

Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

Terapia di Gruppo e Individuale nel Trattamento della Depressione

Introduzione

È stato stimato che ogni otto individui uno può necessitare, nel corso della sua vita, di trattamento per depressione. La depressione, quando non curata, può portare alla riduzione dell'attività sociale, a malattie e anche alla morte. Con i corretti interventi, comunque, la depressione può essere trattata con successo nella maggior parte delle persone. Nelle linee guida più recenti, la psicoterapia non è considerata come misura d'elezione nel trattamento delle depressioni maggiori. È stato raccomandato che la terapia farmacologia o la combinazione di psicoterapia e terapia farmacologia possano essere il trattamento di scelta in questi individui. Comunque, nonostante gli infermieri siano generalmente parte del team multidisciplinare e abbiamo alcuni input nel trattamento farmacologico, la prescrizione dei farmaci non è generalmente una loro facoltà. Inoltre, l'obiettivo iniziale di qualsiasi trattamento per la depressione è quello di ridurre la gravità della depressione il più velocemente possibile per permettere che il paziente risponda a ulteriori trattamenti. La terapia cognitivo comportamentale (TCC), una forma di psicoterapia, può essere considerata come un intervento non farmacologico che può fornire a soggetti depressi le abilità con cui gestire la propria malattia. Comunque, l'utilità della TCC come intervento nei pazienti da moderatamente a severamente

Questo foglio informativo comprende i seguenti concetti:

- Introduzione
- Qualità della Ricerca
- Trattamento della Depressione negli Adulti
- Trattamento della Depressione negli Adolescenti

Glossario

Beck Depression Inventory (BDI)- Autovalutazione con 21 item sui sintomi della depressione (punteggio 0-63). Maggiore è il punteggio, maggiore è la gravità della depressione. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). Scala di valutazione psichiatrica con 17 item largamente utilizzata per valutare la gravità della depressione (punteggio 0-50)

depressi non è stata ancora adeguatamente valutata. Per questa ragione, l'obiettivo di questo foglio informativo di best practice è quello di riassumere le migliori evidenze

Livelli di evidenza

Tutti gli studi sono stati categorizzati secondo la forza dell'evidenza basata sul seguente sistema di classificazione.

- **Livello I** Evidenza ottenuta da una revisione sistematica di tutti i trials randomizzati controllati rilevanti.
- **Livello II** Evidenza ottenuta da almeno uno studio randomizzato e controllato ben disegnato.
- **Livello III.1** Evidenza ottenuta da trials controllati ben disegnati senza randomizzazione.
- **Livello III.2** Evidenza ottenuta da studi analitici di coorte o caso controllo ben disegnati preferibilmente eseguiti da più di un centro o gruppo di ricerca.
- **Livello III.3** Evidenza ottenuta da serie multiple nel tempo con o senza intervento. Risultati rilevanti in esperimenti non controllati.
- **Livello IV** Opinione di autorità rispettate, basate su esperienze cliniche, studi descrittivi, o reports di comitati di esperti.

disponibili sull'utilizzo della TCC individuale o di gruppo nelle persone affette da depressione moderata fino a quella severa.

Qualità della ricerca

Il trial randomizzato e controllato (RCT) è considerato il metodo scientifico più chiaro per giudicare l'efficacia di un trattamento quando confrontato con un trattamento standard o un controllo. A causa della grande quantità di RCT disponibili su questo argomento, questo panel ha considerato, per preparare questo foglio informativo e per formulare linee guida pratiche, solo gli RCT pubblicati sottoposti a peer review.

L'obiettivo di questo report era di esaminare l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale di gruppo o individuale su soggetti con moderata fino a severa depressione. Per questo motivo sono stati inclusi solo gli studi che valutavano soggetti con punteggio di ≥ 14 della scala Beck Depression Inventory (BDI).

Ricercando gli studi per il trattamento della depressione con terapia di gruppo o individuale, il trattamento psicoterapeutico maggiormente utilizzato era la terapia

cognitiva comportamentale (TCC). Il numero e le tipologie dei protocolli di trattamento che sono stati valutati era numeroso e il sommario di questi sono presentati nella tabella 1. Da ultimo, a causa della sottile differenza fra le terapie comportamentali con e senza le componenti comportamentali esplicitamente definite, il panel degli esperti ha deciso che tutte le terapie individuali e di gruppo di tipo cognitivo sarebbero state classificate come forme di TCC.

Tabella 1: descrizione degli interventi

Un sommario degli approcci così come descritto dalla revisione sistematica della ricerca

Terapia cognitiva di gruppo (TCG)

- Presa di distanza dal coinvolgimento, ristrutturazione cognitiva e procedure comportamentali di verifica dell'ipotesi.
- Consiste di 3 moduli: (1) rilassamento progressivo, (2) ristrutturazione cognitiva e (3) training assertivo.
- Tecniche per migliorare la coesione del gruppo affrontando i pensieri negativi circa il trattamento di gruppo e l'anticipazione delle risposte negative da parte dei membri del gruppo.
- Consiste nel supporto emotivo, training per il rilassamento, training assertivo, ristrutturazione cognitiva, blocco del pensiero, assegnazioni di compiti di tipo comportamentale da svolgere a casa, biblioterapia e didattica.

Terapia cognitiva individuale (TCI)

- Presa di distanza dal coinvolgimento, ristrutturazione cognitiva e procedure comportamentali di verifica dell'ipotesi.
- Consiste di 3 moduli: (1) rilassamento progressivo, (2) ristrutturazione cognitiva e (3) training assertivo.
- Consiste in tecniche verbali e comportamentali per aiutare i soggetti a (a) conoscere i rapporti fra cognizioni, affetti e comportamenti; (b) monitorare i pensieri negativi; (c) esaminare le prove pro e contro ogni pensiero distorto; e (d) sostituire interpretazioni orientate alla realtà da pensieri distorti da maladattamento.
- Utilizzo di strategie e tecniche per aiutare ad identificare e correggere visioni di se stessi negative e distorte.
- Un approccio strutturato, attivo, direttivo, limitato nel tempo, utilizzato per trattare la depressione. Le tecniche terapeutiche sono strutturate per identificare, testare nella realtà e correggere concettualizzazioni distorte e credenze disfunzionali sottostanti a queste cognizioni.
- Cinque processi cognitivi relativi alla gestione della depressione adattiva: 1) auto valutazione positiva, 2) precisa auto relazione della sfera affettiva, 3) reazione adattiva allo stress, 4) presa di decisione efficace e 5) assunzione non punitiva di responsabilità per il comportamento.

Terapia farmacologia

- Imipramina al dosaggio di almeno 150 mg al giorno.
- 50 poi 75 mg di nortriptyline (un antidepressivo ciclico) al giorno
- Non meno di 150 mg/di di amitriptyline di doxepin.
- Amitriptyline o clomipramine 150 mg/di

Favorire l'adattamento alla depressione attraverso un corso

Consiste in un corso di 8 settimane di 12 sessioni, 2 alla settimana per le prime 4 settimane e poi 1 alla settimana per le restanti 4 settimane. Le prime 2 sessioni del corso sono indirizzate all'approccio di apprendimento sociale alla depressione e forniscono indicazioni su un autocambiamento di abilità. Le 8 sessioni seguenti contengono istruzioni su come rilassarsi, aumentare le attività piacevoli, modificare l'aspetto del pensiero e migliorare le abilità sociali e le interazioni di gruppo. Le ultime 2 sessioni comprendono il favorire che il paziente usi le abilità apprese e, cosa molto utile, sviluppare una pianificazione della vita. E' utilizzato sia per la terapia di gruppo sia individuale.

Psicoterapia individuale (PI)

- Si tratta di tecniche che aiutano il paziente a identificare e comprendere meglio i suoi problemi interpersonali, i conflitti e a sviluppare maggiori modalità adattive rispetto alle relazioni con altri.

Terapia con l'ausilio del computer (programma terapeutico d'apprendimento o PTA)

- E' un programma interattivo computerizzato che permette al soggetto di identificare e descrivere i conflitti intra e inter personali e i comportamenti che bloccano le sue abilità di problem solving e crescita personale. Al paziente è richiesto di porre un piano d'azione per ridurre lo stress personale e poi di riportare i propri progressi al terapeuta e al gruppo. I primi 30-40 minuti della sessione sono dedicati al lavoro al computer con al termine una sintesi dei passaggi perché il terapeuta effettui l'analisi. Il promemoria della sessione viene usato per trattare, come un gruppo, i problemi associati al passaggio.

Lista d'attesa con supporto farmacologico (SF)

- Il gruppo continua a vedere il suo psichiatra settimanalmente per ricevere farmaci e supporto. Essi ricevono una terapia non strutturata in relazione alla gestione della depressione.

Lista d'attesa senza altri trattamenti

- Ai soggetti della lista d'attesa di controllo viene detto che potranno iniziare il trattamento dopo 14 settimane e potranno chiamare per un appuntamento per la terapia durante l'intervallo se ne hanno bisogno.

Lista d'attesa con supporto (Solito trattamento)

- Continuano a ricevere il trattamento dai loro medici di riferimento e non vengono valutati per un'allocatione di trattamento
- Trattati dai loro medici personali, alcuni pazienti prendono farmaci antidepressivi.

Trattamento della depressione negli adulti

Sono state valutate numerose terapie non farmacologiche per il trattamento della depressione cronica negli adulti. Di seguito vengono esaminati:

- l'efficacia delle terapie per ridurre la depressione (così come misurata dalla Beck Depression Inventory (BDI), un auto report di misurazione, e la Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) un punteggio di valutazione attribuito da un valutatore indipendente e
- il confronto dell'efficacia delle modalità di trattamento per ridurre il punteggio di depressione.

Terapia Cognitivo Comportamentale versus Farmacoterapia

La farmacoterapia è un trattamento accettato spesso di prima scelta per la depressione. Recenti linee guida hanno affermato che la psicoterapia da sola non deve essere utilizzata in soggetti con depressione cronica severa. Le raccomandazioni ai clinici suggeriscono l'utilizzo di terapie combinate (psicoterapia e terapia farmacologia) o solo farmacoterapia. Tuttavia, con questa forma di trattamento, c'è la possibilità di effetti collaterali indesiderati. Per questa ragione, diversi studi hanno cercato di determinare come la terapia cognitiva individuale (TCI) può essere comparata alla terapia farmacologia o a terapia combinata nel trattamento della depressione cronica.

Terapia Cognitiva Individuale versus Farmacoterapia

Quando la terapia cognitiva individuale è confrontata con i soli farmaci nel trattamento della depressione moderata o maggiore (media BDI 27-30), entrambe le modalità di trattamento sono state trovate efficaci nel ridurre il punteggio della depressione dopo il trattamento e al follow up. Nessuna terapia fu trovata significativamente più efficace delle altre e anche esaminando i pazienti che ottennero un punteggio di depressione nella normalità alla fine del trattamento, non si

trovarono differenze significative fra i due trattamenti.

Tuttavia, deve essere usata cautela nell'interpretazione di questi studi. I prodotti farmacologici utilizzati in questi studi sono stati soppiantati dall'uso di farmaci di nuova generazione quali gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (ISRS) i quali sono considerati avere minor effetti collaterali ma essere ugualmente efficaci nel ridurre i sintomi della depressione. Per questo motivo è imperativo che vengano fatti studi valutanti l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale e questa nuova classe di farmaci.

Terapia Cognitiva individuale versus Terapia Cognitiva Individuale associata a farmacoterapia

Diversi studi hanno valutato l'efficacia della sola psicoterapia in confronto con la terapia combinata. I risultati suggeriscono che entrambi i trattamenti erano efficaci nel ridurre il punteggio della depressione e che non c'era differenza significativa nell'efficacia fra i due trattamenti.

Terapia Cognitivo Comportamentale versus Lista d'Attesa

Diversi studi hanno valutato l'efficacia della terapia individuale o di gruppo rispetto a un gruppo di controllo in lista d'attesa con o senza l'usuale struttura medica di supporto.

Terapia Cognitiva Individuale versus Lista d'Attesa con supporto farmacologico

Ai controlli della lista d'attesa veniva fornito un supporto farmacologico durante l'attesa per essere trattati per la depressione. Uno studio rivelò che la TCI riduceva significativamente il punteggio BDI dopo il periodo di trattamento mentre nel gruppo di controllo no. L'effetto del trattamento proseguiva durante il follow up. Inoltre, la TCI era maggiormente efficace nel ridurre il punteggio di BDI rispetto al Supporto Farmacologico pre e post trattamento e al follow up. Tuttavia, a causa del piccolo

numero di soggetti in questo studio, i risultati devono essere considerati con cautela.

Terapia Cognitiva Individuale e di Gruppo versus la Lista d'Attesa con Supporto (solito trattamento)

I soggetti in "solito trattamento" continuavano a ricevere il trattamento dai loro medici di riferimento mentre attendevano per la psicoterapia e alcuni continuavano a ricevere farmaci dopo il periodo dello studio.

Sono stati esaminati diversi studi e i risultati furono trovati contraddittori. I risultati di uno studio riportarono che sia i gruppi in TCI che quelli in lista d'attesa dimostrarono significativi miglioramenti nei punteggi di depressione. Al follow up, mentre i punteggi di quelli in lista d'attesa continuavano a calare significativamente rispetto sia al pre che al post trattamento, il gruppo in TCI dimostravano un significativo incremento nel punteggio della depressione rispetto al post trattamento. Tuttavia, i valori del follow up rimanevano significativamente più bassi rispetto ai punteggi pre trattamento.

In un altro studio le TCI e le TCG miglioravano significativamente i punteggi della depressione nel post trattamento rispetto al pre trattamento e tale miglioramento proseguiva durante il follow up. Tuttavia i soggetti di controllo non dimostravano miglioramenti significativi nei punteggi di depressione durante nessuna delle misurazioni.

Una misura di efficacia del trattamento può anche tener conto dell'abilità del soggetto di aderire al regime di trattamento. In un'analisi includente pazienti che non completavano il trattamento, i risultati indicarono che solo la TCG era efficace a ridurre significativamente la depressione al termine del periodo di studio.

A causa della natura contraddittoria dei risultati degli studi, non si possono avere conclusioni rispetto all'effetto della TCG e della TCI in confronto con il trattamento standard.

I ricercatori avvertono di non essere stati in grado di determinare se i miglioramenti nei punteggi di depressione rispetto ai controlli

fossero un effetto della terapia cognitiva o più semplicemente fossero dovuti all'implementazione di alcuni regimi terapeutici non presenti nel gruppo di controllo.

Terapia Cognitiva di Gruppo o Terapia cognitiva Individuale versus Lista d'Attesa (nessun altro trattamento)

Al fine di determinare l'assoluta efficacia della terapia cognitiva nel trattamento della depressione, sia la terapia cognitiva di gruppo sia quella individuale sono state confrontate all'assenza completa di trattamento in pazienti depressi. È stato trovato che sia la TCG che l'TCI hanno significativamente ridotto il punteggio della depressione dopo il trattamento dove l'effetto della TCI proseguiva durante il follow up (nella TCG il follow up non venne monitorato). I soggetti nella lista d'attesa non dimostrarono significative diminuzioni del punteggio della depressione al termine del periodo di studio.

Terapia Cognitivo Comportamentale versus Terapia Cognitivo Comportamentale

Vengono qui presentati numerosi confronti fra diverse modalità di terapia cognitivo comportamentale. La terapia di riferimento standard utilizzata in molti studi come confronto è la terapia cognitiva individuale.

Terapia Cognitiva di Gruppo versus Terapia cognitiva Individuale

Fin dall'introduzione della terapia di gruppo agli inizi del secolo, c'è stato dibattito rispetto l'efficacia di questo trattamento rispetto all'attenzione individuale data dalla terapia uno a uno. Può la terapia di gruppo veramente servire a trattare la depressione e quanto è efficace rispetto alla terapia individuale?

Studi dimostrarono che sia la TCG che la TCI erano efficaci nel diminuire i punteggi di depressione alla fine del trattamento e al follow up quando confrontati con i punteggi prima del trattamento. Nel confronto sull'efficacia dei due trattamenti nel ridurre i

punteggi di depressione, gli studi non trovarono differenze significative fra i due trattamenti. Quando si esaminava il numero dei pazienti che raggiungevano un punteggio di depressione normale dopo il trattamento, entrambi risultavano egualmente efficaci.

È stato suggerito che in un periodo di riduzione di costi, l'evidente utilità della terapia di gruppo e la sua sostanziale economicità, permetta di utilizzarla con sicurezza per i pazienti depressi.

Psicoterapia Individuale versus Terapia Cognitiva Individuale

La psicoterapia è anch'essa un metodo di trattamento affermato per la depressione. Tuttavia la sua efficacia in confronto con la terapia cognitiva è limitata. Uno studio ha determinato che entrambi i metodi di trattamento erano efficaci nel diminuire i punteggi di depressione e che nessun trattamento era più efficace dell'altro nel trattamento dei soggetti depressi. Questo studio ha utilizzato un ampio numero di soggetti per gruppo e ha valutato l'efficacia del trattamento tenendo conto dei pazienti che uscivano dallo studio prima del termine.

Terapia Cognitiva di Gruppo versus Terapia con Assistenza del Computer (Programma Terapeutico d'Apprendimento)

Un recente sviluppo nel trattamento della depressione consiste nell'utilizzo del computer al posto del terapeuta al fine, inizialmente, di guidare i soggetti attraverso un esame e una riflessione della loro percezione dell'ambiente e poi per indirizzarli al conseguimento di nuove abilità. Tuttavia, questo trattamento richiede ancora aspetti della terapia di gruppo in quanto i soggetti ritornano nel gruppo per condividere le loro percezioni e pensieri che possono essere stati provocati durante la sessione al computer.

I risultati dimostrarono che entrambi i trattamenti erano in grado di diminuire significativamente i punteggi di depressione oltre il periodo di trattamento e non furono trovate differenze significative

nell'efficacia di entrambi nel ridurre il punteggio della depressione.

Adattarsi alla depressione: Un Corso, Confronto fra la Terapia di Gruppo o di Classe e la Terapia Individuale

L'utilizzo di un corso strutturato per l'adattamento alla depressione è stato valutato sia nella modalità di terapia individuale che di gruppo. Pazienti con depressione moderata o severa all'inizio del trattamento ebbero una riduzione del punteggio di depressione al termine del trattamento sia nella modalità individuale che in quella di gruppo (o di classe). Mentre il trattamento individuale ha dimostrato di essere più efficace rispetto alla terapia di classe nel ridurre i punteggi di depressione al termine del trattamento, nessuna modalità di trattamento si dimostrò significativamente più efficace rispetto agli altri al follow up.

Trattamento della Depressione negli Adolescenti

Il trattamento degli adolescenti è stato associato essere differente rispetto agli adulti. Tuttavia, molte ricerche fanno poca differenza nei metodi di trattamento fra gli adulti e gli adolescenti a parte l'imporre criteri di limiti d'età nel trattamento dei soggetti. I pazienti sottoposti sia a terapia cognitiva individuale che di gruppo furono confrontati con soggetti in lista d'attesa. I soggetti in terapia furono trovati avere miglioramenti significativi nei punteggi di depressione e un significativo maggior numero di remissioni da disturbi depressivi rispetto ai soggetti in lista d'attesa. Gli autori di un report avvertirono che la TCI non può essere ancora raccomandata negli adolescenti con depressione severa in base ai risultati dello studio.

Raccomandazioni

Le terapie individuali e cognitivo comportamentali per adulti con moderata o severa depressione ($BDI \geq 14$) sono confrontabili fra loro in termini di efficacia ed entrambi sono più efficaci rispetto a non fornire nessun tipo di trattamento. La terapia cognitiva individuale è uguale o migliore rispetto ai farmaci antidepressivi triciclici dati ai dosaggi terapeutici raccomandati per le persone depresse con una BDI media di 30. Questa informazione si basa su un livello II di evidenza (RCT).

Per gli adulti:

- Sia la terapia cognitiva di gruppo (TCG) che quella individuale (TCI) possono essere utilizzate per trattare pazienti da moderatamente a severamente depressi con la scelta della terapia in base alla percezione del clinico rispetto alla recettività del singolo paziente al gruppo versus il trattamento individuale.
- L'utilizzo della terapia con l'assistenza del computer può essere utile come aiuto alla TCG nei pazienti con depressione da moderata a severa.
- La TCI può essere efficace al posto della farmacoterapia nei pazienti da moderatamente a severamente depressi quando il paziente si rifiuta di essere curato con terapia farmacologica.
- La TCG non è stata confrontata con la farmacoterapia così che non possono essere date raccomandazioni dirette rispetto alla sua efficacia come terapia sostitutiva.

Per gli adolescenti:

- La terapia cognitivo comportamentale sia di gruppo che individuale può essere utilizzata per trattare adolescenti moderatamente depressi ($BDI \geq 14$).
- È richiesta ulteriore ricerca per determinare l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale di gruppo o individuale per adolescenti severamente depressi ($BDI \geq 20$).

This Best Practice Information Sheet has been based on a systematic review undertaken by the Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery (JBIEBNW) under the guidance of a review panel of clinical experts. It has been subject to peer review by experts nominated by the Joanna Briggs Institute centres throughout Australia, New Zealand and Hong Kong and was led by Mr Brent Hodgkinson (JBIEBNM), Ms Ann O'Donnell (Adelaide City Continuing Care), Mr David Evans (JBIEBNM) and Dr Ken Walsh (JBIEBNM).

For further information contact:

- The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, Margaret Graham Building, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, South Australia, 5000.
<http://www.joannabriggs.edu.au>, ph: (08) 8303 4880, fax: (08) 8303 4881
- NHS Centre for Reviews and Dissemination, Subscriptions Department, Pearson Professional, PO Box 77, Fourth Avenue, Harlow CM19 5BQ UK.
- AHCPR Publications Clearing House, PO Box 8547, Silver Spring, MD 20907 USA.

The series Best Practice is disseminated collaboratively by:



"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

Acknowledgment

The Joanna Briggs Institute would like to acknowledge and thank the review panel members whose expertise was invaluable during the development of this Best Practice Information Sheet. The review panel consisted of a multidisciplinary team that included:

- Ms Ann O'Donnell
- Ms Chris Pyne
- Ms Samantha Jolly
- Ms Dene Iwanicki
- Mr Nick Robilliard
- Ms Jenny Nicholson
- Ms Sandra Matta
- Ms Raili Tanska
- Ms Irene Henley
- Ms Mellanie Fernandez
- Professor Robert Barrett
- Ms Carol Turnbull
- Mr Tony Halczuk
- Dr Ken Walsh