



Depressione: è efficace la terapia cognitiva-comportamentale computerizzata?

Data 03 gennaio 2016
Categoria psichiatria_psicologia

Il contatto umano, la capacità di ascolto, l'empatia e le buone capacità comunicative rimangono fondamentali nella cura della depressione.

La depressione è insieme all'ansia il disturbo psichico più frequente è diffuso in ogni fascia di età ed in ogni cultura (1). Essa si associa frequentemente a malattie organiche ed a manifestazioni somatiche di vario tipo che talora mascherano il disturbo dell'umore sottostante.(2)

La terapia della depressione è un problema rilevante per tutti i sistemi sanitari sia dal punto di vista economico che da quello della organizzazione dei servizi: se infatti la terapia farmacologica ha dimostrato di essere generalmente efficace e ben tollerata, la psicoterapia può aumentare le probabilità di guarigione, ridurre le recidive ed i fenomeni di dipendenza farmacologica.

Tra i vari tipi di psicoterapia la CBT (Cognitive Behaviour Therapy) si è affermata e diffusa per la sua efficacia e la possibilità di praticarla per periodi di tempo ragionevolmente brevi. Tuttavia il numero dei terapisti cognitivo comportamentali esperti nel trattamento della depressione non è sufficiente a rispondere alla crescente domanda per questo tipo di terapia.

Negli ultimi anni si è diffusa nei paesi anglosassoni la CBT computerizzata ovvero somministrata non da un terapeuta ma da programmi interattivi di sostegno e terapia psicologica computerizzati(3). Tali terapie possono essere somministrate da sole, quale unico supporto, oppure preferibilmente con una terapia farmacologica e con la assistenza del medico di famiglia e se necessario dello specialista. I risultati fino ad ora conseguiti sembrano soddisfacenti specie se si prende in considerazione il rapporto tra i costi molto contenuti e gli apprezzabili benefici (4,5) : grazie a queste esperienze positive l'autorevole NICE inglese (National Institute of Clinical Excellence) ritiene giustificato l'uso della CBT computerizzata quale trattamento iniziale o comunque di bassa intensità della depressione all'interno di un programma di follow-up che segua il paziente depresso e preveda anche ulteriori approcci più specialistici e più intensivi(6).

Il diffondersi della CBT ha tuttavia iniziato ad evidenziare limiti che gli studi piloti, effettuati da centri accademici o comunque di secondo livello e su casistiche selezionate non avevano potuto evidenziare: si è in particolare documentata la difficoltà di accettare questa terapia, il maggior numero di drop-out ed inoltre la necessità di un follow up più prolungato rispetto a quello degli studi pilota (7,8).

Prendendo atto di questi problemi il National Institute of Health (NIH) nel 2008 finanziò uno studio di valutazione indipendente sulla efficacia ed accettabilità della terapia cognitiva computerizzata per la depressione, ovvero lo studio REEACT che ha reclutato circa 700 pazienti negli ambulatori dei medici di famiglia di varie città inglesi(9).

Materiale e metodi REEACT è uno studio pragmatico multicentrico a randomizzazione semplice in cui i pazienti con sintomi depressivi sono individuati presso gli ambulatori dei medici di famiglia mediante il questionario PHQ-9 (patient health questionnaire) con un punteggio uguale o superiore a 10; i pazienti depressi venivano quindi suddivisi casualmente in tre gruppi: un gruppo veniva incoraggiato a seguire un programma computerizzato di CBT in condizioni usuali ottenibile on line a pagamento, con otto sessioni da seguire –“Beating the Blues”-(in questo gruppo furono reclutati 210 pazienti), un secondo gruppo veniva indirizzato ad un programma simile ma gratuitamente disponibile online con sei sessioni-“MoodGymn”- (242 pazienti) ed il gruppo di controllo (239 pazienti) seguiva unicamente la terapia proposta dal medico curante che veniva somministrata anche ai due gruppi assegnati ai programmi computerizzati.

I due gruppi di pazienti assegnati alla CBT erano contattati telefonicamente una volta la settimana per pochi minuti ed erano incoraggiati a completare il programma computerizzato.

Il primo obiettivo era la valutazione della gravità della quadro depressivo mediante il questionario PHQ 9 quattro mesi dopo l'arruolamento. Il secondo obiettivo era la valutazione tanto del quadro depressivo quanto della qualità di vita e del benessere soggettivo a 4 -12- 24 mesi.

Risultati Non è stata riscontrata alcuna differenza significativa tra i tre gruppi, ai controlli effettuati a 4- 12- 24 mesi: i programmi di terapia computerizzata non apportavano alcun significativo beneficio aggiuntivo rispetto alle cure usualmente praticate dai general practitioner. Non sono state rilevate differenze significative di esiti neppure tra il gruppo che seguiva il programma a pagamento rispetto a quello che seguiva il programma gratuito.

Da rilevare tuttavia come i programmi computerizzati non siano stati particolarmente apprezzati: ben il 24% dei pazienti li ha abbandonati nei primi quattro mesi e solo 1 su 6 ha portato a termine tutte le sessioni della terapia computerizzata. Secondo gli Autori è possibile che un maggiore supporto ed una migliore assistenza avrebbero ridotto il numero dei drop-out e forse migliorati gli esiti.

Commento

Lo studio REEACT è il più importante fino ad ora effettuato con pazienti depressi degli ambulatori dei general practitioner inglesi ed uno dei più significativi al mondo nell'ambito della terapia computerizzata.

A differenza di varie altre ricerche però esso non ha dimostrato la efficacia della terapia cognitiva computerizzata nella depressione. Gli Autori hanno correttamente evidenziato alcuni limiti dello studio:

1) il punteggio medio dei pazienti arruolati depone per una depressione medio grave mentre i risultati più apprezzabili della CBT computerizzata sono stati documentati nelle depressioni lievi medie.

2) I pazienti reclutati non avevano molta dimestichezza con i programmi computerizzati e sembravano generalmente più



interessati ad un contatto con terapisti piuttosto che con un programma di auto aiuto computerizzato ove tra l'altro la assistenza era fornita da tecnici informatici.

3) Il contatto telefonico settimanale ai pazienti da parte dei tecnici era limitato a pochi minuti (mediamente 6 minuti settimana). Questa restrizione può avere favorito la scarsa compliance considerato che uno studio australiano che prevedeva contatti di durata 10 volte superiore ha conseguito risultati migliori(10).

In conclusione questo importante studio dimostra che il contatto umano, preferibilmente da parte di personale sanitario dotato di capacità di ascolto, empatia e buone capacità comunicative rimane il presidio fondamentale nella cura della depressione. I programmi computerizzati rimangono a tutt'oggi una scelta complementare ma non alternativa.(11)

Riccardo De Gobbi

Bibliografia

1. Ustun T, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry 2004;184:386-92.
2. Lester H, Howe A. Depression in primary care: three key challenges. Postgrad Med J 2008;84:545-8.
3. Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. PLoS ONE 2010;5:e13196.
4. Kaltenthaler E, Brazier J, De Nigris E, et al. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2006;10:33.
5. Proudfoot J, Goldberg DP, Mann A, Everitt B, Marks IM, Gray JA. Computerised, interactive, multimedia cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in general practice. Psychol Med 2003;33:217-27.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: the treatment and management of depression in adults (Update-NICE clinical guideline 90). NICE, 2009.
7. Waller R, Gilbody S. Barriers to the uptake of computerised cognitive behavioural therapy: a systematic review of the quantitative and qualitative evidence. Psychol Med 2008;39:705-12.
8. Andersson G, Cuijpers P. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. Cog Behav Ther 2009;38:196-205.
9. Gilbody S, Littlewood E, Hewitt C, et al, on behalf of the REEACT Team. Computerised cognitive behaviour therapy (cCBT) as treatment for depression in primary care (REEACT trial): large scale pragmatic randomised controlled trial. BMJ 2015;351:h5627.
10. Titov N, Andrews G, Davies M, McIntyre K, Robinson E, Solley K. Internet treatment for depression: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. PLoS One 2010;5:e10939
11. Dowrick C.: Computerised self help for depression in primary care-People with depression need the human touch- BMJ 2015;351:h5942