-compulsive disorder: a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 65(5): 594-609. DOI: 10.1111/jcpp.13934.
- Correll C.U., Galling B., Pawar A., Krivko A., Bonetto C., Ruggeri M., Craig T.J., Nordentoft M., Srihari V.H., Guloksuz S., Hui C.L.M., Chen E.Y.H., Valencia M., Juarez F., Robinson D.G., Schooler N.R., Brunette M.F., Mueser K.T., Rosenheck R.A., Marcy P., ... Kane J.M. (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA psychiatry*, 75(6): 555-565. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0623.
- Cuijpers P., Karyotaki E., Ciharova M., Miguel C., Noma H., Stikkelbroek Y., Weisz J.R. & Furukawa T.A. (2023). The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1): 177-192. DOI: 10.1007/s00787-021-01884-6.
- Cuijpers P., Pineda B.S., Ng M.Y., Weisz J.R., Muñoz R.F., Gentili C., Quero S. & Karyotaki E. (2021). A Meta-analytic Review: Psychological Treatment of Subthreshold Depression in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 60(9): 1072-1084. DOI: 10.1016/j.jaac.2020.11.024.
- Devoe D.J., Farris M.S., Townes P. & Addington J. (2020). Interventions and Transition in Youth at Risk of Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analyses. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(3): 17r12053. DOI: 10.4088/JCP.17r12053.
- Eckstain D., Kuppens S., Ugueto A., Ng M.Y., Vaughn-Coaxum R., Corteselli K. & Weisz J.R. (2020). Meta-Analysis: 13-Year Follow-up of Psychotherapy Effects on Youth Depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(1): 45-63. DOI: 10.1016/j.jaac.2019.04.002.
- Faraone S.V., Banaschewski T., Coghill D., Zheng Y., Biederman J., Bellgrove M.A., Newcorn J.H., Gignac M., Al Saud N.M., Manor I., Rohde L.A., Yang L., Cortese S., Almagor

- D., Stein M.A., Albatti T.H., Aljouidi H.F., Alqahtani M.M.J., Asherson P., Atwoli L., ... Wang Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 128: 789-818. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022.
- Fulambarkar N., Seo B., Testerman A., Rees M., Bausback K. & Bunge E. (2023). Review: Meta-analysis on mindfulness-based interventions for adolescents' stress, depression, and anxiety in school settings: a cautionary tale. *Child and Adolescent Mental Health*, 28(2): 307-317. DOI: 10.1111/camh.12572.
- Furlong M., McGilloway S., Bywater T., Hutchings J., Smith S.M. & Donnelly M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD008225. DOI: 10.1002/14651858.CD008225.pub2.
- Guo C., Assumpcao L. & Hu Z. (2022). Efficacy of Non-pharmacological Treatments on Emotional Symptoms of Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 26(4): 508-524. DOI: 10.1177/10870547211001953.
- Iniesta-Sepúlveda M., Rosa-Alcázar A.I., Sánchez-Meca J., Parada-Navas J.L. & Rosa-Alcázar, Á. (2017). Cognitive-behavioral high parental involvement treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 49: 53-64. DOI: 10.1016/j.janxdis.2017.03.010.
- Ivarsson T., Skarphedinsson G., Kornør H., Axelsdottir B., Biedilæ S., Heyman I., Asbahr F., Thomsen P.H., Fineberg N., March J. & Accreditation Task Force of The Canadian Institute for Obsessive Compulsive Disorders (2015). The place of and evidence for serotonin reuptake inhibitors (SRIs) for obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents: Views based on a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 227(1): 93-103. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.01.015.
- Kunas S.L., Lautenbacher L.M., Lueken P.U. & Hilbert K. (2021). Psychological Predictors of Cognitive-Behavioral Therapy Outcomes for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 278: 614-626. DOI: 10.1016/j.jad.2020.09.092.
- Lambez B., Harwood-Gross A., Golumbic E.Z. & Rassovsky Y. (2020). Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 120: 40-55. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2019.10.007.
- Lee Y.C., Chen C.R. & Lin K.C. (2022). Effects of Mindfulness-Based Interventions in Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22): 15198. DOI: 10.3390/ijerph192215198.
- Ma L., Zhang Y., Huang C. & Cui Z. (2020). Resilience-oriented cognitive behavioral interventions for depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*, 270: 150-164. DOI: 10.1016/j.jad.2020.03.051.
- McGuire J.F., Piacentini J., Lewin A.B., Brennan E.A., Murphy T.K. & Storch E.A. (2015). A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depression and Anxiety*, 32(8): 580-593. DOI: 10.1002/da.22389.
- Mendez E.M., Dahlsgaard K.K., Hjelmgren J.M., Mills J.A., Suresh V. & Strawn J.R. (2023). What Is the Added Benefit of Combining Cognitive Behavioral Therapy and Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Youth with Obsessive Compulsive Disorder?

- A Bayesian Hierarchical Modeling Meta-Analysis. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 33(6): 203-211. DOI: 10.1089/cap.2023.0018.
- Olatunji B.O., Davis M.L., Powers M.B. & Smits J.A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1): 33-41. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.08.020.
- Oliva F., Malandrone F., di Girolamo G., Mirabella S., Colombi N., Carletto S. & Ostacoli L. (2021). The efficacy of mindfulness-based interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder beyond core symptoms: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, 292: 475-486. DOI: 10.1016/j.jad.2021.05.068.
- Öst L.G., Riise E.N., Wergeland G.J., Hansen B. & Kvale G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43: 58-69. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.08.003.
- Reid J.E., Laws K.R., Drummond L., Vismara M., Grancini B., Mpavaenda D. & Fineberg N.A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive Psychiatry*, 106: 152223. DOI: 10.1016/j.comppsy.2021.152223.
- Riise E.N., Wergeland G.J.H., Njardvik U. & Öst L.G. (2021). Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83: 101954. DOI: 10.1016/j.cpr.2020.101954.
- Rith-Najarian L.R., Mesri B., Park A.L., Sun M., Chavira D.A. & Chorpita B.F. (2019). Durability of Cognitive Behavioral Therapy Effects for Youth and Adolescents With Anxiety, Depression, or Traumatic Stress: A Meta-Analysis on Long-Term Follow-Ups. *Behavior Therapy*, 50(1): 225-240. DOI: 10.1016/j.beth.2018.05.006.
- Rosa-Alcázar A.I., Sánchez-Meca J., Rosa-Alcázar, Á., Iniesta-Sepúlveda M., Olivares-Rodríguez J. & Parada-Navas J.L. (2015). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a meta-analysis. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, E20. DOI: 10.1017/sjp.2015.22.
- Rosa-Alcázar, Á., Sánchez-Meca J., Rubio-Aparicio M., Bernal-Ruiz C. & Rosa-Alcázar A.I. (2022). Cognitive-Behavioral Therapy and Anxiety and Depression Level in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psicothema*, 34(3): 353-364. DOI: 10.7334/psicothema2021.478.
- Scaini S., Belotti R., Ogliari A. & Battaglia M. (2016). A comprehensive meta-analysis of cognitive-behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 42: 105-112. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.05.008.
- Skapinakis P., Caldwell D., Hollingworth W., Bryden P., Fineberg N., Salkovskis P., Welton N., Baxter H., Kessler D., Churchill R. & Lewis G. (2016). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health Technology Assessment*, 20(43): 1-392. DOI: 10.3310/hta20430.
- Skarphedinnsson G., Hanssen-Bauer K., Kornør H., Heiervang E.R., Landrø N.I., Axelsdóttir B., Biedilæ S. & Ivarsson T. (2015). Standard individual cognitive behaviour therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: a systematic review of effect estimates across comparisons. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(2): 81-92. DOI: 10.3109/08039488.2014.941395.
- Stafford M.R., Jackson H., Mayo-Wilson E., Morrison A.P. & Kendall T. (2013). Early in-

- terventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 346, f185. DOI: 10.1136/bmj.f185.
- Sun M., Rith-Najarian L.R., Williamson T.J. & Chorpita B.F. (2019). Treatment Features Associated with Youth Cognitive Behavioral Therapy Follow-Up Effects for Internalizing Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 48(sup1): S269-S283. DOI: 10.1080/15374416.2018.1443459.
- Tao Y., Li H., Li L., Zhang H., Xu H., Zhang H., Zou S., Deng F., Huang L., Wang Y., Wang X., Tang X., Fu X. & Yin L. (2022). Comparing the efficacy of pharmacological and psychological treatment, alone and in combination, in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A network meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 148: 95-102. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.01.057.
- Uhre C.F., Uhre V.F., Lønfeldt N.N., Pretzmann L., Vangkilde S., Plessen K.J., Gluud C., Jakobsen J.C. & Pagsberg A.K. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis: Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(1): 64-77. DOI: 10.1016/j.jaac.2019.08.480.
- Watson H.J. & Rees C.S. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(5): 489-498. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01875.x.
- Wergeland G.J.H., Riise E.N. & Öst L.G. (2021). Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, 101918. DOI: 10.1016/j.cpr.2020.101918.
- Wergeland G.J.H., Riise E.N. & Öst L.G. (2021). Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, 101918. DOI: 10.1016/j.cpr.2020.101918.
- Wright I., Mughal F., Bowers G. & Meiser-Stedman R. (2021). Dropout from randomised controlled trials of psychological treatments for depression in children and youth: a systematic review and meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*, 281: 880-890. DOI: 10.1016/j.jad.2020.11.039.
- Wu Y., Lang Z. & Zhang H. (2016). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *Medical Science Monitor*, 22: 1646-1653. DOI: 10.12659/msm.895481.
- Wuthrich V.M., Zagic D., Dickson S.J., McLellan L.F., Chen J.T., Jones M.P. & Rapee R.M. (2023). Effectiveness of Psychotherapy for Internalising Symptoms in Children and Adolescents When Delivered in Routine Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(3): 824-848. DOI: 10.1007/s10567-023-00433-8.
- Xiang Y., Cuijpers P., Teng T., Li X., Fan L., Liu X., Jiang Y., Du K., Lin J., Zhou X. & Xie P. (2022). Comparative short-term efficacy and acceptability of a combination of pharmacotherapy and psychotherapy for depressive disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 22(1): 139. DOI: 10.1186/s12888-022-03760-2.
- Xue J., Zhang Y. & Huang Y. (2019). A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on ADHD symptoms. *Medicine*, 98(23): e15957. DOI: 10.1097/MD.00000000000015957.

- Yang L., Zhou X., Pu J., Liu L., Cuijpers P., Zhang Y., Zhang H., Yuan S., Teng T., Tian L. & Xie P. (2019). Efficacy and acceptability of psychological interventions for social anxiety disorder in children and adolescents: a meta-analysis of randomized controlled trials. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(1): 79-89. DOI: 10.1007/s00787-018-1189-x.
- Zhang Q., Wang J. & Neitzel A. (2023). School-based Mental Health Interventions Targeting Depression or Anxiety: A Meta-analysis of Rigorous Randomized Controlled Trials for School-aged Children and Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 52(1): 195-217. DOI: 10.1007/s10964-022-01684-4.
- Zhou X., Teng T., Zhang Y., Del Giovane C., Furukawa T.A., Weisz J.R., Li X., Cuijpers P., Coghill D., Xiang Y., Hetrick S.E., Leucht S., Qin M., Barth J., Ravindran A.V., Yang L., Curry J., Fan L., Silva S.G., Cipriani A., ... Xie P. (2020). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 7(7): 581-601. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30137-1.

www.nice.org.UK/guidance/ng134.
www.nice.org.uk/Guidance/CG155.
www.nice.org.uk/guidance/ng87.
www.nice.org.uk/Guidance/CG158.
www.nice.org.uk/guidance/CG159.
www.nice.org.uk/Guidance/CG31.

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



Giovanni Fassone[†], Barbara Magnani^{**}

*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.

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

^{**} 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 delineano 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/.
- World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (XI ed.). icd.who.int/.

Suggerimenti di buona pratica clinica per i Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione



Gloria Fioravanti*, Luca Canestri**, Mario A. Reda***

*Ricevuto il 20 giugno 2024,
accettato il 30 luglio 2024*

Sommario

Questo studio esamina le attuali evidenze e approcci terapeutici per il trattamento dei Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione (DAN), focalizzandosi su Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED). I principali obiettivi della terapia psicologica includono l’aumento della consapevolezza delle difficoltà emotive e relazionali, il miglioramento dei sintomi psicopatologici, la normalizzazione del comportamento alimentare e del peso, e il sostegno delle famiglie. La Terapia Cognitivo-Comportamentale Migliorata (CBT-E) emerge come il trattamento più studiato e raccomandato per AN e BN, con un’efficacia dimostrata anche nel BED. Tuttavia, la CBT-E ha mostrato risultati variabili in termini di remissione completa, con tassi che vanno dal 37% al 55%. Altri approcci, come la Terapia Dialettico Comportamentale (DBT) e la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI-DCA), mostrano risultati promettenti, soprattutto per pazienti con disregolazione emotiva e schemi interpersonali disadattivi. Il trattamento farmacologico, sebbene utile, ha una limitata efficacia e necessita di ulteriori ricerche. In sintesi, è fondamentale un approccio integrato che consideri la comorbidità e i fattori psicopatologici sottostanti per migliorare l’aderenza e i risultati del trattamento.

Parole chiave: Disturbi del Comportamento Alimentare, Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating, Terapia, linee guida.

* Responsabile Centro Trattamento Integrato (CTI) per i disturbi alimentari e obesità, corso Porta Nuova 32 – 37122 Verona; e-mail: info@ctidisturbialimentariobesita.it.

** Responsabile Unità Funzionale Sperimentale “Dipendenze – Salute Mentale”, Zona Amiata Senese, Val d’Orcia, via S. Giovanni 60 – 53021 Abbadia San Salvatore; e-mail: luca.canestri@uslsudest.toscana.it.

*** Professore ordinario di Psicologia Clinica, Università di Siena. Palazzo San Niccolò; via Roma 56 – 53100 Siena; e-mail: mario.reda@unisi.it.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 54/2024
DOI: 10.3280/qpc54-2024oa18659

Suggestions for good clinical practice for Eating and Nutrition Disorders

Abstract

This study reviews current evidence and therapeutic approaches for treating Feeding and Eating Disorders (FEDs), focusing on Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), and Binge Eating Disorder (BED). Key therapeutic goals include increasing awareness of emotional and relational difficulties, improving specific psychopathological symptoms, normalizing eating behaviors and weight, and supporting families. Enhanced Cognitive Behavioral Therapy (CBT-E) emerges as the most researched and recommended treatment for AN and BN, with demonstrated effectiveness in BED as well. However, CBT-E has shown variable results regarding complete remission, with rates ranging from 37% to 55%. Other approaches, such as Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Metacognitive Interpersonal Therapy (MIT-ED), show promising results, particularly for patients with emotional dysregulation and maladaptive interpersonal schemas. Pharmacological treatment, while useful, has limited efficacy and requires further research. In summary, an integrated approach that considers comorbidity and underlying psychopathological factors is crucial for improving adherence and treatment outcomes.

Keywords: Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, guidelines.

Introduzione

I Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione (DAN) rappresentano una condizione psico-patologica caratterizzata da un alterato rapporto con il cibo, con il proprio corpo e con l'alimentazione che portano a conseguenze sul piano sia fisico che psicologico.

I Disturbi Alimentari si manifestano mediante una sintomatologia specifica e possono indurre le persone ad adottare restrizioni alimentari, abbuffate e comportamenti compensatori, come vomito, utilizzo improprio di lassativi o diuretici e esercizio fisico. Le conseguenze emotive e fisiche di queste credenze e comportamenti mantengono il disturbo e determinano un tasso del 5% di mortalità (Arcelus *et al.*, 2011; Franko *et al.*, 2013), che avviene per malnutrizione, suicidio e conseguenze organiche, come gli squilibri elettrolitici (Modan, Moses *et al.*, 2003; Olmos *et al.*, 2010). Esistono anche altre complicazioni fisiche, come l'osteoporosi, e comorbidità psichiatriche, come i disturbi di personalità, che influiscono sul benessere e sul recupero delle persone con disturbi alimentari, incidendo sul trattamento.

Aspetti diagnostici

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5 American Psychiatric Association, 2013) la diagnosi di Anoressia Nervosa (AN) viene effettuata quando vi è restrizione nell'assunzione di calorie, un peso corporeo al di sotto dell'85% di quanto stabilito per età, altezza e sesso, intensa paura di ingrassare e alterazione della rappresentazione mentale del proprio corpo, la quale porta a una costante sensazione di essere sovrappeso. La diagnosi di Bulimia Nervosa (BN) condivide lo stesso nucleo psicopatologico dell'Anoressia Nervosa, ma è assente la condizione di sottopeso ed è caratterizzata da abbuffate e inappropriate condotte compensatorie, almeno una volta alla settimana per tre mesi. Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata o Binge Eating Disorder (BED) è caratterizzato dalla presenza di crisi bulimiche senza il ricorso a comportamenti di compenso e/o di eliminazione.

Nel DSM-5 sono presenti altresì Disturbi della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione, caratterizzati dal non soddisfare pienamente i criteri diagnostici dei disturbi precedentemente descritti. Tra i quali, l'Anoressia Nervosa atipica, diagnosticata quando l'individuo presenta un peso corporeo uguale o superiore alla norma ma il medesimo nucleo psicopatologico dell'Anoressia Nervosa tipica. La Bulimia Nervosa e Disturbo da Alimentazione Incontrollata a bassa frequenza e/o di durata limitata (inferiore a 1 volta alla settimana e/o a 3 mesi), il Disturbo da condotta di eliminazione, caratterizzato da ricorrenti e inappropriate condotte di eliminazione in assenza di abbuffate), la Sindrome da Alimentazione Notturna, caratterizzata da un eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale oppure durante la notte. Infine, il DSM-5 contiene i Disturbi della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione, caratterizzati anch'essi dal non soddisfare pienamente i criteri diagnostici dei disturbi precedentemente descritti. In questo caso, tuttavia, il clinico decide di non specificarne la ragione, ad esempio a causa di insufficienti informazioni per porre una diagnosi più specifica.

Le presenti linee guida riguardano l'identificazione, la valutazione, la diagnosi, il trattamento e la gestione dei Disturbi Alimentari nelle persone di tutte le età. Non vengono trattati il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID), il picacismo, il disturbo della ruminazione o l'obesità nelle persone che non soffrono di disturbi alimentari.

Prevalenza

Studi epidemiologici hanno rilevato un aumento dell'incidenza nel genere femminile di età compresa tra i 12 e 25 anni. In occidente (e quindi anche in Italia), si stima che:

- la prevalenza dell'anoressia sia dello 0.2-0.8%;
- la prevalenza della bulimia sia di circa il 3%;
- l'incidenza dell'anoressia sia di 4-8 nuovi casi per anno su 100.000 individui (Hoek & van Hoeken, 2003; Lucas *et al.*, 1991; Pinhas *et al.*, 2011; Smink *et al.*, 2014; Van Son *et al.*, 2006);
- l'incidenza della bulimia sia di 9-12 nuovi casi su 100.000 individui, con un'età di esordio tra i 10 e i 30 anni, e un'età media di insorgenza di 17 anni (Ahs *et al.*, 2006; Fairburn & Beglin, 1990);
- per le forme sotto-soglia invece, sono interessate le persone di sesso femminile (circa il 10%). Ogni anno ci sono circa 12 nuovi casi di BN su 100.000 donne, 8 casi su 100.000 per AN.

Il rapporto tra prevalenza nelle donne e negli uomini si attesta tra 1 a 6 e 1 a 10 (Lock, 2009). Nella popolazione adolescente, però, tra il 19 e il 30 per cento degli anoressici sono maschi. Anoressia e bulimia colpiscono tutte le classi sociali e tutte le componenti etniche.

Comorbidità

Lo studio dei Disturbi Alimentari ha subito negli ultimi anni una costante ascesa, probabilmente dovuta al tasso di incidenza in progressiva ed elevata crescita, a una maggiore attenzione della popolazione generale alla questione della salute mentale, alla solida associazione tra il disturbo e il contesto socioculturale e alle numerose compromissioni di ordine medico generale a cui può condurre il Disturbo. Questa maggiore attenzione ai Disturbi Alimentari è andata focalizzandosi anche sulle diverse comorbidità esistenti tra questo disturbo e altri disturbi mentali.

Dalla letteratura è emerso che le comorbidità più frequentemente associate al disturbo alimentare sono: disturbi d'ansia (>50%), disturbi dell'umore (>40%), autolesionismo (>20%) e disturbo da addiction e uso di sostanze (>10%) (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016); oltre alla presenza lifetime di ossessioni e compulsioni nella sotto-categoria diagnostica dell'anoressia nervosa (Halmi *et al.*, 2003). In merito al profilo personologico,

il 69% della popolazione DAN ha in comorbidità un DP (Blinder *et al.*, 2006).

Rispetto ai controlli i disturbi di personalità più frequenti sono: disturbo paranoide, ossessivo-compulsivo (OCPD), borderline (BPD) e evitante (AvPD). Nel complesso, risultano con comorbidità più pervasive i pazienti con diagnosi di AN con condotte di eliminazione e BN (Cassin & von Ranson, 2005; Farstad *et al.*, 2016; Sansone *et al.*, 2005). In generale invece, tra tutti i DAN i disturbi di personalità sono distribuiti per il 21% nel Cluster A (DSM-5), per il 28% nel Cluster B (DSM-5), per il 38% nel Cluster C (DSM-5).

L'Anoressia Nervosa è più frequentemente associata al disturbo evitante di personalità (Cluster C), in particolare AvPD, mentre la Bulimia Nervosa è maggiormente associata ai disturbi di personalità del Cluster B, in particolare BPD (Martinussen *et al.*, 2017; Díaz-Marsa *et al.*, 2000; Grilo *et al.*, 2003; Skodol *et al.*, 1993). Secondo alcuni studi il disturbo di personalità evitante sembrerebbe caratterizzare il 33% dei pazienti con comportamenti alimentari restrittivi, il 36% dei pazienti con condotte di abbuffata e fino al 50% dei pazienti con una qualunque diagnosi DAN. Il punto fondamentale sembrerebbe essere l'interazione che avviene tra caratteristiche del disturbo di personalità evitante e le caratteristiche tipiche del DAN, come la bassa autostima, il timore della critica e l'evitamento interpersonale. Mentre in comune con la popolazione BPD, la popolazione con BN riporterebbe la difficoltà a regolare emozioni vissute come dolorose, caotiche e intense.

Nel dettaglio, la popolazione clinica con Anoressia Nervosa restrittiva ha in comorbidità nel 22% dei casi il OCPD (Sansone, Levitt, Sansone, 2006), mentre rispettivamente l'Anoressia Nervosa con abbuffate/condotte di eliminazione e la Bulimia Nervosa, hanno il 20% (Diaz-Marsa *et al.*, 2000; Maranon *et al.*, 2004), e 28% (Bulik, Sullivan & Joyce, 1999; Diaz-Marsa *et al.*, 2000; Rossier *et al.*, 2000) dei casi in comorbidità il BPD. Questa evidenza sarebbe probabilmente dovuta al fatto che alcuni aspetti personologici sarebbero determinanti per la comparsa e il successivo mantenimento del Disturbo alimentare. I pazienti che adottano comportamenti maggiormente restrittivi, in effetti, tendono a perseverare in comportamenti ossessivi e perfezionistici sovrapponibili a quelli della popolazione OCPD e possono utilizzare il cibo per regolare emozioni vissute come eccessivamente intense e dolorose come avviene nel BPD.

Un'altra peculiarità dei pazienti affetti da Disturbi Alimentari è legata all'identificazione e all'espressione delle emozioni. L'alessitimia è presente tra il 40 e il 63% nelle pazienti con AN, mentre la difficoltà a monitorare

le proprie emozioni e a riferire emozioni prevalentemente negative sembra caratterizzare gli individui che soffrono di disturbo da alimentazione incontrollata (Aloi *et al.*, 2021). L'alessitimia è risultata associata a comportamenti alimentari problematici nella BN ma non nell'AN (Lysaker *et al.*, 2023). Addirittura, Lysaker e colleghi (2023) hanno portato dati significativi a favore della presenza di disfunzioni metacognitive in modo trasversale a tutti i DAN, con maggiore compromissione nella popolazione AN.

Decorso

Per quanto concerne il decorso, il tasso di remissione dell'Anoressia nervosa è del 25% circa dopo 3 anni dall'esordio e del 75% dopo 8 o più anni. Nel 15% dei casi invece il disturbo diventa cronico, penalizzando di molto la qualità di vita del paziente. Fattori che indicano una prognosi positiva sono la giovane età e la breve durata del disturbo; fattori di prognosi negativa sono la presenza di complicanze mediche o psichiatriche come per esempio i disturbi di personalità. Anche il suicidio è una conseguenza frequente della malattia, arrivando al 20% di tutte le cause di morte. La Bulimia nervosa regredisce di circa il 27% a un anno dall'esordio e di oltre il 70% dopo 10 anni. Le forme invece croniche riguardano il 23% della popolazione. Anche per BN sono indice di prognosi negativa la comorbidità di disturbi di personalità, insieme a bassa autostima e obesità. In genere la frequenza e la gravità delle complicanze mediche sono direttamente collegate alla gravità del disturbo del comportamento alimentare, e si risolvono una volta normalizzata l'alimentazione e il peso corporeo. Per quanto riguarda il viraggio all'interno delle diverse categorie diagnostiche, dalla Bulimia all'Anoressia è raro, più frequente il contrario nel 30% dei casi.

Trattamento

I trattamenti per i DAN sono spesso complessi e possono prevedere l'associazione del trattamento farmacologico con interventi psicoterapeutici individuali, familiari o di gruppo che tengano conto dei vari livelli di gravità e di indicazione di cura.

Nel trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione (DAN) risulta di fondamentale rilevanza migliorare quanto più possibile l'accesso ai servizi, data anche l'elevata egosintonicità del disturbo che rischia di rallentare la richiesta di cura. L'approccio terapeutico che ha mostrato una

maggiore efficacia clinica è quello di tipo Multidisciplinare Integrato, dove gli aspetti psichiatrici-psicologici sono strettamente integrati con quelli medico- nutrizionali. I percorsi di diagnosi e cura, devono essere differenziati secondo l'età del paziente, il momento di sviluppo e il livello di gravità della patologia. C'è una completa convergenza rispetto al Il percorso terapeutico che si sviluppa su 4 livelli assistenziali: ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e ospedaliero Day Hospital e posti letto dedicati. La maggior parte dei pazienti dovrebbe iniziare il percorso terapeutico dal livello ambulatoriale ma già strutturato in una equipe multidisciplinare, e accedere ai trattamenti più intensivi in caso di mancato miglioramento.

Le controindicazioni a intraprendere un percorso di cura a livello ambulatoriale sono la presenza di un elevato rischio fisico e/o psichiatrico e le circostanze in cui si ritiene prioritario un periodo di cura in reparto ospedaliero o in una clinica specializzata. Per la valutazione dell'appropriatezza di un trattamento ambulatoriale, rispetto a quello intensivo, facciamo riferimento a un protocollo di collaborazione tra centri pubblici e case di cura convenzionate (Allegato B alla Dgr n. 94 del 31 gennaio 2012). Nel dettaglio le condizioni che indicano la necessità di un ricovero riabilitativo sono:

1. mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee guida per 12 settimane
2. rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale. Ovvero:
 - peso corporeo molto basso (BMI inferiore a 15 kg/m²);
 - rapida perdita di peso corporeo (> 1 kg la settimana per almeno sei settimane);
 - elevata frequenza di vomito autoindotto (2 o più episodi al giorno nell'ultimo mese);
 - elevata frequenza di uso improprio di lassativi e/o diuretici (2 o più episodi al giorno di assunzione a dosi modeste oppure uso meno frequente a dosi molto elevate);
 - elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di sottopeso (5 o più episodi la settimana di durata superiore all'ora nell'ultimo mese);
 - sintomi e segni che indicano instabilità medica (es. episodi lipotimici, episodi di disorientamento o confusione, spasmi muscolari, brevità del respiro, edema alle caviglie o viso, astenia estrema, difficoltà a salire le scale o ad alzarsi dalla sedia senza usare le braccia, anomalie del ritmo cardiaco, frequenza cardiaca < 40 bpm, ipotermia severa, sangue nel vomito);

- rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale;
- difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale.

I professionisti che valutano e trattano le persone con un disturbo alimentare dovrebbero essere competenti per le fasce di età di cui si prendono cura, inoltre i professionisti sanitari, sociali ed educativi che lavorano con persone affette da Disturbi Alimentari dovrebbero essere formati e qualificati per intervenire anche con i familiari ma soprattutto è necessaria una formazione e una predisposizione alla collaborazione con team multidisciplinari, in quanto nei DAN è noto un più alto tasso di guarigione e remissione dei sintomi quando all'intervento psicoterapeutico è affiancato l'intervento nutrizionale. Sebbene i Disturbi Alimentari possano svilupparsi a qualsiasi età, è fondamentale tenere presente che il rischio è maggiore per le giovani donne e uomini di età compresa tra i 13 e i 17 anni riferimento.

Al momento di decidere con quale ordine trattare un disturbo alimentare e una condizione psicopatologica di comorbilità (sia in parallelo, come parte dello stesso piano di trattamento, sia uno dopo l'altro), è necessario tener conto della gravità e la complessità del disturbo alimentare in fase di assessment, delle comorbilità psichiatriche in essere e del livello di compromissione organica.

Obiettivi della terapia psicologica e degli interventi psicosociali

- Permettere l'acquisizione di un maggior livello di consapevolezza delle proprie difficoltà emotive, comportamentali e relazionali;
- favorire un miglioramento rispetto alla psicopatologia specifica del disturbo e alla sintomatologia a esso associata;
- favorire la normalizzazione del comportamento alimentare e del peso;
- promuovere l'autonomia personale, attraverso attività individuali e di gruppo che permettano un maggior inserimento nel tessuto sociale;
- sviluppare o recuperare le competenze necessarie all'inserimento nel mondo della scuola e/o del lavoro e a un recupero di una vita di relazione;
- sostenere nella quotidianità e con gruppi specifici le famiglie degli utenti.

Panoramica dei principali studi clinici

Tra i vari modelli di intervento utilizzati nei DAN, le terapie cognitivo-comportamentali e le terapie familiari sono quelle più studiate e con i

maggiori dati di efficacia. Seppur con minori dati di efficacia, altre terapie, come quella interpersonale, comportamentali e dialettiche hanno dimostrato risultati preliminari promettenti. La CBT-E si è mostrata efficace con pazienti adulti e adolescenti, sia in regime di ricovero che ambulatoriale (Dalla Grave *et al.*, 2020).

La terapia cognitivo comportamentale potenziata (CBT-E; Fairburn, 2003; 2008) è attualmente il trattamento più studiato (Atwood & Friedman, 2020; Cooper & Fairburn, 2011; Dalla Grave *et al.*, 2013; 2014; Fairburn *et al.*, 2014; Wonderlich *et al.*, 2014) ed è considerato il trattamento di riferimento per trattare quadri psicopatologici come la Bulimia Nervosa (BN) e il disturbo da alimentazione incontrollata, come suggeriscono la maggior parte delle linee guida nazionali (Kaidesoja *et al.*, 2023). La CBT-E si è dimostrata efficace anche nell'Anoressia Nervosa (AN) e nei campioni transdiagnostici (Fairburn *et al.*, 2009; Monteleone *et al.*, 2022).

La sua efficacia sembra legata alla sua capacità di intervenire precocemente sulle errate abitudini alimentari e compensatorie. La terapia cognitivo-comportamentale, infatti, è efficace come intervento a breve termine quando specificamente diretto ai sintomi alimentari del disturbo e rispetto cognizioni disadattive. È utile per ridurre le abbuffate sintomi e migliorare gli atteggiamenti in merito a forma, peso e dieta restrittiva (Lampard *et al.*, 2013). Gli outcome ottenuti con questo trattamento sono buoni, ma c'è margine per ulteriori progressi. Altri studi clinici randomizzati mostrano che nella realtà clinica quotidiana solo il 50% dei pazienti con BN non è più sintomatica a fine trattamento (Poulsen *et al.*, 2014). Solo la metà dei pazienti adulti con AN o BN va incontro a guarigione e la maggior parte di loro dopo diversi anni di malattia e diversi tipi di trattamenti (Zipfel *et al.*, 2015; Steinhausen & Weber, 2009; Treasure *et al.*, 2015). In generale i trattamenti sono caratterizzati da un tasso di drop-out stimato intorno al 24% (Linardon, 2018).

Secondo una recente review (Kaidesoja *et al.*, 2023), che valuta l'estensione della psicoterapia cognitivo comportamentale a tutte le condizioni di salute (Fordham *et al.*, 2021a; b), si evince come la CBT-E fosse più efficace rispetto a diverse condizioni di controllo nel trattamento dei DAN, ma non in misura significativa. Pertanto, le evidenze in oggetto supportano solo parzialmente l'idea che la CBT-E sia superiore ad altri trattamenti, sottolineando la necessità di svolgere più studi, ampliando la letteratura al fine di esplorare l'impatto delle varie comorbilità sull'esito del trattamento. Altri studi infatti svolti per valutare l'efficacia della CBT-E mostrano come ci siano tassi di remissione post-trattamento dal 37% al 55% nei pazienti (Byrne *et al.*, 2017; Wonderlich *et al.*, 2014; Allen *et al.*, 2012), con tassi di remissione a 4 mesi del 40% (Wonderlich *et al.*, 2014).

Chi soffre di disturbi alimentari presenta spesso un'ampia gamma di disturbi in comorbidità, che non vengono valutati o presi in oggetto in molti degli studi presenti in letteratura. Ciò significa che anche coloro che hanno una remissione dei sintomi e dei comportamenti alimentari disfunzionali che caratterizzano il disturbo, possono ancora presentare sintomi e problemi interpersonali al termine del trattamento.

Altri approcci hanno mostrato avere un certo grado di efficacia negli adulti non sottopeso con disturbi alimentari. La terapia comportamentale dialettica (DBT) è stata adattata ai disturbi alimentari in varie modalità, per affrontare la disregolazione emotiva che è un antecedente rilevante dei comportamenti alimentari disadattivi (Safer *et al.*, 2009; Telch *et al.*, 2001). I risultati migliori sono stati ottenuti adottando il modello Stanford, applicato agli adulti con BN e con BED. In particolare, nei pazienti che soffrono di binge eating disorder la DBT è considerata una valida alternativa alla CBT-E quando quest'ultima non è stata efficace o quando la disregolazione emotiva ostacola il trattamento (Linardon *et al.*, 2017; Ben-Porath *et al.*, 2020).

In due studi recenti la CBT-E ambulatoriale di gruppo è stata confrontata con la DBT adattata per il disturbo da alimentazione incontrollata (Lammers *et al.*, 2020; 2021). La CBT si è rivelata leggermente superiore alla DBT-BED nel ridurre gli episodi oggettivi di abbuffate, la disregolazione emotiva e l'autostima. Al follow-up, la CBT-E si mostrata essere più efficace prendendo in esame fattori come l'autostima e la psicopatologia generale del disturbo alimentare. Lo studio è stato successivamente replicato in pazienti che soddisfacevano criteri di inclusione meno rigorosi (Lammers *et al.*, 2022), ovvero includendo partecipanti con BED sottosoglia, minore alimentazione emotiva e BMI inferiore a 30. È emerso come la DBT-BED implicava circa la metà del tempo trascorso in terapia rispetto alla DBT, risultando quindi una valida opzione terapeutica.

Nel complesso la DBT-ED appare come una valida alternativa per gli adulti affetti da BED, ma non superiore alla CBT-E (Linardon *et al.*, 2017; Ben-Porath *et al.*, 2020; Lammers *et al.*, 2020; 2022).

Sono necessarie ulteriori ricerche per determinare l'efficacia della Acceptance and Commitment therapy (ACT), della Mindfulness e delle Emotionally Focused therapies. Allo stesso modo sono necessari maggiori studi che attestino l'efficacia dell'auto-aiuto e per le terapie somministrate on line.

Il problema si pone poiché i tassi di remissione spesso vengono posti solo per i sintomi target del DAN, nonostante tali disturbi presentino molte comorbidità, il che significa che la maggior parte dei pazienti termina il trattamento con sintomi psichiatrici e problemi interpersonali.

In letteratura è anche emerso come uno scarso funzionamento interperso-

nale sia un predittore di una risposta al trattamento più scarsa (Agras *et al.*, 2000a; Steiger *et al.*, 1993, Hamann *et al.*, 2009). Le persone con DAN presentano punteggi clinicamente significativi in quasi tutte le scale che misurano i modelli disadattivi precoci (Maher *et al.*, 2022). Ad esempio, le scale che misurano la presenza di schemi basati su esperienze traumatiche infantili, che partano all'idea che gli altri saranno portati ad adottare comportamenti minacciosi e di trascuratezza, sono associati alla gravità del disturbo alimentare (Meneguzzo *et al.*, 2021).

Infine, la loro presenza, se non affrontata, può ridurre l'aderenza al trattamento, aumentare la probabilità di abbandono della terapia e rimanere un fattore di rischio di recidiva dopo la conclusione del trattamento. Di conseguenza, le revisioni più recenti hanno messo in luce l'importanza di trovare nuove opzioni terapeutiche (Kaideja *et al.*, 2017; Solmi *et al.*, 2017).

Una possibile nuova strada è la terapia metacognitiva interpersonale per i disturbi alimentari (TMI-DCA; Fioravanti *et al.*, 2023), che è un adattamento specifico della TMI (Dimaggio *et al.*, 2007; 2015; 2020). La TMI-DCA si basa sul modello transdiagnostico (Fairburn *et al.*, 2003), ma con differenze specifiche (Popolo *et al.*, 2024), ovvero considera come parte integrante dei processi che intervengono nella sintomatologia dei DAN una scarsa metacognizione, ovvero una ridotta capacità di dare un senso agli stati mentali propri e degli altri e utilizzare la conoscenza sugli stati mentali per alleviare la sofferenza e migliorare il benessere e l'adattamento relazionale (Semerari *et al.*, 2003). La metacognizione è stata riscontrata essere gravemente compromessa nei pazienti che soffrono di disturbi alimentari, quasi quanto nei quadri clinici caratteristici dei disturbi psicotici (Lysaker *et al.*, 2023). Inoltre, considera il ruolo dei problemi interpersonali, come nella CBT-E, ma presta maggiore attenzione alla loro struttura interiorizzata ovvero agli schemi interpersonali disadattivi (Dimaggio *et al.*, 2015; 2020; Fioravanti *et al.*, 2023). Infine, segue una serie di procedure specifiche sia per trattare i sintomi che per affrontare i problemi sottostanti nella metacognizione e negli schemi interpersonali disadattivi (Fioravanti *et al.*, 2023).

Trattamento psicologico – Anoressia Nervosa

Attualmente, per gli adulti con Anoressia Nervosa, vengono consigliati tre percorsi: la Terapia Cognitivo Comportamentale Potenziata per i Disturbi Alimentari (CBT-ED), il Trattamento Maudsley dell'Anoressia Nervosa per Adulti (MANTRA) e la Gestione Clinica Specialistica di Supporto (SSCM). In uno studio randomizzato rilevante sul trattamento dell'AN (SWAN; Byr-

ne *et al.*, 2017) la CBT-E è stata confrontata con lo Specialist Supportive Clinical Management e con il Maudsley Approach. I tre approcci hanno avuto risultati simili. Il tasso di aderenza nella CBT-E è stato del 66,7%. Il 59% delle pazienti che aveva completato la CBT-E era tornato normopeso al follow-up a un anno. Gli autori dello studio sottolineavano la necessità di sforzi per migliorare il trattamento per questo disturbo.

La CBT-ED per adulti tipicamente consiste in un massimo di 40 sessioni nell'arco di 40 settimane, con sessioni bi-settimanali nelle prime 2 o 3 settimane. Tale intervento mira a ridurre il rischio per la salute fisica e qualsiasi altro sintomo derivante dal Disturbo Alimentare, incoraggia un'alimentazione sana e il raggiungimento di un peso corporeo adeguato. La CBT-ED utilizza strumenti come la psico-educazione nutrizionale e la ristrutturazione cognitiva per favorire il miglioramento dell'autostima, della regolazione dell'umore e delle abilità sociali. Infine affronta il perfezionismo, la preoccupazione per l'immagine corporea e ha un modulo specifico sulla prevenzione delle ricadute.

Il trattamento MANTRA per adulti con Anoressia Nervosa consiste in 20 sessioni. Scopo del trattamento è motivare il paziente alla rialimentazione e incoraggiarlo a sviluppare una "identità non anoressica". Comprende il coinvolgimento dei familiari.

La SSCM per gli adulti con Anoressia Nervosa tipicamente consiste in 20 o più sessioni settimanali (a seconda della gravità) e si basa sul valutare, identificare e rivedere regolarmente i problemi principali e mira a sviluppare una relazione positiva tra la persona e il professionista attraverso il riconoscimento del legame tra sintomi e comportamento alimentare anomalo. Mira a ripristinare il peso attraverso la psicoeducazione e la consulenza nutrizionale.

Infine la Terapia Psicodinamica focalizzata sui Disturbi Alimentari (FPT) consiste in un massimo di 40 sessioni nell'arco di 40 settimane ed è basata sul fare un'ipotesi centrata sul paziente che abbia come focus cosa significano i sintomi per la persona, come ne influenzano i rapporti interpersonali.

Il primo trattamento suggerito per il trattamento psicologico dell'Anoressia Nervosa in bambini e adolescenti è la Terapia Familiare focalizzata sull'Anoressia Nervosa per bambini e giovani (FT-AN). La FT-AN consiste in 18-20 sessioni nell'arco di 1 anno ed enfatizza il ruolo della famiglia nell'aiutare la persona a guarire promuovendo la psicoeducazione familiare. Nel caso in cui la FT-AN non fosse efficace o controindicata, è necessario prendere in considerazione un percorso CBT-ED individuale. In questo caso, nelle sessioni familiari si identificano i fattori di mantenimento contestuali e si crea un piano di trattamento personalizzato basato sui processi che sem-

brano essere mantenimento del problema alimentare. Gli approcci familiari sono i più indicati nell'età evolutiva e adolescenti, particolarmente per i disturbi che durano meno di 3 anni. Infine, la terapia familiare e di coppia è utile in caso di problemi familiari o coniugali

Trattamento psicologico – Bulimia Nervosa

Nel caso di adulti affetti da Bulimia Nervosa è raccomandato un intervento di CBT-E individuale, il cui protocollo si struttura in un massimo di 20 sessioni nell'arco di 20 settimane. Nella prima fase del trattamento è infatti importante stabilire un modello di alimentazione regolare e fornire incoraggiamento, consigli e supporto. Successivamente si affrontano le conseguenze della restrizione dietetica e cognitiva, le preoccupazioni relative al peso e forme del corpo e la tendenza ad abbuffarsi in risposta a pensieri ed emozioni ritenute dolorose.

Nel caso del trattamento psicologico della Bulimia Nervosa in bambini e adolescenti, le linee guida raccomandano la Terapia Familiare focalizzata sulla Bulimia Nervosa (FT-BN). Nel caso in cui la terapia FT-BN fosse controindicata o inefficace, è importante prendere in considerazione la Terapia Cognitivo Comportamentale focalizzata sui Disturbi Alimentari individuale (CBT-ED) per bambini e giovani con Bulimia Nervosa. La CBT-ED individuale per bambini e giovani con Bulimia Nervosa tipicamente consiste in 18 sessioni nell'arco di 6 mesi. Anche nella CBT-ED per la Bulimia Nervosa, nelle sessioni con genitori e familiari significativi, si fornisce un intervento di psicoeducazione sui Disturbi Alimentari e si identificano i fattori familiari che impediscono o che mantengono il DAN.

La terapia familiare e di coppia dovrebbe essere considerata specialmente per adolescenti che vivono con i genitori, per pazienti più anziani con conflitti in corso o con dinamiche di discordia coniugale. La psicoterapia di gruppo, il Self-help, risorse online e possono essere utili complementi per alcuni pazienti.

Trattamento psicologico – Disturbo da Alimentazione Incontrollata

Nel trattamento psicologico del Disturbo da Alimentazione Incontrollata viene raccomandato come prima scelta un programma guidato di auto-aiuto per adulti basato sulla terapia cognitivo-comportamentale.

Se tale programma di auto-aiuto guidato non viene accettato dalla perso-

na, è controindicato o inefficace dopo 4 settimane, è opportuno orientare la persona verso una terapia cognitivo comportamentale focalizzata sui Disturbi Alimentari (CBT-ED), nello specifico viene raccomandata una terapia di gruppo. I programmi CBT-ED di gruppo consistono in 16 sessioni di gruppo settimanali da 90 minuti nell'arco di 4 mesi, con un focus sulla psicoeducazione, sull'automonitoraggio del comportamento alimentare e sull'aiutare la persona ad analizzare i propri problemi e obiettivi, identificando le cause che portano alle condotte di abbuffata e includendo la stesura di un piano di assunzione alimentare giornaliero.

Nel caso in cui la CBT-ED di gruppo non fosse disponibile o la persona la rifiutasse, è opportuno prendere in considerazione la CBT-ED individuale per adulti con disturbo da alimentazione incontrollata, la quale consiste in 16-20 sessioni, e si pone come obiettivo quello di sviluppare una formulazione personalizzata dei problemi psicologici della persona, per determinare come i fattori di restrizione dietetica e cognitiva, e i fattori emotivi contribuiscano alle abbuffate. Sulla base di tale formulazione si promuovono gli aspetti psicoeducativi e si affrontano le credenze collegate al sintomo alimentare tramite la ristrutturazione cognitiva.

Per i bambini e i giovani con Disturbo da Alimentazione Incontrollata, le linee guida raccomandano di offrire lo stesso trattamento ritenuto idoneo ed efficace per gli adulti con Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

La terapia interpersonale e la terapia comportamentale dialettica hanno mostrato efficacia nel trattamento dei sintomi comportamentali e psicologici. Altre diete, terapie comportamentali, psicoterapia psicodinamica, e i trattamenti psicosociali condotti attraverso organizzazioni di auto-aiuto non hanno studi disponibili con risultati sistematici

Trattamento farmacologico

In generale, è bene tener presente che i trattamenti farmacologici impiegati vanno associati agli approcci di correzione della nutrizione e ai percorsi di psicoterapia. Per quanto concerne pazienti con BN, gli antidepressivi SSRI sono un'opzione di trattamento ben testata e ampiamente utilizzata. Per pazienti con AN emerge la difficoltà nel delineare linee guida di trattamento univoche, soprattutto in considerazione della diversa efficacia che dimostrano avere i vari farmaci in momenti differenti della malattia, oggi l'efficacia del trattamento farmacologico nell'AN è limitata. Attualmente i farmaci che paiono dare migliori risultati sono gli SSRI. I nuovi trial sull'olanzapina si stanno dimostrando incoraggianti e degni di nuovi approfondimenti.

Conclusioni

Dalla letteratura emerge che la risposta al trattamento dei pazienti che soffrono di disturbi alimentari è incompleta qualsiasi trattamento venga utilizzato (Byrne *et al.*, 2017, Reas & Grilo, 2021); se ci poniamo come obiettivo il mantenimento nel tempo della remissione sintomatologica e un miglior funzionamento globale della persona, è necessario, allora, migliorare la comprensione dei meccanismi psicopatologici che sono alla loro base per favorire anche una maggiore aderenza al trattamento proposto.

Secondo alcuni autori per andare in questa direzione è necessario tener conto dell'interazione tra diversi fattori genetici-biologici, sociali e individuali che determinano e mantengono i DAN (Treasure *et al.*, 2015). In quest'ottica i trattamenti dovrebbero tenere maggiormente in considerazione alcuni aspetti spesso in comorbidità con i DAN, come: la presenza di ansia e depressione, gli aspetti Alessitimici, le difficoltà nella regolazione emotiva e nella percezione e rappresentazione di sé e la presenza di problemi interpersonali e di disfunzioni metacognitive che si presentano sotto forma di disturbi di personalità (Harrison *et al.*, 2010; Hartmann *et al.*, 2010; Lavender *et al.*, 2015; Ung *et al.*, 2017). Come abbiamo visto la metacognizione, ovvero la capacità umana di comprendere gli stati mentali propri e altrui, di riflettere su di essi e padroneggiarli (Dimaggio & Semerari, 2003; Dimaggio & Lysaker, 2010) è un aspetto frequentemente compromesso nella popolazione DAN, oltre a essere un aspetto prototipico dei PD. Ulteriori studi devono essere tesi a dimostrare, in quest'ottica, se la scarsa metacognizione, che uno studio recente suggerisce essere gravemente compromessa nei DAN, in particolare nell'AN (Lysaker *et al.*, 2023) agisca rendendo più difficile al paziente stesso e al clinico comprendere i contenuti mentali della patologia alimentare, rendendo in questo modo più difficile il trattamento. Va notato inoltre che la presenza del sottopeso altera le capacità cognitive e a maggior ragione metacognitive, favorendo aspetti come la rigidità cognitiva, l'ossessività e aumentano l'irrequietezza motoria e la deflessione del tono dell'umore (Calugi *et al.*, 2018), aspetti di cui necessariamente va tenuto conto quando si propone un trattamento per i DAN.

Tenendo conto dell'insieme di questi aspetti, affinché l'intervento risulti essere efficace per il miglioramento del disturbo e il mantenimento dei risultati ottenuti, è necessario prevedere una concettualizzazione del caso che comprenda ciascuna dimensione sopracitata. Questo favorirebbe il cambiamento dei comportamenti legati al disturbo, ovvero la normalizzazione delle condotte alimentari e del peso, ma aiuterebbe anche a interrompere i comportamenti che mantengono il disturbo, come la sopracitata disregola-

zione emotiva, gli aspetti Alessitimici e le difficoltà interpersonali. Inoltre, vista l'elevata comorbilità tra disturbi di personalità (DP) e DAN (Eielsen *et al.*, 2022; Martinussen *et al.*, 2021) e il loro impatto negativo sulla prognosi (Simpson *et al.*, 2021) sarebbe necessario utilizzare un modello di trattamento efficace anche nella cura dei disturbi di personalità e delle disfunzioni metacognitive in essi presenti.

Entrando invece nel merito degli studi di efficacia suddivisi per diagnosi, esistono poche prove sui trattamenti psicologici per le persone con Disturbo da Alimentazione Incontrollata. Gli studi che sono stati pubblicati non hanno sempre fornito un adeguato tasso di remissione. Sebbene esistano alcune evidenze a favore della CBT-ED individuale, è stato identificato solo uno studio per la CBT-ED individuale e non erano disponibili dati sulla remissione. Inoltre, non è chiaro se la CBT-ED individuale sia più efficace della CBT-ED di gruppo. Anche per quanto riguarda i trattamenti per i bambini e i giovani sono presenti poche prove di efficacia.

Inoltre dovrebbero essere misurati anche i fattori di mediazione e moderazione che hanno un effetto sull'efficacia del trattamento, in modo da poter affrontare gli ostacoli al trattamento e promuovere fattori positivi.

Un altro aspetto da tenere in considerazione è che dovrebbero essere condotti studi randomizzati e controllati per confrontare il rapporto costo-efficacia e clinico-economico dei trattamenti psicologici per adulti, bambini e giovani. I trattamenti psicologici attualmente consigliati consistono in un numero elevato di sedute (tipicamente tra le 20 e le 40) erogate in un lungo periodo di tempo. Partecipare a un numero elevato di sedute rappresenta un impegno importante per una persona con un disturbo alimentare (DAN) e un costo elevato per i servizi. Dovrebbero essere condotti studi randomizzati e controllati sui trattamenti psicologici raccomandati in questa linea guida, per confrontare se un numero ridotto di sessioni siano efficaci quanto il numero attualmente raccomandato.

Infine, gli studi che hanno valutato la comorbilità nei disturbi dell'alimentazione hanno spesso riscontrato notevoli limiti metodologici, tra cui: l'insorgenza cronologica, spesso infatti non viene specificato se l'esordio del disturbo in comorbilità sia antecedente o posteriore a quello del DAN, la numerosità campionaria troppo ridotta, criteri di inclusione/esclusione poco precisi, utilizzo di reattivi psicometrici non appropriati, limitato uso dei gruppi di controllo, mancata valutazione dei sintomi da malnutrizione indotti dal sottopeso (come la deflessione timica, la spossatezza, la faticabilità ecc.) e la poca precisione rispetto alle misure di esito primarie, che dovrebbero includere: remissione; abbuffate; comportamenti compensatori e peso o Indice di Massa Corporea (BMI) (Garner & Dalle Grave, 1999; Dalle Grave, Sartirana, Calugi, 2019).

Bibliografia

- Agras W.S., Walsh T., Fairburn C.G., Wilson G.T., Kraemer H.C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57(5): 459-466. DOI: 10.1001/archpsyc.57.5.459.
- Atwood M.E. & Friedman A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3): 311-330. DOI: 10.1002/eat.23206.
- Ball J., Mitchell P. (2004). A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eating Disorders*, 12(4): 303-314. DOI: 10.1080/10640260490521389.
- Ben-Porath D., Duthu F., Luo T., Gonidakis F., Compte E.J. & Wisniewski L. (2020). Dialectical behavioral therapy: an update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eating Disorders*, 28(2): 101-121. DOI: 10.1080/10640266.2020.1723371.
- Bhadoria R., Webb K. & Morgan J.F. (2010). Treating eating disorders: a review of the evidence. *BMJ Mental Health*, 13(1): 1-4. DOI: 10.1136/bmh.13.1.1.
- Bould H., Newbegin C., Stewart A., Stein A. & Fazel M. (2017). Eating disorders in children and young people. *BMJ*, 359. DOI: 10.1136/bmj.j5245.
- Bulik C.M., Berkman N.D., Brownley K.A., Sedway J.A., Lohr K.N. (2007). Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4): 310-320. DOI: 10.1002/eat.20367.
- Calugi S., Chignola E., El Ghoch M. & Dalle Grave R. (2018). Starvation symptoms in patients with anorexia nervosa: a longitudinal study. *Eating Disorders*, 1-15. DOI: 10.1080/10640266.2018.1471921.
- Carter F.A., Jordan J., McIntosh V.V., Luty S.E., McKenzie J.M., Frampton C.M., Bulik C.M., Joyce P.R. (2011). The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 44(7): 647-654. DOI: 10.1002/eat.20879.
- Crow S.J., Mitchell J.E., Crosby R.D., Swanson S.A., Wonderlich S., Lancaster K. (2009). The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy*, 47(6): 451-453. DOI: 10.1016/j.brat.2009.02.006.
- Dalle Grave R., Di Pauli D., Sartirana M., Calugi S. & Shafran R. (2007). The interpretation of symptoms of starvation/severe dietary restraint in eating disorder patients. *Eating Weight Disorder*, 12(3): 108-113. DOI: 10.1007/BF03327637.
- Dalle Grave R., Pasqualoni E. & Marchesini G. (2011). Symptoms of starvation in eating disorder patients. In Preedy V.R. (ed.), *Handbook of Behavior, Food and Nutrition* (pp. 2259-2269). New York: Springer Science+Business Media.
- Datta N., Matheson B.E., Citron K., Van Wye E.M. & Lock J.D. (2023). Evidence based update on psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(2): 159-170. DOI: 10.1080/15374416.2022.2109650.
- Devlin M.J., Goldfein J.A., Petkova E., Jiang H., Raizman P.S., Wolk S., Mayer L., Carino J., Bellace D., Kamenetz C., Dobrow I., Walsh T.B. (2005). Cognitive behavioral therapy and fluoxetine as adjuncts to group behavioral therapy for binge eating disorder. *Obesity Research & Clinical Practice*, 13: 1077-1088. DOI: 10.1038/oby.2005.126.

- Devlin M.J., Goldfein J.A., Petkova E., Liu L., Walsh T.B. (2007). Cognitive behavioral therapy and fluoxetine for binge eating disorder: two-year follow-up. *Obesity*, 15: 1702-1709. DOI: 10.1038/oby.2007.203.
- Donini L., Nizzoli U., Bosello O., Melchionda N., Spera G. & Cuzzolaro M. (2017). *Manuale per la cura e la prevenzione dei Disturbi dell'Alimentazione e delle Obesità (DA&O)*. Milano: SICS.
- Fairburn C.G., Bailey-Straebler S., Basden S., Doll H.A., Jones R., Murphy R., ... & Cooper Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70: 64-71. DOI: 10.1016/j.brat.2015.04.010.
- Fisher C.A., Hetrick S.E., Rushford N. (2010). Family therapy for Anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD004780). DOI: 10.1002/14651858.CD004780.pub2.
- Fordham B., Sugavanam T., Edwards K., Stallard P., Howard R., das Nair R., Copey B., Lee H., Howick J., Hemming K. & Lamb S.E. (2021). The evidence for cognitive behavioural therapy in any condition, population or context: a meta-review of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(1): 21-29. DOI: 10.1017/S0033291720005292.
- Fordham B., Sugavanam T., Edwards K., Hemming K., Howick J., Copey B., Lee H., Kaidesoja M., Kirtley S., Hopewell S., das Nair R., Howard R., Stallard P., Hamer-Hunt J., Cooper Z., Lamb S.E. (2021). Cognitive-behavioural therapy for a variety of conditions: an overview of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Health Technology Assessment*, 25(9): 1-378. DOI: 10.3310/hta25090.
- Godart N., Berthoz S., Curt F., Perdereau F., Rein Z., Wallier J., Horreard A.S., Kaganski I., Lucet R., Atger F., Corcos M., Fermanian J., Falissard B., Flament M., Eisler I., Jeammet P. (2012). A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. *PLoS One*, 7 (1): 1-9. DOI: 10.1371/journal.pone.0028249.
- Grilo C.M., Masheb R.M., Wilson G.T., Gueorguieva R., White M.A. (2011). Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5): 675- 685. DOI: 10.1037/a0025049.
- Grover M., Naumann U., Mohammad-Dar L., Glennon D., Ringwood S., Eisler I., Williams C., Treasure J., Schmidt U. (2011). A randomized controlled trial of an Internet-based cognitive behavioural skills package for carers of people with anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 20:1-11. DOI: 10.1017/S0033291711000766.
- Hartmann A., Weber S., Herpertz S., Zeeck A. (2009). Psychological treatment for anorexia nervosa: a metaanalysis of standardized mean change. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(4): 216-226. DOI: 10.1159/000322360.
- Hay P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal*, 50(1): 24-29. DOI: 10.1111/imj.14691.
- Hay P.J., Bacaltchuk J., Stefano S., Kashyap P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD000562). DOI: 10.1002/14651858.CD000562.pub3.
- Hay P.J., Bacaltchuk J., Stefano S. (2004). Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Systematic Review*, 3(CD000562). DOI: 10.1002/14651858.CD000562.pub2.

- Herpertz S., Hagenah U., Vocks S., von Wietersheim J., Cuntz U. & Zeeck A. (2011). The diagnosis and treatment of eating disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(40): 678. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0678.
- Hilbert A., Hoek H.W. & Schmidt R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6): 423-437. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000360.
- Kaidesoja M., Cooper Z. & Fordham B. (2023). Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A map of the systematic review evidence base. *The International Journal of Eating Disorders*, 56(2): 295-313. DOI: 10.1002/eat.23831.
- Lammers M.W., Vroling M.S., Crosby R.D. & van Strien T. (2020). Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder: a controlled study. *Journal of Eating Disorders*, 8(1): 27. DOI: 10.1186/s40337-020-00299-z.
- Lammers M.W., Vroling M.S., Crosby R.D. *et al.* (2021). Correction to: Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder: a controlled study. *Journal of Eating Disorders*, 9: 165. DOI: 10.1186/s40337-021-00515-4.
- Lammers M.W., Vroling M.S., Crosby R.D., van Strien T. (2022). Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge-eating disorder: An effectiveness study with 6-month follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 55(7): 902-913. DOI: 10.1002/eat.23750.
- Lampard A.M., Tasca G.A., Balfour L. & Bissada H. (2013). An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(2): 99-107. DOI: 10.1002/erv.2214.
- Leombruni P., Amianto F., Mondelli V., Abbate Daga G., Dosio D., Pierò A. & Fassino S. (2003). Trattamento farmacologico dei disturbi del comportamento alimentare. *Journal of Psychopathology*, 4.
- Linardon J., Wade T.D., de la Piedad Garcia X. & Brennan L. (2017). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11): 1080-1094. DOI: 10.1037/ccp0000245.
- Mammone I. & Dimaggio, G. (2023). Suggestimenti di buona pratica clinica per il disturbo evitante di personalità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 52. DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16175.
- McIntosh V.V., Carter F.A., Bulik C.M., Frampton C.M., Joyce P.R. (2011). Five-year outcome of cognitive behavioral therapy and exposure with response prevention for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 41(5): 1061-1071. DOI: 10.1017/S0033291710001583.
- Meneguzzo P., Cazzola C., Castegnaro R., Buscaglia F., Bucci E., Pillan A., Garolla A., Bonello E. & Todisco P. (2021). Associations Between Trauma, Early Maladaptive Schemas, Personality Traits, and Clinical Severity in Eating Disorder Patients: A Clinical Presentation and Mediation Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.661924.
- Mitchell J.E., Agras S., Crow S., Halmi K., Fairburn C.G., Bryson S., Kraemer H. (2011). Stepped care and cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: randomized trial. *British Journal of Psychiatry*, 198(5): 391-397. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.082172.
- Mitchell J.E., Agras W.S., Wilson G.T., Halmi K., Kraemer H., Crow S. (2004). A trial of a relapse prevention strategy in women with bulimia nervosa who respond to cognitive beha-

- viator therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 35(4): 549-555. DOI: 10.1002/eat.10265.
- Mitchell J.E., Crosby R.D., Wonderlich S.A., Crow S., Lancaster K., Simonich H., Swan-Kremer L., Lysne C., Myers T.C. (2008). A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy*, 46(5): 581-592. DOI: 10.1016/j.brat.2008.02.004.
- Monteleone A.M., Pellegrino F., Croatto G., Carfagno M., Hilbert A., Treasure J., Wade T., Bulik C.M., Zipfel S., Hay P., Schmidt U., Castellini G., Favaro A., Fernandez-Aranda F., Il Shin J., Voderholzer U., Ricca V., Moretti D., Busatta D., Abbate-Daga G., ... Solmi M. (2022). Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 142, 104857. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104857.
- National Guideline Alliance (UK) (2017). *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- 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*. DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16173.
- Peterson C.B., Mitchell J.E., Crow S.J., Crosby R.D., Wonderlich S.A. (2009). The efficacy of self-help group treatment and therapist led group treatment for binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12): 1347-1354. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09030345.
- Poulsen S., Lunn S., Daniel S.I., Folke S., Mathiesen B.B., Katznelson H. & Fairburn C.G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 171(1): 109-116. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12121511.
- Rhodes P., Brown J., Madden S. (2009). The Maudsley model of family-based treatment for anorexia nervosa: a qualitative evaluation of parent-to-parent consultation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2): 181-192. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2009.00115.x.
- Russell H., Aouad P., Le A., Marks P., Maloney D., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz S. & Maguire S. (2023). Psychotherapies for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1): 175. DOI: 10.1186/s40337-023-00886-w.
- Safer D.L., Robinson A.H., Jo B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1): 106-120. DOI: 10.1016/j.beth.2009.01.006.
- Sanchez-Ortiz V.C., Munro C., Stahl D., House J., Startup H., Treasure J., Williams C., Schmidt U. (2011). A randomized controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa or related disorders in a student population. *Psychological Medicine*, 41(2): 407-417. DOI: 10.1017/S0033291710000711.
- Schmidt U., Landau S., Pombo-Carril M.G., Bara-Carril N., Reid Y., Murray K., Treasure J., Katzman M. (2006). Does personalized feedback improve the outcome of cognitive-behavioural guided self-care in bulimia nervosa? A preliminary randomized controlled trial. *British Journal Clinical Psychology*, 45(1): 111-121. DOI: 10.1348/014466505X29143.
- Schmidt U., Lee S., Beecham J., Perkins S., Treasure J., Yi I., Winn S., Robinson P., Murphy

- R., Keville S., Johnson-Sabine E., Jenkins M., Frost S., Dodge L., Berelowitz M., Eisler I. (2007). A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164(4): 591-598. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.4.591.
- Schmidt U., Magill N., Renwick B., Keyes A., Kenyon M., Dejong H., ... & Landau S. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4): 796. DOI: 10.1037/ccp0000019.
- Solmi M., Wade T.D., Byrne S., Del Giovane C., Fairburn C.G., Ostinelli E.G., ... & Cipriani A. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(3): 215-224. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30566-6.
- Steinhausen H.C. & Weber S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12): 1331-1341. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09040582.
- Striegel-Moore R.H., Wilson G.T., DeBar L., Perrin N., Lynch F., Rosselli F., Kraemer H.C. (2010). Cognitive behavioral guided self help for the treatment of recurrent binge eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3): 312-321. DOI: 10.1037/a0018915.
- Telch C.F., Agras W.S. & Linehan M.M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6): 1061-1065. DOI: 10.1037//0022-006x.69.6.1061.
- Treasure J., Zipfel S., Micali N., Wade T., Stice E., Claudino A., Schmidt U., Frank G.K., Bulik C.M., Wentz E. (2015). Anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*, 26;1:15074. doi: 10.1038/nrdp.2015.74.
- Vocks S., Tuschen-Caffier B., Pietrowsky R., Rustenbach S.J., Kersting A., Herpertz S. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 10; 43(3): 205-217. DOI: 10.1002/eat.20696.
- Wilson G.T., Wilfley D.E., Agras W.S., Bryson S.W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives Of General Psychiatry*, 67(1): 94-101. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.170.
- Wonderlich S.A., Peterson C.B., Crosby R.D., Smith T.L., Klein M.H., Mitchell J.E. & Crow S.J. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 44(3): 543-553. DOI: 10.1017/S0033291713001098.
- Zipfel S., Giel K.E., Bulik C.M., Hay P. & Schmidt U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12): 1099-1111. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00356-9.

Pratiche di accettazione, mindfulness e terapia espositiva



Elio Carlo*

*Ricevuto il 5 marzo 2024,
accettato il 10 settembre 2024*

Sommario

Sebbene l'esposizione per abituação, basata sul principio di cancellazione della memoria eccitatoria avversiva, sia ancora oggi largamente prevalente in ambito clinico, un modello differente, quello dell'apprendimento inibitorio, si propone di modificare radicalmente il trattamento delle fobie e dell'ansia, enfatizzando il ruolo delle procedure, diverse dall'abituazione, che elicitano, nel paziente, la creazione e il rafforzamento di una memoria rivale, la c.d. memoria inibitoria. L'articolo vuole essere una riflessione sul ruolo dell'esposizione nelle pratiche di accettazione in uso nella c.d. Terza Onda della Psicoterapia Cognitivo Comportamentale, in gran parte basate sull'utilizzo della mindfulness, e intende mostrare, basandosi sulle evidenze scientifiche più recenti, come tali pratiche possano essere inquadrare proprio all'interno del paradigma fissato dalla teoria dell'apprendimento inibitorio e come, per esse, conseguentemente, si apra un potenziale spazio di miglioramento procedurale, diretto all'ottimizzazione della forza, della durata e della recuperabilità della associazione inibitoria, al rafforzamento del processo di estinzione e al contrasto del ritorno della paura e dell'emozione negativa.

Parole chiave: esposizione, estinzione, mindfulness, accettazione, terza onda CBT.

* Università degli Studi Guglielmo Marconi, via Capitan Bavastro 136 – 00154 Roma;
e-mail: e.carlo@unimarconi.it.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 54/2024
DOI: 10.3280/qpc54-2024oa18660

Abstract

Although exposure by habituation, based on the principle of aversive excitatory memory erasure, is still widely prevalent in the clinical setting, a different model, that of inhibitory learning, aims to radically modify the treatment of phobias and anxiety, emphasizing the role of procedures, other than habituation, which elicits, in the patient, the generation of a rival memory, the so-called inhibitory memory. The article aims to be a reflection on the role of exposure in the acceptance practices in use in the so-called Third Wave of Cognitive Behavioral Psychotherapy, largely based on the use of mindfulness, and intends to show, based on the most recent scientific evidence, how these practices can be framed precisely within the paradigm set by the theory of inhibitory learning and how, for them, as a result, a potential space for improvement opens up, aimed at optimising the strength, duration and recall of the inhibitory association, strengthening the extinction process and counteracting the return of fear and negative emotion.

Keywords: exposure, extinction, mindfulness, acceptance, third wave CBT.

Esposizione ed estinzione

L'obiettivo dell'esposizione, che costituisce, a tutt'oggi, la terapia di riferimento nel trattamento di molti disturbi a carattere ansioso e fobico, è l'estinzione definitiva dell'associazione tra lo stimolo condizionato (SC), che scatena nel paziente la paura/ansia, e la risposta di paura condizionata (RC), ossia, in termini di condizionamento classico pavloviano (Pavlov, 1927; Myers *et al.*, 2007), della relazione tra lo stimolo condizionato e lo stimolo incondizionato (SI) (lo stimolo che induce la risposta di paura incondizionata – RI). Nella pratica clinica, le procedure utilizzate per raggiungere questo obiettivo si basano, perlopiù, sul processo dell'abituazione, in ossequio al quale l'estinzione viene raggiunta attraverso il ripetitivo confronto con lo stimolo fobico e la conseguente, progressiva diminuzione dell'attivazione paurosa (Toso *et al.*, 2023; Pavlov, 1927; Myers *et al.*, 2007).

Il meccanismo neurocognitivo alla base del funzionamento dell'abituazione è spiegato dall'Emotional Process Theory – EPT (Foa *et al.*, 1986; Toso *et al.*, 2023). Secondo tale modello, quando il paziente viene esposto allo stimolo pauroso, l'informazione correttiva, costituita dalla progressiva diminuzione della paura determinata dall'abituazione, attiva il network cerebrale della paura stessa e produce, in quest'ultimo, una vera e propria “sovrascrittura mnestica”, che finisce, progressivamente, per indebolire e, in ultimo, per cancellare il legame fobogeno SC-SI (Toso *et al.*, 2023; Foa *et al.*,

1986). È stato proposto che il sostrato anatomico del processo di progressiva modulazione emotiva e, quindi, di eradicazione della memoria avversiva sia costituito dal circuito insula – amigdala (Denny *et al.*, 2014).

Al fine di consentire il pronto sviluppo dell'informazione correttiva, cioè di realizzare con la massima velocità la condizione di riduzione della paura in presenza dello stimolo fobico, il progetto terapeutico basato sull'abituazione prevede, di norma, una serie di manovre. In particolare, il fronteggiamento degli stimoli fobici viene, solitamente, programmato secondo una progressione di intensità, in maniera da garantire che l'esposizione allo stimolo avvenga all'interno di una "zona prossimale", non eccessivamente avversiva in termini di aspettativa di minaccia, avendo il paziente già cancellato il legame associativo stimolo-paura per gli stimoli di intensità inferiore. Inoltre, le sessioni di esposizione sono generalmente anticipate o accompagnate dall'attuazione di una serie di procedure di carattere cognitivo comportamentale, come la desensibilizzazione sistematica, il rilassamento, la modificazione dei bias attentivi, la psicoeducazione e la ristrutturazione cognitiva, atte a favorire, durante il fronteggiamento, la riduzione e/o la cessazione dell'attivazione paurosa (Toso *et al.*, 2023).

Molte ricerche mostrano come la terapia espositiva basata sull'abituazione, sebbene molto efficace nel breve termine, non assicuri affatto l'estinzione definitiva del legame fobogeno: la paura tende infatti a tornare nel tempo (Salkovskis & Mills, 1994; Likierman & Rachman, 1980; Craske & Rachman, 1987), attestando il recupero dell'associazione originaria tra SC e SI (Craske & Mystkowsk, 2006). Altre ricerche evidenziano, ancora, come l'abituazione potrebbe non essere il processo terapeuticamente fondamentale ai fini del successo dell'esposizione, risultando il suo impiego non sufficientemente predittivo e potendosi, d'altra parte, ottenere buoni risultati a lungo termine anche in assenza di essa (Plendl & Wotjak, 2010; Prenoveau *et al.*, 2013; Rescorla, 2006; Rachman *et al.*, 1986; Rowe & Craske, 1998; Tsao & Craske, 2000; per un quadro riassuntivo: Toso *et al.*, 2023).

Sulla base di queste evidenze, Bouton (1993) ha avanzato l'ipotesi che il processo di estinzione non conduca affatto alla cancellazione del legame associativo SC-SI (come proposto dalla Emotional Process Theory), quanto piuttosto alla creazione di due memorie distinte: una eccitatoria, localizzata da LeDoux (1999) nell'amigdala e indelebile, in cui il legame SC-SI sussiste, e una inibitoria, neurologicamente basata su specifiche, emergenti connessioni tra la corteccia prefrontale ventromediale e l'amigdala stessa (LeDoux, 2016), in cui SC è dissociato da SI (SC-noSI). Tali memorie sarebbero reciprocamente competitive e l'esito finale dell'estinzione dipenderebbe, dunque, dal prevalere dell'una o dell'altra. Craske e collaboratori (2014), su questa

base teorica, hanno proposto una nuova impostazione della terapia espositiva, finalizzata al rafforzamento della memoria inhibitoria; tale impostazione è caratterizzata dalla presenza di manovre terapeutiche dirette, in massima parte, al mantenimento/rafforzamento dell'aspettativa di minaccia (con correlato mantenimento dell'ansia) e alla conseguente massimizzazione dell'errore di predizione (lo scarto tra l'aspettativa e il risultato concreto del confronto con SC) e procede quindi, in un certo senso, in senso diametralmente opposto a quanto richiederebbe l'abituazione, cioè la diminuzione della paura.

Le manovre principali del nuovo approccio possono essere così sintetizzate (Craske *et al.*, 2018) (per il seguente quadro riassuntivo ci si riferisce a: Toso *et al.*, 2023):

- etichettare le emozioni emerse a contatto con SC: attiva la corteccia prefrontale ventrolaterale, che supporta la corteccia prefrontale ventromediale nella regolazione dell'attività dell'amigdala da parte della (Torre & Liberman, 2018);
- massimizzare l'errore di predizione, tramite esercizi che consentono una esposizione sequenziale e combinata a vari SC (predittivi lo stesso SI) e/o casuali abbinamenti tra SC e SI (estinzioni occasionalmente rinforzate): favorisce la formazione del nuovo apprendimento (Rescorla & Wagner 1972) e riduce il successivo recupero della paura durante i test di verifica (Culver *et al.*, 2015);
- rimuovere i segnali/comportamenti di sicurezza;
- eliminare gli interventi cognitivi tesi a ridurre la pericolosità della minaccia;
- variare lo stimolo: procura alti livelli di attivazione fisiologica e ansia soggettiva, mantenendo elevate l'attenzione e l'aspettativa di minaccia (Kircanski *et al.*, 2012).
- variare i contesti: come sottolineato da Toso e colleghi (2023, pp. 300-302), poiché «l'estinzione è fortemente dipendente dal contesto in cui avviene (spazio/ tempo) e [...] il cambiamento del contesto, dopo completa estinzione, comporta [...] il ritorno della paura nei confronti dello stimolo temuto [...] l'esposizione dovrebbe essere svolta in ambienti diversi come, ad esempio, da soli o in compagnia, in studio del terapeuta o in luoghi sconosciuti, variando le ore del giorno o i giorni della settimana. Inoltre, tenendo conto che anche lo stato interno del paziente rappresenta un contesto, l'esposizione dovrebbe essere eseguita variandolo (ad es. stanco/riposato, affamato/sazio, poco ansioso/molto ansioso)»;
- ridurre le attività post apprendimento: massimizza il consolidamento della nuova memoria (Kandel, 2012);

- dormire: impedisce le attività che potrebbero interferire con il consolidamento mnestico e potenzia direttamente questo consolidamento (Kleim *et al.*, 2014; Pace-Schott *et al.*, 2016);
- usare spunti per il recupero, ossia stimoli presenti durante il training di esposizione e che possono essere usati come promemoria dell'apprendimento di estinzione, quando ci si espone in altri contesti (Dibbets & Maes, 2011);
- migliorare l'umore: l'induzione dell'umore positivo prima della procedura di confronto con SC, ad esempio tramite immagini o video umoristici, promuove la modifica della valenza (da negativa a positiva) di SC e inibisce il ritorno della paura durante il recupero e il reintegro (Dour *et al.*, 2016);
- concentrare il focus attenzionale su SC e sul non verificarsi di SI: fa crescere l'aspettativa di minaccia e incrementa la forza del legame associativo tra SC e SI.

Malgrado l'esposizione tramite creazione della memoria inibitoria intenda, in tutta evidenza, assestare un colpo mortale alle antiche procedure di esposizione basate sull'abituazione, provocando, nei fatti, una rivoluzione metodologica (culminata finanche nell'elaborazione di una seconda versione della stessa Emotional Process Theory, basata sull'apprendimento inibitorio) (Foa *et al.*, 2001), i presupposti alla base dell'abituazione e lo stesso principio di riscrittura mnestica proposto dalla versione iniziale dell'Emotional Process Theory potrebbero essere tutt'altro che defunti: molte ricerche sperimentali mostrano infatti che le memorie sono malleabili e che possono essere dunque modificate e finanche cancellate (memory editing) (per un quadro esaustivo: Phelps & Hofmann, 2019). In buona sostanza, l'estinzione della paura potrebbe dunque non essere un processo univoco, ma, al contrario, consistere in due processi distinti, uno diretto alla creazione di una coppia di memorie antagoniste, l'altro alla riscrittura del ricordo; ognuno di questi due processi potrebbe essere modulato da specifici fattori e quindi promosso da pratiche terapeutiche specifiche, a volte mutuamente inconciliabili.

Accettazione, Terza Onda CBT e mindfulness

Le pratiche di accettazione (acceptance) sono manovre terapeutiche centrali in tutte le psicoterapie appartenenti alla cosiddetta terza onda della psicoterapia cognitivo comportamentale (Dialectical Behavior Therapy – DBT, Acceptance and Commitment Therapy – ACT, Compassion Focused Therapy

– CFT, ecc.). Alla loro base, si trova l'idea che, per indurre un cambiamento stabile e pervasivo della capacità di regolazione emotiva e della funzionalità cognitiva dei pazienti, occorre procedere attraverso la strutturazione di una diversa relazione con i pensieri e le emozioni dolorose, piuttosto che con la modificazione dei contenuti degli stati mentali: in sostanza, bisogna avviare e stabilizzare una trasformazione di processo, più che di contenuto. Malgrado sussistano differenze tra i vari approcci della terza onda in merito alle rispettive matrici teoriche (filosofia dialettica di stampo hegeliano e buddismo per la DBT) (McMain *et al.*, 2007), filosofia induista, in particolare advaita vedanta, e buddista hinayana (piccola via) per l'ACT (Hayes, 2004), buddismo mahayana (grande via) per le terapie basate sulla compassione (Neff & Germer, 2013; Hoffman *et al.*, 2011), tutti questi approcci condividono un medesimo concetto di accettazione e un medesimo background di metodologie esperienziali per promuoverla. In particolare, in queste psicoterapie, per accettazione viene comunemente intesa la capacità di consentire ai propri pensieri e ai propri sentimenti di essere così come sono, indipendentemente dal fatto di essere piacevoli o dolorosi, attraverso la cessazione volontaria di ogni forma di reattività nei loro confronti e la creazione di uno spazio di consapevolezza dove essi possano manifestarsi liberamente, dal loro sorgere al loro scomparire (Hayes *et al.*, 2004). Circa le metodologie per promuovere l'accettazione, tutti gli approcci riconoscono la centralità delle tecniche afferenti alla mindfulness, ossia alla capacità di prestare un'attenzione consapevole al momento presente, in maniera aperta, curiosa e, soprattutto, non giudicante (Kabat-Zinn *et al.*, 1992; Kabat-Zinn, 2005; Bishop *et al.*, 2004; Baer *et al.*, 2003).

Gli esercizi mindfulness, siano essi formali, cioè caratterizzati dallo svolgimento di specifiche meditazioni o contemplazioni, siano essi informali, cioè diretti al contatto con comportamenti e stimoli ambientali abitudinali, possono essere categorizzati lungo un continuo di disposizione attentionale, che procede dalle tecniche focused attention, in cui l'attenzione è diretta in maniera specifica e sostenuta verso un singolo oggetto e in cui occorre vincere gentilmente, e ripetutamente, la naturale tendenza della mente a distrarsi (mind wandering), alle pratiche open monitoring, in cui l'attenzione non è diretta verso uno specifico focus, ma supporta piuttosto il monitoraggio metacognitivo del flusso delle percezioni, dei pensieri, delle emozioni, delle sensazioni enterocettive e propriocettive e delle tendenze comportamentali (Schuman-Olivier *et al.*, 2020; Lutz *et al.*, 2008).

Come è facile intuire, è proprio la meditazione open monitoring a costituire la pratica prototipica dell'accettazione psicoterapeutica: in tale meditazione, l'elemento centrale è infatti costituito dalla promozione di una condi-

zione, attiva e intenzionale, di coltivazione della consapevolezza dell'esperienza del momento presente, abbinata a un atteggiamento di equanimità, non reattività e apertura verso tale esperienza, indipendentemente dalla sua valenza affettiva (piacevole/spiacevole/neutrale).

Modelli di funzionamento dell'accettazione: il ruolo dell'esposizione

Diversi modelli sono stati chiamati in causa per spiegare i potenziali meccanismi psicologici e neurobiologici attraverso i quali la mindfulness, e soprattutto le pratiche open monitoring, potrebbero esercitare i propri effetti salutari (Shapiro *et al.*, 2006; Brown *et al.*, 2007; Hölzel *et al.*, 2011; Grabovac *et al.*, 2011; Vago *et al.*, 2012; Brewer *et al.*, 2013; Garland *et al.*, 2014; Alsubaie *et al.*, 2017). Alcune teorie si concentrano sul potenziamento delle abilità attentive e dall'affievolimento della CAS – Cognitive – Attentive Syndrome (Wells, 2009; Jha *et al.*, 2007); altre, sulla promozione della rivalutazione cognitiva degli eventi (reappraisal), che la mindfulness agevolerebbe interrompendo le reazioni automatiche e consentendo la riflessione cosciente sulla situazione (Hofmann *et al.*, 2010; Hölzel *et al.*, 2011). Modelli ancora diversi evidenziano l'influsso esercitato dalla mindfulness sulla capacità dell'individuo di spostare la propria prospettiva esperienziale, cioè di uscire dalla propria esperienza soggettiva immediata e di approdare a una consapevolezza più oggettiva e non identificata della propria condizione esistenziale, attraverso la promozione del monitoraggio, della differenziazione e del decentramento metacognitivi (meta-consapevolezza) (Hölzel *et al.*, 2011; Shoham *et al.*, 2017; Guendelman *et al.*, 2017); infine, alcune prospettive teoriche, di tipo schiettamente neurobiologico, si focalizzano sui cambiamenti dell'attività parasimpatica, che potrebbero condurre a un maggiore regolazione emozionale tramite l'incremento del bilanciamento del sistema nervoso autonomo (Tang *et al.*, 2009; 2015).

Anche se ognuno di questi modelli offre probabilmente un contributo positivo alla comprensione dei meccanismi che sostengono l'efficacia terapeutica delle pratiche di accettazione mindfulness-based, una crescente letteratura mostra che meccanismi in linea di principio più semplici, come l'esposizione finalizzata all'estinzione, potrebbero costituire i fattori chiave della promozione della regolazione emotiva esercitata dalle tecniche open monitoring. Secondo questa prospettiva, che peraltro è abbastanza intuitiva, il fatto di non impegnarsi nell'evitamento esperienziale o nella soppressione del pensiero, quando la consapevolezza di un'esperienza difficile si presenta,

consente alla persona che pratica la meditazione open monitoring (o una tecnica di accettazione da essa derivata) di effettuare una vera e propria esposizione immaginativa agli stimoli negativi e/o minacciosi, inducendo, nei fatti, l'estinzione della paura o dell'affetto negativo correlato (Björkstrand *et al.*, 2019; Gu *et al.*, 2015).

Mindfulness ed esposizione: tre indizi

Malgrado il meccanismo cognitivo sopra evidenziato appaia più che verosimile, esistono alcuni problemi che meritano ancora una risposta compiuta, in particolare i seguenti: se l'esposizione è un meccanismo fondamentale per l'accettazione, a che tipo di esposizione ci riferiamo quando abbiamo a che fare con le pratiche psicoterapeutiche mindfulness-based? Stiamo parlando di una esposizione basata sull'abituazione o di una esposizione che induce un nuovo apprendimento e, quindi, di un processo di estinzione che si realizza per il tramite di un apprendimento inibitorio? Quali prove possiamo presentare a favore dell'una o dell'altra ipotesi? In secondo luogo: se il processo di estinzione determinato dalle pratiche di accettazione è meglio spiegato dalla teoria dell'apprendimento inibitorio, tali pratiche costituiscono un'applicazione efficiente di tale teoria? In altri termini: esse costituiscono un metodo efficiente per promuovere l'associazione inibitoria, o potrebbero piuttosto essere oggetto di miglioramenti procedurali a carattere strutturale?

Rispondere alla prima domanda è a nostro avviso possibile e agevole, sulla base della letteratura e delle conoscenze già disponibili, considerando tre aspetti: le caratteristiche procedurali della meditazione open monitoring; l'esito cognitivo della meditazione stessa; le caratteristiche dei correlati neurobiologici delle pratiche di accettazione mindfulness-based.

Dal punto di vista procedurale, la meditazione open monitoring appare sostanzialmente differente dalla classica esposizione immaginativa che conduce all'abituazione. Mentre infatti in quest'ultima il confronto con lo stimolo avviene gradualmente ed è mantenuto fino al realizzarsi un dato target di diminuzione dell'attivazione fisiologica, nella meditazione open monitoring il punto essenziale non è affatto il raggiungimento di un down grade della paura o dell'emozione negativa, ma, piuttosto, il mantenimento di condizione di non reattività, ossia di equanimità, nei confronti del pensiero o della sensazione sgradevole. Trasposto in termini di memoria, cognizione e credenze, l'accettazione è dunque un processo che non mira a sovrascrivere o a cancellare una memoria di paura o fastidiosa, ma ad apprendere e a consolidare un nuovo assetto comportamentale nei confronti dello stimolo negativo.

In pratica, l'esposizione a stimoli esterni e interni, unita alla mancanza delle risposte di evitamento, di soppressione e di fuga dalle risposte cognitive, corporee e affettive, aiuta a generare e consolidare una nuova associazione, che vede, da una parte, la presenza dello stimolo condizionato, dall'altra, l'assenza della risposta condizionata. Ci muoviamo quindi, abbastanza chiaramente, all'interno del paradigma fissato dalla teoria dell'apprendimento inibitorio.

Da un punto di vista squisitamente cognitivo, l'esito più diretto della procedura di accettazione non è, verosimilmente, la variazione della credenza circa la valenza negativa dello stimolo, quanto l'incremento della capacità autostimata di fronteggiamento dello stesso, perché il soggetto, inibendo la propria reattività patogenica, impara, esperienzialmente, ad acquisire (o riguadagnare) una migliore forma di controllo situazionale. Anche qui, siamo pienamente nell'alveo dell'apprendimento inibitorio, considerato che il reappraisal delle credenze di fronteggiamento costituisce la firma cognitiva dello sviluppo della nuova memoria inibitoria (Toso *et al.*, 2023).

Circa i correlati neurofisiologici delle pratiche di accettazione mindfulness-based, una vasta letteratura mostra ormai in maniera inequivocabile che l'addestramento alla consapevolezza, e in particolare l'esercizio delle pratiche che abbinano la meditazione focalizzata a quella open monitoring, come l'MBSR di Kabat-Zinn (Kabat-Zinn *et al.*, 1992; Kabat-Zinn, 2003), potenziano il controllo esercitato dalla corteccia prefrontale sulle aree limbiche, in modo simile a quello a quanto avviene nei soggetti sottoposti alle tecniche CBT di ristrutturazione cognitiva dirette alla rivalutazione delle situazioni e alla formazione di nuovi apprendimenti. In particolare, esperimenti condotti su partecipanti a protocolli mindfulness, evidenziano come tali protocolli inducano una ridotta reattività dell'amigdala tramite l'aumento dell'accoppiamento funzionale, cioè della connettività, tra amigdala e corteccia prefrontale (ventrolaterale e ventromediale) (Kral *et al.*, 2019; Etkin *et al.*, 2015; Lutz *et al.*, 2013; Taylor *et al.*, 2015; Hölzel *et al.*, 2007).

Considerato che, secondo la teoria dell'apprendimento inibitorio, è proprio la corteccia prefrontale ventromediale o PFCVM (infralimbica), durante l'esposizione ripetuta allo stimolo negativo, a modulare il processo di estinzione, tramite la creazione di nuovi schemi di connessioni sinaptiche a effetto inibitorio sull'attivazione dell'amigdala (regolazione top-down), e che, al contrario, l'estinzione per abitudine, come già evidenziato, sembra essere correlata al potenziamento di un altro circuito neuronale deputato alla modulazione affettiva, quello tra insula e amigdala (regolazione bottom-up) (Denny *et al.*, 2014), tali evidenze depongono anch'esse, come quelle procedurali e cognitive, a sostegno dell'idea che le pratiche di accettazione min-

dfulness-based estrinsechino i propri effetti attraverso la produzione di una nuova memoria inibitoria (estinzione per apprendimento inibitorio), piuttosto che attraverso la modificazione/cancellazione della memoria eccitatoria preesistente associata all'emozione negativa (estinzione per abituazione).

A rafforzare questa supposizione contribuisce poi un'ulteriore evidenza, anch'essa desunta dagli studi di neuroimmagine: nei meditatori di lunga durata, in cui è maggiormente verosimile che si verifichino fenomeni di estinzione per abituazione, si assiste effettivamente, rispetto ai praticanti comuni, a un maggiore coinvolgimento, nei processi di regolazione emotiva, delle strutture di modulazione affettiva implicite, di basso livello, basate sull'insula, a indicare che in tali soggetti la pratica della consapevolezza ha promosso, nel lungo termine, una minore reattività all'esperienza emotiva, piuttosto che un potenziamento delle funzionalità di soppressione delle reazioni emotive, mediante il controllo inibitorio top-down (Guendelman *et al.*, 2017; Kral *et al.*, 2019; Taylor *et al.*, 2015).

Se dunque, tirate le somme, le prove che le pratiche di accettazione mindfulness conducono ad apprendimenti inibitori sembrano abbastanza suggestive, un problema che ci si può legittimamente porre è se queste pratiche costituiscano una efficace applicazione della teoria dell'apprendimento inibitorio. Ci si può chiedere, in altre parole, quanto la maniera in cui queste pratiche vengono effettuate utilizzi proficuamente le strategie, nate nell'ambito della teoria stessa, per ottimizzare la forza, la durata e la recuperabilità della associazione inibitoria, per rafforzare il processo di estinzione e per combattere il ritorno della paura e dell'emozione negativa.

La risposta a questa domanda non può che essere variegata: se è vero che in nessuna pratica mindfulness è esplicitamente prevista la riduzione delle attività ostacolanti il consolidamento della memoria, o l'effettuazione di un periodo di sonno dopo l'effettuazione della pratica, o ancora l'utilizzo di spunti per il recupero della memoria inibitoria o di strumenti per migliorare l'umore prima dell'effettuazione della pratica, è tuttavia vero che la meditazione mindfulness finalizzata all'accettazione non impone una logica di gradualità nell'esposizione ai pensieri o alle emozioni disturbanti, consente una naturale variabilità dello stimolo immaginativo, per effetto del naturale andirivieni dei stati mentali negativi, e non prevede la presenza di segnali di sicurezza o di misure tese ad abbattere l'aspettativa di minaccia (Toso *et al.*, 2016). Non ultimo, essa utilizza sovente una strategia, quella dell'etichettamento dei pensieri e delle emozioni, che è del tutto congruente con l'apprendimento inibitorio, dato che, come già evidenziato, verbalizzare l'emozione provata durante l'esposizione (etichettandola appunto) risulta utile nel favorire il processo di estinzione e l'apprendimento della nuova memoria

inibitoria (Torre & Liberman, 2018). Le pratiche di accettazione tramite mindfulness rappresentano dunque applicazioni in linea con approccio dell'apprendimento inibitorio, ma non integralmente calibrate su di esso. Questa circostanza lascia spazio a potenziali, nuovi sviluppi per queste procedure terapeutiche, orientati a massimizzarne l'efficacia verso la creazione, il mantenimento e il rafforzamento delle memorie inibitorie anti-paura.

Bibliografia

- Alsubaie M., Abbott R., Dunn B., Dickens C., Keil T.F., Henley W. & Kuyken W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 55: 74-91. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.04.008.
- Bishop S.R., Lau M., Shapiro S., Carlson L., Anderson N.D., Carmody J., Segal Z.V., Abbey S., Speca M., Velting D. & Devins G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3): 230-241. DOI: 10.1093/clipsy.bph077.
- Baer R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2): 125-143. DOI: 10.1093/clipsy.bpg015.
- Björkstrand J., Schiller D., Li J., Davidson P., Rosén J., Mårtensson J. & Kirk U. (2019). The effect of mindfulness training on extinction retention. *Scientific Reports*, 9, 19896.
- Brewer J.A., Elwafi H.M. & Davis J.H. (2014). Craving to quit: Psychological models and neurobiological mechanisms of mindfulness training as treatment for addictions. *Translational Issues in Psychological Science*, 1(S): 70-90. DOI: 10.1037/2332-2136.1.S.70.
- Bouton, ME (1993). Context, time and memory retrieval in the interference paradigms of Pavlovian learning. *Psychological Bulletin*, 114: 80-99.
- Brown K.W., Ryan R.M. & Creswell J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4): 211-237. DOI: 10.1080/10478400701598298.
- Craske M.G. & Rachman S.J. (1987). Return of fear: perceived skill and heart rate responsivity. *British Journal of Clinical Psychology*, 26: 187 -199.
- Craske M.G., Mystkowski J. (2006). Exposure therapy and extinction: Clinical studies. In Craske M.G., Hermans D. & Vansteenwegen D. (eds.), *Fear and Learning: Basic Science to Clinical Application*. Washington, DC: APA Books.
- Craske M.G., Treanor M., Conway C., Zbozinek T. & Vervliet B. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58: 10-23. DOI: 10.1016/j.brat.2014.04.006.
- Culver N.C., Vervliet B. & Craske M.G. (2015). Compound extinction: Using the Rescorla-Wagner model to maximize exposure therapy effects for anxiety disorders. *Clinical Psychological Science*, 3: 335-348. DOI: 10.1177/2167702614542103.
- Denny B.T., Fan J., Liu X., Guerrerri S., Mayson S.J., Rinsky L., New A.S., Siever L.J. & Koenigsberg H.W. (2014). Insula-amygdala functional connectivity is correlated with

- habituation to repeated negative images. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(11): 1660-1667. DOI: 10.1093/scan/nst160.
- Dibbets P. & Maes J.H.R. (2011). The effect of an extinction cue on ABA-renewal: does valence matter? *Learning and Motivation*, 42(2): 133-144. DOI: 10.1016/j.lmot.2010.12.003.
- Dour H.J., Brown L.A. & Craske M.G. (2016). Positive valence reduces susceptibility to return of fear and enhances approach behavior. *Journal of Behavioral Therapy Experimental Psychiatry*, 50: 277-282. DOI: 10.1016/j.jbtep.2015.09.010.
- Etkin A., Büchel C. & Gross J.J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16: 693-700. DOI: 10.1038/nrn4044.
- Foa E.B. & Kozak M.J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99: 20-35.
- Foa E.B. & Cahill S.P. (2001). Emotional processing in psychological therapies. In Smelser N.J. & Bates P.B. (eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral science* (pp. 12363-12369). New York: Elsevier.
- Garland E.L. & Froeliger B. (2014). Mindfulness training targets addiction at the attention-emotion interface: A neurocognitive framework. In Ie A., Ngnoumen C.T. & Langer E.J. (eds.), *The Wiley Blackwell handbook of mindfulness* (pp. 794-817). Wiley Blackwell.
- Grabovac A.D., Lau M.A. & Willett B.R. (2011). Mechanisms of mindfulness: a Buddhist psychological model. *Mindfulness*, 2: 154-66. DOI: 10.1007/s12671-011-0054-5.
- Gu J., Strauss C., Bond R. & Cavanagh K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37: 1-12. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.01.006.
- Guendelman S., Medeiros S. & Rampes H. (2017). Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological, psychological, and clinical studies. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 220. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00220.
- Hayes S.C., Strosahl K.D. & Wilson K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies: Mindfulness, Acceptance, and Relationship. In Hayes S.C., Follette V.M. & Linehan M.M. (eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford Press.
- Hofmann S.G., Grossman P. & Hinton D.E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31: 1126-32.
- Hofmann S.G., Sawyer A.T., Witt A.A. & Oh D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2): 169-183. DOI: 10.1037/a0018555.
- Hölzel B.K., Ott U., Hempel H., Hackl A., Wolf K., Stark R. & Vaitl D. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators. *Neuroscience Letters*, 42: 116-21. DOI: 10.1016/j.neulet.2007.04.074.
- Hölzel B.K., Lazar S.W., Gard T., Schuman-Olivier Z., Vago D.R. & Ott U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6: 537-559. DOI: 10.1177/1745691611419671.
- Jha A.P., Krompinger J. & Baime M.J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 7(2): 109-119. DOI: 10.3758/cabn.7.2.109.

- Kabat-Zinn J., Massion A.O., Kristeller J., Peterson L.G., Fletcher K.E., Pbert L., Lenderking W.R. & Santorelli S.F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149(7): 936-943. DOI: 10.1176/ajp.149.7.936.
- Kabat-Zinn J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (15th anniversary ed.). Delta Trade Paperback/Bantam Dell.
- Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2): 144-156. DOI: 10.1093/clipsy.bpg016.
- Kandel R.L. (2012). The molecular biology of memory: aAMP, PKA, CRE, CREB -1, CREB -2, and CPEB. *Molecular Brain*, 5, 14. DOI: 10.1186/1756-6606-5-14.
- Kircanski K., Lieberman M.D. & Craske M.G. (2012). Feelings Into Words: Contributions of Language to Exposure Therapy. *Psychological Science*, 23(10): 1086-1091. DOI: 10.1177/0956797612443830.
- Kleim B., Wilhelm F., Temp L., Margraf J., Wiederhold B. K & Rasch B. (2014). Sleep enhances exposure therapy. *Psychological Medicine*, 44(7): 1511-1519. DOI: 10.1017/s0033291713001748.
- Kral T.R.A., Schuyler B.S., Mumford J.A., Rosenkranz M.A., Lutz A. & Davidson R.J. (2018). Impact of short- and long-term mindfulness meditation training on amygdala reactivity to emotional stimuli. *Neuroimage*, 181: 301-313. DOI: 10.1016%2Fj.neuroimage.2018.07.013.
- LeDoux J.E. (1999). Emotional circuits in the brain. In *Encyclopedia of Neuroscience* (II ed., pp. 644-646). Elsevier.
- LeDoux J.E. (2016). *Ansia. Come il cervello ci aiuta a capirla*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Likierman H. & Rachman S. (1980). Spontaneous decay of compulsive urges: cumulative effects. *Behaviour Research and Therapy*, 18: 387-394. DOI: 10.1016/0005-7967(80)90003-0.
- Lutz A., Slagter H.A., Dunne J.D. & Davidson R.J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4): 163-169. DOI: 10.1016/j.tics.2008.01.005.
- McMain S., Sayrs J.H.R., Dimeff L.A. & Linehan M.M. (2007). Dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder and substance dependence. In Dimeff L.A. & Koerner K. (eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 145-173). New York: Guilford Press.
- Myers K.M. & Davis M. (2007). Mechanisms of fear extinction. *Molecular Psychiatry*, 12: 120-150. DOI: 10.1038/sj.mp.4001939.
- Neff K.D. & Germer C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69: 28-44. DOI: 10.1002/jelp.21923.
- Pace-Schott E.F., Germain A. & Milad M.R. (2016). Effects of sleep on memory for conditioned fear and fear extinction. *Psychological Bulletin*, 14(4): 835-857. DOI: 10.1037%2Fbul0000014.
- Pavlov I.P. (1927). *Conditioned reflexes. An Investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. London: Oxford University Press.
- Phelps E.A. & Hofmann S.G. (2019). Memory editing from science fiction to clinical practice. *Nature*, 572(7767): 43-50. DOI: 10.1038/s41586-019-1433-7.
- Pendl, W. & Wotjak C.T. (2010). Dissociation of within and between session extinction of conditioned fear. *The Journal of Neuroscience*, 30(14): 4990-4998. DOI: 10.1523%2FJNEUROSCI.6038-09.2010.

- Prenoveau J.M., Craske M.G., Liao B. & Ornitz E.M. (2013). Human fear conditioning and extinction: Timing is everything...or is it? *Biological Psychology*, 92(1): 59-68. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2012.02.005.
- Rachman S., Craske M., Tallman K. & Solyom C. (1986). Does escape behaviour strengthen agoraphobic avoidance? *Behavior Therapy*, 17: 366-384.
- Rescorla R.A. (2006). Deepened extinction from compound stimulus presentation. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 32(2): 135-144. DOI: 10.1037/0097-7403.32.2.135.
- Rescorla R.A. & Wagner A.R. (1972). A theory of pavlovian conditioning: variations in the effectiveness of reinforcement and nonreinforcement. In Black A.A., Prokasy W.F. (eds.), *Classical conditioning. II: current research and theory* (pp. 64-99). New York: Appleton Century crofts.
- Rowe M.K. & Craske M.G. (1998). Effects of varied-stimulus exposure training on fear reduction and return of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 36(7): 719-734. DOI: 10.1016/s0005-7967(97)10017-1.
- Salkovskis P. & Mills I. (1994). Induced mood, phobic responding and the return of fear. *Behaviour research and therapy*, 32: 439-445. DOI: 10.1016/0005-7967(94)90007-8.
- Schuman-Olivier Z., Trombka M., Lovas D.A., Brewer J.A., Vago D.R., Gawande R., Dunne J.P., Lazar S.W., Loucks E.B. & Fulwiler C. (2020). Mindfulness and behavior change. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(6): 371-394. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000277.
- Shapiro S.L., Carlson L.E., Astin J.A. & Freedman B. (2006) Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62: 373-386. DOI: 10.1002/jclp.20237.
- Shoham A., Goldstein P., Oren R., Spivak D. & Bernstein A. (2017). Decentering in the process of cultivating mindfulness: An experience-sampling study in time and context. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(2): 123-134. DOI: 10.1037/ccp0000154.
- Tang Y.Y., Ma Y.H. & Fan Y.X. (2009). Central and Autonomic Nervous System Interaction Is Altered by Short-Term Meditation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 106: 8865-8870. DOI: 10.1073/pnas.0904031106.
- Tang Y.Y., Hölzel B.K. & Posner M.I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4): 213-225. DOI: 10.1038/nrn3916.
- Taylor V.A., Grant J., Daneault V., Scavone G., Breton E. & Roffe-Vidal S. (2011). Impact of mindfulness on the neural responses to emotional pictures in experienced and beginner meditators. *NeuroImage*, 57: 1524-1533. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2011.06.001.
- Torre J.B. & Lieberman M.D. (2018). Putting feelings into words: Affect labeling as implicit emotion regulation. *Emotion Review*, 10(2): 116-124. DOI: 10.1177/1754073917742706.
- Toso E., Vicentini M., Carlo E. & Agnoletti M. (2023). Una nuova realtà virtuale per una nuova terapia di esposizione. pionieristiche considerazioni. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 29(3): 289-322.
- Tsao J.C.I. & Craske M.G. (2000). Timing of treatment and return of fear: effects of massed, uniform, and expanding spaced exposure schedules. *Behavioral Therapy*, 31(3): 479-497. DOI: 10.1016/S0005-7894(00)80026-X.
- Vago D.R. & Silbersweig D.A. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): A framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, Article 296. DOI: 10.3389/fnhum.2012.00296.
- Wells A. (2011). *Metacognitive therapy for Anxiety and Depression*. London: Guilford Press.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva è la rivista che dal 1996, raccoglie i contributi teorici e clinici dei professionisti (psicoterapeuti, psichiatri, psicologi clinici) che si riconoscono, da ormai quarant'anni, nella Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva.

La rivista persegue diversi scopi: sicuramente far circolare l'informazione tra i soci, ma soprattutto accrescere la conoscenza e la comprensione dei differenti approcci presenti nella Società. Quest'ultimo dato rappresenta un'importante risorsa di una società scientifica e consente di proporre al lettore una visione da una parte ampia e dall'altra dettagliata dei molti temi trattati dal cognitivismo clinico con rilevanze ed enfasi modulate dalla diversità dei modelli all'interno di una condivisione di assunti di base, comuni.

Si può perciò affermare che *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva* dia conto delle fasi di sviluppo dei modelli teorici e delle prassi cliniche nelle molteplici applicazioni in ambito cognitivista.

L'attenzione viene posta nel riportare riflessioni sul lavoro svolto, attraverso il confronto sulle strategie e procedure di intervento, elaborate nelle diverse aree psicopatologiche.

Tutto questo potrebbe essere definito, ambiziosamente, uno strumento di aggiornamento all'interno di una politica culturale condivisa.

Il progetto redazionale è complesso e ha anche il compito di facilitare il dibattito e la discussione tra le diverse anime del cognitivismo clinico ampiamente rappresentate nella comunità cognitivista italiana.

Un ulteriore scopo di *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, infatti, riguarda la promozione del cognitivismo italiano che ha ormai, grazie alla presenza di professionisti che agiscono sulla base di conoscenze scientifiche rigorose solide e accettate dalla comunità internazionale, una comprovata tradizione clinica, teorica e di ricerca.
