

FOCUS 1: LA CONSENSUS CONFERENCE SU ANSIA E DEPRESSIONE: UNO SGUARDO CRITICO

Le linee guida italiane sulle terapie psicologiche di ansia e depressione: un'innovazione o un'occasione persa?

*Simone Cheli**

SOMMARIO. – In questo contributo mi propongo di riassumere i miei commenti al dibattito in corso sulla Consensus Conference sulle Terapie Psicologiche per Ansia e Depressione. Nell'ottica scientifica di implementazione delle linee guida avviate dall'Istituto Superiore di Sanità, ho scelto di impostare le mie riflessioni nel formato di una peer-review, andando dunque ad individuare cinque aree che potrebbero beneficiare di una revisione. Ovviamente quelle che qui esprimo sono opinioni fallibili che cerco di motivare a partire dalla letteratura scientifica esistente.

Parole chiave: psicoterapia, consensus conference, *evidence based practice*, fattori comuni, fattori specifici.

Linee guida esistenti e letteratura di riferimento

Il primo elemento che forse meriterebbe una valutazione è il focus quasi esclusivo sulle linee guida del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). L'impianto generale del documento sembra infatti orientato per lo più a declinare tali linee guida nel contesto italiano. In questa operazione vi sono alcuni elementi a mio avviso assai problematici. Il primo è che il NICE è stato formulato quasi 20 anni fa. Per quanto siano stati prodotti numerosi aggiornamenti sino agli ultimi citati dalla Consensus Conference, questi non hanno modificato la prospettiva iniziale. In sede italiana stupisce che non sia stata formulata una revisione critica, potendo usufruire di vantaggi e svantaggi di quanto fatto dal NICE e dal suo programma attuativo in psicoterapia denominato *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT). Innanzitutto, il documento italiano dà per scontata una prospettiva categoriale alla diagnosi da cui consegue una quasi assoluta irrilevanza del dibattito psi-

*Centro di Psicologia e Psicoterapia, Tages Onlus, Firenze; Scuola di Scienze della Salute Umana, Università di Firenze. E-mail: simone.cheli@unifi.it

copatologico e psicoterapeutico degli ultimi 20 anni. Tale dibattito ha infatti posto sempre più l'attenzione sull'utilità clinica di interventi focalizzati su processi, meccanismi e dimensioni.

I dati (Clark, 2018) suggeriscono una notevole efficacia da parte del sistema sanitario inglese nell'aderire alle pratiche dello IAPT (89% hanno iniziato il trattamento entro 6 settimane dalla valutazione iniziale; 99% dei pazienti con ansia o depressione hanno ricevuto una valutazione iniziale e finale dell'intervento), le risposte in termini di efficacia clinica sono invece più contenute. I tassi di remissione dalla diagnosi sono del 51% e i tassi di drop-out sono quasi del 60% (solo il 40.3% ha completato più di una seduta). Tali metriche non sono certo in linea con le meta-analisi sulla *Cognitive-Behavioral Therapy* (CBT) per ansia (Springer *et al.*, 2018) e depressione (Cuijpers *et al.*, 2013) che nel NICE viene indicata come prima scelta negli interventi di secondo livello. Per quanto numerosi siano i non-rispondenti nelle terapie cognitive, lo IAPT non ha raggiunto l'efficacia della CBT.

Se da un lato il nostro sistema sanitario nazionale beneficerebbe fortemente di linee guida chiare, dall'altro non posso non rilevare che gli stessi dati meta-analitici che spingono ad implementare i protocolli terapeutici e hanno ad esempio portato la CBT alla cosiddetta Terza Onda non vengono presi in considerazione nel documento italiano. Come se tutti gli studi (rigorosamente di impianto CBT) su *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT), *Acceptance and Commitment Therapy*, o *Metacognitive Therapy* niente contassero. Lo IAPT è stata ed è un'iniziativa lodevole, ma non sembra sufficiente che solo 1 paziente su 5 giunga ad una remissione della diagnosi (40.3% completano il percorso e di questi solo il 51% non soddisfa più i criteri diagnostici al termine).

Comorbilità e specificità dei costrutti di depressione e ansia

Immaginiamo una persona che acceda ad un primo livello di valutazione riportando sentimenti di appiattimento emotivo, ridotta attività e sentimenti di autosvalutazione. Le linee guida italiane prevederebbero che un 'operatore' faccia una prima valutazione in un setting di cure primarie avvalendosi di strumenti testistici standard e poi avvii un auto-aiuto guidato. Nel caso l'operatore sia uno psicoterapeuta con esperienza nella diagnosi differenziale, questi considererebbe i sintomi depressivi riportati come aspecifici e condurrebbe un esame ad ampio spettro che auspicabilmente includerebbe la sintomatologia nel suo insieme e il funzionamento di personalità. Nel caso di un operatore con limitata esperienza nella diagnosi differenziale (nel NICE sono previsti anche infermieri, nella Consensus Conference come vedremo la confusione terminologica lascia spazio a molteplici interpretazioni) si rischia di fermarci ad una valutazione di sintomatologia depressiva.

Questa che propongo non è una distinzione accademica, quanto piuttosto un caso di studio che sta alla luce di due importanti dati emersi negli ultimi 20 anni. Innanzitutto, sin dal 1990 la *Harvard Medical School* conduce studi sulla comorbidità che mostrano l'assai limitata specificità delle diagnosi categoriali. In psicodiagnostica è infatti un'eccezione ricevere una sola diagnosi. Nello specifico, la comorbidità tra sintomi ansiosi e depressivi fu stimata tra l'80% e il 95% (Gorman, 1996) e tra questi ultimi e i disturbi di personalità almeno pari al 62% (Hirschfeld, 1999). Dunque, il paziente con quei sintomi depressivi sopra riportati potrebbe riferirsi a meccanismi di funzionamento assai diversi ed un'accurata diagnosi differenziale permetterebbe di impostare un trattamento in grado di targetizzare tali meccanismi. Il paziente potrebbe mostrare un appiattimento depressivo come conseguenza di una dinamica perfezionistica tipica di un disturbo ossessivo compulsivo di personalità, un'esperienza di vuoto associata ad una forma di narcisismo patologico o un esordio di depressione maggiore conseguente alla fine di una relazione.

Inoltre, l'idea che un test psicometrico (per quanto validato) inquadri la stessa sintomatologia depressiva indagata da un altro test è assai illusoria (Chevance *et al.*, 2020). Quel che chiamiamo depressione o ansia include esperienze e cluster psicopatologici assai diversificati che dunque portano a problematiche psicosociali specifiche. Da un punto di vista clinico è facile comprendere come 4 pazienti su 5 non raggiungano una remissione dalla diagnosi. Non perché i terapeuti del sistema sanitario inglese siano inadeguati, ma probabilmente perché stanno trattando allo stesso modo problematiche assai diverse. Oltre che una ovvia criticità clinica ne emerge anche una organizzativa. Uno *stepped-care* efficiente deve permettere alla persona di accedere ad un intervento specifico. Altrimenti si utilizza un modello organizzativo di sanità 'fordista' in cui si potenzia l'offerta sanitaria senza favorire un'adesione di questa alla domanda come suggerito dai cosiddetti modelli 'lean' (D'Andreamatteo *et al.*, 2015). Tale distinzione è fondamentale per la valutazione di sostenibilità economica delle linee guida.

Processi, meccanismi e dimensioni in psicopatologia

La risposta della psicopatologia e della psicoterapia ai problemi finora descritti è corrisposta a tre filoni di ricerca che ormai da oltre 15 anni dominano il dibattito internazionale: i) il ruolo di processi e meccanismi transdiagnostici nell'insorgenza e nel mantenimento dei disturbi; ii) una revisione del modello di diatesi-stress alla luce delle prospettive dimensionali alla psicopatologia; iii) lo sviluppo di protocolli psicoterapeutici informati da processi, meccanismi e dimensioni in un'ottica sempre più integrata. Duole constatare che di tutto questo non vi è traccia nel documento proposto dalla Consensus Conference. È forse comprensibile una posizione conservativa finalizzata a

non esporsi a contestazioni accademiche, lascia invece perplessi non vedere alcun riferimento alle migliaia di articoli scientifici che affrontano questi temi. Ad esempio, la fortissima comorbidità tra disturbi ansiosi e depressivi viene associata ad una serie di processi transdiagnostici primariamente riferibili a forme di pensiero perseverante che stanno alla base di alcuni dei protocolli con le maggiori evidenze scientifiche, si pensi alla MBCT per la depressione cronica (McEvoy *et al.*, 2013). Parallelamente, questo spettro di manifestazioni internalizzanti è stato associato ad un tratto di personalità denominato nevroticismo le cui manifestazioni cliniche sono meglio comprese alla luce di specifici meccanismi di mantenimento come l'evitamento esperienziale (Naragon-Gainey & Watson, 2018). Infine, i cosiddetti fattori comuni sono sì transdiagnostici, ma hanno loro specifiche declinazioni in base al funzionamento del paziente. Sappiamo che pazienti con alti livelli di nevroticismo espongono il setting ad un rischio peculiare: i terapeuti (soprattutto se inesperti) tendono a dare valutazioni basse del livello di alleanza mentre i pazienti alte, generando una discrepanza nell'esperienza condivisa della terapia (Chapman *et al.*, 2009). Il documento della Consensus Conference riporta solo una volta il costrutto di alleanza terapeutica in uno degli allegati e non menziona mai né i costrutti di processi e meccanismi transdiagnostici né quelli di dimensioni o tratti di personalità.

Distinzione tra psicoterapia e terapia psicologica

Coerentemente con il modello britannico dove gli interventi di primo livello possono essere erogati anche da infermieri e social worker, lo IAPT si riferisce genericamente a terapie psicologiche. Nel contesto italiano, dove esiste una legislazione ben diversa, gli autori del documento della Consensus Conference avrebbero forse dovuto porre maggiore attenzione all'uso dei termini o meglio, come anticipavo nel primo paragrafo, avrebbero dovuto integrare lo IAPT con altre prospettive. Il lettore potrà notare come il termine 'psicoterapia' viene utilizzato in tre ambiti: le dichiarazioni iniziali sull'importanza di approcci basati sulle evidenze, le frasi in cui si fa una rassegna di tali evidenze, i riferimenti alle scuole di specializzazione riconosciute dal Ministero dell'Istruzione e del Merito. L'espressione 'terapie psicologiche' viene utilizzata in tutti quei titoli o frasi che vogliono rimandare ad una visione d'insieme delle implicazioni del documento. Nel glossario si specifica che le terapie psicologiche includono la psicoterapia in quanto focus primario, gli altri interventi sarebbero citati ma non trattati nel documento. Salvo poi confondere ulteriormente il lettore nella riga successiva dove si dice che negli interventi a bassa intensità troviamo i manuali di auto-aiuto (trattati nel documento) e l'attività fisica. Queste ultime due forme di interventi 'non sono qualificabili come psicologici e/o come terapie' (ISS, 2022). In breve, credo non

sia insensata la mia critica di una limitata chiarezza terminologica. E da tale limitata chiarezza terminologica ne consegue un discreto caos normativo e applicativo.

In Italia l'esercizio della psicoterapia segue specifiche normative che impongono specifici percorsi formativi e abilitanti. Ad una lettura iniziale verrebbe da pensare che visto il glossario ci chiarisce che nel testo non si trattano terapie psicologiche 'non-psicoterapeutiche' tutte le linee guida si dovrebbero riferire all'operato di psicoterapeuti. Purtroppo, l'eccessivo uso dello IAPT (dove ricordiamolo le norme sono diverse e certe attività sono in carico a infermieri e social worker) genera un bug non sappiamo se voluto o no. Perché la presenza di interventi non psicologici o terapeutici (come i manuali e le attività fisiche) aprirebbe al coinvolgimento di figure altre dallo psicoterapeuta. Resta da capire se una figura sprovvista di competenze atte a comprendere il funzionamento del paziente (al di là del sintomo) e trattarlo efficacemente sia in grado di gestire adeguatamente un primo livello di valutazione e attivazione del trattamento. E come anticipato questo ed altri dubbi non sono dotte e inutili distinzioni accademiche, quanto piuttosto elementi che informano un intervento auspicabilmente efficace e sostenibile.

Conclusioni sulla sostenibilità economica

Protocolli terapeutici efficienti ed efficaci devono poter essere sostenuti da modelli organizzativi coerenti con tale ambizione. Questo implica sviluppare interventi sostenibili per il sistema erogante e per l'utenza. Quello proposto dalla Consensus Conference sembra un approccio mirante a massimizzare il numero di servizi erogati in maniera generalista (focus su macro-categorie diagnostiche e limitata attenzione al funzionamento soggettivo del paziente e alle competenze del professionista) e a rischio di aumentare i costi invece che l'efficacia (lo IAPT porta solo 1 paziente su 5 alla remissione). Il documento che è stato redatto appare forse un'occasione persa in cui si sarebbe potuto considerare interventi specifici in grado di sartorializzare l'offerta sanitaria sulla domanda massimizzando le competenze esistenti e riducendo dunque gli sprechi.

BIBLIOGRAFIA

- Chapman, B.P., Talbot, N., Tatman, A.W., Britton, P.C. (2009). Personality Traits and the Working Alliance in Psychotherapy Trainees: An Organizing Role for the Five Factor Model? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28.
- Chevance, A., Ravaud, P., Tomlinson, A., Le Berre, C., Teufer, B., Touboul, S., Fried, E.I., Gartlehner, G., Cipriani, A., Tran, V.T. (2020). Identifying outcomes for depression that matter to patients, informal caregivers, and health-care professionals: qualitative content analysis of a large international online survey. *The Lancet. Psychiatry*, 7:692-702.

- Clark, D.M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14:159-183.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 58:376-385.
- D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Lega, F., Sargiacomo, M. (2015). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy*, 119:1197-1209.
- Gorman, J.M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4:160-168.
- Hirschfeld, R.M. (1999). Personality disorders and depression: comorbidity. *Depression and Anxiety*, 10:142-146.
- Istituto Superiore di Sanità (ISS). (2022). Consensus Conference sulle Terapie Psicologiche per Ansia e Depressione, p. 8.
- McEvoy, P.M., Watson, H., Watkins, E.R., Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151:313-320.
- Naragon-Gainey, K., Watson, D. (2018). What Lies Beyond Neuroticism? An Examination of the Unique Contributions of Social-Cognitive Vulnerabilities to Internalizing Disorders. *Assessment*, 25:143-158.
- Springer, K.S., Levy, H.C., Tolin, D.F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61:1-8.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 5 novembre 2022.

Accettato: 24 maggio 2023.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:734

doi:10.4081/rp.2023.734

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.