Dipòsit Legal: B-26551-2011
ISSN 2385-7358
Títol Clau: CDSCRiTC 2.0

CDSCRiTC 2015

Actualitzacions de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament

TAULA DE CONTINGUTS

I PRÒLEG 5

1. Psicopatologia en nens i adolescents 6

1.1 TRASTORNS D'ANSIETAT I TRASTORNS OBSESSIU-COMPULSIUS EN NENS I ADOLESCENTS 7

Sara Lera Miguel

1.2 TRASTORNS DEPRESSIUS EN LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA 16

Ainoa Mateu Mullor[1] i Mireia Forner Puntonet[2]

1.3 TRASTORN BIPOLAR EN NENS I ADOLESCENTS 24

Pilar Solé i Vigil

1.4 TRASTORNS EXTERNALITZANTS EN NENS I ADOLESCENTS 34

Esther Trepat[1,2], Judith Comajuan[1], Jordi Maurici[1], Natàlia Picó[1], Gemma Rubio[1] i Emma Prades[1]

1.5 TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ EN LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA 45

Marta Garcia i Rosa Nicolau

1.6 TRASTORNS DE L'ESPECTRE AUTISTA 62

Noemí Balmaña, M.Teresa Ordeig i Clara Mercadé

2. Trastorns d'ansietat 73

2.1 TRASTORNS D'ANSIETAT: ASPECTES TRANSDIAGNÒSTICS 74

Miquel Tortella-Feliu

2.2 TRASTORN DE PÀNIC 89

Miriam Morales, Natxo Garrido, Helena Cachinero i Amalia Gual de Torrella

2.3 HIPOCONDRIA (TRASTORN D'ANSIETAT PER LA MALALTIA) 96

Laura Hermida Barros i Isabel Mª Sánchez Díaz

2.4 TRASTORN D'ESTRÉS POSTTRAUMÀTIC 104

Laura Hermida, Marta de Gracia i Nadine Riesco

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

3. TOC i trastorns relacionats 115

3.1 TRASTORN OBSESSIU-COMPULSIU – TOC 116

Eva Willekens Morales i Clara López-Solà

3.2 TRASTORN DISMÒRFIC CORPORAL 126

Lorena Fernández de la Cruz

4. Trastorns afectius 137

4.1 DEPRESSIÓ CRÒNICA 138

Joana Guarch i Domènech i Amadeu Obach i Vidal

4.2 TRASTORN BIPOLAR 150

María Reinares i Eduard Vieta

5. Trastorns psicòtics 160

5.1 TERÀPIA COGNITIVOCONDUCTUAL EN LA PSICOSI 161

Rafael Penadés i Mireia Forner

5.2 TERÀPIA COGNITIVOCONDUCTUAL EN LES FASES PRIMERENQUES DELS TRASTORNS PSICÒTICS 166

Maria Cruz Crespo Maraver i Judit Bonet Álvarez

5.3 INTERVENCIÓ FAMILIAR EN L'ESQUIZOFRÈNIA 175

Esther Pousa Tomàs i Cristina Domènech Abella

6. Trastorns de la conducta alimentària 183

TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA 184

Natxo Garrido, Maria Luque, Toñi Amaro i Marina Vega

7. Trastorns de la personalitat 197

TRASTORNS DE PERSONALITAT 198

Elisa Rial, Clara Mercadé, Soledad Castillo i Anna Torà

8. Addiccions 205

8.1 ADDICCIONS CONDUCTUALS 206

Núria Aragay

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

8.2 TRASTORN DE JOC 213

Marta Baño, Amparo del Pino, Gemma Mestre, Marta Sancho, Marta de Gracia, Nuria Mallorquí, Laura Moragas i Susana Jiménez-Murcia

8.3 TRACTAMENT PSICOLÒGIC DELS TRASTORNS PER CONSUM DE COCAÏNA 236

Xavier Gay Pascual i Anna Torà Ardèvol

8.4 SÓN ÚTILS LES NOVES TECONOLOGIES PER AL TRACTAMENT DE LES ADDICCIONS?

Mònica Astals[1], Lucia Golarons[1] i Itziar Riera[2]

8.5 TRACTAMENT PSICOLÒGIC DELS TRASTORNS PER CONSUM D'ALCOHOL 248

Xavier Gay Pascual

9. TDAH en adults 255

TDAH EN ADULTS 256

Ma Jesús Creus Mayoral, Mercè Gonzàlez i Calderon, Isaac Casas Sorribes

10. Disfuncions sexuals 271

10.1 DISFUNCIONS SEXUALS FEMENINES 272

Gemma Mestre-Bach[2] i Borja Farré-Sender[1]

10.2 DISFUNCIONS SEXUALS MASCULINES 282

Borja Farré-Sender[1] i Gemma Mestre-Bach[2]

11. Psicologia de la Salut 287

11.1 FIBROMIÀLGIA 288

Xavier Torres Mata

11.2 VARIABLES PSICOLÒGIQUES DE LA CARDIOPATIA ISQUÈMICA 296

Ma. José Martín Martín[1], Marina Vega Boada[1] i Rosa Sénder Romeo[2]

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

12Altres àrees..... 307

12.1 DIFERÈNCIES DE GÈNERE EN SALUT MENTAL 308

Anna Torres[1], Estel Gelabert[2], Susana Andrés[1], Susanna Subira[2], Borja Farré[1,3], Sílvia Bellmunt[1], Lluïsa Garcia-Esteve[1]

12.2 NECESSITAT DE LA TEORIA DELS SISTEMES DINÀMICS EN LA RECERCA SOBRE BIOMARCADORS DE PROCESSOS I ALTERACIONS PSICOLÒGIQUES 318

Xavier Bornas

12.3 LA TERÀPIA D'ESQUEMES 327

Jordi Cid Colom

12.4 MINDFULNESS 342

Joaquim Soler, Matilde Elices i Cristina Carmona

12.5 TERÀPIA DIALÈCTICA CONDUCTUAL 348

Cristina Carmona, Matilde Elices, Joaquim Soler

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

PRÒLEG

Benvolguts i benvolgudes,

Teniu ja a la vostra disposició al nostre web les Actualitzacions CDSCRiTC 2.0 (2015) de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament (SCRiTC), on trobareu el millor que s'ha publicat l'any 2015 en el camp de les ciències de la conducta. Aquest any engeguem la segona dècada, arribant ja a l'onzena edició del CDSCRiTC. Malgrat el pas del temps, es manté l'essència original del projecte: facilitar l'accés a nou coneixement i difondre la teràpia cognitivoconductual.

No podem deixar d'agrair un cop més a tots aquells autors i autores, majoritàriament socis de la SCRiTC, que repeteixen col·laboració, així com a tots aquells que s'estrenen aquest any. Diu molt de la nostra Societat que els seus socis dediquin desinteressadament el seu temps a facilitar l'actualització del coneixement a la resta de socis. L'estructura dels capítols és la de sempre: mantenim l'apartat d'infantojuvenil i hem deixat dins de l'apartat de trastorns d'ansietat el trastorn per estrès posttraumàtic i la hipocondria.

Desitgem que gaudiu de la lectura d'aquests capítols i que en pugueu treure profit. Disposar d'una eina com aquesta, d'elaboració pròpia i en llengua catalana, és un orgull per a la nostra Societat. Enhorabona i per molts anys més!

Salutacions,

Natxo Garrido

Coordinador CDSCRiTC 2.0

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Psicopatologia en nens i adolescents

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRASTORNS D'ANSIETAT I TRASTORNS OBSESSIU-COMPULSIUS EN NENS I ADOLESCENTS

Sara Lera Miguel
Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona

Teràpia Cognitivoconductual per als Trastorns d'Ansietat: Estat de la qüestió

S'ha actualitzat l'informe de la *Cochrane Collaboration* sobre l'eficàcia de la teràpia cognitivoconductual (TCC) sobre els trastorns ansiosos lleus i moderats (excloent-hi estrès postraumàtic, obsessiu-compulsiu, fòbies simples i mutisme) comparada amb tractaments actius i no-actius (James, James, Cowdrey, Soler, & Choke, 2015). L'anàlisi d'intenció de tractar a partir d'una trentena d'estudis i més de 1300 participants va trobar un 59% de remissió dels diagnòstics amb la TCC en front el 16% de la llista d'espera (OR: 7,85), sense diferències entre formats individuals, en grup o amb incorporació de les famílies; la reducció de la simptomatologia és gairebé d'una desviació típica en el grup de TCC. Però aquestes diferències no es mantenen com a significatives a llarg termini en cap dels quatre estudis que les avaluen. En relació a la comparació amb altres tractaments actius com la biblioteràpia o el suport psicològic, la TCC no presenta efectes significativament superiors ni en remissió diagnòstica (OR: 1,51) ni en disminució de simptomatologia, si bé reté major proporció de participants; la quantitat d'assajos a partir de la qual es fa l'anàlisi és escassa. No obstant, si l'anàlisi se centra només en els que completen el programa i no en la intenció de tractar, la TCC sí que mostra major proporció de remissions. A llarg termini, però, la remissió dels diagnòstics d'ansietat (a partir de dos estudis) sí que és significativa per a la TCC comparat amb tractaments actius. Finalment, la TCC no mostra diferències significatives en front del tractament habitual ni en taxa de remissió diagnòstica, simptomatologia o taxes de retenció en el tractament en el parell d'estudis seleccionats.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Una de les raons que la literatura científica ha identificat recentment per explicar la manca de resposta en bona part de les mostres és l'edat i, en concret, l'adolescència, per les dificultats de vinculació que poden tenir els joves amb les teràpies i pels canvis neurofisiològics que podrien obstaculitzar els processos d'extinció de la por. Per aquesta raó, Kendall i Peterman (2015) publiquen una revisió sobre el tema, en la qual han revisat treballs on es compara la resposta al tractament de pre-púbers i adolescents a un mateix protocol, i no troben diferències consistents en funció d'aquesta variable però sí alguna evidència de que no difereixen els resultats (taxes de remissió i resposta) sinó el curs, trigant els adolescents més temps a respondre als components inicials dels programes terapèutics (psicoeducació i reestructuració cognitiva) però responent igual de bé que els petits a l'exposició, de forma que al llarg del seguiment les taxes de resposta van *in crescendo*.

Una de les barreres més importants perquè els nens i adolescents accedeixin a tractaments basats en l'evidència és la manca de professionals qualificats. Per aquesta raó la tecnologia, en avenç continu, ha estat emprada per donar resposta a aquesta necessitat i administrar tant programes de tractament informatitzats com teràpia assistida per clínics a través d'Internet. Rooksby, Elouafkaoui, Humphris, Clarkson i Freeman (2015) van revisar la seva efectivitat en nens i adolescents. De 47 articles identificats, compliren tots els criteris d'inclusió i d'exclusió només 7 estudis entre 2006 i 2012, amb 240 participants de poblacions australiana, nord-americana i britànica. El resultat de la meta-anàlisi mostra que tant els programes informatitzats de TCC com la teràpia *online* assistida per un terapeuta mostren mateixa eficàcia en el tractament de nens i adolescents que els atesos de forma presencial, amb una grandària de l'efecte molt satisfactòria i una taxa de remissió diagnòstica al postractament d'entre el 56 i el 81%; els resultats, a més, es mantenen 6 i 12 mesos després.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Wergeland et al. (2015) van analitzar els predictors de l'abandonament a un programa de TCC de 10 sessions per a problemes d'ansietat infantil i van trobar que la presència de baixes expectatives dels nens en el tractament i l'alta simptomatologia internalitzada en els pares eren els que ho explicaven, i que l'expectativa dels pares envers el programa correlacionava significativament amb l'expectativa dels nens, un altre dels predictors de l'abandonament.

De debò la TCC és efectiva en el TOC pediàtric?

Sabem que diversos assajos controlats aleatoritzats demostren l'eficàcia de la TCC, en concret de la Exposició i Prevenció de Resposta (EPR), sobre la llista d'espera en el TOC de nens i adolescents, la majoria realitzats en entorns acadèmics o clíniques universitàries. Ivarsson et al. (2015) han revisat també l'eficàcia en front el tractament farmacològic, concloent que la TCC té lleu avantatge sobre els ISRS i els tractaments combinats i clars efectes afegits sobre els ISRS a soles. Han passat quinze anys des del primer assaig però hi ha alguns dubtes quant a la seva efectivitat en entorns clínics comunitaris. Per aquesta raó, el *Canadian Institute of Obsessive Compulsive Disorders* va encarregar una revisió a experts americans i europeus per a divulgar entre els proveïdors terapèutics el més eficaç quant al tractament d'aquesta patologia. Franklin et al. (2015) realitzaren una revisió sistemàtica a partir dels millors catorze assajos sobre EPR a partir dels quals observaren: a) que si bé els tractaments combinats amb inhibidors de la recaptació de serotonina (ISRS) eren els que majors taxes de remissió i resposta mostraven, el programa únic de TCC basat en EPR de 14 sessions setmanals no diferia estadísticament del programa combinat, b) que el programa protocolitzat s'ha mostrat superior a ISRS amb instruccions generals sobre EPR (per fer a casa sense exposicions amb el professional), c) que incorporar els cuidadors augmentà l'eficàcia del programa (superant el 80% de remissió), sobretot en nens més petits, d) que els resultats dels formats grupals o aplicats per Internet no eren inferiors als formats individuals presencials, e) que intensificar el

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

tractament es mostrava igual d'efectiu a curt i llarg termini, f) i que pacients i cuidadors informaren de bons nivells de satisfacció i tolerabilitat amb la EPR. A partir d'aquestes dades, Franklin et al. (2015) van concloure que cal millorar les competències dels terapeutes comunitaris perquè apliquin els programes d'EPR que clarament s'han demostrat efectius. A més, cal estudiar els predictors que milloren la resposta al tractament, donada la manca de beneficis en una considerable proporció de pacients, de fins a una quarta part. En aquest sentit, Torp et al. (2015) han aplicat el protocol NordLOTS (basat en el protocol de l'estudi POTS de 14 sessions setmanals de 75 minuts, totes amb incorporació dels pares o conjuntament o per separat) a 269 nens i adolescents amb puntuacions superiors a 15 en el CY-BOCS, en diverses clíniques especialitzades en TOC i en unitats de salut mental general dels quatre països escandinaus. Van trobar que a més presència de simptomatologia tant internalitzada (ansietat i depressió) com externalitzada i a pitjor funcionament general a l'inici, pitjor resposta al tractament. Ni la psicopatologia dels pares, fos o no fos de TOC, ni el grau d'acomodació familiar van influir en les taxes de recuperació del trastorn.

Llavors, si tenim assajos clínics que garanteixen un èxit ampli tant en entorns acadèmics com en d'especialitzats comunitaris, per què els índex de remissió en la població que accedeix a tractaments generals no semblen els mateixos? Està descrit que la gravetat i la comorbiditat redueixen la resposta a la EPR i, de fet, es creu que aquests casos són exclosos dels assajos sobre eficàcia. Per aquesta raó, Krebs et al. (2015) del *Kings's College* de Londres reclutaren 43 adolescents amb TOC greu (CY-BOCS>30) i que havien fracassat prèviament a la TCC i els ISRS en dispositius externs per administrar-los un programa terapèutic protocolitzat de TCC (18 sessions de mitjana, tres mòduls: psicoeducació, EPR i prevenció de recaigudes) amb optimització paral·lela del tractament farmacològic amb ISRS durant tres mesos o sense (mantenint la pauta prescrita anteriorment). Van obtenir taxes més elevades de resposta i

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

remissió en el programa amb optimització farmacològica, sense diferències significatives. Però a més, part de la mostra va contestar una enquesta i una entrevista sobre la TCC que havien rebut prèviament a aquest assaig, i que mostraren que en el 96% dels casos havia estat administrada malament. Les deficiències més rellevants: a) que no es va dedicar com a mínim la meitat del temps de cada sessió a la EPR, b) que no es donaven tasques per a casa basades en EPR, i c) que les sessions d'EPR no estaven basades en l'elaboració d'una jerarquia graduada. Fins aquí, es demostra que els tractaments combinats són més efectius pels casos greus i per quan la TCC de primera elecció fracassa, segons està recomanat per les guies clíniques internacionals. Però l'equip de l'escandinau NordLOTS abans referit ha volgut provar aquesta recomanació: va recuperar els casos que no van respondre a una primera tanda de TCC protocolitzada, els va administrar una segona tanda de TCC amb EPR de 10 sessions, més personalitzada i ampliada amb el programa familiar de Piacentini et al. (2011), i en va comparar l'eficàcia amb el tractament amb sertralina fins a 100 mg/dia (Skarphedinsson et al., 2015). La mostra estava composada pels pacients que seguien mantenint un CY-BOCS superior a 15 després de la primera tanda de TCC i els criteris d'exclusió eren menys restrictius que en d'altres assajos (QI<70, psicosis, ideació autolítica aguda, trastorn d'espectre autista i anorèxia nerviosa en infrapès). Sense obtenir diferències significatives entre ambdues continuacions terapèutiques en quantitat de responedors (la meitat) ni en abandonaments (lleument més d'una quarta part), la grandària de l'efecte atribuïda a la continuació amb TCC va ser més gran que l'atribuïda al tractament amb sertralina. Val la pena destacar que la mostra que va continuar la TCC presentava més comorbiditat amb depressió, ansietat i d'altres quadres psicopatològics com el TDAH. És la primera evidència existent a favor de que programes d'EPR llargs poden tenir mateixa eficàcia que els tractament combinats amb ISRS en mostres infanto-juvenils de TOC moderat-greu.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Eficàcia de programes de TCC per als Trastorns d'ansietat en nens amb Trastorn de l'Espectre Autista

Murray, Jassi, Mataix-Cols, Barrow i Krebs (2015) van comparar dues mostres de TOC amb o sense diagnòstic de TEA, aparellades en edat, sexe, línia base de CY-BOCS i edat d'inici del TOC. Quant a la resposta a la TCC, de 14 sessions, els nens amb TEA van experimentar menor reducció de símptomes que els que no patien TEA, menor taxa de resposta (46% vs 73%) i menor taxa de remissió del diagnòstic de TOC (9% vs 46%). Així que recomanen que el disseny dels protocols de TCC per a tractar el TOC estiguin adaptats als nens i adolescents amb TEA.

En aquesta línia, Wood et al. (2015) van adaptar el protocol infantil BIACA (*Behavioral Interventions for Anxiety in Children with Autism*, dels mateixos autors) per al tractament dels trastorns d'ansietat comòrbids amb TEA en nens en edat púber. És un programa basat en mòduls, que s'aplica de forma algorítmica al llarg de 16 sessions (3 sessions d'habilitats d'afrontament cognitivoconductuals bàsiques, 8 sessions d'EPR, 3 sessions d'habilitats socials, maneig dels problemes socials, atencionals, de motivació, i 2 sessions amb els mestres), que incorpora entrenament als pares i que es dirigeix al tractament dels trastorns d'ansietat per separació, ansietat social, generalitzada i TOC. Es va obtenir una millora en la impressió clínica global en tres quartes parts de la mostra comparat amb la llista d'espera (només un terç de millora) i majors taxes de remissió diagnòstica, no significatives, en els diagnòstics d'ansietat en el grup que va rebre el programa (32%, i va seguir augmentant al mes de seguiment) *versus* la llista d'espera (21%). Va reduir-se també la simptomatologia pròpia de TEA en el postractament, mentre que no es van donar diferències en l'ús de serveis clínics.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Referències

- Franklin, M.E., Kratz, H.E., Freeman, J.B., Ivarsson, T., Heyman, I., Sookman, D., McKay, D., Storch, E.A., & March, J.; Accreditation Task Force of The Canadian Institute for Obsessive Compulsive Disorders. (2015). Cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Empirical review and clinical recommendations. Psychiatry Research, 227, 78-92. doi: 10.1016/j.psychres.2015.02.009.
- 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, 93-103. doi: 10.1016/j.psychres.2015.01.015.
- James, A.C., James, G., Cowdrey, F.A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database Systematic Reviews, 2, CD004690. doi: 10.1002/14651858.CD004690.
- Kendall, P.C., & Peterman, J.S. (2015). CBT for Adolescents With Anxiety: Mature Yet Still Developing. American Journal of Psychiatry, 172, 519-30. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.14081061.
- Krebs, G., Isomura, K., Lang, K., Jassi, A., Heyman, I., Diamond, H., Advani, J., Turner, C., & Mataix-Cols, D. (2015). How resistant is 'treatment-resistant' obsessive-compulsive disorder in youth? British Journal of Clinical Psychology, 54, 63-75. doi: 10.1111/bjc.12061.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Murray, K., Jassi, A., Mataix-Cols, D., Barrow, F., & Krebs, G. (2015). Outcomes of cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder in young people with and without autism spectrum disorders: A case controlled study. Psychiatry Research, 228, 8-13. doi: 10.1016/j.psychres.2015.03.012.
- Rooksby, M., Elouafkaoui, P., Humphris, G., Clarkson, J., & Freeman, R. (2015). Internet-assisted delivery of cognitive behavioural therapy (CBT) for childhood anxiety: systematic review and meta-analysis. Journal of Anxiety Disorders, 29, 83-92. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.11.006.
- Torp, N.C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Compton, S., Thomsen, P.H., Weidle, B., Hybel, K., Valderhaug, R., Melin, K., Nissen, J.B., & Ivarsson, T. (2015). Predictors associated with improved cognitive-behavioral therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54, 200-207. doi: 10.1016/j.jaac.2014.12.007.
- Skarphedinsson, G., Weidle, B., Thomsen, P.H., Dahl, K., Torp, N.C., Nissen, J.B., Melin, K.H., Hybel, K., Valderhaug, R., Wentzel-Larsen, T., Compton, S.N., & Ivarsson, T. (2015). Continued cognitive-behavior therapy versus sertraline for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder that were non-responders to cognitive-behavior therapy: a randomized controlled trial. European Child & Adolescent Psychiatry, 24, 591-602. doi: 10.1007/s00787-014-0613-0.
- Wergeland, G.J., Fjermestad, K.W., Marin, C.E., Haugland, B.S., Silverman, W.K., Öst, L.G., Havik, O.E., & Heiervang, E.R. (2015). Predictors of dropout from community clinic child CBT for anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders, 31, 1-10. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.01.004.
- Wood, J.J., Ehrenreich-May, J., Alessandri, M., Fujii, C., Renno, P., Laugeson, E., Piacentini, J.C., De Nadai, A.S., Arnold, E., Lewin, A.B., Murphy, T.K., & Storch,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

E.A. (2015). Cognitive behavioral therapy for early adolescents with autism spectrum disorders and clinical anxiety: a randomized, controlled trial. Behavior Therapy, 46, 7-19. doi: 10.1016/j.beth.2014.01.002.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRASTORNS DEPRESSIUS EN LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA

Ainoa Mateu Mullor[1] i Mireia Forner Puntonet[2]
[1]Consorci Hospitalari de Vic.
[2]Hospital Clínic de Barcelona.

Introducció

La duració mitjana dels episodis depressius en nens i adolescents és de nou mesos. Un 70% dels pacients amb remissió dels símptomes presenten una recaiguda durant els següents 5 anys (Qin et al., 2015). Tot i la demostrada eficàcia de la Teràpia CognitivoConductual (TCC), més d'un 60% dels adolescents amb Trastorn Depressiu Major (TDM) no reben cap tractament (Rohde, Stice, Shaw, & Gau, 2015).

Diagnòstic

Una de les principals dificultats en el diagnòstic i maneig de la depressió major en edat pediàtrica és el diagnòstic diferencial entre la depressió unipolar i el trastorn bipolar. La literatura suggereix que un 30% dels joves que a la pràctica clínica presenten símptomes prototípics de depressió major han experimentat prèviament alguns símptomes de mania o hipomania (Uchida et al., 2015).

En la revisió d'Uchida et al. (2015) s'observa que el trastorn bipolar pediàtric es pot diferenciar de la depressió major unipolar per la severitat, l'afectació en el dia a dia, la comorbiditat i els antecedents familiars. Els pacients amb trastorn bipolar mostren una major disregulació del comportament en comparació amb els pacients amb depressió unipolar. Alts nivells d'irritabilitat s'observen tant en la depressió unipolar com bipolar infantil, però una irritabilitat explosiva/extrema està associada específicament amb el trastorn bipolar i, en canvi, una irritabilitat persistent de severitat moderada estaria més relacionada amb la

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

depressió unipolar. En nens amb trastorn bipolar s'objectiva una major comorbiditat amb Trastorn Negativista Desafiant (TND), trastorn de conducta i trastorns d'ansietat; en canvi, en adolescents la comorbiditat és més elevada amb el trastorn per ús de substàncies.

Un tema controvertit actualment és la creació i inclusió del diagnòstic del Trastorn Disruptiu de Disregulació de l'Estat d'Ànim (TDDEA) dins del DSM-5. Alguns autors (Lochman et al., 2015) consideren que hi ha poca evidència científica que recolzi aquest nou trastorn, creant major confusió diagnòstica, augmentant els diagnòstics de trastorns mentals en edat infantil i l'ús de medicació en nens. És per això que aquests mateixos autors proposen una classificació alternativa de cara a la CIE-11, consistent en incloure dins del diagnòstic de TND un especificador segons si el pacient presenta irritabilitat i ira crònica. Nombrosos estudis destaquen que els nens amb irritabilitat severa tenen un major risc de desenvolupar trastorns internalitzants i de tenir un baix funcionament psicosocial, així com una major tendència a presentar depressió i ansietat en l'edat adulta; en canvi, és poc probable que desenvolupin un trastorn bipolar.

El DSM-5 conceptualitza els símptomes del TDDEA com a persistents i crònics, però la majoria d'estudis suggereixen que els símptomes del TDDEA no són gaire estables (Mayes et al., 2015; Deveney et al., 2015) i que únicament en un terç dels casos els símptomes persisteixen en l'adolescència i l'edat adulta.

Prevenció

En un estudi de consens *Delphi* (Cairns, Yap, Reavley, & Jorm, 2015) dirigit a identificar estratègies per reduir el risc de depressió entre els adolescents, els diferents experts acordaren amb un elevat consens la importància d'estratègies dirigides a desenvolupar la resiliència i

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

habilitats per a la vida, fomentant les relacions interpersonals i un estil de vida saludable. Els experts coincidiren que en el camp de la prevenció universal resultava difícil implementar estratègies que incloguessin elements de la TCC o de la psicologia positiva, emfatitzant la importància d'utilitzar estratègies centrades en realitzar canvis en l'estil de vida dels adolescents per a la prevenció primària.

En la mateixa línia, en un estudi pilot d'un programa de prevenció universal en escoles realitzat a Anglaterra (Rice et al., 2015) destaquen que l'activació conductual i la presa de decisions mostra major eficàcia en la disminució dels símptomes depressius que la TCC i la Teràpia Cognitiva Basada en el *Mindfulness* en adolescents de mostres no clíniques.

Pel que fa a la prevenció selectiva, en l'estudi de Brent et al. (2015) es realitza un tractament grupal de TCC amb adolescents de risc (pares amb història de TDM) de 8 sessions setmanals seguides de 6 mensuals, i es compara amb el tractament usual. Als 75 mesos, la incidència de depressió és menor en el grup experimental.

Per últim, la TCC té una demostrada eficàcia en aquells casos d'adolescents que presenten ja alguns símptomes subclínics. Així, en l'estudi de Rohde et al. (2015) de prevenció indicada amb adolescents, es compara un tractament cognitivoconductual grupal aplicat per personal escolar, biblioteràpia i un control (fulletó informatiu). Al final de la intervenció, els que han participat en el grup de TCC mostren menys símptomes depressius que els controls i, al cap de 2 anys, una menor incidència de TDM que els de biblioteràpia.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Podem concloure, per tant, que quan es tracta de prevenció universal ens seran més útils estratègies més simples i més fàcils d'aplicar, reservant la TCC per als grups de risc o individus vulnerables (prevenció selectiva i indicada, respectivament).

Tractaments

L'actualització de la guia NICE 2015 destaca com a nova recomanació que actualment no hi ha prou evidència de la superioritat d'un tractament psicològic respecte els altres (Hopkins, Crosland, Elliott, & Bewley, 2015).

Segons la mateixa guia, en cas de depressió lleu o moderada en nens o adolescents es recomana realitzar tractament psicològic com a mínim durant tres mesos. En el tractament amb pacients d'entre 12 i 18 anys amb depressió moderada o severa, els clínics hauran de considerar el tractament combinat (teràpia psicològica i fluoxetina) en comptes de teràpia psicològica seguida del tractament combinat (Hopkins et al., 2015).

Els resultats d'una metaanàlisi dut a terme per Hetrick et al. (2015) mostren que en població infantojuvenil i en població adulta tant les tècniques cognitives com les conductuals són igual d'eficaces, tot i que sembla que en la població infantojuvenil les tècniques d'orientació conductual són més fàcils d'aplicar per part dels clínics, especialment en la depressió greu, i més fàcils d'utilitzar per part dels nens i adolescents.

En una altra metaanàlisi (Zhou et al., 2015) de 52 assajos clínics aleatoritzats publicats entre 1980 i 2013, en comparar diverses psicoteràpies per a nens i adolescents amb depressió, troben que la TCC i la Teràpia Interpersonal són les més efectives; a més, la Teràpia Interpersonal manté els resultats a llarg termini i es produeixen menor nombre

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

d'abandonaments. La psicoteràpia psicodinàmica i la teràpia de joc no són significativament superiors a la llista d'espera. La llista d'espera no hauria de ser utilitzada en els assajos clínics amb nens i adolescents ja que produeix un efecte nocebo.

Noves línies d'aplicació dels tractaments

En la metaanàlisi d'Ebert et al. (2015), s'avalua l'eficàcia de la TCC a través d'ordinador, mòbil o internet; en aquest s'inclouen 4 estudis que adrecen la depressió en nens i adolescents a través d'intervencions de TCC per internet i dos estudis transdiagnòstics que tenen com a objectiu tant la millora dels símptomes depressius com ansiosos. Els resultats indiquen que la TCC a través d'ordinador és superior al control (llista d'espera o placebo) amb una mida de l'efecte moderat i significatiu tant per a la depressió ($g=0,76$ $p<0,001$ NNT=2,44) com per a les intervencions transdiagnòstiques ($g=0,94$ $p<0,001$ NNT=2,60). Per tant, es conclou que aquest tipus d'intervencions és prometedor, sobretot per als adolescents, i pot ser una alternativa quan les intervencions cara a cara no siguin factibles.

En un estudi pilot (Kobak, Mundt, & Kennard, 2015) es compara el tractament usual de la depressió en adolescents amb un tractament cognitivoconductual al què se li afegeixen tres elements tecnològics (tutorials *online* per als professionals, ús d'iPads en les sessions per il·lustrar els conceptes de TCC i SMS interactius amb recordatoris de les tasques per a casa entre sessions). Els resultats mostren que, tot i observar-se una disminució dels símptomes depressius en ambdós grups, tant els terapeutes com els pacients mostraren una major satisfacció amb l'ús de les eines tecnològiques i que l'aliança terapèutica fou significativament superior en el grup experimental.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Article recomanat

- Zhou, X., Hetrick, S.E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C.J., … Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 14(2), 207–222.

Referències

- Brent, D.A., Brunwasser, S.M., Hollon, S.D., Weersing, V.R., Clarke, G.N., Dickerson, J.F., … Garber, J. (2015). Effect of a Cognitive-Behavioral Prevention Program on Depression 6 Years After Implementation Among At-Risk Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *72*(11), 1110–1118.
- Cairns, K.E., Yap, M.B.H., Reavley, N.J., & Jorm, A.F. (2015). Identifying prevention strategies for adolescents to reduce their risk of depression: A Delphi consensus study. *Journal of Affective Disorders*, *183*, 229–238.
- Deveney, C.M., Hommer, R.E., Reeves, E., Stringaris, A., Hinton, K.E., Haring, C.T., … Leibenluft, E. (2015). A prospective study of severe irritability in youths: 2- and 4-year follow-up. *Depression and Anxiety*, *32*(5), 364–372.
- Ebert, D.D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., & Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PloS One*, *10*(3), 1-15.
- Hetrick, S.E., Cox, G.R., Fisher, C.A., Bhar, S.S., Rice, S.M., Davey, C.G., & Parker, A.G. (2015). Back to basics: could behavioural therapy be a good treatment option for youth depression? A critical review. *Early Intervention in Psychiatry*, *9*(2), 93–99.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Hopkins, K., Crosland, P., Elliott, N., & Bewley, S. (2015). Diagnosis and management of depression in children and young people: summary of updated NICE guidance. *Bmj*, *350*(mar04 9), h824–h824.
- Kobak, K.A., Mundt, J.C., & Kennard, B. (2015). Integrating technology into cognitive behavior therapy for adolescent depression: A pilot study. *Annals of General Psychiatry*, *14*(37), 1–10.
- Lochman, J.E., Evans, S.C., Burke, J.D., Roberts, M.C., Fite, P.J., Reed, G.M., … Elena Garralda, M. (2015). An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *14*(1), 30–33.
- Mayes, S.D., Mathiowetz, C., Kokotovich, C., Waxmonsky, J., Baweja, R., Calhoun, S.L., & Bixler, E.O. (2015). Stability of Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms (Irritable-Angry Mood and Temper Outbursts) Throughout Childhood and Adolescence in a General Population Sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*(8), 1543–1549.
- Qin, B., Zhou, X., Michael, K.D., Liu, Y., Whittington, C., Cohen, D., … Xie, P. (2015). Psychotherapy for depression in children and adolescents: study protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open*, *5*(2), e005918.
- Rice, F., Rawal, A., Riglin, L., Lewis, G., Lewis, G., & Dunsmuir, S. (2015). Examining reward-seeking, negative self-beliefs and over-general autobiographical memory as mechanisms of change in classroom prevention programs for adolescent depression. *Journal of Affective Disorders*, *186*, 320–327.
- Rohde, P., Stice, E., Shaw, H., & Gau, J.M. (2015). Effectiveness Trial of an Indicated cognitive–behavioral group adolescent depression prevention program versus

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

bibliotherapy and brochure control at 1- and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(4), 736–747.

- Uchida, M., Serra, G., Zayas, L., Kenworthy, T., Faraone, S.V, & Biederman, J. (2015). Can unipolar and bipolar pediatric major depression be differentiated from each other? A systematic review of cross-sectional studies examining differences in unipolar and bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, *176*, 1–7.
- Zhou, X., Hetrick, S.E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C.J., … Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *14*(2), 207–222.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRASTORN BIPOLAR EN NENS I ADOLESCENTS

Pilar Solé i Vigil
Hospital Universitari Mútua de Terrassa

La recerca en el Trastorn Bipolar (TB) Infanto-Juvenil té com a objectiu aconseguir el diagnòstic acurat de la manera més precoç possible; per aquest motiu s'adreça a la identificació de factors de risc, vulnerabilitats genètiques i marcadors (cognitius, de processament afectiu, temperamentals i d'estil de resposta) mentre s'enfronta al repte d'aconseguir una intervenció farmacològica i psicològica pertinent. Els diferents articles publicats durant 2015 posen de manifest, encara, desacords respecte a les característiques fenomenològiques del trastorn (els diferents subtipus formen part d'un mateix *continuum* indicant nivells de gravetat diferents o són trastorns diferents i, a més, quina relació tenen amb el TB adult). Alguns dels treballs formen part d'estudis longitudinals multicèntrics que contínuament aporten noves dades. Entre ells: el "*The Pittsburgh Bipolar Offspring Study* (BIOS)" que es realitza amb subjectes d'alt risc (AR) per al desenvolupament del TB (tenen familiars de primer grau diagnosticats de TB) i el *Course and Outcome of Bipolar Youth* (COBY).

Fenomenologia

Pel que fa a la presentació dels diferents subtipus de TB, Hirneth, Hazell, Hanstock i Lewin (2015) en un estudi australià longitudinal (*The Bipolar Program*, dut a terme entre 2005 i 2010) que inclou 88 subjectes d'entre 5-18 anys identifiquen característiques diferenciades entre els diferents subtipus: TB I amb més durada de la malaltia i amb més episodis previs, més ingressos psiquiàtrics i més tractament mèdic; el TB no especificat presenta una durada de la malaltia, nivell d'afectació i simptomatologia similar al TB I (incloent nombre d'ingressos i medicació, intents de suïcidi, símptomes psicòtics, trastorns de conducta i

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

d'ansietat); mentre que el TB II té presentacions més lleus que el TBI i el TB no especificat, amb durada inferior dels episodis i amb menys símptomes depressius o trastorns d'ansietat previs. No observen diferències en el criteri de "eufòria" entre els diferents subtipus ni en el grau d'afectació psicosocial. Conclouen, per tant, que els tres subtipus formen part d'un *continuum* amb el TB no especificat com a un estadi previ i indiferenciat que evolucionarà cap a TB I o TB II.

Holtzman et al. (2015) en un estudi retrospectiu en població adulta respecte a l'edat d'inici del trastorn conclouen que l'inici molt precoç s'associava amb set factors de mal pronòstic (identificats en la literatura) com són: familiar de primer grau amb trastorn afectiu, ciclació ràpida, més episodis afectius, història de trastorns d'ansietat, trastorn per ús de substàncies o abús d'alcohol i intents de suïcidi. Aquestes relacions eren més intenses quan es fixava l'edat de 13 anys com a punt de tall per a identificar l'inici molt precoç. Per tant, el TB d'inici en la infantesa seria un subgrup amb característiques desfavorables (tant pel que fa a la gravetat, la comorbiditat com la història familiar).

Respecte a l'estudi dels precursors del TB, Axelson et al. (2015) en una població d'alt risc (AR) procedents de l'estudi longitudinal BIOS conclouen que la presència de símptomes maníacs/hipomaníacs subclínics és l'únic factor específic predictor del posterior inici d'un episodi maníac/hipomaníac.

Comorbiditat

Essencial per tal d'aconseguir un diagnòstic acurat és la importància de conèixer els trastorns que poden tenir una presentació similar o que poden aparèixer conjuntament al trastorn

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

afectiu. En aquest sentit, durant el 2015 cal destacar estudis de comorbiditat respecte el Trastorn de Personalitat Límit (TPL) i els Trastorns de l'Espectre de l'Autisme (TEA).

Pel que fa al TPL alguns autors plantegen que pot considerar-se un trastorn dins l'espectre del TB mentre que altres els consideren com a entitats diagnòstiques diferents. Fonseka et al. (2015) en un estudi amb 90 individus d'entre 13 i 19 anys examinen els correlats clínics i demogràfics de símptomes dins l'espectre de TPL (avaluats mitjançant autoinforme que inclou quatre subescales: confusió de la identitat, problemes interpersonals, impulsivitat i labilitat emocional i comparant aquells amb elevades puntuacions respecte aquells amb puntuacions més baixes). Puntuacions més elevades en espectre TPL s'associaven amb un inici més precoç dels símptomes afectius, els episodis depressius i maníacs eren més greus i el funcionament global era inferior. Els símptomes de l'espectre TPL eren més freqüents en el TB II. A més presentaven major comorbiditat en altres trastorns de l'eix I (especialment ansietat generalitzada, fòbia social, trastorn negativista i de conducta), més conductes agressives cap a altres i més autolesions o intents de suïcidi. Per altra banda, la probabilitat de rebre tractament farmacològic amb liti era inferior en el grup comòrbid. Conclouen que els resultats mostren la sinèrgia entre TB i espectre TPL afectant l'evolució de la trajectòria clínica.

En un altre estudi longitudinal, Yen et al. (2015) a partir de la mostra COBY avaluen el pes que els símptomes TPL (especialment la disregulació afectiva) tenen en un diagnòstic TB. Descriuen característiques diferents en els TB joves amb símptomes TPL respecte aquells que no en tenen: més intents de suïcidi, més conductes autolesives i més gravetat dels símptomes de depressió i ansietat. Conclouen que el grup amb diagnòstic comòrbid ocupa l'espectre més greu del TB tot i que la manca de relació entre algunes de les característiques del TB

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

(subtipus, edat d'inici, història familiar i nivells de mania) suggereixen una relació indirecta. El factor de disregulació afectiva és el més robust a l'hora d'explicar una pitjor evolució. Els dos criteris que se solapen en TB i TPL (inestabilitat afectiva i impulsivitat) tenen una relació significativa en anàlisis univariants però només la impulsivitat es manté significativa en anàlisis multivariants.

Pel que fa a la comorbiditat entre TEA i TB, Selten, Lundberg, Rai i Magnusson (2015) en un estudi longitudinal de 10 anys, amb una mostra poblacional sueca d'entre 6 i 18 anys, avaluen el risc de TB i de Trastorn Psicòtic no afectiu en una mostra de TEA comparant amb una mostra de germans no afectats i un grup control (GC). Els resultats indiquen que, independentment de les característiques familiars i personals diferents del grup TEA, aquests tenen un major risc tant per al desenvolupament d'una psicosi no afectiva com per al TB. Aquest risc, a més, és més gran entre els que no tenien retard mental (ho interpreten com que tenen més consciència de trastorn o més capacitat per comunicar símptomes). Els germans dels TEA tenen més risc de Trastorn Psicòtic no afectiu i TB que el GC però menys que el grup TEA.

I, finalment, en aquest mateix sentit val la pena destacar la revisió que Skokauskas i Frodl (2015) han realitzat respecte a la prevalença comòrbida de TB i TEA. La revisió de 20 estudis posa de manifest rangs de comorbiditat molt diferents (entre 0% i 56%) tot i que els estudis amb mostres més grans informen d'uns percentatges d'entre el 5,2%-8%.

L'article a destacar i que permet sintetitzar la informació respecte la comorbiditat en el TB és la revisió de Frías, Palma i Farriols (2015) que inclou tota la literatura des de 1990 fins 2014 en la que reflecteixen els trastorns comòrbids més prevalents en TB (destaquen TDAH, TEA,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Trastorns de Conducta, Trastorns d'ansietat i Trastorn per Ús de Substàncies), l'impacte clínic que aquests trastorns comòrbids exerceixen sobre els símptomes afectius, sobre el funcionament cognitiu i l'afectació funcional en regions cerebrals identificades en el TB mentre plantegen explicacions etiològiques i els tractaments que han mostrat efectivitat.

Factors de risc

Anand, Koller, Lawson, Gershon, i Nurnberger (2015) estudien la interacció que un fet traumàtic precoç pot tenir conjuntament amb variants genètiques específiques sobre l'edat d'inici del TB. Els resultats detecten una relació significativa entre edat d'inici precoç i la vivència de situacions traumàtiques. La identificació genètica també ha detectat variants particulars que magnifiquen o redueixen l'efecte del fet traumàtic sobre l'edat d'inici. Algunes de les variants genètiques identificades estan involucrades en canals de conducció del calci.

Dins dels marcadors de vulnerabilitat s'inclouen des de processos cognitius i neuropsicològics, processos afectius (reconeixement de cares, processament d'emocions i regulació afectiva) així com estils temperamentals i de resposta.

En aquest sentit, Bauer et al. (2015) identifiquen els biaixos de processament afectiu com a marcadors de vulnerabilitat respecte a les mesures de processament no afectiu entre un grup amb TB i un grup d'AR respecte un GC. Els resultats mostren que el grup TB responen més ràpid i cometen més errors en totes les condicions afectives mentre que el grup d'AR donen respostes més ràpides que GC però de major eficàcia que el grup TB. El subgrup AR sense cap trastorn de l'eix I no es diferenciaria de GC. Cap dels grups es diferencia respecte a

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

mesures de processament cognitiu. Conclouen, doncs, que el processament d'estímuls afectius es pot considerar com a marcador de vulnerabilitat per al TB.

Pel que fa a les funcions cognitives, Dickstein et al. (2015), a partir de la mostra COBY comparen el rendiment en diferents mesures cognitives en els subgrups TB. Els resultats mostren que els diferents subtipus presenten més dèficits de flexibilitat cognitiva, atenció sostinguda i processament d'informació emocional que el GC. El TB I i TB II requereixen més intents per completar la tasca que el TB no especificat o que GC. Conclouen que els subgrups TB són més similars que diferents en algunes funcions cognitives.

Per altra banda, Pavlickova, Turnbull, Myin-Germeys i Bentall (2015) avaluen la relació entre l'estat d'ànim (identifiquen afecte positiu o PA, afecte negatiu o NA així com les fluctuacions de l'ànim), els nivells d'autoestima i els diferents estils de resposta entre un grup AR i un GC. El grup AR presenta més NA que PA i més fluctuacions de NA que el GC. Els nivells d'autoestima eren menors en el grup AR i es mantenien més estables que el GC. Pel que fa als estils de resposta van observar com el grup AR utilitzava més conductes de risc i menys estratègies d'afrontament actiu (distracció o resolució de problemes). NA incrementa l'ús d'estratègies d'afrontament actiu en el GC però no en el grup AR. PA i NA eren predictors de ruminació en ambdós grups provocant canvis en l'autoestima també en ambdós grups. La baixa autoestima era un predictor de conductes d'alt risc i aquestes prediuen el canvi a PA en ambdós grups.

L'altre marcador de vulnerabilitat que s'ha estudiat és el reconeixement de cares i d'emocions. Wegbreit et al. (2015) en un estudi comparatiu a partir de la mostra COBY avalua les diferències entre TB joves respecte adults. Conclou que els més joves rendeixen

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

pitjor que el GC de la mateixa edat tant per cares de la seva edat com per cares d'adults i això és especialment així per cares enfadades (que confonen amb tristes). S'ha especulat que aquest marcador podria explicar les dificultats en l'àrea de la cognició social.

Tractament Psicològic

A nivell d'intervenció psicològica sembla oportú destacar la revisió de Frías, Palma i Farriols (2015) en la que descriuen les intervencions i el grau d'evidència dels diferents tractaments psicològics per a nens (Psicoeducació Familiar i Teràpia Cognitivoconductual centrada en el nen i la família o Programa *Rainbow*) i per adolescents (Teràpia Familiar centrada en Adolescents, Teràpia Familiar per a Adolescents d'alt risc (AR), Teràpia Cognitivoconductual per a adolescents, Teràpia Interpersonal i de Ritme Social per a Adolescents, Teràpia Dialéctico Conductual i Entrevista Motivacional). Conclouen que la Psicoeducació Familiar i la Teràpia Familiar per a Adolescents podrien considerar-se tractaments "probablement eficaços"; la Teràpia Cognitivoconductual centrada en el nen i la família pot definir-se com un tractament "en fase experimental" mentre que la resta de tractaments necessiten més investigació. La majoria dels tractaments destaquen, però, la importància del mòdul de psicoeducació.

Referències

- Anand, A., Koller, D.J., Lawson, W.B., Gershon, E.S., Nurnberger, J.I, BIGS Collaborative. (2015). Genetic and childhood trauma interaction effect on age of onset in bipolar disorder: an exploratory analysis. Journal of Affective Disorders, 179, 1-5.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Axelson, D., Goldstein, B., Goldstein, T., Monk, K., Yu, H., Hickey, M.B., Sakolsky, D., Diler, R., Haferman, D., Merranko, J., Iyengar, S., Brent, D., Kupfer, D., & Birmaher, B. (2015). Diagnostic precursors to bipolar disorder in offspring of parents with bipolar disorder: a longitudinal study. American Journal of Psychiatry, 172, 638-646.
- Bauer, I.E., Frazier, T.W., Meyer, T.D., Youngstrom, E., Zunta-Soares, G.B., & Soares, J.C. (2015). Affective processing in pediatric bipolar disorder and offspring of bipolar parents. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 25, 684-690.
- Dickstein, D.P., Axelson, D., Weissman, A.B., Yen, S., Hunt, J.I., Goldstein, B.I., Goldstein, T.R., Liao, F., Gill, M.K., Hower, H., Frazier, T.W., Diler, R.S., Youngstrom, E.A., Fristad, M.A., Arnold, L.E., Findling, R.L., Horwitz, S.M., Kowatch, R.A., Ryan, N.D., Strober, M., Birmaher, B., & Keller, M.B. (2015). Cognitive flexibility and performance in children and adolescents with threshold and sub-threshold bipolar disorder. European Child and Adolescent Psychiatry, epub online, octubre.
- Fonseka, T.M., Swampillai, B., Timmins, V., Scavone, A., Mitchell, R., Collinger, K.A., & Goldstein, B.I. (2015). Significance of borderline personality-spectrum symptoms among adolescents with bipolar disorder. Journal of Affective Disorders, 170, 39-45.
- Frías, A., Palma, C., & Farriols, N. (2015). Comorbidity in pediatric bipolar disorder: prevalence, clinical impact, etiology and treatment. Journal of Affective Disorders, 174, 378-389.
- Frías, A., Palma, C., & Farriols, N. (2015). Intervenciones psicosociales en el tratamiento de los jóvenes diagnosticados o con alto riesgo para el trastorno bipolar

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

pediátrico: una revisión de la literatura. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 8, 146-156.

- Hirneth, S.J., Hazell, P.L., Hanstock, T.L., & Lewin, T.J. (2015). Bipolar disorder subtypes in children and adolescents: demographic and clinical characteristics from an Australian sample. Journal of Affective Disorders, 175, 98-107.
- Holtzman, J.N., Miller, S., Hooshmand, F., Wang, P.W., Chang, K.D., Hill, S.J., Rasgon, N.L., & Ketter, T.A. (2015). Childhood-compared to adolescent-onset bipolar disorder has more statistically significant clinical correlates. Journal of Affective Disorders, 179, 114-120.
- Pavlickova, H., Turnbull, O.H., Myin-Germeys, I., & Bentall, R.P. (2015). The inter-relationship between mood, self-esteem and response styles in adolescent offspring of bipolar parents: an experience sampling study. Psychiatry Research, 225, 563-570.
- Selten, J.P., Lundberg, M., Rai, D., & Magnusson, C. (2015). Risks for Nonaffective Psychotic Disorder and bipolar disorder in young people with autism spectrum disorder. JAMA Psychiatry, 72, 483-489.
- Skokauskas, N. & Frodl, T. (2015). Overlap between autism spectrum disorder and bipolar affective disorder. Psychopathology, 48, 209-216.
- Wegbreit, E., Weissman, A.B., Cushman, G.K., Puzia, M.E., Kim, K.L., Leibenluft, E., & Dickstein, D.P. (2015). Facial emotion recognition in child-hood onset bipolar I disorder: an evaluation of developmental differences between youths and adults. Bipolar Disorders, 17, 417-485.
- Yen, S., Frazier, E., Hower, H., Weinstock, L.M., Topor, D.R., Hunt, J., Goldstein, T.R., Goldstein, B.I., Gill, M.K., Ryan, N.D., Strober, M., Birmaher, B., & Keller, M.B. (2015). Borderline personality disorder in transition age youth with bipolar disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 132, 270-282.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRASTORNS EXTERNALITZANTS EN NENS I ADOLESCENTS

Esther Trepat[1,2], Judith Comajuan[1], Jordi Maurici[1], Natàlia Picó[1], Gemma Rubio[1] i Emma Prades[1]
[1]Fundació Institut de Psicologia

[2] Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona

Al llarg del 2015 s'han continuant publicant nombrosos articles que versen sobre el Trastorn Negativista Desafiant (TND) i el Trastorn de Conducta (TC). Aquests articles es poden agrupar en treballs que fan referència a l'epidemiologia, a les aportacions de la neurociència, als especificadors del Trastorn de Conducta, als instruments d'avaluació i a l'eficàcia dels tractaments.

Epidemiologia

Els articles publicats al llarg del 2015 constaten, tal com ve posant de manifest la literatura científica d'anys anteriors, que la presència de psicopatologia parental (Fredland et al., 2015), els estils educatius coercitius (Camodeca i Taraschi, 2015; Moed et al., 2015), el baix nivell socioeconòmic (Piotrowska, Stride, Croft i Rowe, 2015; Piotrowska et al., 2015) i l'exposició a la violència, l'abús i l'agressivitat (Fredland et al., 2015), actuen com a factors de risc per desenvolupar trastorns externalitzants. Altres estudis assenyalen la desregulació emocional com a factor que prediu i modula les trajectòries dels trastorns de conducta al llarg del desenvolupament (Leadbeater i Homel, 2015; Masi, Pisano, Milone i Muratori, 2015; Shadur i Lejuez, 2015).

D'aquests estudis destaquem, per innovador, l'estudi de Moed et al. (2015) i els estudis sobre la desregulació emocional.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Moed et al. (2015) analitzen la naturalesa dels conflictes paterno-filials i com aquests influencien en el desenvolupament dels problemes de comportament. Els conflictes que classifiquen com a funcionals, proporcionen als adolescents l'oportunitat d'aprendre com arribar a un compromís, a negociar les seves necessitats i desitjos, a fer valer les seves preferències, a comprendre els altres i a controlar les emocions negatives en situacions de discrepància. En canvi, la interacció ofensiva i feridora, entre pares i fills, s'ha vinculat amb el desenvolupament de problemes de comportament. En aquesta línia, han constatat que la intensitat del conflicte o l'escalada d'emocions negatives, la duració i el fet que la discussió la finalitzin els adolescents i no els pares, s'associa amb majors problemes de conducta dels adolescents.

Altres estudis examinen la relació entre la presència de desregulació emocional i l'aparició de trastorns externalitzants. Shadur i Lejuez (2015) van realitzar una revisió de 99 articles i conclouen que el dèficit en la regulació de les emocions és un factor que incrementa el risc de presentar trastorns de conducta. Masi, Pisano, Milone i Muratori (2015) fan un seguiment de 80 nens amb TC i TND, entre els 8 i els 15 anys d'edat, i conclouen que la desregulació emocional, mesurada mitjançant la informació dels pares en el *Child Behavior Checklist* (Achenbach i Rescorla, 2001) s'associa amb major risc de patir depressió a l'adolescència en nens amb trastorns de conducta, malgrat haver rebut tractament clínic. Així mateix, l'estudi longitudinal de 8 anys de seguiment realitzat per Leadbeater i Homel (2015) amb 662 adolescents, deixa entreveure que la simptomatologia d'irritabilitat a l'adolescència és un factor predictiu de l'estabilitat del trastorn externalitzant en l'etapa adulta.

Aportacions de les neurociència

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Des de la perspectiva de la neuroanatomia i dels processos neurofisiològics subjacents als trastorns de conducta, Hariri (2015) descriu que l'elevada resposta del sistema límbic, de l'amígdala i de l'estriat ventral en l'adolescència, combinat amb una disminució de la regulació del còrtex prefrontal, provoca dificultats en la regulació de les emocions i un augment de la probabilitat de patir trastorns externalitzants. La hiperactivació del nucli estriat ventral i de l'amígdala es relaciona amb major desinhibició de la conducta, impulsivitat en la presa de decisions, així com major risc de manifestar conductes delictives. Finalment, Breeden, Cardinale, Lozier, VanMetter i Marsh (2015) troben diferències en la substància blanca de nens amb CU, tal i com s'havia trobat en estudis previs en població adulta amb psicopatia.

Especificadors del Trastorn de Conducta

Al llarg del 2015 s'han seguit realitzant un nombre força elevat d'investigacions respecte a l'especificador d'emocions prosocials limitades dels Trastorns de Conducta (*Callous Unemotional*, CU). Andrade, Sorge, Na i Wharton-Shukster (2015) destaquen que el grup d'individus amb Trastorn de Conducta (TC) i elevats trets CU presenten major tendència a l'agressió proactiva i més dificultats conductuals respecte els que no presenten trets CU. Euler et al. (2015), entre d'altres aspectes, destaquen que els individus amb moderats trets CU i nivell d'ansietat elevat presenten psicopatologia més severa que els altres grups amb TC. Pel que fa a les diferències de sexe, troben que quan les noies compleixen criteris diagnòstics de TC presenten problemes de conducta més greus mentre que els nois presenten trets CU més elevats. Resulta interessant la investigació de Ezpeleta, Granero, de la Osa i Domènech (2015) perquè la mostra estudiada està formada per nens en etapa preescolar, de 3 a 5 anys. Destaquen la tendència a l'estabilitat dels trets CU i troben que el pronòstic en individus amb trets CU i TND és pitjor i que els trets CU preveuen TND, però no al revés. Haas,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Waschbusch, King i Walsh (2015) troben que els nens TC, TDAH i trets CU tenen un patró atribucional diferent que el grup d'individus que només pateixen TC i TDAH. Helseth, Waschbusch, King i Willoughby (2015) troben que els nens amb TC i trets CU són més agressius davant provocacions lleus o moderades i tenen més conductes antisocials, però sobretot presenten diferents motivacions en les relacions amb els altres, els nois amb trets CU i TC busquen més la dominació mentre que els nois amb TC sense trets CU cerquen més la afiliació. Així mateix, en l'article de Humphreys et al. (2015), es manifesta que un acolliment familiar d'alta qualitat, és a dir, amb una bona capacitat de resposta a l'angoixa infantil per part dels pares o cuidadors, mitiga el desenvolupament de trets CU en nens amb antecedents de privació severa en les etapes primerenques.

Instruments d'avaluació

L'estudi de Sarno et al. (2015) conclou que l'escala *Antisocial Behavior Scale*, ABS (Brown et al., 1996) contestada per pares és un instrument útil i amb bones propietats psicomètriques quan s'utilitza per preguntar a pares en població clínica amb símptomes d'agressivitat extrema. Amb els resultats de l'estudi, Sarno et al. (2015) donen suport al model de dos factors (Agressivitat proactiva/agressivitat reactiva). L'estudi de Erford, Miller i Isbister (2015) avalua les propietats psicomètriques de l'escala *Disruptive Behavior Rating Scale-2nd Edition-Self Report* (DBRS-II-S) versió autoinformada. Conclouen que és un instrument vàlid i fiable per identificar símptomes relacionats amb els trastorns del comportament, per la qual cosa pot contribuir a la identificació eficient d'aquests trastorns en població general. Kaat et al. (2015) avaluen la utilitat de dues escales contestades per pares a l'entrada a la llar d'infants dels seus fills i conclouen que l'escala *Strengths and Dificculties Questionnaire* (SDQ) és més útil que el que l'escala *Disruptive Behavior Disorders Rating Scale* (DBD) per predir els problemes socials, emocionals i del comportament dels nens que comencen a la guarderia.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Com en anys anteriors, també trobem un estudi sobre el qüestionari *Inventory of Callous-Unemotional Traits* (ICU). Aquesta vegada, s'aplica a nens i es corroboren les propietats psicomètriques ja estudiades en població adolescent (Willoughby, Mills-Koonce, Waschbusch i Gottfredson, 2015).

Eficàcia dels tractaments

Les publicacions del 2015 relacionades amb el tractament aborden les següents qüestions: avaluar l'eficàcia de programes manualitzats (Burke i Loeber, 2015; Pidano i Allen, 2015) i la teràpia cognitivoconductual (Smeets et al., 2015), investigacions que intenten determinar factors de predicció de l'èxit terapèutic (Booker, Ollendick, Dunsmore i Greene, 2015), metaanàlisi de l'eficàcia del *mindfulness* (Visted, Vollestad, Birkeland i Hostmark, 2015), importància de la intervenció multidisciplinari (Kern et al., 2015), l'eficàcia de l'entrenament a mestres (Plueck et al., 2015) i noves aplicacions de tractament amb suport de les noves tecnologies (Jones et al., 2015).

Un dels programes de tractament que més recerca l'avala és *The Incredible Years.* Tot i així, en la recent revisió de Pidano i Allen (2015), els autors conclouen que caldria incrementar el nombre d'estudis per equips independents replicant els estudis d'eficàcia. Respecte el *Coping Power*, Muratori et al. (2015) demostren que és capaç de reduir les conductes agressives en els nens amb trastorns del comportament disruptiu, sent també capaç de reduir significativament els trets d'insensibilitat emocional dels nens. Valoren que probablement l'èxit del tractament adreçat a pares es relaciona amb què es centra en incrementar la criança positiva, una disciplina consistent i una major implicació dels pares. L'estudi de Burke i Loeber (2015) és el primer assaig aleatori controlat que avalua l'efectivitat del Programa *Stop Now and Plan* (SNAP) i que es realitza per un equip independent al que el va desenvolupar.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Els joves que van rebre la condició de tractament SNAP van mostrar una reducció significativa de l'agressivitat, dels problemes de conducta i, en general, dels comportaments externalitzants.

La metanàlisi d'Smeets et al. (2015) conclou que la teràpia cognitivoconductual (CBT) és efectiva per reduir l'agressió en adolescents.

La publicació de Booker et al. (2015) explicita que la qualitat de la relació pares-fills reportada pels nens modera l'efecte de la gravetat de la simptomatologia de TND en la resposta al tractament.

En la metanàlisis de Visted et al. (2015) els autors qüestionen la validesa de constructe dels qüestionaris destinats a mesurar el constructe de *mindfulnes*s que són utilitzats habitualment i remarquen el fet que no s'ha arribat a una definició consensuada de *mindfulness*, fet que confirma la complexitat del constructe i la necessitat d'operativitzar-la.

L'estudi de Plueck et al. (2015) demostra que l'entrenament a mestres és una estratègia eficaç per reduir els problemes de comportament de nens amb risc de patir un trastorn externalitzant. Els programes de prevenció secundària per mestres que es centren en el maneig de la conducta a l'aula, en el reforç positiu, en les habilitats comunicatives i en estratègies per reduir l'estrès del professorat milloren de manera significativa la conducta oposicionista a l'aula i a casa.

Kern et al. (2015) proposen una intervenció multidisciplinar, de manera que es treballa de forma coordinada amb professors, alumnes, pares i professionals de la salut mental, amb una

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

aproximació global que doni suport als estudiants amb problemes socials, emocionals i comportamentals i que s'adapti a les necessitats individuals de cada alumne. Per aquest motiu, es considera imprescindible que les famílies coneguin els programes de prevenció. En l'estudi de Leijten et al (2015), es va mostrar que oferir informació a les famílies dels serveis de tractament que hi ha a la comunitat, n'augmenta l'ús d'aquests i també millora la participació dels pares en el tractament.

En l'article de Jones et al (2015), es fa un recull de les diverses opcions i funcionalitats que actualment tenen els telèfons mòbils, entre elles, permetre el terapeuta connectar amb el client en temps real.

Referències

- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2003). Manual for the ASEBA Adult Forms and Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Andrade, B., Sorge, G., Jiwon Na, J., & Wharton-Shukster, E. (2015). Callous–Unemotional Traits Influence the Severity of Peer Problems in Children with Impulsive/Overactive and Oppositional/Defiant Behaviors. Child Psychiatry & Human Development, 46, 567-576.
- Booker, J.A., Ollendick, T.H., Dunsmore, J.C., &. Greene, R.W. (2015). Perceived Parent–Child Relations, Conduct Problems, and Clinical Improvement Following the Treatment of Oppositional Defiant Disorder. Journal of Child and Family Studies, 1062-1024.
- Breeden, A., Cardinale, E., Lozier, L., VanMeter, J., & Marsh, A. (2015). Callous-

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

unemotional traits drive reduced white-matter integrity in youths with conduct problems. Psychological Medicine, 45, 3033-3046.

- Burke, J.D. & Loeber, R. (2015). The Effectiveness of the Stop Now and Plan (SNAP) Program for Boys at Risk for Violence and Delinquency. Prevention Science, 16, 242–253.
- Camodeca, M. & Taraschi, E. (2015). Like father, like son? The link between parents' moral disengagement and children's externalizing behaviors. Merrill-Palmer Quarterly, 61, 173–191.
- Erford, B., Miller, E., & Isbister, K. (2015). Technical Adequacy of the Disruptive Behavior Rating Scale-2nd Edition-Self-Report. Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 48(1), 30-43.
- Euler, F., Jenkel, N., Stadler, C., Schmeck, K., Fegert, J.M., Kölch, M., & Schmid, M. (2015). Variants of Girls and Boys with Conduct Disorder: Anxiety Symptoms and Callous-Unemotional Traits. Journal of Abnormal Child Psychology, 43, 773–785.
- Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N. & Domènech, J.M. (2015). Clinical Characteristics of Preschool Children with Oppositional Defiant Disorder and Callous-Unemotional Traits. Plos One, 29.
- Fredland, N., Symes, L., Gilroy, H., Paulson, R., Nava, A., McFarlane, J., & Pennings, J. (2015). Connecting partner violence to poor functioning for mothers and children: Modeling intergenerational outcomes. Journal of Family Violence, 30, 555-566.
- Haas, S., Waschbusch, D., King, S., & Walsh, T. (2015). Examining the Role of Callous-Unemotional Traits in the Attributional Styles and Self Competence Evaluations of Children with Conduct Problems and ADHD. Journal of Psychopathology Behavior Assessment, 37, 196–206.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Hariri A. (2015). Looking inside the disordered brain: An introduction to the functional neuroanatomy of psychopathology. Publishers Sunderland: Sinauer Associates.
- Helseth, S., Waschbusch, D., King, S., & Willoughby, M.T. (2015). Aggression in Children with Conduct Problems and Callous-Unemotional Traits: Social Information Processing and Response to Peer Provocation. Journal of Psychopathology Behavior Assessment, 43, 1503–1514.
- Humphreys, K., McGoron L., Sheridan, M., McLaughlin, K., Fox, N., Nelson, C., & Zeanah, C. (2015). High-Quality Foster Care Mitigates Callous-Unemotional Traits Following Early Deprivation in Boys: A Randomized Controlled Trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54(12), 977-983.
- Jones, D., Anton, M., Gonzalez, M., Honeycutt, A., Khavjou, O., Forehand, R., & Parent, J. (2015). Incorporating Mobile Phone Technologies to Expand Evidence-Based Care. Science Direct Cognitive and Behavioral, 22, 281-290.
- Kaat, A. J., Farmer, C., Gadow, K.D., Findling, R.L., Bukstein, O.J., Arnold, L.E., Bangalore, S.S., McNamara, N.K., & Aman, M.G. (2015). Factor Validity of Proactive and Reactive Aggression Rating Scale. Journal Child Family Studies, 24, 2734-2744.
- Kern, L., Evans, S.W., Lewis, T.J., State, T.M., Weist, M.D., & Wills, H.P. (2015). CARS Comprehensive Intervention for Secondary Students With Emotional and Behavioral Problems: Conceptualization and Development. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 23(4), 195–205.
- Leadbeater, B. & Homel, J. (2015). Irritable and Defiant Sub-Dimensions of ODD: Their Stability and Prediction of Internalizing Symptoms and Conduct Problems from Adolescence to Young Adulthood. Journal Abnormal Child Psychology, 43, 407-421.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Leijten, P., Shaw, D., Gardner, F., Wilson, M., Matthys, W., & Dishion, T. (2015). The Family Check-Up and Service Use in High-Risk Families of Young Children: A Prevention Strategy with a Bridge to Community-Based Treatment. Prevention Science, 16, 397-406.
- Masi, G., Pisano, S., Milone, A., & Muratori, P. (2015). Child behavior checklist dysregulation profile in children with disruptive behavior disorders: A longitudinal study. Journal of Affective Disorders, 186, 249–253.
- Moed, A., Gershoff, E.T., Eisenberg, N., Hofer, C., Losoya, S., Spinrad, T.L., & Liew, J. (2015). Parent-Adolescent Conflict as Sequences of Reciprocal Negative Emotion: Links with Conflict Resolution and Adolescents' Behavior Problems. Journal of youth and adolescence, 44, 1607-1622. DOI: 10.1007/s10964-014-0209-5
- Muratori, P., Bertacchi, I., Giuli, C., Lombardi, L., Bonetti, S., Nocentini, A., Manfredi, A., Polidori, L., Ruglioni, L., Milone, A., & Lochman, J. (2015). First Adaptation of Coping Power Program as a Classroom-Based Prevention Intervention on Agressive Behaviors Among Elementary School Children. Prevention Science, 16, 432-439.
- Pidano, A.E. & Allen, A.R. (2015) The Incredible Years Series: A Review of the Independent Research Base. Journal of Child and Family Studies, 24, 1898-1916. DOI: 10.1007/s10826-014-9991-7.
- Piotrowska, P., Stride, Ch., Croft, S., & Rowe R. (2015). Socioeconomic status and antisocial behaviour among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 35, 47–55.
- Piotrowska, P., Stride, Ch., Maughan, B., Goodman, R., McCaw, L., & Rowe, R. (2015). Income gradients within child and adolescent. The British Journal of Psychiatry, 207(5), 385–391.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Plueck, J., Eichelberger, I., Hautmann, C., Hanisch, Ch., Jaenen, N., & Doepfner, M. (2015). Effectiveness of a teacher-based indicated prevention program for preschool children with externalizing problem behavior. Prevention Science, 16(2), 233-41.
- Sarno, J., Storer, J., Holdaway, A., Serrano, V.J., Watabe, Y., Himawan, L.K., Krelko, R.E., Vause, K.J., Girio-Herrera, E., & Andrews, N. (2015). Screening for Social, Emotional, and Behavioral Problems at Kindergarten Entry: Utility and Incremental Validity of Parent Report. School Psychology Review, 44, 21-40.
- Shadur, J. & Lejuez, C. (2015). Adolescent substance use and comorbid psychopathology: Emotion regulation deficits as a transdiagnostic risk factor. Current addiction reports, 2, 354–363.
- Smeets, K., Leeijen, A., Van der Molen, M., Scheepers, F., Buitelaar, J., & Rommelse, N. (2015). Treatment moderators of cognitive behavior therapy to reduce aggresive behavior: a meta-analysis. European Child Adolescent Psychiatry, 24, 255-264.
- Visted, E., Vollestad, J., Birkeland, M., & Hostmark, G. (2015). The impact of Group-Based Mindfulness Training on Self-Reported Mindfulness: a Systematic Review and Meta-analysis. Mindfulness, 6, 501-522.
- Willoughby, M.T., Mills-Koonce, W.R., Waschbusch, D.A., & Gottfredson, N.C. (2015). An Examination of the Parent Report Version of the Inventory of Callous-Unemotional Traits in a Community Sample of First-Grade Children. Assessment, 22, 76-85.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ EN LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA

Marta Garcia i Rosa Nicolau
Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto Juvenil de l'Hospital Clínic de Barcelona

El TDAH és un trastorn d'inici a la infància, tot i que pot millorar molt, actualment es coneix com un trastorn bàsicament crònic, sobretot en aquells casos que de petits van ser infants o adolescents amb TDAH greu o d'alt impacte en la seva vida.

Voldríem començar amb una mica d'història sobre el TDAH en la nostra comunitat, l'any 2007 Fundació Adana (Ajuda Dèficit Atenció Nens, Adolescents i Adults) i TDAH Catalunya (associació d'afectats per TDAH) sol·liciten al Parlament que es millori l'atenció als infants i adolescents afectats. D'aquesta sol·licitud sorgeix la Resolució 84/VIII. L'any 2010 s'elabora la "Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España", (dins del pla de "mejora de calidad para el sistema nacional de salud").

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf .

Aquesta guia és dirigida pel Dr. Alda des de l'hospital St. Joan de Déu i compta amb la participació de molts professionals com a col·laboradors externs (psiquiatres, psicòlegs clínics o psicopedagogs). Té l'aval de les associacions d'afectats, les societats científiques i el Departament de Salut també n'és partícip. La guia conclou que el millor tractament pel TDAH és la combinació de farmacologia i intervencions psicosocials, dins del paradigma cognitivoconductual. Al 2013, i també molt impulsada per les associacions d'afectats, el Departament d'Ensenyament publica "El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Guia per a mestres i professors d'Educació primària Educació secundària obligatòria.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Materials per a l'atenció a la diversitat", guia que també destaca el tractament cognitivoconductual, tractament que ha mostrat tenir evidència científica per al TDAH. (http://ensenyament.gencat.cat/web/.content/home/departament/publicacions/colleccions/inclusio/tdah.pdf.). Aquesta guia és d'obligat compliment segons disposa l'article 82 de la llei d'educació 12/2009 del 10 de juliol, "el projecte educatiu de cada centre ha d'incloure els elements metodològics i organitzatius necessaris per atendre adequadament els alumnes amb trastorns de l'aprenentatge o de comunicació que puguin afectar l'aprenentatge i la capacitat de relació, de comunicació o de comportament". Dins dels trastorns d'aprenentatge s'inclouen els infants i adolescents amb TDAH.

La novetat del 2015 és la presentació del Protocol de la implementació de la Guia de pràctica clínica per al maneig del Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat (TDAH) infantojuvenil en el Sistema Sanitari Català pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (6 de maig).
(http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/TDAH/PROTOCOLTDAHFINAL_maig2015.pdf. *)* .
Sol·licitat des del Pla Director de Salut i elaborat amb la participació d'un equip d'experts té com a objectiu fomentar l'equitat en la diagnosi i el tractament del TDAH en els Centres de Salut Mental InfantoJuvenil (CSMIJ) de tota Catalunya, donant resposta a la demanda de les associacions d'afectats que ja ho van sol·licitar l'any 2007 al Parlament. Aquest protocol es basa en 10 recomanacions a complir i assenyala que en tots els casos lleus amb baix impacte, quan hi ha discrepància d'informació, quan els pares rebutgen la medicació o quan l'infant és menor de 5 anys, sempre es començarà pel tractament psicològic. Aquest tractament ha d'incloure entrenament als pares en el maneig de contingències i en estratègies cognitivoconductuals, a nivell individual o en format de teràpia grupal. El protocol també

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

assenyala que s'ha d'aplicar tractament combinat, que inclou tractament farmacològic, en casos de mala evolució o en casos moderats-greus, fomentant d'aquesta manera la intervenció dels pares i l'escolar, tal com s'aconsella en la majoria de guies clíniques. Aquest últim protocol publicat al 2015 ha generat una reacció molt intensa en contra del mateix per part de tots els professionals afins a la psicoanàlisi, els quals han publicat un document "per a un consens clínic del TDAH" que comença dient "Una malaltia molt difosa és el diagnòstic- Karl Kraus". Han fet arribar aquest document a diputats del parlament per aturar l'exigència des de sanitat d'aquestes mesures que són, al nostre parer, el mínim exigible si el que volem és que el tractament aplicat als infants amb TDAH no depengui de la zona on viuen sinó d'un protocol basat en estudis amb evidència científica. Si els estudis poden demostrar evidència del tractament psicoanalític o dinàmic en el TDAH, llavors haurem d'estar oberts a incorporar noves estratègies o tècniques.

Dit això, entrem en una revisió de les troballes que valorem més interessants d'aquest 2015.

Etiologia

El TDAH és un trastorn del neurodesenvolupament sotmès a substancials influències genètiques i ambientals. No es pot parlar d'una causa única. L'exposició a factors de risc no necessàriament donarà lloc al trastorn. Es parla d'un possible efecte modulador d'aquestes influències, que podrien aportar informació sobre el possible curs del trastorn i el seu pronòstic.

El treball de revisió de Seth D. Pollak subratlla l'aportació de la psicologia del desenvolupament a una nova visió de la psicopatologia de l'infant i l'adolescent. Utilitza l'exemple de l'exposició a l'estrès primerenc dels infants per demostrar com l'actual enfocament de la psicopatologia del desenvolupament tendeix a treure importància a les

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

categories diagnòstiques. En canvi, posa l'accent en els contextos, els esdeveniments i les circumstàncies socials i/o biològiques que provoquen que els subjectes, des d'edat molt primerenca, puguin fer respostes de mala adaptació i donar lloc a problemes de salut en els joves. El segon plantejament és que determinats contextos socials poden modificar el desenvolupament biològic. Aquestes modificacions poden ser a nivell epigenètic (alterant la informació genètica) o poden actuar directament sobre sistemes neuroendocrins, provocant canvis a nivell neuronal i alterant el processament dels codis socials. Conclou que si és certa la hipòtesi de que les experiències primerenques de la vida precipiten els problemes psicològics dels joves, malmetent la seva salut física per tota la vida; també es podria dir que si es millorés amb èxit la salut psicològica dels infants, implicaria que es podria reduir la càrrega de malalties d'adults i durant la vellesa. Proposa que aquest serà el desafiament per a la propera dècada de la psicopatologia del desenvolupament. En l'article de Thapar i Cooper (2015 online/2016 publicat) fan un repàs general sobre la situació actual a nivell de concepte del trastorn, la epidemiologia, l'avaluació clínica i el tractament. Així com una detallada descripció de la conclusions que els estudis realitzats aporten a la valoració de factors de risc genètics, ambientals i l'estreta interconnexió entre ells, destacant, que l'actual arquitectura genètica del TDAH és molt similar a la d'altres trastorns del neurodesenvolupament, com l'esquizofrènia. En un estudi previ Thapar (2012) exposava que els factors genètics poden tenir un efecte indirecte a l'interaccionar amb factors ambientals, alterant la sensibilitat a l'entorn, a l'adversitat social o a tòxics ambientals. Els factors genètics poden influir en la probabilitat d'estar exposat a certs factors de risc de l'entorn. Insisteix en que el TDAH té un patró d'herència poligènic i complex. Estan implicats diferents gens, amb escassa penetrància que interaccionen entre si i amb factors ambientals. En el TDAH, degut a la seva alta heretabilitat, diferents estudis han intentat identificar els possibles gens susceptibles utilitzant diferents tipus d'estudis genètics: l'Associació amplia genòmica multifactorial (GWAS) sense

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

resultats actualment; la recerca de Variants genètica rares, identificant diferents alteracions cromosòmiques que expliquen altres trastorns que s'associen al TDAH i a diferents trastorns psiquiàtrics (autisme, esquizofrènia) com són la síndrome del Fràgil X, la Esclerosis Tuberosa, el síndrome velocardiofacial, etc.; i finalment la hipòtesi de Candidat genètic. En aquests últims estudis es relaciona la susceptibilitat a presentar un TDAH amb diferents gens, com són els dels precursors dels receptors de dopamina (DRD4, DRD5) i els gens dels Transportadors de la dopamina (SCL6A3 o DAT-1). Aquests darrers estan relacionats amb la teoria sobre el mecanisme d'acció dels estimulants i també amb la probable relació entre genètica i entorn, la presència d'aquests incrementen la susceptibilitat al consum matern d'alcohol o tabac. Un altre gen d'aquesta via dopaminèrgica seria el gen que codifica l'enzim que converteix la dopamina en noradrenalina (DBH); dins la Via serotoninèrgica es relaciona amb el gen precursor del transportador de la serotonina (SCL6A4/5HTT), amb el del receptor de la serotonina (1B(HTRB1); també els gens precursors de les Proteïnes implicades en l'exocitosis dels neurotransmissors des de les vesícules d'emmagatzament de les neurones fins l'espai sinàptic (SNAP25) així com el COMT o el gen de la catecol O metiltransferasa, que degrada la dopamina, modificant el fenotip del TDAH cap a la conducta antisocial. En l'article de Thapar (2016) destaca que no hi ha evidència per realitzar un estudi genètic de rutina en els infants que presenten TDAH sense discapacitat intel·lectual. L'article de Schuch et al. (2015) també fa referència al concepte d'epigenètica, referint-se que malgrat determinades estructures i funcionaments cerebrals venen determinades genèticament, els gens es veuen sotmesos a influències ambientals o d'adversitat psicosocial, que modelaran, inhibiran o potenciaran l'activitat del gen. L'estudi de Pingault et al. (2015) en una mostra prospectiva de 8.395 parells de bessons, valorats als 8 i als 16 anys d'edat, ambdós presentaven simptomatologia de TDAH; explica que la davallada de la simptomatologia d'hiperactivitat i menys pronunciada en inatenció s'explica per influències genètiques i

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

ambientals diferents que les que actuen en l'inici del trastorn. Destaca que variables genètiques marquen les diferències interindividuals, incrementant o retardant la davallada de símptomes d'hiperactivitat i d'inatenció, i en aquest últim observen un subgrup que amb el curs del temps incrementa la simptomatologia d'inatenció.

Dins de les INFLUÈNCIES AMBIENTALS trobem:

Els factors de risc relacionats amb la salut de la mare: Fumar durant l'embaràs, consumir tòxics, alcohol, estrès matern, obesitat i edat de la mare en el moment del part.

L'article de Chudal et al. (2015), en un estudi de cas control d'un total de 10.409 individus amb TDAH nascuts a Finlàndia entre 1991 i el 2005, diagnosticats entre 1995 i 2011, aparellats per edat, sexe, zona on van néixer i zona regional on viuen. Observa que l'edat del pare i de la mare en el moment del part podria ser un factor de risc associat al TDAH. Els pares menors de 20 anys tenien 1,5 vegades (odds ratio [OR] ¼ 1,55; IC del 95% 1.11 a 2.18 ¼, p = 0,01) major risc de tenir descendència amb TDAH en comparació amb els pares d'entre 25 a 29 anys. Les mares del mateix grup d'edat van tenir 1,4 vegades més risc. (IC O ¼ 1,41, 95% ¼ de 1,15-1,72, p ¼.0009). L'edat materna avançada es va associar inversament amb TDAH (OR= 0,79; IC del 95% ¼ 0,64-0,97, p = .02) però no la del pare, incrementant el risc en els pares en edat entre 45 i 49 anys (OR ¼ 1.26, 95%CI ¼ 1.01–1.58, p ¼ .04). L'article de Modesto, T. (2015) revisa l'efecte de l'hipotiroïdisme matern durant l'embaràs i l'elevació de risc de simptomatologia del TDAH posterior en el fill. És un estudi de cohort realitzat a Holanda. La mostra és recollida dels naixements produïts entre el 2004 i el 2006 i es realitza un seguiment fins adult-jove. Es selecciona un total de 3873 parells de mares i els seus fills. En una mostra de mares amb hipotiroïdisme, 127 detectades en les primeres setmanes de

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

gestació (setmana 13 de mitjana), en l'avaluació realitzada el seu fill als 8 anys d'edat es detecta una major puntuació en símptomes de TDAH després d'ajustar per edat de la mare, sexe del fill, nivell educacional de la mare i nivell econòmic (l'increment en les puntuacions de TDAH es del 7% [95% CI, 0.3%-15%]).

Els factors de risc relacionats amb l'embaràs i el part: L'existència de pèrdues durant l'embaràs, preeclàmpsia, infecció urinària, part prolongat o complicat, baix pes al néixer, prematuritat, baix pes per edat gestacional per deficiència placentària, test de Apgar baix.
L'article de Sucksdorff et al. (2015) és un estudi poblacional que analitza 10.321 pacients diagnosticats de TDAH, segons la CIE-10, i 38.355 controls aparellats per sexe, lloc i data naixement, identificats en un registre nacional finlandès, obtenint les dades perinatals del registre mèdic de naixement finlandès. Troba una associació robusta entre l'increment de risc de TDAH i cada setmana de gestació menys. Associació que es manté després d'ajustar per possibles variables que poden confondre. També hi ha un risc augmentat en nadons post termini. Respecte al pes per edat gestacional, s'observa un increment en aquells nadons amb pesos d'1 desviació estàndard per sota la mitjana esperable per edat gestacional i en aquells que presenten 2 desviacions estàndards per sobre la mitjana.

Els factors de risc perinatals i postnatals relacionats amb agents externs: Intoxicacions o exposició a possibles tòxics: plom, pesticides, Bifenil policlorinato (PCBs), factors nutricionals deficitaris o en excés (sucres, colorants, dèficit de zinc, magnesi, omega3), traumatismes cranials greus, infeccions.

L'article de Patrick i Ames (2015) proposen que el dèficit en Vitamina D i àcids grassos, Omega EPA o DHA, en el procés de desenvolupament del nadó amb combinació amb factors

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

genètics podrien portar a una disfunció de l'activació de la serotonina, i això seria el mecanisme subjacent d'alguns trastorns psiquiàtrics del neurodesenvolupament i de la depressió. És un article interessant on s'explica tot el procés d' activació i actuació de la serotonina de forma molt gràfica.

Els factors de risc associats a l'adversitat psicosocial: Estils educatius, educació dels pares, maltractament físic o psicològic. Diferents estudis atorguen aquests factors un paper modulador en el procés de la malaltia, descartant un paper etiològic.

L'article de Wiener, Biondic, Grimbos i Herbert (2015) exposa l'associació entre estrès parental i TDAH. L'estudi es fa amb 138 adolescents (84 TDAH, 52 nois, 32 noies; 54 no-TDAH, 24 nois, 30 noies), d'edat entre 13-18, i els seus pares. Un total de 135 mares i 98 pares emplenen un qüestionari de "*Stress Index for Parents of Adolescents*". Tant pares com mares de joves amb TDAH refereixen major estrès que aquells pares del grup control. Les mares refereixen nivells d'estrès més elevats en referència a restriccions de rols, sentiment d'alienació social, conflicte amb la parella, sentiments de culpa i incompetència i dificultats en la relació amb els fills. L'estrès dels pares també s'associa a l'existència de simptomatologia de trastorn de negativisme desafiant i problemes de conducta externalitzat, segons puntuen els pares, però no quan puntuen els professors. Les mares que s'autodefineixen com TDAH presenten més altes puntuacions d'estrès parental mentre que els pares que es defineixen com TDAH refereixen menor estrès en el domini de relació amb el fill. L'article de Miranda et al. (2015) de seguiment de 30 mesos a nens de 8 a 12 anys diagnosticats de TDAH, destaca el major estrès parental en el grup d'infants amb simptomatologia persistent.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Etiopatogènia: estructures i alteracions funcionals i dèficits neuropsicològics

L'estudi de Friedman i Rapoport (2015) fa un bon resum dels estudis sobre neuroimatge realitzats fins ara, destacant que l'afectació de determinades estructures cerebrals seran indicadors de persistència del TDAH, com són la persistència en l'aprimament cortical de la zona del girus cingulat, precuneu, dorsolateral i medial de l'escorça prefrontal i l'alteració en les trajectòries del desenvolupament de la zona cerebelar i hipocampal s'han associat a símptomes de major severitat. L'article de Pauli-Pott i Becker (2015) fa una metanàlisi sobre dues funcions neuropsicològiques: el dèficit en el control de la inhibició i en l'aversió al retard de la recompensa. En l'article de von Rhein et al. (2015) explica com s'han recollit diferents variables en el estudi *NeuroIMAGE*, constituint un gran banc de dades per poder estudiar el curs del TDAH, els mecanismes neurocognitius i genètics i la pròpia heterogeneïtat del trastorn.

Estudis de seguiment i impacte del trastorn

L'article de Moffitt (2015), parteix d'un estudi de cohort dels nascuts entre els anys 1972-73 i seguits durant 38 anys (estudi Dunedin, New Zealand,) i després els compara amb un grup d'adults diagnosticats de TDAH independentment de l'edat de naixement. Els resultats són sorprenents i esperen ser replicats. Sembla que hi pugui haver la possibilitat que el quadre de símptomes de TDAH que presenten els adults pot no tenir un origen en el trastorn del neurodesenvolupament de la infància. L'article de Dalsgaard et al. (2015), utilitzant un registre nacional danès es fa un seguiment des del naixement fins l'any 2013, d'un total de 1,92 milions d'individus, dels quals 32.061 tenen TDAH. Destaquen que la taxa de mortalitat per 10.000 persona/any és de 5,85 entre els TDAH i de 2,21 en els altres. La major part de les morts es produeixen per accidents. Destaquen que els adults diagnosticats de TDAH presenten majors taxes de mortalitat que els que han estat diagnosticats en la infància o en

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

l'adolescència. La comorbiditat amb trastorns de conducta, trastorns d'oposicionisme desafiant i trastorns per abús de drogues augmenten aquesta taxa de mortalitat, però fins i tot després de controlar-se aquestes variables es manté elevada. La mortalitat és major en nenes i en dones. L'article de Faraone (2015) comenta l'article de Dalsgaard, i coincideixen en un increment relatiu de la taxa de mortalitat en el grup d'adults diagnosticats de TDAH, però destaca que un possible endarreriment en el diagnòstic i el tractament del trastorn, pot explicar l'elevació de la taxa de mortalitat. Al mateix temps destaca que el TDAH persistent ocasiona un major impacte en la vida del subjecte.

Prevalença

L'Estudi de Thomas et al. (2015) on revisen 175 articles en qualsevol llengua sobre la prevalença del TDAH segons DSM-II, DSM-III-R i DSM-IV. No troben diferències significatives en les prevalences. Altres estudis publicats sobre prevalença són a Turquia (8%), països àrabs (1,3-1,6% combinat, 1,4-7,8% subtipus hiperactiu, 2,1-2,7% inatent), Vietnam (7,7 %, sols utilitzen qüestionaris), i a Eslovènia basant-se amb el CIE 10 i en les dades recollides des de salut pública troben un augment de la incidència al 2012 de 0,082%.

Tractament del TDAH

Des de les revisions de les guies NICE (2008-revisió 2013/2016, https://www.nice.org.uk/guidance/cg72) i la Americana de Pediatria del 2010, es descriu que el tractament òptim seria el multimodal. La guia americana en l'atenció als preescolars considera que el tractament en estratègies de maneig conductual per a pares ha de ser de primera elecció, no descarta la introducció del tractament farmacològic en alguns casos. En canvi, la guia NICE descarta la introducció de la medicació abans dels 6 anys. En l'edat escolar la guia NICE introdueix la variant de l'impacte, és a dir, en els infants que presenten

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

un trastorn de TDAH d'impacte lleu o moderat recomana iniciar amb tractament no farmacològic, però en els casos d'impacte sever recomana fer el tractament multimodal. Per tant, el tractament pel TDAH que continua fent referència la literatura com a més eficaç, segons els estudis actuals, és el combinat. Entre els estudis publicats hi ha una revisió sistemàtica (Arnols et al., 2015), de 12 bases de dades (guies Cochrane), es trien finalment 51 estudis, que controlen resultats almenys durant 2 anys, es valoren els efectes de les diferents modalitats de tractament i la mida de l'efecte. La major proporció de millora (83% de resultats) es dóna amb el tractament combinat. Aquestes millores es van associar amb l'autoestima acadèmica, la conducció, el funcionament social, la reducció de conducta antisocial o l'abús de substàncies. Una majoria dels resultats mostraven millora independentment de l'edat d'inici del tractament (60% -75%) o la durada del tractament (62% -72%). La meitat de subjectes infants i adolescents (47%-53%) milloren amb el tractament farmacològic, i amb el tractament combinat la xifra puja a 78-86%.

Una revisió sistemàtica de metaanàlisi sobre el tractament psicosocial publicat aquest 2015 és la de Fabiano, Schatz, Chacko i Chronis-Tuscano (2015), que explica la variabilitat de resultats dins de les metaanàlisis i ho atribueix als dissenys dels propis estudis. En aquest estudi seleccionen 12 metaanàlisis i conclouen que l'entrenament a pares és un tractament efectiu pel TDAH en la infància/adolescència i que el maneig de contingències en l'ambient escolar té evidència per formar part del tractament del TDAH. Per altra banda, no troben evidència per la intervenció basada en els companys (no hi han metaanàlisis específiques). Ells valoren que en la metaanàlisi realitzada per Zwi (2011) on es concloïa que l'evidència pels tractaments psicosocials (mesurat sempre per la mida de l'efecte) era limitada, la metodologia era molt rigorosa i incloïen molt pocs estudis, l'equip de Fabiano considera que

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

cal tenir present que dins de les intervencions psicosocials hi ha una alta heterogeneïtat, a diferència de quan es realitzen metaanàlisis de per exemple l'eficàcia del metilfenidat.

Teràpia cognitivoconductual (TCC) aplicada a adolescents i joves TDAH, aquí a Barcelona s'ha realitzat un estudi multicèntric en el Hospital Vall d'Hebron i l'Hospital Clínic per R. Vidal (equip JA Ramos) i J. Castells. Es tracta d'un assaig clínic on s'aleatoritzen 119 adolescents de 15 a 21 any (tots estables en quan a tractament farmacològic), i s'aplica la TCC en grup experimental i es compara amb un grup que segueixen el tractament habitual. Són un total de 12 sessions, on es treballa psicoeducació del TDAH, estratègies de maneig de la impulsivitat i la motivació, i per millorar l'atenció i planificació. L'estudi publicat al JAACAP conclou que la TCC és una intervenció eficaç per reduir els símptomes i el deterior funcional del TDAH en adolescents i joves.

Quant a l'entrenament de funcions cognitives actualment hi ha dues visions, aquells que el consideren de primera línia de tractament ja que veuen els dèficits cognitius com a causals del TDAH, i aquells que el veuen com adjuvant per reduir el deterior associat a dèficits neuropsicològics. En la metaanàlisi realitzada per l'equip de Cortese et al. (2015), on acaben analitzant 15 estudis (de 837 trobats), conclouen que la diferència no és estadísticament significativa en les variables més nuclears com són la inatenció o la inhibició. En canvi, sí surt significativa la diferència en memòria de treball verbal i visual, però aquestes millores no es reflecteixen en el rendiment acadèmic (ho mesuren en 5 dels assaigs seleccionats). També conclouen que la diferència en la millora es redueix quan l'avaluador és cec.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Dins del tractament encara hi ha com a punt molt feble la transició entre l'adolescència i l'etapa adulta que inclou l'entrada al món laboral. Encara hi ha poca coordinació entre serveis per facilitar aquesta transició i poc reconeixement de l'impacte del TDAH en l'etapa adulta.

Dins dels tractaments farmacològics destaca la revisió de la Cochrane sobre l'ús del metilfenidat en infants i adolescents diagnosticats de TDAH. Els resultats suggereixen que el metilfenidat millora alguna de la simptomatologia nuclear del TDAH, redueix la hiperactivitat, impulsivitat i ajuda als infants a concentrar-se. O pot ajudar a millorar el comportament en general i la qualitat de vida dels infants amb TDAH. Però destaca que els resultats no són prou bons en demostrar una precisió en la mida de l'efecte beneficiós del metilfenidat. En aquesta revisió es destaca que els efectes secundaris del metilfenidat no són greus (no amenacen la vida) en la seva utilització fins a 6 mesos. Destacant que l'ús del metilfenidat s'associa a un major risc d'efectes secundaris lleus que afecten sobretot la son i la gana.

Referències

- Arnold, L.E., Hodgkins, P., Caci, H., Kahle, J., & Young S. (2015). Effect of treatment modality on long-term outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review**.** PLoS One, 10(2):e0116407. doi: 10.1371/journal.pone.0116407. eCollection 2015.
- Chudal, R., Joelsson, P., Gyllenberg, D., Lehti, V., Leivonen, S., Hinkka-Yli-Salom, S., Gissler, M., & Sourander, A. (2015). Parental Age and the Risk of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Nationwide, Population-Based Cohort Study. J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry, 54(6).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Cortese, S., Ferrin, M., Brand, D., Buitelaar, J., Daley, D., Dittmann, R.W., Holtmann, M., Santosh, P., Stevenson, J., Stringaris, A., Zuddas, A., Edmund, J.S., Sonuga-Barke, on behalf of the European ADHD Guidelines Group (EAGG). (2015). Cognitive Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Clinical and Neuropsychological Outcomes From Randomized Controlled Trials. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 54(3), 164–174.
- Dalsgaard, S., Østergaard, S.D., Leckman, J.F., Mortensen, P.B., & Pedersen, M.G. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. The Lancet.com Published online February 26, 2015.
- Evans, S.C., Fite, P.J., Hendrickson, M.L., Rubens, S.L., & Mages, A.K. (2015). The Role of Reactive Aggression in the Link Between Hyperactive-Impulsive Behaviors and Peer Rejection in Adolescents. Child Psychiatry Hum Dev. [*Epub ahead of print*]
- Fabiano, G.A., Schatz, A.M., Chacko, A., & Chronis-Tuscano, A. (2015). A systematic Review of Meta-Analyses of Psychosocial Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clin Child Fam Psychol Rev, 18, 77-97.
- Faraone, S.V. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder and premature death. thelancet.com Vol 385 May 30.
- Friedman, L.A. & Rapoport, J.L. (2015). Brain development in ADH. Current Opinion in Neurobiology, 30, 106–111.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Guías de práctica clínica del SNS. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Miranda, A., Colomer, C., Fernández, M.I., Presentación, M.J., & Roselló, B. (2015). Analysis of Personal and Family Factors in the Persistence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Results of a Prospective Follow-Up Study in Childhood. PLOS ONE May 29, 2015.
- Modesto, T., Tiemeier, H., Peeters, R.P., Jaddoe, V.W., Hofman, A., Verhulst, F.C., & Ghassabian, A. (2015). Maternal Mild Thyroid Hormone Insufficiency in Early Pregnancy and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Children. JAMA Pediatr., 169(9), 838-845.
- Moffitt, T.E., Houts, R., Asherson, P., Belsky, D.W., Corcoran, D.L., Hammerle, M., Harrington, H.L., Hogan, S., Meier, M.H., Polanczyk, G.V., Poulton, R., Ramrakha, S., Sugden, K., Williams, B., Rohde, L.A., & Caspi, A. (2015). Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. Am J Psychiatry, 172, 967–977.
- Patrick, R.P., & Ames, B.N. (2015). Vitamin D and the omega-3 fatty acids control serotonina synthesis and action, part 2: relevance for ADHD, bipolar disorder, schizophrenia, and impulsive behavior. The FASEB Journal Review, 2208 Vol. 29.
- Pauli-Pott, U. & Becker, K. (2015). Time windows matter in ADHD-related developing neuropsychological basic deficits: A comprehensive review and meta-regression analysis. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 55, 165–172.
- Pingault, J.B., Viding, E., Galéra, C., Greven, C.U., Zheng, Y., Plomin, R., & Rijsdijk, F. (2015). Genetic and Environmental Influences on the Developmental Course of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms From Childhood to Adolescence. JAMA Psychiatry, 72(7), 651-658.
- Pollak, S.D. (2015). Developmental psychopathology: recent advances and future challenges. World Psychiatry, 14, 262–269.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Rhein, D.V., Mennes, M., van Ewijk, H., Groenman, A.P., Zwiers, M.P., Oosterlaan, J., Heslenfeld, D., Franke, B., Hoekstra, P.J., Faraone, S.V., Hartman, C., & Buitelaar, J. (2015). The NeuroIMAGE study: a prospective phenotypic, cognitive, genetic and MRI study in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Design and descriptives. Eur Child Adolesc Psychiatry, 24, 265–281.
- Schuch, V., Utsumi, D.A., Moura, T.V., Costa, M., Kulikowski, L.D., & Muszkat, M. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder in the light of the epigenetic paradigma. Frontiers in Psychiatry, Volume 6. Article 126.
- Storebø, J., Krogh, H.B., Ramstad, E., Moreira-Maia, C.R., Holmskov, M., Skoog, M., Nilausen, T.D., Magnusson, F.L., Zwi, M., Gillies, D., Rosendal, S., Groth, C., Rasmussen, K.B., Gauci, D., Kirubakaran, R., Forsbøl, B., Simonsen, E., & Gluud, C. (2015). Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. BMJ 2015; 101h1.
- Storebø, O.J., Ramstad, E., Krogh, H.B., Nilausen, T.D., Skoog, M., Holmskov, M., Rosendal, S., Groth, C., Magnusson, F.L., Moreira-Maia, C.R., Gillies, D., Buch Rasmussen, K., Gauci, D., Zwi, M., Kirubakaran, R., Forsbøl, B., Simonsen, E., & Gluud, C. (2015). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 11.
- Sucksdorff, M., Lehtonen, L., Chudal, R., Suominen, A., Joelsson, P., Gissler, M., Sourander, A., & Birth, P. (2015). Poor Fetal Growth as Risk Factors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics, 136(3).
- Thapar, A., & Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. Lancet, 387, 1240–1250.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. Pediatrics, 135(4), 994-1001.
- Vidal, R., Castells, J., Richarte, V., Palomar, G., García, M., Nicolau, R., Lazaro, L., Casas, M., & Ramos, J.A. (2015). Group Therapy for Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Controlled Trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.
- Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T., & Herbert, M. (2015). Parenting Stress of Parents of Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. J Abnorm Child Psychol, publicació online Juliol 2015.
- Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J.A. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7;(12).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRASTORNS DE L'ESPECTRE AUTISTA

Noemí Balmaña, M.Teresa Ordeig i Clara Mercadé
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Introducció

Aquest 2015 ha continuat sent un any prolífer pel que fa l'elevada publicació científica en els Trastorns de l'Espectre Autista (TEA). Continuen avançant els coneixements en tot el que fa referència a l'etiologia que inclou la investigació en factors genètics, epigenètics i ambientals. La detecció precoç i la conseqüent intervenció primerenca en el moment de màxima plasticitat cerebral continua sent l'opció per excel·lència a la que es detecten senyals de preocupació, així com l'empoderament a pares pel que fa a les eines d'estimulació i maneig dels problemes de conducta dels seus fills amb TEA. Els tractaments farmacològics van dirigits a tractar simptomatologia comòrbida afegida al trastorn, com ara els problemes atencionals, la inquietud motora, els problemes d'excitabilitat i/o irritabilitat, els problemes d'ansietat i/o possible simptomatologia depressiva, entres d'altres.

Aquest any la revisió es centrarà en l'etiopatogènia, en la detecció i diagnòstic, els problemes d'ingesta i pes com a comorbiditats i, per últim, s'explicaran alguns programes d'intervenció, específicament els dirigits a pares com a agents estimuladors.

Etiopatogènia dels TEA

La recerca sobre l'etiopatogènia del TEA continua obtenint resultats prometedors de cara al coneixement de les bases neurobiològiques i genètiques d'aquest trastorn.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Un parell d'estudis en el camp de la genètica són especialment rellevants. El primer, de Sanders et al. (2015) analitza les variacions en el nombre de còpies (CNVs) dels gens d'una cohort d'aproximadament 10.000 individus que formen unes 2.500 famílies. Els resultats obtinguts permeten identificar 71 locus genètics de risc i evidencien el paper clau de les mutacions *de novo* en l'etiologia del TEA. Les funcions principals d'aquests gens tenen a veure amb la regulació de la cromatina i la sinapsi, i alguns d'aquests locus s'han associat també a problemes de desenvolupament i, en menor mesura, a l'esquizofrènia. Per últim, els resultats obtinguts donen suport a la hipòtesi de l'efecte protector del sexe femení en el TEA, que en aquest estudi s'explica per la major prevalença del trastorn en homes malgrat les dones mostren una major quantitat d'alteracions genètiques. Per altra banda, en l'estudi de Yuen et al. (2015) es realitza una seqüenciació completa del genoma en 85 famílies amb un dels progenitors i dos dels fills diagnosticats de TEA. A través d'aquesta anàlisi s'observa que més de la meitat dels germans analitzats no comparteixen les mateixes alteracions genètiques de risc. Aquests resultats posen de manifest l'heterogeneïtat genètica en el TEA tant entre les diferents famílies com entre els individus d'una mateixa família.

En aquesta línia, un article de la doctora Hervás (2015) descriu la variabilitat fenotípica en el TEA. Aquest treball posa de manifest les grans diferències que existeixen en la presentació clínica del trastorn a nivell de símptomes nuclears, en els factors relacionats amb l'etiologia genètica, l'edat, el sexe i la comorbiditat. Com a conclusió es relaciona aquesta heterogeneïtat fenotípica amb l'heterogeneïtat etiològica que evidencien els treballs més recents en aquesta àrea.

En el treball de Ruggieri et al. (2015) s'aprofundeix sobre l'autisme en les dones. En aquest article es descriuen les diferències clíniques, neurobiològiques i genètiques del TEA en el

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

sexe femení. El major grau de desenvolupament lingüístic i d'habilitats socials, les deficiències en les tècniques de detecció i diagnòstic i la manca d'un nivell adequat d'alerta podrien estar relacionats amb una situació d'infradiagnòstic de TEA en les dones. Els autors consideren fonamental augmentar el nivell d'alerta respecte la variabilitat d'expressió així com desenvolupar tècniques més especifiques d'avaluació de cara a una detecció i intervenció més precoç que tindrà un impacte notable en la qualitat de vida d'aquestes pacients.

Per últim, en l'article de Cuesta-Gómez et al. (2015) s'analitza la qualitat de vida en nens i adolescents amb TEA sense discapacitat intel·lectual. Els resultats indiquen que en el grup de nens existeix una bona percepció de la seva qualitat de vida i no s'observen diferències entre les diferents àrees mentre que, per altra banda, en el grup d'adolescents s'observen diferències entre autodeterminació i la resta d'àrees. Aquests resultats indiquen que el grup d'adolescents amb TEA i sense discapacitat intel·lectual té la impressió de què disposa d'escasses oportunitats per a prendre decisions per si mateix i que les que pren tenen una repercussió limitada en les seves vides. Es necessiten altres estudis amb una mostra més àmplia per a valorar la generalització dels resultats.

Detecció, diagnòstic i comorbiditat

Continua sent una prioritat la detecció primerenca de senyals de preocupació en TEA i desviació pel que fa al desenvolupament típic del llenguatge, comunicació i conducta amb la finalitat de poder activar els dispositius d'intervenció que afavoreixen activar les estructures cerebrals dirigides a processar, interpretar i gestionar la informació de tipus social.

Un dels equips referents en el camp de la detecció de senyals d'alarma és l'equip liderat pel Dr. Zwaigenbaum, principal investigador a *Autism Speaks Autism Treatment Network* en el

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

centre d'Edmonton (Canadà). En els darrers 12 anys han estat treballant en la recollida i anàlisis de dades de la primera infància amb població de risc a desenvolupar TEA utilitzant tant dissenys retrospectius com prospectius. En una de les seves darreres investigacions publicades (Messinger et al., 2013) sobre quines eren les preocupacions dels pares pel que feia al desenvolupament atípic dels seus fills que posteriorment reben el diagnòstic de TEA, (estudi de més de 300 famílies) detecten que: la majoria dels pares que ja tenien un fill més gran amb autisme, detecten alteracions en el germà de risc al voltant de l'any relacionats amb les alteracions pròpies del TEA; de fet, molts d'ells ja als 6 mesos descriuen alteracions sensorials relacionades amb el soroll, tacte o llum, mentre que les preocupacions pel que fa referència al llenguatge o sociabilitat, tendeix a aparèixer més tard (entre els 12 i 15 mesos). L'estudi ressalta la importància d'escoltar les preocupacions dels pares pel que respecta al desenvolupament del seus fills amb risc de TEA de manera que es puguin detectar els senyals d'alarma precoçment i intervenir-hi si cal. Aquestes preocupacions sobretot han de ser escoltades i avaluades pel que fa als germans amb TEA, on la probabilitat de presentar dificultats s'estima en un 10- 20%.

Amb la incorporació de la nova visió dimensional dels TEA amb el DSM-5 ha pres especial importància el descriure el funcionament del nen/a afectat en totes les àrees del desenvolupament més enllà de l'etiquetatge, sobretot pel que fa al seu nivell de llenguatge i de desenvolupament intel·lectual. En aquesta línia, un estudi recent (Tierney et al., 2015), troba que un percentatge elevat dels nens/es amb TEA, presenten comorbiditat amb una apràxia, alteració del llenguatge que cal treballar de forma específica i diferent als programes dirigits al TEA. En el seu estudi amb 30 nens/es amb TEA en edats compreses entre 15 i 5 anys, el 65% presentava un quadre comòrbid d'apràxia, mentre que la prevalença d'apràxia en la població general és de 1 o 2 per cada 1000 nens/es. Els autors també mencionen la

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

importància en el grup de nens/es no verbals diagnosticats ja sigui de TEA o apràxia, de seguir-los avaluant de l'altre condició fins que no comencin a parlar.

Un altre dels diagnòstics comòrbids més freqüents associats amb els TEA és el de Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (TDAH) que es sol presentar en més del 50% dels casos. En un darrer estudi (Miodovnik, Harstad, Sideridis, & Huntington, 2015), trobava que la simptomatologia del TDAH retardava la detecció dels símptomes TEA i, conseqüentment, l'accés en rebre el tractament global que necessitaven. L'estudi dut a terme amb una mostra d'aproximadament 1,500 nens/es d'entre 2 i 17 anys amb autisme, va mostrar que: al voltant d'1 de cada 5 dels nens/es diagnosticats de TEA, tenien un diagnòstic anterior de TDAH; la majoria de nens/es que havien tingut un diagnòstic anterior de TDAH, rebien el diagnòstic de TEA tres anys més tard que els que no.

Tractament

Tot i que les dificultats al voltant de l'alimentació són freqüents en nens amb TEA, es desconeix si es tracta d'un factor específicament associat al trastorn. El que sí semblen apuntar els diversos estudis realitzats tant de laboratori, com de tipus observacional, és que la particularitat alimentària en els TEA està relacionada amb la selectivitat per ingerir certs aliments.

Alguns estudis (Bandini, 2012 i Zimmer, 2010) expliquen dita selectivitat, amb mancances en l'aportació de nutrients. També s'ha relacionat amb la insistència o resistència per canviar la presentació del que mengen, en canviar de "marca" de l'aliment o àmbit social on es dóna l'àpat donat que solen aparèixer conductes negativistes com ara no voler seure a la taula, rebutjar el menjar, criticar-lo o llençar el menjar.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

En l'estudi de Curtin et al. (2015) es varen comparar dos grups de nens: 53 nens amb TEA i 58 sense TEA, tots dos entre els 3 i 11 anys d'edat. De la mostra es van excloure aquells infants que prenien medicacions que afectaven a la gana o que tenien alguna condició mèdica o comorbiditat que podia afectar-la. Els pares completaven un qüestionari exhaustiu que majoritàriament van respondre les mares. L'estudi va recollir com el grup de TEA era més selectiu, generava més discussions i malestar en el clima familiar a l'hora dels àpats i un augment de percepció de l'estrès, sobretot en les mares, que sabien d'encarregar de la dieta.

Sembla ser que els dèficits en comunicació social, el patró i gust per la conducta repetitiva i ritualista, així com les hipersensibilitats sensorials són els factors relacionats amb l'aparició i manteniment en els problemes alimentaris.

Esperem que els propers estudis descriguin intervencions desenvolupades a millorar la selectivitat d'ingesta en aquesta població, com la qualitat del clima i context social en les estones dels àpats.

Un altre tema relacionat són els estudis que mostren com la població pediàtrica TEA mostra taxes més elevades de comorbiditat psiquiàtrica i problemes de salut. En l'estudi de Croen et al. (2015) realitzat amb 1500 adults TEA va trobar que un 34% presentaven obesitat en comparació amb el 27% dels adults controls sense TEA; alhora també es varen trobar taxes més elevades de complicacions de salut relacionades amb l'excés de pes, com ara la diabetis tipus 2 i les malalties del cor.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Un altre estudi de prevalença interessant és el de Meredith et al. (2015) que, en forma d'enquesta, recollia informació sobre sobrepès, obesitat i altres indicadors de salut com ara el patró de son, activitats de pantalla, patrons en els àpats familiars i patró d'exercici físic en una mostra àmplia de 900 nens i joves TEA. Aquest estudi va formar part d'una enquesta nacional de salut realitzada en el període 2011- 2012 als Estats Units. La informació es recollia telefònicament mitjançant entrevistes als pares / cuidadors i es disposava de dades de talla i pes de cada participant. Això va permetre relacionar les variables de salut i estils de vida amb les de pes i talla. A diferència d'altres treballs anteriors, es disposava d'un grup de comparació d'edats similars sense diagnòstic TEA. Els resultats de l'enquesta mostraven que els nens i joves amb TEA tindrien un risc major d'inactivitat física tant per les limitacions socials que poden afectar la seva integració en esports de grup com per les limitacions en les habilitats motores. El mateix succeeix amb els temps totals dedicat a les "pantalles" que sobretot, en el cas dels caps de setmana, serien superiors en la població TEA. Anteriors aproximacions al tema del sobrepès en TEA ja descrivien un increment de les taxes d'obesitat en nens i joves en aquesta població. Tot i que les diferències no arriben a significació estadística, el percentatge de sobrepès és més alt en la població TEA (17% *versus* 15.5%) que no TEA. Sí que eren significativament més obesos (23.9% en comparació amb el 15.5%). No es troba cap altra diferència significativa entre els dos grups tot i que sí destaquen tendències; com ara al sedentarisme en els joves amb TEA, no fent cap activitat física a la setmana; pel que feia l'ús de pantalles, els nois TEA recorren menys a dispositius electrònics com mòbils i tant o més a tauletes i ordinadors pels videojocs.

Per últim, pel que fa a intervencions, PACT (*Preeschol Autism Communication Trial*) és una desenvolupada a Gran Bretanya inicialment a la Universitat de Manchester i dirigida als dèficits en comunicació i interacció. Es tracta d'un programa estructurat que es duu a terme

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

amb els pares, normalment un dels pares, sense una intervenció directa del terapeuta amb el nen tot i que aquest està present a la sala mentre es fa la sessió amb els pares. La població a la que va dirigida són infants entre 2 i 5 anys amb autisme. L'objectiu de la intervenció és incrementar la reacció i resposta dels pares als intents comunicatius del nen utilitzant feedback de filmacions i altres estratègies. Les famílies reben instrucció i suport en dues sessions de dues hores a la setmana al llarg de 6 mesos. Se'ls demana practicar cada dia a casa mitja hora amb el seu fill /filla. Allò interessant del programa rau en què és fàcil d'aplicar a través dels pares, poc costós i es dirigeix als símptomes nuclears de l'autisme. S'han fet estudis amb famílies de baix nivell socioeconòmic amb resultats positius (millores en iniciació d'atenció conjunta, joc simbòlic i intenció comunicativa) i un estudi del 2015 (Pickles, Harris, Green, Aldred, & Mcconachie, 2015) en mesura l'eficàcia comparant les puntuacions en l'ADOS. En el 2015, Divan et al. (2015) adapten el programa a la població de la Índia i Pakistan (PASS; *Parent mediated intervention for Autism Spectrum disorders in South Asia*). Es manté la mateixa base teòrica tot i que es modifica part del contingut a les característiques socioculturals del context.

Un altre estudi multicèntric (Bears, 2015) amb180 famílies de nens amb autisme de entre 3 i 7 anys i amb problemes de comportament disruptiu de moderat a sever compara l'eficàcia d'un programa d'entrenament a pares que proporciona estratègies especifiques de maneig del comportament disruptiu, i una intervenció exclusivament informativa d'educació als pares, que proporciona informació sobre autisme sense estratègies de maneig del comportament. Tant en les mesures proporcionades pels pares com en les de clínics cecs a la pertinença de grup, l'entrenament a pares és superior, tot i que no significativament, al grup exclusivament informatiu que tot i així també milloren.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Totes aquestes informacions ens ajuden a continuar aprofundint en el coneixement d'aquest trastorn i de com abordar-lo.

Referències

- Croen, L.A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M.L., Rich, S., Sidney, S., & Kripke, C. (2015). The health status of adults on the autism spectrum. Autism, 19(7), 814-824.
- Cuesta-Gómez, J.L., Vidriales-Fernández, R., & Carvajal-Molina, F. (2015). Calidad de vida en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista sin discapacidad intelectual. Revista de Neurología, 62(1), S33-S39.
- Curtin, C., Hubbard. K., Anderson, S.E., Mick, E., Must, A., & Bandini, L.G. (2015). Food Selectivity, mealtime Behavior problems, Spousal Stress and family Food Choices in Children with and without Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism and Developmental Disorder 45, 3308-3315.
- Divan, G., Hamdani, S., Vajartkar, V., Minhas, A., Taylor, C., Aldred, C., Leadbitter, K., Rahman, A., Green, J., & Patel, V. (2015). Adapting an evidence-based intervention for autism spectrum disorder for scaling up in resource-constrained settings: the development of the PASS intervention in South Asia. Global Health Action, 8. doi:http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27278
- Hervás., A. (2015). Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista. Revista de Neurología, 62 (1), S9-S14.
- Kolly (2015). Psycotherapy for Personality Disorders in a Natural Setting. A pilot study over two years of Treatment. The Journal of Nervous and Mental Disease, 203(9), 735-738.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Meredith L., Dreyer, G., Gillette. Kelsey, Borner, B., Katrina M., & Poppert et al. (2015). Prevalence and Health Correlates of Overweight and Obesity in Children with Autism Spectrum Didsorder. Journal of Developmental Behaviour Pediatric, 36, 489-496.
- Messinger, D., Young, G., Ozonoff, S., Dobkins, K., Carter, A., & Sigman, M. (2013). Beyond Autism: A Baby Siblings Research Consortium Study of High-Risk Children at Three Years of Age. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52(3), 300–308.e1. doi:10.1016/j.jacc.2012.12.011.
- Miodovnik, A., Harstad, E., Sideridis, G., & Huntington, N. (2015). Timing of the Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder. Pediatrics, 136 (4) e830-e837; DOI: 10.1542/peds.2015-1502
- Pickles A., Harris V., Green L., Aldred, C., & Mcconachie (2015). Treatment Mechanisms in the MRC preschool autism communication trial: implications for study design and parent – focussed therapy for children. Journal of Child Psychology Psychiatry, 56(2), 162-170.
- Ruggieri., V.L., & Arberas, C.L. (2015) Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. Revista de Neurología, 62(1), S21-S26.
- Sacrey, L.A., Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Smith I.M., Roberts, W., & Armstrong, V. (2015). Can parents' concerns predict autism spectrum disorder? A prospective study of high-risk siblings from 6 to 36 months of age. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54(6), 470-478. doi: 10.1016/j.jaac.2015.03.014.
- Sanders, S.J. et al. (2015). Insights into Autism Spectrum Disorder Genomic Architecture and Biology from 71 Risk Loci. Neuron, 87, 1215–1233.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Tierney, C., Mayes, S., Lohs, S. R., Black, A., Gisin, E., & Veglia, M. (2015). How Valid Is the Checklist for Autism Spectrum Disorder When a Child Has Apraxia of Speech? Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 36(8), 569-574.
- Yuen, R.K.C et al. (2015). Whole-genome sequencing of quartet families with autism spectrum disorder, 21(2), 185-194.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Trastorns d’ansietat

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Miquel Tortella-Feliu
Universitat de les Illes Balears

Sobre la teràpia d'exposició

En el vessant més clínic, dos treballs destacats. El d'Arch, Twohig, Deacon, Landy i Bluett (2015) en què s'exposa com el fet de donar una explicació sobre la lògica del tractament (i no només una descripció procedimental breu), amb independència de la perspectiva teòrica des de la qual es faci, incrementa la credibilitat de la teràpia d'exposició, especialment entre les persones que en tenien una visió més negativa. I l'altre, l'aparició de la traducció espanyola de l'article del grup de Craske del 2014 sobre factors per a maximitzar la teràpia d'exposició (Torrents-Rodas et al., 2015). I un de recerca més bàsica, el de Zbozinek, Holmes i Craske (2015), que mostra com la inducció d'ànim positiu preexposició redueix la València negativa dels estímuls condicionats després de l'extinció i fa menys probable la posterior reinstauració de la por.

Eficàcia i efectivitat dels protocols transdiagnòstics en el tractament dels TA en adults

Pel que fa al **Protocol Unificat** del grup de Barlow, dos estudis oberts sobre la seva aplicació grupal (Bullis et al., 2015; Osma, Castellano, Crespo, & García-Palacios, 2015). També és de destacar la traducció a l'espanyol d'aquest protocol (Barlow et al., 2011/2015).

Respecte a **Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM)**, s'han continuat publicant diverses anàlisis sobre aspectes puntuals del macroestudi. Molt a l'engròs, en aquests treballs s'hi reflecteix que (a) les taxes de resposta i de remissió són pitjors per als casos en què l'ansietat social és el diagnòstic principal i quan hi ha depressió comòrbida

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

(Jakubovski & Bloch, 2015), quan hi ha major gravetat inicial dels TA (excepte per a l'ansietat generalitzada) i quan es disposa de poc suport social. En canvi, (b) nivells elevats més alts de simptomatologia depressiva i d'ansietat generalitzada es revelen com a predictors de bon resultat (MacLaren, Jakubovski, & Bloch, 2015); (c) que les dones es beneficien més de l'enfocament col·laboratiu de la intervenció que no pas els homes (Grubbs et al., 2015); (d) que l'abordatge col·laboratiu transdiagnòstic també s'associa a menys recurrències (29%) en relació al tractament habitual (41%), essent més freqüents entre persones sense parella estable, amb ansietat residual als sis mesos, elevada sensibilitat a l'ansietat i que al tractament s'hi haguessin incorporat en algun moment benzodiazepines (Taylor et al., 2015). I finalment, (e) que el consum d'alcohol (sempre que no sigui sever) no afecta substancialment el resultat del tractament (Wolitzky-Taylor et al., 2015).

Quant al **Wellbeing Course** del grup de Titov, dos treballs especialment interessants en què comparen l'eficàcia del protocol transdiagnòstic respecte als tractaments específics per a cada TA. No observen diferències en els resultats entre les dues modalitats terapèutiques (transdiagnòstic *vs.* específic) en el tractament de l'ansietat generalitzada i les seves condicions comòrbides, tant en les versions cara a cara com d'autoajut guiat (Dear, Staples et al., 2015) i el mateix succeeix quan el diagnòstic és de trastorn depressiu major amb trastorns d'ansietat comòrbids (Titov et al., 2015). Han aparegut dues adaptacions del protocol, en format d'autoajut assistit per internet i guiat, per a la prevenció indicada a estudiants universitaris i (*UniWellbeing Course*) i per a ancians amb simptomatologia ansiosa (*Managing Stress and Anxiety Course*). Pel que fa al primer (Mullin et al., 2015), al final de la intervenció no s'observen diferències significatives entre el conjunt d'estudiants que han seguit la intervenció respecte a controls en llista d'espera, però sí que es fan evidents, i amb grandàries de l'efecte grans, entre els participants que mostraven inicialment nivells clínics de

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

simptomatologia ansiosa. Quant al programa per a ancians (Dear, Zou et al., 2015a,b), es mostra clarament superior al control en llista d'espera en la reducció de símptomes ansiosodepressius (grandària de l'efecte gran), tant a final de la intervenció com en els seguiments.

A l'últim dos treballs sobre l'efectivitat del programa **IAPT (Improving Access to Psychological Treatment)** del Regne Unit. En el primer, Goddard, Wingrove i Moran (2015) informen dels efectes adversos de la presència de trastorns de personalitat comòrbids als TA o depressius quant als resultats de tractament en pràcticament totes les mesures preses en consideració. En el segon, Branson, Shafran i Miles (2015) vénen a desmentir, parcialment, que nivells més alt de competència dels terapeutes s'associen a millors resultats de tractament, tot i que és cert que els més competents tenen menys pacients que no experimenten millora i més amb millora clínica fiable.

Per acabar amb aquest apartat, fer esment a la revisió sistemàtica i metaanalítica que ens ofereixen Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody i Dalgleish (2015) de 50 estudis sobre tractaments transdiagnòstics per a l'ansietat i la depressió. Aquestes intervencions es mostren clarament eficaces, amb grandàries de l'efecte grosses per a la simptomatologia emocional i mitjanes quant a l'impacte en la qualitat de vida, en relació al no tractament, però les diferències són petites quan es comparen amb el tractament habitual. També destaquen que el tractament individual i l'assistit per ordinador són més eficaços que en aplicació grupal.

Nous protocols transdiagnòstics per als TA

A banda de les adaptacions del grup de Titov, esmentades abans, tenim constància de dos nous protocols, seguint amb la proliferació -no sé fins a quin punt desitjable- d'aquesta mena

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

d'intervencions: el *Take Control Course*, amb un estudi inicial de viabilitat (Morris et al., 2015) i l'*EmotionRegulation*, desenvolupat pel grup Labpsitec del País Valencià per ser aplicat per internet, del qual l'estudi d'eficàcia és en curs (González-Robles et al., 2015).

Anàlisi de predictors, moderadors i de mediació dels resultats de tractament per als TA

Schneider, Arch i Wolitzky-Taylor (2015) ens ofereixen una revisió sistemàtica en la qual analitzen 63 variables potencialment predictores o moderadores dels resultats del TCC, sense que se'n puga aïllar cap de clara i consistent. En la mateixa línia, Landy, Schneider i Arch (2015) tampoc troben cap predictor-moderador evident que ens permeti determinar quin tipus de pacients amb TA poden beneficiar-se més de la TCC clàssica o de la teràpia d'acceptació i compromís. Quant als mecanismes de canvi, les dades són un poc més prometedores. Kertz, Koran, Stevens i Björvinsson (2015) troben que la magnitud de la reducció de la simptomatologia ansiosa i depressiva al llarg del tractament s'associa amb la minva paral·lela dels pensaments negatius recíclics, la qual cosa els fa concloure que aquests pensaments haurien de ser objecte específic d'atenció. Per altra banda, de la revisió de 19 estudis sobre els efectes del TCC sobre l'activitat cerebral es constata que el tractament, amb independència del TA específic al qual s'adreci, incrementa el control prefrontal de diverses estructures subcorticals, cosa que els autors interpreten com a reflex de l'optimització de les capacitats de regulació emocional (Brooks & Stein, 2015).

Utilitat clínica i divulgació dels tractaments cognitivoconductuals per als TA.

En un seguiment de tres anys de pacients amb diversos TA tractats mitjançant TCC, s'observa que tant la reducció simptomàtica com la de la interferència provocada per aquestes manifestacions es mantenen i fins i tot s'incrementen amb els pas del temps (Wootton, Bragdon, Steinman, & Tolin, 2015). Tot i els bons resultats de la TCC, en un altre estudi

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

(Wolitzky-Taylor, Zimmermann, de Guzmán, & Lagomasino, 2015) se'ns informa de com a un hospital on els residents en psiquiatria en reben formació específica, no arriben a l'1% els pacients que reben TCC en solitari com a tractament per als seus TA i com a tractament combinat amb el farmacològic tot just s'aproxima al 6%, essent encara menys els que dins el TCC fan teràpia d'exposició.

Estudis de revisió sobre la TCC per als tractament de TA en adults

Una primera menció a un article de naturalesa metodològica però que ens ofereix dades de les taxes de resposta al TCC per als TA a 87 estudis publicats entre 2000 i 2014, que es xifren en el 49,5% a final del tractament i del 53,6% a seguiments (Loerinc et al., 2015). Dues revisions eminentment didàctiques són les de Kaczkurkin i Foa (2015), centrada en les tècniques d'exposició i cognitives per al tractament dels TA, i la d'Andrews, Newby i Williams (2015) sobre la TCC aplicada a través d'internet per als TA. En relació amb aquesta modalitat d'aplicació Olthuis, Watt, Bailey, Hayden i Stewart (2015) en revisen la seva eficàcia, concloent que és clarament superior a la no intervenció, psicoeducació o a grups de discussió i que no hi ha gaire diferències quan és o no guiada pel terapeuta. En una comparació dels resultats de la TCC respecte al tractament habitual, Watts, Turnell, Kladnitski, Newby i Andrews (2015), informen que la TCC obté, en conjunt, resultats millors que la terapèutica habitual tant per a l'ansietat com per a la depressió (efectes mitjans), però resulta sorprenent (o no) que les diferències són més grosses a favor de la TCC quan el tractament habitual inclou psicoteràpia (no només maneig clínic i psicofarmacologia).

El tractament dels TA en infants i adolescents

Aquest ha estat el terreny més prolífic, el 2015, tant pel nombre de publicacions com per la seva qualitat (en especial les relacionades amb les anàlisis de predictors).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Predictors dels resultat de tractament i trajectòries

Hudson et al. (2015a,b) troben, en una mostra amplíssima de joves tractats amb TCC, que els resultats són més pobres (a) en els que pateixen trastorn d'ansietat social que per a la resta de TA, (b) en els que presenten problemes depressius i externalitzants comòrbids i (c) per als que tenen pares amb problemes psicopatològics (tot i que aquest últim factor només es fa evident en els seguiments, no a final d'intervenció). La modalitat d'intervenció (individual, grupal, implicació o no dels pares...) no afecta, en conjunt, a les taxes de resposta o remissió. Seguint amb els predictors, en un estudi independent (Waters, Potter, Jamesion, Bradley, & Mogg, 2015), la presència de més biaixos atencionals cap a l'amenaça abans de la intervenció, així com l'exhibició de major variabilitat en les respostes emocionals i major habituació intrasessió durant les tasques d'exposició s'associen amb millor resposta al tractament.

Quants als agents de canvi, analitzant els continguts del programa *Cool Kids*, Peris et al. (2015), assenyalen que la reestructuració cognitiva i les tasques d'exposició en són les peces centrals, mentre que d'altres estratègies (e.g. relaxació) hi tenen un impacte molt limitat. La qüestió de la teràpia d'exposició com a agent central de canvi dins els programes multicomponents també ha estat objecte d'atenció a les revisions d'Ale, McCarthy, Rothschild i Whiteside (2015) i de Wehry, Beesdo-Baum, Hennelly, Connolly i Strawn (2015). En la mateixa línia, i abordant el tema prou complex de si els pares s'han d'incloure dins els programes d'intervenció per als seus fills amb TA, diversos estudis mostren que la seva implicació pot ser beneficiosa si se'ls fa participar activament en les tasques d'exposició, però no si això suposa abordar altres aspectes que detreguin temps a l'exposició (Taboas, McKay, Whiteside, & Storch, 2015; Whiteside et al., 2015). Seguint amb la qüestió dels pares, Schleider et al. (2015) mostren com la presència de manifestacions psicopatològics en els

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

progenitors no té perquè associar-se amb pitjor resultat del tractament sinó més aviat al contrari (i.e. la reducció de la tensió familiar, com a resultat de la intervenció, s'associa amb majors reduccions simptomàtiques en els infants). A l'últim, una menció, ni que sigui molt breu, a l'estudi de Roberts et al. (2015) en què els infants que responen millor al tractament són també els que mostren més canvis epigenètics (menor metilació) en un dels gens associats en el funcionament de l'eix HPA.

Revisions d'eficàcia dels tractaments per als TA en infants i joves

Ewing, Monsen, Thompson, Carwright-Hatton i Field (2015) ens ofereixen una esplèndida metaanàlisi sobre l'eficàcia dels tractaments transdiagnòstics dels TA pediàtrics (20 estudis), dels quals s'observa que els infants i joves que reben intervenció tenen 9,15 vegades més de probabilitats de remissió que els controls sense tractament. Ebert et al. (2015) revisen 13 estudis controlats en què la TCC aplicada mitjançant internet o assistida per ordinador mostra una clara superioritat a les condicions de control no tractament.

Pel que fa a les intervencions psicofarmacològiques, fer esment a les revisions de Wehry et al. (2015) i la d'Strawn, Welge, Wehry, Keeshin i Rynn (2015), en què l'especificitat serotoninèrgica dels fàrmacs es lliga a major eficàcia i tolerabilitat.

Aspectes relacionats amb la utilitat clínica dels tractaments per al TA en infants i joves

Fer menció de dos treballs en què (a) el programa *Cool Kids* es mostra prou efectiu quan s'aplica a la comunitat, però assolint nivells de reducció simptomàtica menors que les aconseguides quan es dispensen a centres de recerca (Jónsson, Thastum, Arendt, & Juul-Sørensen, 2015) i (b) que els abandonaments de la TCC grupal es poden predir per la

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

presència de més símptomes internalitzants en els pares i una baixa credibilitat en el tractament (Wengerland et al., 2015).

La prevenció dels TA en infants i adolescents

Dues publicacions destacades en què s'hi analitza l'eficàcia de dos nous programes de prevenció respecte a condicions de no tractament: (a) el *Turtle Program*, adreçat a infants (3,5 - 5 anys) amb elevada inhibició conductual i als seus pares (Chronis-Tuscano et al., 2015) i (b) el *Healthy Minds* ideat, en el marc de la prevenció universal de TA en adolescents, per a la reducció del perfeccionisme (Nehmy & Wade, 2015).

Referències

- Ale, C. M., McCarthy, D. M., Rothschild, L. M., & Whiteside, S. P. H. (2015). Components of cognitive behavioral therapy related to outcome in childhood anxiety disorders. Clinical Child and Family Psychology Review, 18(3), 240-251. doi:10.1007/s10567-015-0184-8
- Andrews, G., Newby, J. M., & Williams, A. D. (2015). Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders is here to stay. Current Psychiatry Reports, 17(1), 533. doi:10.1007/s11920-014-0533-1
- Arch, J. J., Twohig, M. P., Deacon, B. J., Landy, L. N., & Bluett, E. J. (2015). The credibility of exposure therapy: Does the theoretical rationale matter? Behaviour Research and Therapy, 72, 81-92. doi:10.1016/j.brat.2015.05.008
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2015) Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del terapeuta y manual del

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

paciente. Madrid: Alianza Editorial. (Orig., 2011)

- Branson, A., Shafran, R., & Myles, P. (2015). Investigating the relationship between competence and patient outcome with CBT. Behaviour Research and Therapy, 68, 19-26. doi:10.1016/j.brat.2015.03.002
- Brooks, S. J., & Stein, D. J. (2015). A systematic review of the neural bases of psychotherapy for anxiety and related disorders. Dialogues in Clinical Neuroscience, 17(3), 261-279.
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. Behavior Modification, 39(2), 295-321. doi:10.1177/0145445514553094
- Chronis-Tuscano, A., Rubin, K. H., O'Brien, K. A., Coplan, R. J., Thomas, S. R., Dougherty, L. R., . . . Wimsatt, M. (2015). Preliminary evaluation of a multimodal early intervention program for behaviorally inhibited preschoolers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83(3), 534-540. doi:10.1037/a0039043
- Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Karin, E., Zou, J., Johnston, L., . . . Titov, N. (2015). Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. Journal of Anxiety Disorders, 36, 63-77. doi:10.1016/j.janxdis.2015.09.003
- Dear, B. F., Zou, J. B., Ali, S., Lorian, C. N., Johnston, L., Sheehan, J., . . . Titov, N. (2015a). Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of anxiety: A randomized controlled trial. Behavior Therapy, 46(2), 206-217. doi:10.1016/j.beth.2014.09.007
- Dear, B. F., Zou, J. B., Ali, S., Lorian, C. N., Johnston, L., Terides, M. D., . . . Titov,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

N. (2015b). Examining self-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of anxiety and depression: Two feasibility open trials. Internet Interventions, 2(1), 17-23. doi:10.1016/j.invent.2014.11.002

- Ebert, D. D., Zarski, A., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., & Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. PLoS ONE, 10(3) doi:10.1371/journal.pone.0119895
- Ewing, D. L., Monsen, J. J., Thompson, E. J., Cartwright-Hatton, S., & Field, A. (2015). A meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapy in the treatment of child and young person anxiety disorders. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43(5), 562-577. doi:10.1017/S1352465813001094
- Goddard, E., Wingrove, J., & Moran, P. (2015). The impact of comorbid personality difficulties on response to IAPT treatment for depression and anxiety. Behaviour Research and Therapy, 73, 1-7. doi:10.1016/j.brat.2015.07.006
- González-Robles, A., García-Palacios, A., Baños, R., Riera, A., Llorca, G., Traver, F., . . . Botella, C. (2015). Effectiveness of a transdiagnostic internet-based protocol for the treatment of emotional disorders versus treatment as usual in specialized care: Study protocol for a randomized controlled trial. Trials, 16(1), Article 488 doi:10.1186/s13063-015-1024-3
- Grubbs, K. M., Cheney, A. M., Fortney, J. C., Edlund, C., Han, X., Dubbert, P., . . . Sullivan, J. G. (2015). The role of gender in moderating treatment outcome in collaborative care for anxiety. Psychiatric Services, 66(3), 265-271. doi:10.1176/appi.ps.201400049
- Hudson, J. L., Keers, R., Roberts, S., Coleman, J. R. I., Breen, G., Arendt, K., . . . Eley, T. C. (2015a). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy in

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

pediatric anxiety disorders: The genes for treatment (GxT) study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54(6), 454-463. doi:10.1016/j.jaac.2015.03.018

- Hudson, J. L., Rapee, R. M., Lyneham, H. J., McLellan, L. F., Wuthrich, V. M., & Schniering, C. A. (2015b). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. Behaviour Research and Therapy, 72, 30-37. doi:10.1016/j.brat.2015.06.007
- Jakubovski, E., & Bloch, M. H. (2015). Anxiety disorder-specific predictors of treatment outcome in the coordinated anxiety learning and management (CALM) trial. Psychiatric Quarterly, doi:10.1007/s11126-015-9399-6
- Jónsson, H., Thastum, M., Arendt, K., & Juul-Sørensen, M. (2015). Group cognitive behavioural treatment of youth anxiety in community based clinical practice: Clinical significance and benchmarking against efficacy. Journal of Anxiety Disorders, 35, 9-18. doi:10.1016/j.janxdis.2015.06.009
- Kaczkurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: An update on the empirical evidence. Dialogues in Clinical Neuroscience, 17(3), 337-346
- Kertz, S. J., Koran, J., Stevens, K. T., & Björgvinsson, T. (2015). Repetitive negative thinking predicts depression and anxiety symptom improvement during brief cognitive behavioral therapy. Behaviour Research and Therapy, 68, 54-63. doi:10.1016/j.brat.2015.03.006
- Landy, L. N., Schneider, R. L., & Arch, J. J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: A concise review. Current Opinion in Psychology, 2, 70-74. doi:10.1016/j.copsyc.2014.11.004

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Bluett, E. J., & Craske, M. G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. Clinical Psychology Review, 42, 72-82. doi:10.1016/j.cpr.2015.08.004
- MacLaren Kelly, J., Jakubovski, E., & Bloch, M. H. (2015). Prognostic subgroups for remission and response in the coordinated anxiety learning and management (CALM) trial. Journal of Clinical Psychiatry, 76(3), 267-278. doi:10.4088/JCP.13m08922
- Morris, L., Mansell, W., Emsley, R., Bates, R., Comiskey, J., Pistorius, E., & Mcevoy, P. (2015). Prospective cohort feasibility study of a transdiagnostic group intervention for common mental health problems: The take control course. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, doi:10.1111/papt.12070
- Mullin, A., Dear, B. F., Karin, E., Wootton, B. M., Staples, L. G., Johnston, L., . . . Titov, N. (2015). The UniWellbeing course: A randomised controlled trial of a transdiagnostic internet-delivered cognitive behavioural therapy (CBT) programme for university students with symptoms of anxiety and depression. Internet Interventions, 2(2), 128-136. doi:10.1016/j.invent.2015.02.002
- Nehmy, T. J., & Wade, T. D. (2015). Reducing the onset of negative affect in adolescents: Evaluation of a perfectionism program in a universal prevention setting. Behaviour Research and Therapy, 67, 55-63. doi:10.1016/j.brat.2015.02.007
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. Clinical Psychology Review, 40, 91-110. doi:10.1016/j.cpr.2015.06.002
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2015). Therapist-supported internet cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders in adults. Advances in Psychiatric Treatment, 21(5), 290. doi:10.1192/apt.21.5.290

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., & García-Palacios, A. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a spanish public mental health setting. Behavioral Psychology/ Psicología Conductual, 23(3), 447-466.
- Peris, T. S., Compton, S. N., Kendall, P. C., Birmaher, B., Sherrill, J., March, J., . . . Piacentini, J. (2015). Trajectories of change in youth anxiety during cognitive-behavior therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83(2), 239-252. doi:10.1037/a0038402
- Roberts, S., Keers, R., Lester, K. J., Coleman, J. R. I., Breen, G., Arendt, K., . . . Wong, C. C. Y. (2015). HPA axis related genes and response to psychological therapies: Genetics and epigenetics. Depression and Anxiety, 32(12), 861-870. doi:10.1002/da.22430
- Schleider, J. L., Ginsburg, G. S., Keeton, C. P., Weisz, J. R., Birmaher, B., Kendall, P. C., . . . Walkup, J. T. (2015). Parental psychopathology and treatment outcome for anxious youth: Roles of family functioning and caregiver strain. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83(1), 213-224. doi:10.1037/a0037935
- Schneider, R. L., Arch, J. J., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2015). The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators. Clinical Psychology Review, 38, 39-54. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.004
- Strawn, J. R., Welge, J. A., Wehry, A. M., Keeshin, B., & Rynn, M. A. (2015). Efficacy and tolerability of antidepressants in pediatric anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. Depression and Anxiety, 32(3), 149-157. doi:10.1002/da.22329
- Taboas, W. R., McKay, D., Whiteside, S. P. H., & Storch, E. A. (2015). Parental involvement in youth anxiety treatment: Conceptual bases, controversies, and

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

recommendations for intervention. Journal of Anxiety Disorders, 30, 16-18. doi:10.1016/j.janxdis.2014.12.005

- Taylor, J. H., Jakubovski, E., & Bloch, M. H. (2015). Predictors of anxiety recurrence in the coordinated anxiety learning and management (CALM) trial. Journal of Psychiatric Research, 65, 154-165. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.03.020
- Titov, N., Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Karin, E., Sheehan, J., . . . McEvoy, P. M. (2015). Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided treatment for major depressive disorder and comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. Journal of Anxiety Disorders, 35, 88-102. doi:10.1016/j.janxdis.2015.08.002
- Torrents-Rodas, D., Fullana, M. A., Vervliet, B., Treanor, M., Conway, C., Zbozinek, T., & Craske, M. G. (2015). Maximizar la terapia de exposición: Un enfoque basado en el aprendizaje inhibitorio. Revista de Psicopatología y Psicologia Clínica, 20(1), 1-24. doi:10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14403
- Waters, A. M., Potter, A., Jamesion, L., Bradley, B. P., & Mogg, K. (2015). Predictors of treatment outcomes in anxious children receiving group cognitive-behavioural therapy: Pretreatment attention bias to threat and emotional variability during exposure tasks. Behaviour Change, 32(3), 143-158. doi:10.1017/bec.2015.6
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: A meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. Journal of Affective Disorders, 175, 152-167. doi:10.1016/j.jad.2014.12.025
- Wehry, A. M., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M. M., Connolly, S. D., & Strawn, J. R. (2015). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. Current Psychiatry Reports, 17(7) doi:10.1007/s11920-015-0591-z

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S. M., Silverman, W. K., Öst, L. -., . . . Heiervang, E. R. (2015). Predictors of dropout from community clinic child CBT for anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders, 31, 1-10. doi:10.1016/j.janxdis.2015.01.004
- Wolitzky-Taylor, K., Brown, L. A., Roy-Byrne, P., Sherbourne, C., Stein, M. B., Sullivan, G., . . . Craske, M. G. (2015). The impact of alcohol use severity on anxiety treatment outcomes in a large effectiveness trial in primary care. Journal of Anxiety Disorders, 30, 88-93. doi:10.1016/j.janxdis.2014.12.011
- Wolitzky-Taylor, K., Zimmermann, M., Arch, J. J., De Guzman, E., & Lagomasino, I. (2015). Has evidence-based psychosocial treatment for anxiety disorders permeated usual care in community mental health settings? Behaviour Research and Therapy, 72, 9-17. doi:10.1016/j.brat.2015.06.010
- Wootton, B. M., Bragdon, L. B., Steinman, S. A., & Tolin, D. F. (2015). Three-year outcomes of adults with anxiety and related disorders following cognitive-behavioral therapy in a non-research clinical setting. Journal of Anxiety Disorders, 31, 28-31. doi:10.1016/j.janxdis.2015.01.007
- Zbozinek, T. D., Holmes, E. A., & Craske, M. G. (2015). The effect of positive mood induction on reducing reinstatement fear: Relevance for long term outcomes of exposure therapy. Behaviour Research and Therapy, 71, 65-75. doi:10.1016/j.brat.2015.05.016

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRASTORN DE PÀNIC

Miriam Morales, Natxo Garrido, Helena Cachinero i Amalia Gual de Torrella
Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Comencem la revisió d'enguany destacant que ja podem disposar de la traducció al castellà del Protocol Unificat per al tractament transdiagnòstic dels trastorns emocionals d'en Barlow (Barlow et al., 2015). Com sabreu, aquest protocol que es va presentar en la seva versió original el 2011 és un programa de tractament estructurat per als trastorns de l'esfera emocional, incloent el trastorn de pànic (TP), però també la fòbia social, el trastorn d'ansietat generalitzada, el trastorn per estrès posttraumàtic, el trastorn obsessiu-compulsiu, la hipocondria i la depressió. El tractament està basat en el model cognitivoconductual i, per tant, incorpora les estratègies habituals de tractament però, a més, inclou estratègies de l'entrevista motivacional i posa especial èmfasi en estratègies de regulació emocional.

Seguint amb el mateix investigador principal (D.H. Barlow), veiem com els seus col·laboradors (Cassiello-Robbins et al., 2015), analitzen la conducta agressiva en pacients amb TP, entenent la conducta agressiva com una de les característiques que poden patir les persones amb ansietat i depressió. Tal i com havien hipotetitzat i en consistència amb estudis anteriors, una agressivitat elevada està associada a símptomes de pànic greus, ansietat general, depressió i disfuncionalitat de base. Els pacients amb elevada agressivitat no van obtenir el mateix nivell de millora en els símptomes d'ansietat que aquells que presentaven baixa conducta agressiva.

Grambal, Hlustik i Prasko (2015) presenten una revisió exhaustiva d'estudis que han utilitzat la ressonància magnètica funcional (RMNf) per determinar quines són les àrees implicades en

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

el trastorn de pànic i per veure quins indicadors obtenen que permetin predir la resposta al tractament. Aquesta segona part de l'article és la més interessant, ja que pretén lligar el coneixement neurobiològic amb la psicoteràpia. Es fa difícil, però, extreure'n conclusions definitives, ja que obtenen alguns resultats inconsistents que indiquen una elevada variabilitat interindividual que pot estar relacionada amb factors genètics específics i la història individual de cada pacient.

Nombrosos estudis sobre TP han fet referència a la baixa qualitat de vida en relació a la salut d'aquests pacients. S'ha observat que variables com la gravetat del trastorn, simptomatologia depressiva, neuroticisme o preocupació correlacionen de manera significativa amb la qualitat de vida. Kang et al. (2015), a partir d'una mostra de 230 pacients, parteixen de la hipòtesi que aquests subjectes mostraran una menor qualitat de vida en comparació al grup control, i que altes puntuacions en sensibilitat a l'ansietat i ansietat-tret prediran menors nivells de qualitat de vida. El resultat de l'estudi mostra que tant la sensibilitat a l'ansietat como l'ansietat tret són predictors independents de la qualitat de vida. Això suggereix que no són suficients els esforços clínics dirigits a alleujar la simptomatologia en relació a la qualitat de vida, sinó que són necessaris els esforços encaminats a reduir o normalitzar la sensibilitat a l'ansietat i l'ansietat tret. Per últim, remarquen la importància d'incloure aquestes dues variables com a factors a tenir en compte a l'hora d'avaluar la qualitat de vida.

L'estudi de Detzel et al. (2015) té com objectiu avaluar si l'entorn familiar així com els nivells de càrrega reportats pels familiars de pacients amb TP difereixen dels observats en els familiars de pacients amb malalties físiques cròniques (diabetes mellitus, hipertensió arterial, malalties coronàries). Els resultats mostren que els familiars de pacients amb TP informen de majors nivells de càrrega subjectiva en comparació als familiars de pacients amb malalties

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

físiques. No obstant, per aquest darrer grup, els nivells objectius de càrrega eren majors que pels familiars de pacients amb TP. D'altra banda, també troben diferències en les característiques sociodemogràfiques entre els dos grups: entre els familiars de persones amb TP hi ha major proporció d'homes i una pitjor organització familiar. Per contra, els majors nivells de càrrega subjectiva son reportats pels fills dels pacients, independentment del grup al qual pertanyessin. Per últim, s'ha observat que la gravetat del TP és un predictor independent del nivell de càrrega familiar. Les conclusions donen suport a la importància d'incloure els familiars en el tractament del TP.

D'altra banda, diversos estudis demostren que els pacients diagnosticats de trastorn de pànic tenen major taxa de suïcidi que la població general. L'inici primerenc, ser dona, abús d'alcohol i comorbiditat amb trastorn afectiu augmenten el risc de la tendència suïcida. Un equip koreà presenta un estudi que avalua quines característiques estan presents en aquells pacients amb un risc de suïcidi elevat, així com el perfil de símptomes de pànic associats (Lim, Ko, Shin, Shin, & Oh, 2015). Van dividir la mostra en dos grups, risc versus no risc de suïcidi. El grup amb puntuacions elevades en risc de suïcidi presentava comorbiditat amb trastorns depressius, menor edat, així com palpitacions i por a la pèrdua de control.

Recentment s'han proposat dues dimensions interoceptives en relació amb el pànic: la sensibilitat interoceptiva, definida com la precisió objectiva a l'hora de detectar les senyals corporals internes i la interocepció metacognitiva; les creences i preocupacions sobre la pròpia sensibilitat interoceptiva i sensacions internes. El recent estudi de Yoris et al. (2015) avalua aquests models explicatius, examinant si hi ha diferències en les dimensions esmentades en els pacients amb TP respecte el grup control. Els resultats descriuen que els pacients amb atacs de pànic tenien puntuacions més elevades en símptomes depressius així

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

com nivells superiors d'ansietat tret sense que hi hagués diferències significatives en ansietat estat. Pel que fa a les dues dimensions estudiades, no van trobar diferències significatives en sensibilitat interoceptiva però sí en interocepció metacognitiva. Es pot concloure que tot i que la sensibilitat interoceptiva pot ser un factor de vulnerabilitat, no conforma un factor clau per a la patogènesi del pànic, al contrari de la interocepció metacognitiva. Aquests resultats van en la línia d'altres investigacions en les quals s'obtenen millors resultats amb els tractaments que aborden les creences sobre les sensacions corporals.

El trastorn de pànic és un dels trastorns d'ansietat més heretables, i certs tipus de temperament es relacionen amb l'aparició d'aquest trastorn. Diversos estudis demostren que nens amb un temperament ansiós tenen més risc de patir trastorns d'ansietat, depressió i un ús de substàncies comòrbid en el futur. Un recent estudi del grup d'Altinbas et al. (2015) pretenia demostrar que certes característiques del temperament de caire ansiós estarien presents tant en els pacients diagnosticats de trastorn de pànic com en els seus familiars de primer grau, però serien menys prominents en el grup control. La mostra estava conformada per 60 pacients ambulatoris, 37 familiars de primer grau i 37 persones al grup control sà. Les puntuacions en temperament ansiós eren superiors en els pacients amb TP respecte els familiars i el grup control. No van trobar diferències en les puntuacions entre familiars de primer grau i el grup control. Quant a la resta de variables del temperament no es van trobar diferències significatives entre pacients i familiars, ni entre familiars i el grup control. Els resultats posen de manifest l'associació entre el trastorn i la seva base a nivell temperamental.

Seguint amb els estudis de subtipus, un grup holandès i belga (Pattyn et al., 2015) proposen una nova classificació i subtipus de pànic, a partir de 4 grups de variables: demogràfiques, indicadors ansiosos, variables clíniques i indicadors físics de salut. Aquests 3 subtipus els

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

anomenen com el “cognitiu-autonòmic greu”, “subtipus autonòmic moderat” i “subtipus inespecífic”. Aquesta classificació és el resultat d’una anàlisi de factors en una mostra de 658 pacients, que permet tenir en compte la dimensionalitat i en el que troben diferències significatives entre grups en quant a sensibilitat ansiosa, evitació fòbica, comorbiditat psiquiàtrica, temptatives suïcides i altres característiques clíniques.

La bibliografia ha identificat clarament dues dimensions del TP: respiratori i somàtic/vestibular. Altres dimensions estudiades com la cardíaca són menys consistents, no obstant, si s’aconseguís clarificar les estructures dimensionals, això ajudaria a especificar la relació entre factors de risc com ansietat anticipatòria i por a l’experiència de pànic amb el desenvolupament del trastorn. Drenckan et al. (2015) avaluen en 350 pacients els 10 símptomes corporals típics de l’atac de pànic. Els resultats indiquen l’existència de les 3 dimensions i que aquestes s’associen de forma diferent en cognicions específiques, sensibilitat ansiosa i diferents pors a l’experiència de pànic.

Referències

- Altinbas, G., Altinbas, K., Güloksüz, S.A., Gülösüz, S., Aydemir, Ö., & Özgen; G. (2015). Temperament characteristics in patients with panic disorder and their first-degree relatives. Comprehensive Psychiatry, 60, 73-77.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., Ehrenreich-May, J. (2015). Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del terapeuta y manual del paciente. Alianza Editorial, Madrid.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Cassiello-Robbins, C.R. Conklin, L., Anakwenze, U., Gorman, J., Woods; S.W., Shear, K., & Barlow, D. (2015). The effects of aggression on symptom severity and treatment response in a trial of cognitive behavioral therapy for panic disorder. Comprehensive Psychiatry, 60, 1-8.
- Detzel, T., Wesner, A.C., Fritz, A., Tschiedel Belem da Silva, C., Guimaraes, L., & Heldt, E. (2015). Family burden and family environment: Comparison between patients with panic disorder and with clinical diseases. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 69, 100-108.
- Drenckan I., Glöckner-Rist, J., Rist, F., Richter, J., Gloster, A.T., Fehm, L., Lang, T., Alpers, G.W., Hamm, A.O., Fydrich, T., Kircher, T., Arolt, V., Deckert, J., Ströhle, A., Wittchen, H.U., & Gerlach, A.L. (2015). Dimensional structure of bodily panic attack symptoms and their specific connections to panic cognitions, anxiety sensitivity and claustrophobic fears. Psychological Medicine, 45, 1675-1685.
- Grambal, A., Hlustik, P., & Prasko, J. (2015). What fMRI can tell us about panic disorder: bridging the gap between neurobiology and psychotherapy. Neuroendocrinology Letters, 36 (3), 214-225.
- Kang, E.H., Kim, B., Choe, A.Y., Lee, J.Y., Choi, T.K., & Lee, S.H. (2015). Panic disorder and health-related quality of life: The predictive roles of anxiety sensitivity and trait anxiety. Psychiatry Research 225, 157-163.
- Lim, S.W., Ko, E.M., Shin, D.W., Shin, Y.C., & Oh, K.S. (2015). Clinical symptoms associated with suicidality in patients with panic disorder. Psychopathology, 48(3), 137-144.
- Pattyn, T., Van Den Eede, F., Lamers, F., Veltman, D.G. Sabbe, B., & Penninx, B. (2015). Identifying panic disorder subtypes using factor mixture modeling. Depression and Anxiety 32, 509-517.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Yoris, A., Esteves, S., Couto, B., Melloni, M., Kichic, R., Cetkovich, M.,…Sedeño, L. (2015). The roles of interoceptive sensitivity and metacognitive interoception in panic. Behav Brain Funct, 11:14.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

HIPOCONDRIA (TRASTORN D'ANSIETAT PER LA MALALTIA)

Laura Hermida Barros i Isabel Mª Sánchez Díaz
Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari de Bellvitge

Malgrat la ICD-11 va resoldre en part la polèmica oberta al DSM-5 amb la substitució de la Hipocondria en dues noves entitats diagnòstiques, el Trastorn d'Ansietat per la Malaltia (TAM) i el Trastorn de Símptomes Somàtics (TSS), encara continuen havent treballs que busquen evidència empírica d'aquests nous diagnòstics. Tots dos diagnòstics comparteixen una elevada ansietat per la salut com a criteri comú però només els símptomes somàtics són requerits al TSS. L'ansietat per la salut es defineix com una inapropiada o excessiva por o preocupació per una amenaça percebuda sobre la pròpia salut. Des d'una perspectiva multidimensional l'ansietat per la salut representa un contínuum que va des d'una absència de preocupació per la salut fins una ansietat patològica per la mateixa. Una excessiva i mal adaptativa ansietat per la salut és una característica central de la hipocondria però també es troba present a d'altres trastorns somatoformos, als trastorns d'ansietat i als trastorns afectius. En contrast amb aquesta visió multidimensional de l'ansietat per la salut, els actuals diagnòstics de TSS i TAM són categorials, sent motiu d'estudi la validesa discriminativa i la relativa especificitat dels criteris d'ambdues entitats diagnòstiques. És a dir, si els subjectes amb TSS es discriminen d'aquells amb TAM segons els seus criteris diagnòstics.

Un recent estudi de Bailer et al. (2016), en què comparen un grup de subjectes amb elevada ansietat per la salut, un grup control amb depressió i un grup control sans, troben poc suport empíric a la divisió proposada pel DSM-5. El 74% de subjectes diagnosticats inicialment d'hipocondria (segons DSM-IV-R) complien criteris de forma prevalent per al TSS i només un 26% per TAM (DSM-5). No es van trobar diferències significatives entre tots dos

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

diagnòstics en nivells d'ansietat per la salut, atribucions dels símptomes somàtics i preocupacions físiques, però sí diferien dels grups controls en totes aquestes variables. Les diferències observades entre TSS i TAM eren més quantitatives que qualitatives, el TSS mostra més severitat, amb major nombre de símptomes somàtics, més comorbiditat amb trastorns d'ansietat, més consultes mèdiques i més limitacions a nivell funcional.

Tractament psicològic

Tot i que el canvi nosològic de la hipocondria resulta contradictori i incompatible amb els actuals models cognitivoconductuals de l'ansietat per la salut, el tractament psicològic ha continuat el seu curs aliè a aquests canvis. Degut a què els pacients hipocondríacs en general no accepten informació tranquil·litzadora de que no tenen motiu per preocupar-se per la seva salut, els metges i altres persones del seu entorn poden considerar aquesta conducta desconcertant i frustrant i etiquetar-los de que "es queixen però no accepten ajuda". De la mateixa forma, els pacients també se senten insatisfets en aquesta interacció, donat que els sembla que les seves queixes no es tenen en compte seriosament i són en última instància rebutjats. És per això que una de les tasques més importants en el tractament de la hipocondria és evitar aquesta escalada de desconfiança mútua i animadversió. Això es pot aconseguir amb l'establiment d'una bona aliança terapèutica, ajudant el pacient a superar la desconfiança i abordant adequadament les expectatives negatives, independentment de la modalitat de tractament específic que es faci servir (Starcevic, 2015). A la TCC per la hipocondria, aquest factor s'ha estudiat fa poc i els resultats avalen totalment la importància de l'aliança terapèutica a l'èxit del tractament (Weck, Richtberg, Jakob, Neng, & Höfling, 2015).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

La TCC continua sent la modalitat de psicoteràpia que ha mostrat major eficàcia en el tractament de la hipocondria tant a nivell individual com a grupal (Weck, Gropalis, Hiller, & Bleichhardt, 2015; Weck, Neng, Richtberg, Jakob, & Stangier, 2015). A un estudi de Weck i Neng (2015), sobre TCC per a la hipocondria, els autors troben elevades taxes de resposta i remissió després del tractament i al seguiment als 12 mesos. Aproximadament dos terços dels pacients van respondre al tractament i la meitat van assolir la remissió. Específicament, la Teràpia d'Exposició (TE) per a la hipocondria va ser prou suficient per canviar les creences disfuncionals a l'entorn dels símptomes somàtics en pacients amb hipocondria (Weck, Neng, Schwind, & Höfling, 2015). A més, la TE sembla ser més eficaç que la Teràpia Cognitiva (TC) en la reducció de símptomes d'ansietat i conductes de seguretat (Weck, Neng, Richtberg, et al., 2015). En la TE, l'objectiu és exposar els pacients a estímuls rellevants per l'ansietat per la salut (ex. documentals sobre malalties) i reduir las conductes d'evitació (ex. evitar funerals) i conductes de seguretat (ex. buscar reasseguració en els metges, comprovacions, etc.) mentre que a la TC l'objectiu és canviar els processos cognitius que es consideren rellevants pel manteniment de l'ansietat per la salut (ex. atenció selectiva a símptomes corporals i pensaments disfuncionals sobre símptomes i malaltia).

No obstant, es poden considerar altres alternatives de tractament, com el *Mindfulness* o la Teràpia d'Acceptació i Compromís (Eilenberg, Fink, Jensen, Rief, & Frostholm, 2016; McManus, Muse, Surawy, Hackmann, & Williams, 2015; Surawy, McManus, Muse, & Williams). Al *Mindfulness* l'èmfasi està en el canvi de consciència i relació amb el pensament. La pràctica repetida a través de la meditació, desenvolupant una consciència amistosa envers els pensaments, emocions i sensacions corporals, podria ser fonamental per desvincular-se de la rumiació i altres estratègies ineficaces, aconseguint una nova relació amb el cos menys reactiva, facilitant la flexibilitat de l'atenció i, en general, assolint el mode ser,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

descrit per la llibertat d'elecció, en contrast amb el mode sotmès a patrons habituals, sobreapresos i automàtics de processament cognitivo-afectiu. Després d'una intervenció grupal de 8 sessions de *Mindfulness*, els pacients amb hipocondria de l'estudi de McManus et al. (2015), van experimentar menys imatges intrusives relacionades amb la malaltia i a més van ser percebudes com menys intrusives i estressants. La relació amb les seves imatges intrusives havia canviat, de forma que havien desenvolupat una resposta més "*mindful*" i compassiva envers les mateixes. Un altre estudi basat a la Teràpia de Acceptació i Compromís, que també incloïa la pràctica de *Mindfulness*, a més de psicoeducació i exercicis experiencials, va mostrar eficàcia en pacients amb un greu diagnòstic d'hipocondria (Eilenberg et al., 2016).

Cibercondria

Amb l'impacte de la tecnologia digital, cada vegada més persones utilitzen internet com a font d'informació sobre la salut. Malgrat els possibles beneficis associats amb la consulta en pàgines webs de salut, com l'empoderament, l'autonomia o l'augment d'autoresponsabilitat, l'ús d'internet pot arribar a ser perjudicial en alguns casos, degut a, entre altres factors, els diagnòstics erronis, la confusió o l'augment de l'ansietat (Holyoake & Searle, 2015). La cibercondria es refereix al fenomen caracteritzat per una exacerbació de l'ansietat per la salut amb les recerques repetides a internet sobre informació mèdica. Recentment s'ha desenvolupat una escala d'avaluació per la cibercondria, *Cyberchondria Severity Scale* (CSS) (McElroy & Shevlin, 2014). L'últim estudi sobre l'estructura factorial d'aquesta escala (Norr, Allan, Boffa, Raines, & Schmidt, 2015) revela que la cibercondria consta de quatre dimensions bàsiques: excessivitat (recerques repetides), distrès (augment de l'afecte negatiu), compulsió (interferència a la vida diària) i reasseguració (recerca d'opinions expertes).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

La intolerància a la incertesa, *Intolerance of Uncertainty* (IU) i la Sensibilitat a l'Ansietat, *Anxiety Sensitivity* (AS), s'han proposat com a factors de vulnerabilitat per la a cibercondria. La IU te dues dimensions -la dimensió prospectiva que representa el desig de predictibilitat d'esdeveniments futurs, produïda por l'aprehensió ansiosa sobre la incertesa, i que desencadena la utilització d'estratègies per reduir la incertesa (ex. cercar més informació), i la dimensió inhibitòria que mesura la paralització i deteriorament de l'activitat derivada de la incertesa-. Norr, Albanese, Oglesby, Allan, & Schmidt (2015) i posteriorment Fergus (2015) van trobar que només la dimensió inhibitòria, que representa el component conductual de la IU, tenia associació amb la cibercondria. Per altra banda, l'AS té tres dimensions –dimensió física (preocupacions sobre complicacions mèdiques), dimensió cognitiva (preocupacions sobre incapacitació mental) i dimensió social (preocupacions sobre rebuig social degut als símptomes públicament observables de l'ansietat)-. Segons l'estudi de Fergus (2015), la dimensió física de l'AS, va ser l'única que es va relacionar amb la cibercondria. Per tant, aquests estudis proporcionen evidència de que només les dimensions específiques d'IU inhibitòria i l'AS física representen factors de vulnerabilitat per a la cibercondria.

Encara són pocs els estudis que relacionen la cibercondria amb altres trastorns d'ansietat. Recentment un estudi ha examinat la relació entre cibercondria i símptomes del Trastorn Obsessiu Compulsiu (TOC) (Norr, Oglesby, et al., 2015). Només es van trobar associacions entre cibercondria i símptomes de contaminació i responsabilitat pel dany, de forma que la cibercondria podria tenir un paper en el desenvolupament i manteniment d'aquestes dues dimensions de símptomes del TOC, i/o viceversa.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Referències

- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D., & Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. Anxiety, Stress, & Coping, 29 (2), 219-239. doi: 10.1080/10615806.2015.1036243
- Eilenberg, T., Fink, P., Jensen, J.S., Rief, W., & Frostholm, L. (2016). Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. Psychological Medicine, 46(1), 103–115. doi:10.1017/S0033291715001579
- Fergus, T.A. (2015). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria: A replication and extension examining dimensions of each construct. Journal of Affective Disorders, 184, 305–309. doi:10.1016/j.jad.2015.06.017
- Holyoake, D.-D., & Searle, K. (2015). Cyberchondria: emerging themes for children's nurses in the internet age. Nursing Children and Young People, 27(5), 34–38. doi:10.7748/ncyp.27.5.34.e600
- McElroy, E., & Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). Journal of Anxiety Disorders, 28(2), 259–265. doi:10.1016/j.janxdis.2013.12.007
- McManus, F., Muse, K., Surawy, C., Hackmann, A., & Williams, J.M.G. (2015). Relating Differently to Intrusive Images: the Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Intrusive Images in Patients with Severe Health Anxiety (Hypochondriasis). Mindfulness, 6(4), 788–796. doi:10.1007/s12671-014-0318-y
- Norr, A.M., Albanese, B.J., Oglesby, M.E., Allan, N.P., & Schmidt, N.B. (2014). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria. Journal of Affective Disorders, 174C, 64–69. doi:10.1016/j.jad.2014.11.023

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Norr, A.M., Allan, N.P., Boffa, J.W., Raines, A.M., & Schmidt, N.B. (2015). Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS): Replication and extension with bifactor modeling. Journal of Anxiety Disorders, 31, 58–64. doi:10.1016/j.janxdis.2015.02.001
- Norr, A.M., Oglesby, M.E., Raines, A.M., Macatee, R.J., Allan, N.P., & Schmidt, N.B. (2015). Relationships between cyberchondria and obsessive-compulsive symptom dimensions. Psychiatry Research, 230(2), 441–446. doi:10.1016/j.psychres.2015.09.034
- Starcevic, V. (2015). Hypochondriasis: treatment options for a diagnostic quagmire. Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 23(4), 369–373. doi:10.1177/1039856215587234
- Surawy, C., McManus, F., Muse, K., & Williams, J.M.G. (2015). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for Health Anxiety (Hypochondriasis): Rationale, Implementation and Case Illustration. Mindfulness, 6(2), 382–392. doi:10.1007/s12671-013-0271-1
- Weck, F., Gropalis, M., Hiller, W., & Bleichhardt, G. (2015). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for patients with hypochondriasis (health anxiety). Journal of Anxiety Disorders, 30, 1–7. doi:10.1016/j.janxdis.2014.12.012
- Weck, F., & Neng, J.M.B. (2015). Response and Remission After Cognitive and Exposure Therapy for Hypochondriasis. The Journal of Nervous and Mental Disease, 203(11), 883–885. doi:10.1097/NMD.0000000000000385
- Weck, F., Neng, J.M.B., Richtberg, S., Jakob, M., & Stangier, U. (2015). Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83(4), 665–676. doi:10.1037/ccp0000013

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Weck, F., Neng, J.M.B., Schwind, J., & Höfling, V. (2015). Exposure therapy changes dysfunctional evaluations of somatic symptoms in patients with hypochondriasis (health anxiety). A randomized controlled trial. Journal of Anxiety Disorders, 34, 1–7. doi:10.1016/j.janxdis.2015.05.008
- Weck, F., Richtberg, S., Jakob, M., Neng, J.M.B., & Höfling, V. (2015). Therapist competence and therapeutic alliance are important in the treatment of health anxiety (hypochondriasis). Psychiatry Research, 228(1), 53–58. doi:10.1016/j.psychres.2015.03.042

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRASTORN D'ESTRÉS POSTTRAUMÀTIC

Laura Hermida, Marta de Gracia i Nadine Riesco
Hospital Universitari de Bellvitge

Diagnòstic

La creació de la nova secció "Trastorns relacionats amb traumes i factors d'estrès" al Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-5) és, segons alguns autors, un reflex de la major comprensió de les conseqüències a llarg termini de l'estrès i trauma dels mecanismes biològics subjacents (Tye, Van Voorhees, Hu, & Lineberry, 2015). La creació del subtipus dissociatiu també ha estat recolzada per Frewen, Brown, Steuwe i Lanius (2015). No obstant això, no existeix massa consens en relació al model de quatre *clusters* de símptomes en el que es basa el DSM-5 (intrusió, evitació, alteracions negatives de l'humor i cognicions i alteracions en la reactivitat i *arousal*). Diversos autors recolzen la utilització d'un model de set factors que inclouen símptomes d'intrusió, evitació, afecte negatiu, anhedonia, conductes externalitzants, *arousal* ansiós i *arousal* disfòric (Armour et al., 2015; Liu, Wang, Cao, Qing, & Armour, 2016; Pietrzak et al., 2015; Wang et al., 2015).

Epidemiologia

La recent revisió de Atwoli, Stein, Koenen i McLaughlin (2015) mostra que les diferències històriques, culturals i polítiques entre països, determinen importants variacions en les taxes de prevalença i en els tipus d'esdeveniments traumàtics al llarg de la vida (entre 54% i 78%). No obstant això, l'exposició a un esdeveniment traumàtic no implica necessàriament el desenvolupament posterior d'un TEPT. La taxa de prevalença de TEPT oscil·la entre 2,5% i el 17,6% entre països. Sayed, Iacoviello i Charney (2015) varen realitzar una revisió sobre els factors de risc associats a l'aparició de psicopatologia després de l'exposició a un

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

esdeveniment traumàtic i varen dividir aquests factors en tres categories: 1) factors pre-trauma, que inclouen edat, gènere, raça/origen ètnic, educació, psicopatologia prèvia i factors neurobiològics; 2) factors peri-trauma, que inclouen duració/gravetat de l'experiència traumàtica i percepció de que el trauma ha finalitzat; i 3) factors posttraumàtics que inclouen accés al recursos necessaris, recolzament social, patrons cognitius específics i activitat física. Conclouen que el TEPT es una barreja complexa de factors pre i peri trauma i que el suport social, les capacitats cognitives i l'accés a recursos assistencials poden contribuir a desenvolupar estratègies psicològiques per evitar el trastorn.

Comorbiditat

Existeix evidència sobre que el trastorns per abús d'alcohol sovint poden co-ocórrer amb el TEPT i que les condicions comòrbides estan associades amb un perfil clínic més greu que el TEPT sense abús d'alcohol. El treball de Müller et al. (2015), varen obtenir que les persones que tenien els dos trastorns tenien associats majors nivells d'estrès en termes d'adversitats infantils, en particular, abús sexual infantil per sota dels setze anys i pel fet d'haver estat criat en cases d'acollida. D'altra banda, l'estudi de Cross, Crow, Powers i Bradley (2015) varen obtenir que hi havia una mediació parcial i que eren els homes els més propensos, respecte les dones, a informar de TEPT comòrbid amb alcohol i d'altres drogues.

El fet de consumir cànnabis també interacciona amb una dolenta qualitat de la son i totes dues s'han relacionat amb major gravetat del TEPT, particularment de l'hiperarousal (Short, Babson, Boden, & Bonn-Miller, 2015).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Tractament

Quant a tractaments psicològics, són diversos els que s'han establert com a tractaments eficaços pel TEPT, l'Exposició Perllongada, la Teràpia de Processament Cognitiu i la Teràpia Cognitiva. L'article de Zalta (2015) defensa que si comprenem els mecanismes fonamentals que sostenen aquests tractaments per arribar al beneficis terapèutics, ens permetrà maximitzar l'eficàcia, l'efectivitat i l'eficiència d'aquestes teràpies.

A la Teràpia Metacognitiva de Wells (2009) no es requereix reviure els records del trauma ni modificar el contingut de les cognicions traumàtiques o els seus records, només té com a objectiu desmuntar les barreres que impedeixen el processament normal dels esdeveniments traumàtics. Comparant la Teràpia Metacognitiva amb la Teràpia d'Exposició Perllongada, ambdós tractaments són eficaços donant com a resultats la reducció significativa dels símptomes del TEPT, l'ansietat i la depressió. Però al final del tractament, la Teràpia Metacognitiva va ser superior a l' Exposició Perllongada sobre el símptomes autoinformats del TEPT. És a dir, ambdós tractaments son eficaços, però la Teràpia Metacognitiva té avantatge respecte l'altra quant a efectes més ràpids (Wells, Walton, Lovell, & Proctor, 2015).

Yuen et al. (2015) proposen com a psicoteràpia més nova, la modalitat de "*Telesalut*" ("*TeleHealth*"), és a dir, la prestació de serveis relacionats amb la salut i la informació a través de videoconferències, aplicacions de telèfons mòbils, etc. Varen comparar aquesta modalitat amb una Teràpia d'Exposició Perllongada tradicional en un grup de veterans de guerra. Els resultats que varen obtenir són que ambdós grups tenien reduccions significatives en el símptomes d'ansietat i depressió, i els pacients tenien els mateixos nivells de satisfacció amb el tractament. Yuen et al. (2015) suggereixen, per tant, que aquesta nova modalitat de

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

telesalut pot tenir molt de potencial per fer front les barreres geogràfiques i el cost del tractament tradicional, tot i que puntualitzen que es necessita més investigació.

Pel que fa als factors predictius de tractament, trobem que el 55% dels pacients amb TEPT, no relacionat amb qüestions bèl·liques, que realitzen una menor estada d'hospitalització psiquiàtrica fan una interrupció prematura del tractament ambulatori posterior (Wang, Woo, Jun, & Bahk, 2015).

Respecte a la farmacoteràpia, aquesta s'ha suggerit com a alternativa per prevenir el TEPT, concretament durant la consolidació de la memòria traumàtica. A l'estudi de Mouthaan et al. (2015) varen administrar opiacis dins de les quaranta-vuit hores després de l'esdeveniment traumàtic i això es va associar negativament amb símptomes de TEPT a les sis setmanes. D'altra banda, a l'estudi de Suliman et al. (2015), van utilitzar escitalopram (ISRS) a dosi de 10-20mg diaris durant vint-i-quatre setmanes, però no varen obtenir resultats eficaços per a la prevenció.

Pel que fa a la utilització de benzodiazepines (BZP), la literatura disponible diu que és un tractament molt comú al TEPT, però sembla ser que les BZP són ineficaces per tractar i prevenir el TEPT i els riscos associats solen ser majors que els possibles beneficis a curt termini que puguin haver. Malgrat aquests resultats negatius, es prescriuen entre el 30% i el 74% als pacients amb TEPT. Hi ha autors que defensen el seu consum perquè diuen que són eficaços per tractar l'ansietat, l'insomni i la irritabilitat, i pot ser útil en pacients amb TEPT resistent. D'altres, consideren que aquests fàrmacs poden disminuir l'ansietat subjectiva a curt termini a costa d'empitjorar altres característiques del TEPT com les conductes d'evitació. En resum, sembla ser que hi ha una correlació entre el consum de BZP i una major gravetat dels símptomes del TEPT (Guina et al., 2015).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Creixement posttraumàtic

El Creixement Posttraumàtic (CPT) és un fenomen cada vegada més conegut que fa referència a un canvi psicològic positiu després de l'experimentació d'un trauma. El CPT pot mantenir-se, o fins i tot incrementar-se, al llarg del temps tal i com mostra l'estudi amb veterans de guerra de Tsai et al. (2016) i l'estudi amb pacients de càncer de mama de Danhauer et al. (2015). La ruminació s'ha proposat com un factor mediador entre el trauma i el CPT (García, Cova, Rincón, & Vázquez, 2015). Específicament, sembla que serien les ruminacions deliberades les que tindrien un important paper mediador en el CPT, mentre que les ruminacions intrusives són més significatives en la simptomatologia posttraumàtica. En qualsevol cas, aquestes dades suggereixen que el TEPT i el CPT estan influenciats per diferents mecanismes, de manera que TEPT y CPT poden representar dues dimensions separades de l'experiència posttraumàtica (Wu et al., 2015; Zhou et al., 2015).

Factors neurobiològics

Se sap que algunes disfuncions del sistema noradrenèrgic han estat implicades en el desenvolupament del TEPT. Però s'ha donat un pas més enllà i s'han estudiat quins són els polimorfismes en gens del sistema noradrenèrgic que interactuen amb els traumes de la infància. Concretament, els individus que posseeixen un receptor beta2 adrenèrgic (ADRB2), variant del gen, i a més un trauma infantil, tenen major risc de tenir un TEPT d'adults. Una altra variant d'aquest gen està associat amb la resistència als símptomes de TEPT en adults. Per tant, aquestes troballes suggereixen que les diferents variants del gen ADRB2 que afecten a la funció cerebral del sistema noradrenèrgic interactua amb les adversitats de la infantesa per alterar la vulnerabilitat o la resistència al desenvolupament del TEPT (Ghitza, 2015).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Pel que fa als estudis relacionats amb el volum de les estructures cerebrals, trobem que hi ha tres regions clau en els pacients amb TEPT: l'hipocamp, l'amígdala i el còrtex cingulat anterior. La metaanàlisi de O'Doherty et al. (2015) varen trobar que l'hipocamp era reduït en aquests pacients, sobretot l'esquerre. També hi havia una reducció bilateral del còrtex cingulat anterior, fet que han relacionat amb els dèficits d'atenció i la incapacitat per modular les emocions característics del TEPT. Però no varen trobar diferències significatives en el volum de l'amígdala entre pacients amb TEPT i subjectes control exposats a un trauma. No obstant això, en l'estudi de Veer et al. (2015) sí que varen trobar volums més petits de l'amígdala dreta en dones que varen patir abús físic, sexual i/o emocional abans dels divuit anys. Més concretament, expliquen que hi ha una correlació negativa entre la major severitat dels abusos sexuals infantils amb la grandària de l'amígdala, i en aquests mateixos subjectes no varen trobar diferències en el volum de l'hipocamp. Potser aquestes discrepàncies entre l'estudi de O'Doherty et al. (2015) i l'estudi de Veer et al. (2015) tenen a veure amb el tipus de trauma patit. Tot i que l'estudi de Veer et al. (2015) no són resultats concloents, defensen que els esdeveniments traumàtics a la infància podrien impedir el desenvolupament normal de l'amígdala, fet que podria fer més vulnerable a la persona a patir un TEPT anys més tard. D'altra banda, a l'estudi de O'Donovan et al. (2015) en pacients veterans de la guerra del Golf, consideren que el TEPT està relacionat amb un nivell més elevat de proteïnes marcadores d'inflamació i amb un volum reduït de l'hipocamp.

Respecte als estudis que han investigat com es relaciona el cortisol amb el TEPT, trobem uns resultats interessants de Steudte et al. (2015), els quals es varen centrar en les concentracions de cortisol que hi havia al cabell i la reactivitat del cortisol a l'estrès en soldats que varen fer un desplegament militar a l'Afganistan. Els resultats són que tenir una menor concentració de cortisol al cabell i una menor reactivitat del cortisol a l'estrès són predictius d'un major

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

augment de la simptomatologia de TEPT en els soldats que varen patir esdeveniments traumàtics.

Lectura recomanada:

- Crespo, M. & Fernández-Lansac,V. (2015). Memory and Narrative of Traumatic Events: A Literature Review.. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*. doi:10.1037/tra0000041

Referències:

- Armour, C., Contractor, A., Elhai, J.D., Stringer, M., Lyle, G., Forbes, D., & Richardson, J.D. (2015). Identifying latent profiles of posttraumatic stress and major depression symptoms in Canadian veterans: Exploring differences across profiles in health related functioning. *Psychiatry Research*, *228*(1), 1–7. doi:10.1016/j.psychres.2015.03.011
- Atwoli, L., Stein, D.J., Koenen, K.C., & McLaughlin, K.A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current Opinion in Psychiatry*, *28*(4), 307–11. doi:10.1097/YCO.0000000000000167
- Crespo, M., & Fernández-Lansac, V. (2015). Memory and Narrative of Traumatic Events: A Literature Review. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*. doi:10.1037/tra0000041
- Cross, D., Crow, T., Powers, A., & Bradley, B. (2015). Childhood trauma, PTSD, and problematic alcohol and substance use in low-income, African-American men and women.*ChildAbuse & Neglect*, *44*, 26–35. http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.01.007
- Danhauer, S.C., Russell, G., Case, L.D., Sohl, S.J., Tedeschi, R.G., Addington, E.L., … Avis, N.E. (2015). Trajectories of Posttraumatic Growth and Associated

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Characteristics in Women with Breast Cancer. *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, *49*(5), 650–9. doi:10.1007/s12160-015-9696-1

- Frewen, P.A., Brown, M.F.D., Steuwe, C., & Lanius, R.A. (2015). Latent profile analysis and principal axis factoring of the DSM-5 dissociative subtype. *European Journal of Psychotraumatology*, *6*, 26406. doi:10.3402/ejpt.v6.26406
- García, F.E., Cova, F., Rincón, P., & Vázquez, C. (2015). Trauma or growth after a natural disaster? The mediating role of rumination processes. *European Journal of Psychotraumatology*, *6*, 26557. doi:10.3402/ejpt.v6.26557
- Ghitza, U.E. (2015). Commentary: Interaction of the ADRB2 Gene Polymorphism with Childhood Trauma in Predicting Adult Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *6*, 136. http://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00136
- Guina, J., Rossetter, S.R., DeRHODES, B.J., Nahhas, R.W., & Welton, R.S. (2015). Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Psychiatric Practice*, *21*(4), 281–303. http://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000091
- Liu, L., Wang, L., Cao, C., Qing, Y., & Armour, C. (2016). Testing the dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in a nonclinical trauma-exposed adolescent sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *57*(2), 204–12. doi:10.1111/jcpp.12462
- Mouthaan, J., Sijbrandij, M., Reitsma, J.B., Luitse, J.S.K., Goslings, J.C., Gersons, B.P.R., & Olff, M. (2015). The role of early pharmacotherapy in the development of posttraumatic stress disorder symptoms after traumatic injury: an observational cohort study in consecutive patients. *General Hospital Psychiatry*, *37*(3), 230–5. http://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.02.010
- Müller, M., Vandeleur, C., Rodgers, S., Rössler, W., Castelao, E., Preisig, M., &

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Ajdacic-Gross, V. (2015). Childhood adversities as specific contributors to the co-occurrence of posttraumatic stress and alcohol use disorders. *Psychiatry Research*, *228*(3), 251–6. http://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.034

- O'Doherty, D.C. M., Chitty, K.M., Saddiqui, S., Bennett, M.R., & Lagopoulos, J. (2015). A systematic review and meta-analysis of magnetic resonance imaging measurement of structural volumes in posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, *232*(1), 1–33. http://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2015.01.002
- O'Donovan, A., Chao, L.L., Paulson, J., Samuelson, K.W., Shigenaga, J.K., Grunfeld, C., … Neylan, T.C. (2015). Altered inflammatory activity associated with reduced hippocampal volume and more severe posttraumatic stress symptoms in Gulf War veterans. *Psychoneuroendocrinology*, *51*, 557–66. http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.11.010
- Pietrzak, R.H., Tsai, J., Armour, C., Mota, N., Harpaz-Rotem, I., & Southwick, S.M. (2015). Functional significance of a novel 7-factor model of DSM-5 PTSD symptoms: results from the National Health and Resilience in Veterans study. *Journal of Affective Disorders*, *174*, 522–6. doi:10.1016/j.jad.2014.12.007
- Sayed, S., Iacoviello, B.M., & Charney, D.S. (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current Psychiatry Reports*, *17*(8), 612. doi:10.1007/s11920-015-0612-y
- Short, N.A., Babson, K.A., Boden, M.T., & Bonn-Miller, M.O. (2015). Sleep quality, problematic cannabis use and posttraumatic stress symptoms among medical cannabis users.*AddictionRearch&Theory*,*23*(3),24652.http://doi.org/10.3109/16066359.2014.981259
- Steudte-Schmiedgen, S., Stalder, T., Schönfeld, S., Wittchen, H.-U., Trautmann, S., Alexander, N., & Kirschbaum, C. (2015). Hair cortisol concentrations and cortisol

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

stress reactivity predict PTSD symptom increase after trauma exposure during military deployment.*Psychoneuroendocrinology*,*59*,123–33 http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.05.007

- Suliman, S., Seedat, S., Pingo, J., Sutherland, T., Zohar, J., & Stein, D.J. (2015). Escitalopram in the prevention of posttraumatic stress disorder: a pilot randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 24. http://doi.org/10.1186/s12888-015-0391-3
- Tsai, J., Sippel, L.M., Mota, N., Southwick, S.M., & Pietrzak, R.H. (2016). Longitudinal course of posttraumatic growth among u.s. military veterans: results from the national health and resilience in veterans study. *Depression and Anxiety*, *33*(1), 9–18. doi:10.1002/da.22371
- Tye, S., Van Voorhees, E., Hu, C., & Lineberry, T. (2015). Preclinical perspectives on posttraumatic stress disorder criteria in DSM-5. *Harvard Review of Psychiatry*, *23*(1), 51–8. doi:10.1097/HRP.0000000000000035
- Veer, I.M., Oei, N.Y.L., van Buchem, M.A., Spinhoven, P., Elzinga, B.M., & Rombouts, S.A.R.B. (2015). Evidence for smaller right amygdala volumes in posttraumatic stress disorder following childhood trauma. *Psychiatry Research*, *233*(3), 436–42. http://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2015.07.016
- Wang, L., Zhang, L., Armour, C., Cao, C., Qing, Y., Zhang, J., … Fan, G. (2015). Assessing the underlying dimensionality of DSM-5 PTSD symptoms in Chinese adolescents surviving the 2008 Wenchuan earthquake. *Journal of Anxiety Disorders*, *31*, 90–7. doi:10.1016/j.janxdis.2015.02.006
- Wang, H.R., Woo, Y.S., Jun, T.-Y., & Bahk, W.-M. (2015). Predictors of premature discontinuation of outpatient treatment after discharge of patients with posttraumatic stress disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *11*, 787–92. http://doi.org/10.2147/NDT.S78212

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Wells, A., Walton, D., Lovell, K., & Proctor, D. (2015). Metacognitive Therapy Versus Prolonged Exposure in Adults with Chronic Post-traumatic Stress Disorder: A Parallel Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research*, *39*(1), 70–80. http://doi.org/10.1007/s10608-014-9636-6
- Wu, X., Zhou, X., Wu, Y., & An, Y. (2015). The role of rumination in posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among adolescents after the wenchuan earthquake. *Frontiers in Psychology*, *6*, 1335. doi:10.3389/fpsyg.2015.01335
- Yuen, E.K., Gros, D.F., Price, M., Zeigler, S., Tuerk, P.W., Foa, E.B., & Acierno, R. (2015). Randomized Controlled Trial of Home-Based Telehealth Versus In-Person Prolonged Exposure for Combat-Related PTSD in Veterans: Preliminary Results. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(6), 500–12. http://doi.org/10.1002/jclp.22168
- Zalta, A.K. (2015). Psychological mechanisms of effective cognitive-behavioral treatments for PTSD. *Current Psychiatry Reports*, *17*(4), 560. http://doi.org/10.1007/s11920-015-0560-6
- Zhou, X., Wu, X., Fu, F., & An, Y. (2015). Core belief challenge and rumination as predictors of PTSD and PTG among adolescent survivors of the Wenchuan earthquake. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*, *7*(4), 391–7. doi:10.1037/tra0000031

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TOC i trastorns relacionats

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRASTORN OBSESSIU-COMPULSIU – TOC

Eva Willekens Morales i Clara López-Solà
Centre de Salut Mental Parc Taulí. Corporació Sanitària Parc Taulí

ETIOPATOLOGIA DEL TOC

Alteracions en l'extinció de la por

El condicionament i l'extinció de la por són elements centrals dels trastorns d'ansietat, inclòs el TOC. En concret, l'habilitat de *retenir* la *memòria d'extinció de la por* al llarg del temps sembla que està alterada en individus amb trastorns d'ansietat en general i en TOC en particular. Els pacients amb TOC mostren una pitjor capacitat de retenció de l'extinció, tot i que no s'ha demostrat una associació amb la severitat del trastorn (McLaughlin et al., 2015). Això podria indicar que la dificultat en la memòria d'extinció seria més un "tret", amb probable component genètic, i no tant una conseqüència directa de patir el trastorn.

Neurobiologia: Què aporta de nou?

Un estudi de revisió sobre la neurobiologia del TOC el defineix com un trastorn "compulsiu" amb alteracions tant en l'estructura com en la funció de diferents circuits cerebrals que inclouen: el processament emocional (por i reforç), el control cognitiu i el funcionament motor. Aquests autors refereixen que, donada l'elevada complexitat de sistemes involucrats, desenvolupats de manera diferent sota una forta influència de factors genètics i ambientals, seria necessari conèixer el perfil neurobiològic de cada pacient, per incloure dianes potencials de neuroplasticitat i avançar així en el tractament individualitzat (van den Heuvel et al., 2015).

Actualització de les bases genètiques

Tot i el número d'estudis previs que associen el BDNF amb el TOC, el grup canadenc ha realitzat la primera metaanàlisi amb 13 estudis sobre el BDNF i sorprenentment no troben una

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

clara associació entre el polimorfisme Val-66-Met i el TOC (Zai et al., 2015). D'altra banda, una metaanàlisi amb 1991 pacients ha demostrat l'associació de la malaltia amb el polimorfisme del gen transportador de la serotonina (5-HTTLPR) però només en dones (Mak, Streiner, & Steiner, 2015). Aquest autors emfatitzen la importància de l'estudi del cercle reproductiu de la dona tant en l'inici com en l'exacerbació del trastorn. Finalment, cal mencionar el primer GWAS (*genome wide analysis)* de resposta a tractament farmacològic. Tot i que queda molt per saber i certs resultats són encara poc interpretables, s'ha observat que gens relacionats amb el DISP1, el glutamat i la serotonina són els que determinen que una persona respongui millor o pitjor al tractament (Qin et al., 2015).

FACTORS ASSOCIATS AL TOC

Tant la història familiar de trastorns psiquiàtrics com els estressors ambientals han estat identificats com a influències de pes en el desenvolupament i curs clínic del TOC. Un estudi recent troba que la presència d'esdeveniments vitals estressants (EVS) prèvia al debut s'associa amb un increment de la cronicitat de la malaltia, però només en pacients homes amb poca càrrega familiar (TOC i trastorns relacionats), mentre que la cronicitat de la malaltia disminuïa amb nivells alts de càrrega familiar (Goldberg et al., 2015). D'altra banda, un estudi de bessons mostra que la història d'abús, negligència i disrupció familiar són els EVS més associats amb la severitat del TOC (Vidal-Ribas et al., 2015).

Presa de decisions i impulsivitat

L'elevada impulsivitat, presa de decisions d'alt risc i disfunció en el sistema de recompensa són característiques que entren en conflicte amb el perfil típic del TOC marcat pel dubte i l'aversió al risc. Els pacients mostren una impulsivitat incrementada així com presa de decisions arriscades amb preferència per recompenses immediates i sense aprenentatge de les

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

pèrdues, a més d'un raonament probabilístic esbiaixat (Grassi et al., 2015). L'efecte recompensant de la disminució de l'ansietat podria ser el responsable del desenvolupament d'una dependència de les conductes compulsives, de manera que diversos autors estan considerant el TOC com una addicció conductual. Per exemple, s'ha trobat un increment en l'afecte positiu davant l'anticipació de la seva compulsió, indicant l'aspecte reforçant de les compulsions i, d'altra banda, la disminució de l'afecte negatiu suggereix processos de *craving*/addicció que podrien estar contribuint a la persistència d'aquestes conductes (Fontenelle, Mendlowicz, & Versiani, 2006). En aquesta línia trobem també els estudis que relacionen el TOC amb el joc patològic. En una mostra de bessons homes s'ha vist que la severitat i les característiques obsessives correlacionen amb la severitat del joc patològic, donades les influències genètiques comunes (Scherrer, Xian, Slutske, Eisen, & Potenza, 2015).

Comorbiditat

Les diferents dimensions de símptomes TOC s'associen amb diferents trastorns: la dimensió d'agressió te més comorbiditat amb el trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT), el trastorn per ansietat de separació (TAS), qualsevol trastorn del control dels impulsos i *skin picking*; la dimensió sexual-religiosa està associada a trastorns afectius, trastorn de pànic/agorafòbia, fòbia social, TAS, trastorn sexuals no parafílics, qualsevol trastorn somatoforme, dismorfofòbia i trastorns per tics; la dimensió contaminació-neteja s'associa amb hipocondria i, la dimensió d'acumulació amb trastorns depressius, fòbia específica, TEPT, trastorns del control d'impulsos, TDAH i trastorns per tics. Aquestes associacions poden estar causades pel solapament fenomenològic i la presència de factors etiològics comuns (Torres et al., 2016).

TRACTAMENTS

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Actualitzacions en la Teràpia Cognitiu-Conductual (TCC)

S'ha publicat un estudi pilot sobre els beneficis afegits de l'exercici físic a la TCC pel TOC (Rector, Richter, Lerman & Regev, 2015). En aquest estudi combinen la TCC grupal amb un programa d'exercici personalitzat durant 12 setmanes i troben amplis efectes del tractament sobre la simptomatologia TOC en comparació amb TCC sense exercici afegit.

Altres articles destaquen que la TCC no és accessible per a tothom. Per aquest motiu, s'ha intentat facilitar l'accés a l'exposició amb prevenció de resposta (EPR) amb biblioteràpia o via ordinador, però és freqüent l'incompliment del tractament si no es treballen certs biaixos cognitius (com dèficits en l'atenció, la memòria de treball i l' interpretació) prèviament (Amir, Kuckertz, Najmi, & Conley, 2015).

D'altra banda, la Teràpia Cognitiva (TC) és un tractament efectiu pel TOC quan aconsegueix específicament una reducció del perfeccionisme i la intolerància a la incertesa, així com disminuir l'excessiva dependència i sensació d'incompetència del malalt (Wilhelm, Berman, Keshaviah, Schwartz, & Steketee, 2015).

Teràpies físiques

Estimulació Cerebral Profunda (DBS)

El TOC és l'únic trastorn psiquiàtric on la DBS està acceptada com a tractament quirúrgic per a pacients refractaris. Tot i així, no queda clar quina o quines són les millors àrees on implantar els elèctrodes ni quin és el seu mecanisme d'acció (Kocabicak, Temel, Höllig, Falkenburger, & Tan, 2015). El grup holandès, que utilitza el nucli acccumbens (NA) com a diana, explica que la DBS provocaria una reducció de la híper-connectivitat frontoestriatal i contrarestaria la disfunció estriatal amb un augment de la dopamina a l'estriat (van Westen,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Rietveld, Figee, & Denys, 2015). En resum, la DBS provoca una complexa combinació d'efectes excitatoris i inhibitoris en el cervell, juntament amb efectes locals i distals.

Investigadors del nostre país han publicat una metaanàlisi amb 31 estudis sobre els resultats de la DBS i els seus predictors de resposta (Alonso et al., 2015). La majoria d'aquests pacients (83 de 116) estaven implantats en àrees estriatals (capsula interna, capsula ventral i estriat ventral, NA i caudat ventral). Els que responien millor estaven associats a major edat en el debut i amb la presència de símptomes de la dimensió sexual/religiosa. En concret, els pacients amb millor resposta a la DBS són aquells que aconseguien major activació del gir frontal medial anterior dret (*dorsolateral prefrontal cortex*), mentre que els "no responedors" presentaven major activació de l'àrea orbital del gir frontal inferior dret (Hartmann et al., 2015). D'altra banda sabem que la DBS a llarg termini (entre 4 i 14 anys) redueix els símptomes obsessius (Luyten, Hendrickx, Raymaekers, Gabriëls, & Nuttin, 2015). El grup holandès valora els efectes cognitius de la DBS i troba una disminució significativa i mantinguda en proves que mesuren organització visual, memòria visual i raonament abstracte (Mantione et al., 2014). La resta d'àrees no es van veure afectades per la intervenció (intel·ligència general, memòria verbal, atenció, sistema motor, i altres funcions executives).

Estimulació magnètica transcraneal (TMS i tDCS)

Un estudi observa una millora del 50% a la Y-BOCS aplicant 20-30 sessions d'estimulació magnètica transcraneal repetida (rTMS) i bilateral a l'àrea dorsal-medial del lòbul frontal (dmPFC) (Dunlop et al., 2016). Els pacients que responien a l'estimulació presentaven una major connectivitat al dmPFC-estriat ventral prèvia a l'estimulació. El grau de reducció de la connectivitat entre el pre i el post tractament correlacionava amb la millora simptomàtica. Una "nova" teràpia física semblant a la TMS és la tDCS de l'anglès "*transcraneal direct*

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

current stimulation". La diferència estaria en el mecanisme d'acció, la TMS actua com a neuro-estimulador i la tDCS com a neuro-modulador. Sembla que la tDCS situada amb el càtode sobre l'àrea motora pre-suplementaria i l'ànode extra-cefàlic activaria la majoria de les àrees cerebrals associades al TOC (Senço et al., 2015).

Tractament farmacològic i tècniques de potenciació

La primera opció farmacològica en el TOC són els ISRS, tot i així s'ha publicat un *brief report* amb duloxetina durant 17 setmanes on els resultats suggereixen una reducció dels símptomes obsessius i millora de la qualitat de vida (Dougherty et al., 2015). D'altra banda, s'ha provat la clomipramina intravenosa per a pacients poc responedors observant una reducció del Y-BOCS del 36% en el 60% dels pacients (Karameh & Khani, 2016).

La manera habitual de potenciar el tractament amb ISRS és amb antipsicòtics, com l'amisulpiride a dosis baixes (Miodownik, Bergman, Lerner, Kreinin, & Lerner, 2015). Però, a part dels antipsicòtics, es comencen a provar nous fàrmacs que modulin el glutamat, donada la seva associació amb la patologia (elevada concentració de glutamat en el cervell de pacients no medicats). En aquest estudi suggereixen que el riluzole, que provocaria una reducció del glutamat intrasinàptic, combinat amb ISRS tendeix a reduir els símptomes obsessius (Pittenger et al., 2015). D'altra banda, la TCC és també efectiva com a potenciador en pacients que no responen a ISRS més risperidona (McLean et al., 2015). De fet els pacients potenciats amb TCC milloren més durant el tractament que els potenciats amb risperidona i els guanys perduren als 6 mesos (Foa et al., 2015).

Referències

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Alonso, P., Cuadras, D., Gabriëls, L., Denys, D., Goodman, W., Greenberg, B.D., … Menchon, J.M. (2015). Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and predictors of response. PLoS ONE, 10(7), 1–16.
- Amir, N., Kuckertz, J.M., Najmi, S., & Conley, S.L. (2015). Preliminary Evidence for the Enhancement of Self-Conducted Exposures for OCD Using Cognitive Bias Modification. Cognitive Therapy and Research, 424–440.
- Dougherty, D.D., Corse, A.K., Chou, T., Duffy, A., Arulpragasam, A.R., Deckersbach, T., … Keuthen, N.J. (2015). Open-Label Study of Duloxetine for the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder, 1–4.
- Dunlop, K., Woodside, B., Olmsted, M., Colton, P., Giacobbe, P., & Downar, J. (2016). Reductions in Cortico-Striatal Hyperconnectivity Accompany Successful Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder with Dorsomedial Prefrontal rTMS. Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology, 41(5), 1395–403.
- Foa, E.B., Simpson, H.B., Rosenfield, D., Liebowitz, M.R., Cahill, S.P., Huppert, J.D., … Williams, M.T. (2015). Six-month outcomes from a randomized trial augmenting serotonin reuptake inhibitors with exposure and response prevention or risperidone in adults with obsessive-compulsive disorder. The Journal of Clinical Psychiatry, 76(4), 440–6.
- Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.V, & Versiani, M. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 30(3), 327–37.
- Goldberg, X., Soriano-Mas, C., Alonso, P., Segalàs, C., Real, E., López-Solà, C., … Cardoner, N. (2015). Predictive value of familiality, stressful life events and gender on

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

the course of obsessive-compulsive disorder. Journal of Affective Disorders, 185, 129–134.

- Grassi, G., Pallanti, S., Righi, L., Figee, M., Mantione, M., Denys, D., … Stratta, P. (2015). Think twice: Impulsivity and decision making in obsessive–compulsive disorder. Journal of Behavioral Addictions, 4(4), 263–272.
- Hartmann, C.J., Lujan, J.L., Chaturvedi, A., Goodman, W.K., Okun, M.S., McIntyre, C.C., & Haq, I.U. (2015). Tractography activation patterns in dorsolateral prefrontal cortex suggest better clinical responses in OCD DBS. Frontiers in Neuroscience, 9(January), 1–10.
- Karameh, W.K., & Khani, M. (2016). Intravenous Clomipramine for Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder. International Journal of Neuropsychopharmacology, 19(2), pyv084.
- Kocabicak, E., Temel, Y., Höllig, A., Falkenburger, B., & Tan, S.K. (2015). Current perspectives on deep brain stimulation for severe neurological and psychiatric disorders. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11, 1051–1066.
- Luyten, L., Hendrickx, S., Raymaekers, S., Gabriëls, L., & Nuttin, B. (2015). Electrical stimulation in the bed nucleus of the stria terminalis alleviates severe obsessive-compulsive disorder. Molecular Psychiatry. doi:10.1038/mp.2015.124
- Mak, L., Streiner, D.L., & Steiner, M. (2015). Is serotonin transporter polymorphism (5-HTTLPR) allele status a predictor for obsessive-compulsive disorder? A meta-analysis. Archives of Women's Mental Health, 18(3), 435–445. doi:10.1007/s00737-015-0526-z
- Mantione, M., Nieman, D., Figee, M., Van Den Munckhof, P., Schuurman, R., & Denys, D. (2014). Cognitive effects of deep brain stimulation in obsessive-compulsive disorder. European Neuropsychopharmacology, 24(6), S92–S93.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- McLaughlin, N.C.R., Strong, D., Abrantes, A., Garnaat, S., Cerny, A., O'Connell, C., … Greenberg, B.D. (2015). Extinction retention and fear renewal in a lifetime obsessive-compulsive disorder sample. Behavioural Brain Research, 280, 72–7.
- McLean, C.P., Zandberg, L.J., Van Meter, P.E., Carpenter, J.K., Simpson, H.B., & Foa, E.B. (2015). Exposure and response prevention helps adults with obsessive-compulsive disorder who do not respond to pharmacological augmentation strategies. The Journal of Clinical Psychiatry, 76(12), 1653–7.
- Miodownik, C., Bergman, J., Lerner, P.P., Kreinin, A., & Lerner, V. (2015). Amisulpride as add-on treatment for resistant obsessive-compulsive disorder: retrospective case series. Clinical Neuropharmacology, 38(1), 26–9.
- Pittenger, C., Bloch, M.H., Wasylink, S., Billingslea, E., Simpson, R., Jakubovski, E., … Coric, V. (2015). Riluzole augmentation in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: a pilot randomized placebo-controlled trial. The Journal of Clinical Psychiatry, 76(8), 1075–84.
- Qin, H., Samuels, J.F., Wang, Y., Zhu, Y., Grados, M.A., Riddle, M.A., … Shugart, Y.Y. (2015). Whole-genome association analysis of treatment response in obsessive-compulsive disorder. Molecular Psychiatry, (February), 1–7.
- Rector, N.A., Richter, M.A., Lerman, B., & Regev, R. (2015). A Pilot Test of the Additive Benefits of Physical Exercise to CBT for OCD. Cognitive Behaviour Therapy, 44(4), 328–40.
- Scherrer, J.F., Xian, H., Slutske, W.S., Eisen, S.A., & Potenza, M.N. (2015). Associations between obsessive-compulsive classes and pathological gambling in a national cohort of male twins. JAMA Psychiatry, 72(4), 342–9.
- Senço, N.M., Huang, Y., D'Urso, G., Parra, L. C., Bikson, M., Mantovani, A., … Brunoni, A. R. (2015). Transcranial direct current stimulation in obsessive-compulsive

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

disorder: emerging clinical evidence and considerations for optimal montage of electrodes. Expert Review of Medical Devices, 12(4), 381–91.

- Torres, A.R., Fontenelle, L.F., Shavitt, R.G., Ferr??o, Y. A., Do Ros??rio, M.C., Storch, E.A., & Miguel, E.C. (2016). Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. Journal of Affective Disorders, 190, 508–516.
- van den Heuvel, O.A., van Wingen, G., Soriano-Mas, C., Alonso, P., Chamberlain, S.R., Nakamae, T., … Veltman, D.J. (2015). Brain Circuitry of Compulsivity. European Neuropsychopharmacology (In Press), 1–18.
- van Westen, M., Rietveld, E., Figee, M., & Denys, D. (2015). Clinical Outcome and Mechanisms of Deep Brain Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder. Current Behavioral Neuroscience Reports, 2(2), 41–48.
- Vidal-Ribas, P., Stringaris, A., Rück, C., Serlachius, E., Lichtenstein, P., & Mataix-Cols, D. (2015). Are stressful life events causally related to the severity of obsessive-compulsive symptoms? A monozygotic twin difference study. European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists, 30(2), 309–16.
- Wilhelm, S., Berman, N.C., Keshaviah, A., Schwartz, R.A., & Steketee, G. (2015). Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: role of maladaptive beliefs and schemas. Behaviour Research and Therapy, 65, 5–10.
- Zai, G., Zai, C.C., Arnold, P.D., Freeman, N., Burroughs, E., Kennedy, J.L., & Richter, M.A. (2015). Meta-analysis and association of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gene with obsessive-compulsive disorder. Psychiatric Genetics, 1.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRASTORN DISMÒRFIC CORPORAL

Lorena Fernández de la Cruz
Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet

El trastorn dismòrfic corporal (TDC) consisteix en una preocupació excessiva per un defecte o imperfecció percebuts en l'aspecte físic que no són observables o semblen trets sense importància per a d'altres persones. Tot i ser un trastorn relativament freqüent (un 2% de la població el pateix) i que comporta un deteriorament significatiu de la qualitat de vida, és sovint infradiagnosticat. La consciència de malaltia dels pacients amb aquest trastorn no els convida a consultar i, normalment, és més freqüent trobar aquests pacients a les sales d'espera dels dermatòlegs i els cirurgians plàstics que no pas a les dels psicòlegs i els psiquiatres i, quan visiten aquests darrers, normalment acudeixen amb d'altres queixes com depressió o ansietat. És per això que les preocupacions per l'aspecte físic s'han d'avaluar preguntant directament, idealment a tots els pacients, de la mateixa manera que preguntem de manera rutinària per història d'atacs de pànic o ideació suïcida. Una resposta positiva a preguntes com les següents és indicativa d'un posible diagnòstic de TDC i de la necessitat d'una avaluació més completa: *"penses molt sovint en alguna característica del teu aspecte que no t'agrada?"*, *"et mires molt sovint en miralls o altres superfícies com aparadors o els vidres del cotxe per comprovar la teva aparença?"*, *"hi ha alguna característica del teu aspecte que et causi molt malestar?"*. Veale, un dels investigadors més importants a nivel mundial en el camp del TDC, i Bewley, un experimentat dermatòleg anglès, escriuen una peça prou pràctica, concisa i psicoeducativa relatant aspectes generals del trastorn i com identificar aquests pacients (Veale & Bewley, 2015). L'article està publicat ni més ni menys que al BMJ, la revista de medicina general més important d'Europa. Si us interessa el TDC i avui només teniu temps de llegir una cosa, deixeu aquest capítol i aneu a buscar aquest article.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Si, en canvi, teniu també alguns minuts per dedicar al cdscritc, en aquesta secció trobareu un tastet d'algunes de les novetats més destacades i els treballs més rellevants en TDC (a criteri de l'autora) publicats durant el 2015, incloent estudis de prevalença, neuroimatge, TDC en homes (particularment la preocupació pel penis) i tractament.

Prevalença

Brohede, Wingren, Wijma i Wijma (2015) publiquen un estudi de prevalença de TDC en dones sueques. Els autors seleccionen una mostra aleatòria de 2,891 dones d'edats compreses entre els 18 i els 60 anys i els hi passen el BDDQ (*Body Dysmorphic Disorder Questionnaire*), una mesura de TDC auto-informada que ha mostrat bones propietats psicomètriques. Els resultats indiquen que el TDC en les dones sueques és relativament comú, arribant a una prevalença del 2.1%. Un punt feble d'aquest estudi és, sens dubte, l'ús d'un qüestionari auto-informat en comptes d'una entrevista estructurada o un diagnòstic fet per un clínic, on la validesa i fiabilitat dels diagnòstics es suposen millors. Una solució per establir prevalences més acurades del trastorn seria fer una enquesta poblacional amb una mostra suficientment gran i representativa, tot i que aquests estudis són cars i sovint conduïts transversalment de manera telefònica, amb les limitacions que això comportaria en aquest cas (per exemple, no es podria determinar si el defecte pel que la persona es preocupa és objectivament notori). Aquest no és l'únic problema que tenim quan volem fer recerca epidemiològica en TDC. A molts països escandinaus, i també a d'altres països on hi ha registres com Austràlia o Xina, els estudis poblacionals basats en registres mèdics són freqüents. El problema en el cas del TDC és que, generalment, els registres utilitzen els codis de la classificació internacional de malalties (CIE) on, malauradament, el TDC es classifica amb el mateix codi en la categoria anomenada "trastorn hipocondríac", sent impossible

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

distingir el TDC del trastorn hipocondríac. És per això que no hi ha hagut estudis poblacionals basats en registres en TDC. Haurem d'esperar a la publicació de la CIE-11 (prevista pel 2018), on sembla que el TDC anirà en un apartat separat amb un codi independent (Stein, Kogan, Atmaca, Fineberg, Fontenelle, Grant, et al., 2016; Veale & Matsunaga, 2014), i a que passin uns quants anys per tal de poder acumular dades, per poder fer estudis epidemiològics en TDC tal com toca.

Comentàvem al començar que sovint el TDC passa desapercebut i és infradiagnosticat, fins i tot en pacients psiquiàtrics. Veale, Akyüz i Hodsoll (2015) estudien la prevalença de TDC en una sala d'ingrés del Regne Unit i a la vegada validen una pregunta de cribatge per al trastorn. Els investigadors fan la següent preguna a 432 pacients ingressats en una sala de psiquiatria: *"Algunes persones es preocupen molt per la seva aparença; et prepcupes molt per com et veus i desitjaries pensar-hi menys?"* Els que contesten "sí" a aquesta pregunta són posteriorment avaluats amb una entrevista diagnòstica per TDC. La prevalença de TDC en la mostra és estimada en un 5.8%. Tot i que els autors troben que la sensibilitat de la pregunta de cribatge és només moderada (76.6%) i que s'ha de millorar, valoren que pot ajudar a detectar casos de TDC. En aquesta mostra, la majoria de casos es van detectar en pacients amb diagnòstics de depressió, ús de substàncies i trastorns d'ansietat. Per tant, seria especialment important preguntar sobre preocupacions dismòrfiques als pacients amb aquests trastorns.

També dèiem que no és estrany trobar pacients amb TDC a les consultes dels cirurgians plàstics i d'especialitats similars. Aquest any, diversos estudis s'han centrat en mirar la prevalença de TDC en clíniques especialistes, com per exemple clíniques de cirurgia reconstructiva (n = 234, prevalença de TDC en pacients amb tractaments de cirurgia cosmètica = 13.1%, prevalença en pacients amb tractament de cirurgia reconstructiva = 1.8%

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

– diagnòstics fets amb el mòdul de TDC de la SCID; Dey, Ishii, Phillis, Byrne, Boahene & Ishii, 2015) o clíniques de cirurgia plàstica oculo-facial (n = 728, prevalença de TDC = 6.9% – pacients puntuant per sobre del punt de tall al *Dysmorphic Concern Questionnaire*; Woolley & Perry, 2015). Si esteu interessats en saber més sobre la freqüència de preocupacions dismòrfiques en aquest segment de pacients, Panayi (2015) ha combinat tots els estudis de prevalença de TDC en pacients que han fet cirurgia cosmètica en una revisió sistemàtica (Panayi, 2015).

Neuroimatge i TDC

Alguns estudis de neuroimatge recents han començat a delinear la neurobiologia del TDC, mostrant canvis estructurals i funcionals. El que sabem fins ara és que en el TDC trobem anormalitats al sistema límbic, en àrees relacionades amb el processament visual i al còrtex òrbito-frontal, en una mesura major que el que veiem en el trastorn obsessivocompulsiu (TOC), un trastorn molt relacionat amb el TDC, on les anormalitats es presenten més a nivell fronto-estriatal (Rossell, Harrison, & Castle, 2015). Tot i això, no hi ha hagut estudis comparant els dos trastorns directament, i aquestes conclusions provenen només de comparar els resultats d'estudis en un trastorn i l'altre. En qualsevol cas, sí que sembla que el processament visual estaria més danyat en el TDC. Rossell et al. (2015) suggereixen que els mòduls per millorar les capacitats visuals en TDC (a través de programes d'ordinador o exercicis amb miralls centrats en millorar aquestes habilitats, per exemple) haurien de ser incorporats sistemàticament en els programes de tractament (Rossell et al., 2015).

Madsen, Zai, Pirnia, Arienzo, Zhan, Moody, et al. (2015) han portat a terme l'anàlisi de neuroimatge més gran en TDC fins al moment, que inclou 49 pacients i 44 controls aparellats. Utilitzant ressonància magnètica, mesuren el gruix cortical i la substància grisa utilitzant

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

morfometria basada en vòxels, comparant els resultats en pacients i controls. A més, també investiguen la relació d'aquestes variables amb la gravetat dels símptomes, la consciència de malaltia i la presència d'ansietat en el grup de TDC. El resultat més destacat és que, en els pacients, nivells més alts d'ansietat es relacionen amb menys volum de substància grisa en la part superior esquerra del còrtex temporal i més volum de substància grisa en el nucli caudat dret. Els autors conclouen que associacions subtils amb símptomes clínics poden caracteritzar la morfologia cerebral en pacients amb TDC, més que no pas grans diferències grupals en l'estructura cerebral.

Trastorn dismòrfic corporal en homes – el cas de la preocupació pel penis

Fa temps que sabem que, contràriament al que passa per exemple en els trastorns alimentaris, el TDC no és cosa de dones, sino que és un trastorn igualment prevalent en homes. Aquest any sembla que l'interès pel TDC en homes s'ha accentuat, si tenim en compte la quantitat d'articles en aquest segment de la població. Si teniu interès en llegir una revisió sobre el TDC en homes, podeu consultar aquesta de Phillipou & Castle (2015). Els autors expliquen algunes de les característiques i particularitats del trastorn en el gènere masculí, com per exemple que la variant (o l'especificador, en llenguatge del DSM-5) anomenada "dismòrfia dels músculs" apareix més freqüentment en els nois que no pas en les noies. Sobre aquest especificador escriuen també Foster, Shorter i Griffiths (2015), que es demanen si, donades les característiques clíniques, la dismòrfia dels músculs no hauria de ser classificada com una adicció a la imatge corporal. Interessant teoria.

Ara però, si parlem de TDC en homes, el tema que ha rebut una atenció sorprenentment substancial aquest any (en comparació al que s'havia publicat abans sobre el tema) ha estat la preocupació pel penis. Tot i que en el TDC la preocupació per la imatge tendeix a estar

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

centrada en els trets facials, en la pell o els cabells, també pot estar dirigida a altres àrees del cos. En les dones no és estrany que la preocupació es centri en el tamany o la forma dels pits, així com tambe en la vulva, amb preocupacions excessives sobre, per exemple, la forma dels llavis o el seu color. En els homes amb TDC, la preocupació excesiva pel tamany o la forma del penis també és relativament prevalent. Cal recordar que, per tal de poder fer un diagnòstic de TDC, la preocupació ha d'estar basada en un tret que és imperceptible pels altres o objectivament poc rellevant. El primer pas és doncs establir què és normal i què no ho és. *Sóc normal?* Aquest és el títol de l'article de Veale i els seus col.laboradors (Veale, Miles, Bramley, Muir & Hodsoll, 2015), que han fet una revisió sistemàtica de tots els estudis fins a dia d'avui que han mesurat el tamany del penis. Amb una mostra final de 15,521 homes, creen uns nomogrames (perquè us feu una idea, això són unes gràfiques semblants a les corves de creixement dels nens) assignant percentils a cada mesura del penis en estat flàccid, estirat (flàccid) i erecte. Sens dubte, un article molt útil per establir normalitat.

Pel que fa a les característiques clíniques d'aquest grup de pacients, Veale, Miles, Read, Troglia, Carmona, Fiorito, et al. (2015a) han mostrat que els homes amb TDC preocupats pel tamany o la forma del seu penis tenen puntuacions més altes en evitació, cerca de conductes de seguretat i psicopatologia general, comparats amb homes amb ansietat degut al tamany del seu penis (però sense TDC) i controls sense aquesta preocupació. La preocupació pel penis en el TDC afecta també al funcionament sexual. Veale, Miles, Read, Troglia, Wylie i Muir (2015) veuen que els homes amb TDC i aquesta preocupació tenen més disfunció erèctil i menys satisfacció durant el sexe que els controls.

En darrer lloc, farem referència a una escala desenvolupada per identificar els homes amb preocupació pel penis en el contexte del TDC, també per l'equip d'en Veale & co. (Veale,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Miles, Read, Troglia, Carmona, Fiorito, et al., 2015b). Aquesta escala, batejada COPS-P (*Cosmetic Procedure Screening Scale for Penile Dysmorphic Disorder*), mostra bones propietats psicomètriques i discrimina entre pacients amb TDC amb preocupació pel penis, homes amb ansietat degut a la mida del seu penis (però sense TDC) i controls. Els autors suggereixen que aquesta breu escala (9 ítems) pot ser utilitzada en les avaluacions de TDC en homes o com a mesura de canvi abans i després del tractament.

Tractament

Aquest any s'ha publicat el primer estudi controlat aleatoritzat (ECA) avaluant l'eficàcia de la teràpia cognitivoconductual (TCC) pel tractament de nens i adolescents amb TDC. Mataix-Cols, Fernández de la Cruz, Isomura, Anson, Turner, Monzani, et al. (2015) van reclutar 30 pacients d'entre 12 i 18 anys i els van assignar de manera aleatòria a un grup de TCC, consistent en 14 sessions de tractament individual, o a un group control, consistent en psicoeducació (sense incloure cap element relacionat amb l'exposició) i trucades telefòniques setmanals per controlar el risc (ja sabeu que el risc de suïcidi en els pacients amb TDC és força elevat, per la qual cosa monitoritzar el risc es fa imprescindible). Els dos grups van ser comparats al principi del tractament, a la sessió 7, al final del tractament i dos mesos després de la finalització d'aquest. Els resultats van ser favorables al grup de TCC, amb una mida de l'efecte (*d* de Cohen) d'1.13 al final del tractament i de 0.85 als dos mesos de seguiment. Els autors conclouen que, tot i que la millora amb el tractament amb TCC és significativa, encara hi ha molt marge de millora, ja que només un 40% dels pacients en tractament van poder ser classificats com a responedors al final del tractament (versus un 6.7% en el grup control). En qualsevol cas, l'estudi mostra per primera vegada que la TCC és aplicable en un grup d'adolescents amb resultats raonablement bons.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Però, i com són d'estables els resultats de la TCC per TDC? Fins ara hi ha hagut alguns estudis amb seguiments de fins a sis mesos, però cap a més llarg termini. Veale, Miles i Anson (2015) analitzen els resultats a llarg termini del seu ECA de TCC per TDC publicat l'any passat (Veale, Anson, Miles, Pieta, Da Costa, A. & Ellison, 2014). Dels 39 pacients de l'estudi original, en segueixen 30 durant un període d'entre 1 i 4 anys després del tractament. En general, troben que els resultats es mantenen al llarg del temps, tot i que al seguiment hi ha un percentatge lleugerament inferior de pacients que complirien els criteris de millora del trastorn (51.3% a l'acabar el tractament versus 46.2% al seguiment). També troben que un nombre significatiu de pacients mantenen símptomes de manera crònica tant al final del tractament com al seguiment. Aquests pacients són els que poder necessiten una intervenció o bé més llarga o bé més intensiva, i són possiblement els que es poden beneficiar d'un tractament combinat amb medicació. En qualsevol cas, encara no hi ha cap ECA comparant l'eficàcia de la TCC i la medicació, o la seva combinació, de manera que no sabem si afegir fàrmacs suposaria una avantatge.

I acabarem amb un altre estudi de tractament, el primer en avaluar l'eficàcia d'un programa d'exposició pel TDC basat en la teràpia d'acceptació en una petita mostra de 21 pacients (Linde, Rück, Bjureberg, Ivanov, Djurfeldt & Ramnerö, 2015). Donades les dificultats per tractar aquest trastorn, els autors exploren aquesta modalitat de tractament en un programa grupal de 12 setmanes consistent principalment en psicoeducació i exercicis d'exposició per promoure l'accepació del disconfort intern. Els pacients van mostrar millores molt significatives del pre- al post-tractament, i aquests guanys es van mantenir després de 6 mesos. Esperarem als resultats d'un futur ECA testant aquest tractament, però els resultats d'aquest pilot semblen prou prometedors.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Referències

- Brohede, S., Wingren, G., Wijma, B., & Wijma, K. (2015). Prevalence of body dysmorphic disorder among Swedish women: a population-based study. Comprehensive Psychiatry, 58, 108-115.
- Dey, J.K., Ishii, M., Phillis, M., Byrne, P.J., Boahene, K.D., & Ishii, L.E. (2015). Body dysmorphic disorder in a facial plastic and reconstructive surgery clinic: measuring prevalence, assessing comorbidities, and validating a feasible screening instrument. JAMA Facial Plastic Surgery, 17(2), 137-143.
- Foster, A.C., Shorter, G.W., & Griffiths, M.D. (2015). Muscle dysmorphia: could it be classified as an addiction to body image? Journal of Behavioral Addictions, 4(1), 1-5.
- Linde, J., Rück, C., Bjureberg, J., Ivanov, V.Z., Djurfeldt, D.R., & Ramnerö, J. (2015). Acceptance-based exposure therapy for body dysmorphic disorder: A pilot study. Behavior Therapy, 46(4), 423-431.
- Madsen, S.K., Zai, A., Pirnia, T., Arienzo, D., Zhan, L., Moody, T.D., et al. (2015). Cortical thickness and brain volumetric analysis in body dysmorphic disorder. Psychiatry Research, 232(1), 115-122.
- Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Isomura, K., Anson, M., Turner, C., Monzani, B., et al. (2015). A pilot randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for adolescents with body dysmorphic disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54(11), 895-904.
- Panayi, A. (2015). The prevalence of body dysmorphic disorder in patients undergoing cosmetic surgery: a systematic review. Psychiatria Danubina, 27 Suppl 1, S438-444.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Philipou, A. & Castle, D. (2015). Body dysmorphic disorder in men. Australian Family Physician, 44(11), 798-801.
- Rossell, S.L., Harrison, B.J., & Castle, D. (2015). Can understanding the neurobiology of body dysmorphic disorder (BDD) inform treatment? Australasian Psychiatry, 23(4), 361-364.
- Stein, D.J., Kogan, C.S., Atmaca, M., Fineberg, N.A., Fontenelle, L.F., Grant, J.E., et al. (2016). The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. Journal of Affective Disorders, 190, 663-674.p
- Veale, D., Akyüz, E.U., & Hodsoll, J. (2015). Prevalence of body dysmorphic disorder on a psychiatric inpatient ward and the value of a screening question. Psychiatry Research, 230(2), 383-386.
- Veale, D., Anson, M., Miles, S., Pieta, M., Da Costa, A., & Ellison, N. (2014). Efficacy of cognitive behavior therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: A randomised controlled trial. Psychotherapy and Psychosomatics, 83(6), 341-353.
- Veale, D. & Bewley, A. (2015). Body dysmorphic disorder. BMJ,350:h2278.
- Veale, D. & Matsunaga, H. (2014). Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: proposals for ICD-11. Revista Brasileira de Psiquiatria, 36, Suppl. 1, 14-20.
- Veale, D., Miles, S., & Anson, M. (2015). Long-term outcome of cognitive behavior therapy for body dysmorphic disorder: A naturalistic case series of 1 to 4 years after a controlled trial. Behavior Therapy, 46(6), 775-785.
- Veale, D., Miles, S., Bramley, S., Muir, G., & Hodsoll, J. (2015). Am I normal? A systematic review and construction of nomograms for flaccid and erect penis length and circumference in up to 15,521 men. BJU International, 115(6), 978-986.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Veale, D., Miles, S., Read, J., Troglia, A., Carmona, L., Fiorito, C., et al. (2015a). Phenomenology of men with body dysmorphic disorder concerning penis size compared to men anxious about their penis size and to men without concerns: a cohort study. Body Image, 13, 53-61.
- Veale, D., Miles, S., Read, J., Troglia, A., Carmona, L., Fiorito, C., et al. (2015b). Penile Dysmorphic Disorder: Development of a Screening Scale. Archives of Sexual Behavior, 44(8), 2311-2321.
- Veale, D. ,Miles, S., Read, J., Troglia, A., Wylie, K., & Muir, G. (2015). Sexual Functioning and Behavior of Men with Body Dysmorphic Disorder Concerning Penis Size Compared with Men Anxious about Penis Size and with Controls: A Cohort Study. Sexual Medicine, 3(3), 147-155.
- Woolley, A.J. & Perry, J.D. (2015). Body dysmorphic disorder: prevalence and outcomes in an oculofacial plastic surgery practice. American Journal of Ophtalmology, 159(6), 1058-1064.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Trastorns afectius

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

DEPRESSIÓ CRÒNICA

Joana Guarch i Domènech i Amadeu Obach i Vidal
Servei de Psiquiatria i Psicologia Clínica. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic. Barcelona

Els articles de la revisió d'enguany han estat seleccionats en base a combinar a la base de dades *PubMed* les següents entrades: *Chronic Depression*, *Persistent Depressive Disorder* i *Dysthymic Disorder* amb *Psychological treatment* i *Cognitive-behavioral treatment*.

Malgrat que en la revisió de l'any passat alguns articles advertien del risc que amb els nous criteris diagnòstics del DSM-5 per l'antiga distímia, ara Trastorn Depressiu Persistent (TDP), els pacients amb Trastorn Depressiu Major de duració superior a dos anys quedessin exclosos de la recerca sobre depressió crònica, dels estudis revisats publicats al 2015 no se'n deriva aquesta possibilitat. Ans al contrari, encara que orientats a diferents propòsits, epidemiologia (Markkula et al., 2015), recerca clínica (Brockmeyer, Kulessa, Hautzinger, Bents, & Backenstrass, 2015; Chambers et al., 2015; Köhler et al., 2015; Renner, Siep, Lobbestael, Arntz, Peeters, & Huibers, 2015), terapèutica (Hellerstein et al., 2015) o protocols d'estudis en curs (Lynch et al., 2015; Cladder-Micus, Vrijsen, Becker, Donders, Spijker, & Speckens, 2015) els articles d'enguany tots coincideixen en emfatitzar les diferències entre les presentacions cròniques i les episòdiques del TDM.

Aquesta cronicitat és però entesa de manera poc consensuada entre els equips de recerca; alguns argumenten a favor d'aquesta denominació més integradora (Trastorn Depressiu Persistent) del DSM-5 mentre que d'altres adverteixen del risc d'incloure en una mateixa etiqueta diagnòstica trastorns independents (o diferenciats). Els estudis revisats treballen amb

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

diferents conceptes de TDM no episòdic: Trastorn Depressiu Major Crònic, amb duració de símptomes superior a 2 anys, Trastorn Depressiu Major Resistent al Tractament, (amb persistència de la clínica durant un període superior a 1 any i diferents criteris sobre el nombre d'assajos terapèutics correctes en aquest període), el concepte Depressió Refractària, que engloba els dos anteriors (Lynch et al., 2015) i que alguns creuen que no s'ha d'incloure dins del grup Depressió crònica (Köhler et al., 2015) i el Trastorn Distímic. Per tant, persisteixen les limitacions per a poder generalitzar les conclusions dels diferents treballs; i entenem que això deriva de l'heterogeneïtat que existeix dins de l'entitat diagnòstica TDM unipolar.

Diferències entre formes cròniques i no-cròniques del trastorn depressiu. Dades

Malgrat les limitacions comentades, considerant globalment les dades dels diferents estudis, es confirmen diverses condicions associades específicament a la cronicitat que ja havíem destacat en revisions d'anys anteriors.

Köhler et al. (2015) presenten un treball en el que estudien, retrospectivament, característiques i diferències entre pacients amb depressió crònica i no crònica en els patrons de resposta al tractament i en condició d'ingrés hospitalari. La seva mostra no inclou pacients amb Distímia, perquè en ser un trastorn amb clínica menys severa, habitualment aquests pacients no requereixen ingrés. Les seves dades deriven d'un estudi multicèntric RCT més ampli (GAP) que compara la utilitat d'aplicar un algoritme per a decidir diferents opcions de tractament, seqüencialitzades *versus* TAU. En la introducció del seu treball revisen la bibliografia sobre correlats clínics de la Depressió Crònica i descriuen, amb les corresponents cites, els següents factors de risc: inici prematur de la clínica depressiva, sovint associat a "traumes" a la infància, major duració de l'episodi depressiu, més història familiar de trastorns afectius, major comorbiditat psiquiàtrica tant en Eix I com II, baixa severitat de la

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

simptomatologia depressiva però amb curs evolutiu més greu per un major risc de conducta suïcida i pitjors nivells d'integració i funcionament psicosocial. Altres treballs insisteixen en aquestes repercussions, donat que sembla que aquest pobre funcionament laboral (i psicosocial) persisteix fins i tot en pacients que responen a la medicació (Hellerstein et al., 2015). Köhler et al. (2015) troben que els pacients amb depressió crònica presenten una clínica més severa que els pacients no crònics, i per això els ingressos són més llargs en nombre de dies d'estada; però aquesta dada, discrepant amb la resta de la bibliografia, l'atribueixen a què la seva mostra està constituïda per pacients ingressats –indicatiu de gravetat clínica-, i per tant no és generalitzable a tots els pacients crònics. Les dades de les revisions són inconsistents pel que fa a l'associació amb trastorns de la personalitat: alguns troben una major associació amb trastorns de l'Eix I, respecte pacients amb depressió no-crònica (Köhler et al., 2015), i altres (Brockmeyer et al., 2015.) descriuen treballs que relacionen de forma més consistent el trastorn depressiu crònic amb el trastorn de personalitat per evitació. És interessant destacar que cap dels treballs troben diferències pel gènere, el nivell educatiu i l'estatus marital entre els seus pacients amb depressió crònica comparats amb depressió no-crònica (Brockmeyer et al., 2015; Khöler et al., 2015; Markkula et al., 2015).

Tenint en compte els diferents tipus d'estudis dels que procedeixen aquestes dades, considerem que és difícil emmarcar aquestes característiques específiques de la cronicitat del trastorn depressiu com a factors de risc o pronòstic, o bé com a conseqüències de la llarga duració dels símptomes, essent més adient entendre-ho com a correlats d'aquesta.

Cap a una major comprensió i atenció a la cronicitat

Dels treballs de recerca clínica revisats, el que ens sembla més destacable, amb independència dels resultats obtinguts, és l'èmfasi que tots posen en aspectes específics de la

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

simptomatologia depressiva crònica, en particular a factors “psicològics”, com l’evitació o estils de processament de la informació, amb un valor pretesament explicatiu de la cronicitat de la simptomatologia i de les seves repercussions.

Brockmeyer et al. (2015), comparant pacients amb depressió crònica, depressió episòdica i controls no-pacients, estudien l’evitació cognitiva, conductual i emocional dels pacients amb depressió, especialment els processos de desenvolupament i manteniment de la depressió crònica. Els autors assumeixen la definició de l’evitació cognitivoconductual com la disminució d’atenció cap a pensaments desagradables i la retirada d’activitats molestes, i la de l’evitació emocional com una reducció de l’acceptació i expressió de les emocions, i de l’atenció a aquestes. Troben una relació entre la cronicitat de la depressió i alguns subtipus d’evitacions cognitives, conductuals i emocionals, comparables al concepte “alexitímia”, que és el tipus d’evitació que discrimina millor pacients amb depressió crònica de pacients amb depressió episòdica i controls no-pacients, suposadament causant malestar interpersonal i reducció del suport social, i mantenint així la simptomatologia depressiva. Malgrat que no hi ha relacions entre tots els subtipus d’evitació i la cronicitat, sí que l’extensió total de l’evitació es relaciona amb la severitat subjectiva de la simptomatologia depressiva en pacients amb depressió crònica, indicant la seva rellevància clínica. Davant d’aquesta relació, suggereixen tractaments per a aquests pacients crònics que es focalitzin especialment en els processos d’evitació, com el Sistema de Psicoteràpia d’Anàlisi Cognitiu-Conductual (CBASP) de McCullough, o tècniques cognitivoconductuals, com per exemple la confrontació de situacions evitades, que redueixin l’impacte de l’evitació.

Renner et al. (2015) busquen els correlats neuronals, mitjançant fMRI, del característic estil de processament negatiu de la informació, i en concret del processament auto-referencial i les

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

auto-associacions. Els autors troben diferències significatives consistents entre l'activació del còrtex prefrontal medial esquerre (mPFC) de pacients afectats de depressió crònica i controls no-pacients, existint una menor intensitat de la senyal en el mPFCesquerre en pacients amb depressió crònica respecte controls no-pacients al presentar-se paraules de contingut negatiu (tot i que un patró similar, malgrat que no significatiu, també existeix amb paraules de contingut positiu). Aquest fet és congruent amb la idea de que els pacients amb depressió crònica tenen una resposta atenuada davant tots els estímuls emocionals, estant una atenuació de la resposta emocional davant estressors negatius especialment associada a la cronicitat de la depressió. A més, el processament de paraules de trets positius de la personalitat *vs* paraules neutres s'associa amb més activitat neuronal al còrtex prefrontal dorsolateral esquerre (dlPFC) en controls no-pacients que en pacients amb depressió crònica, en la línia d'estudis previs que suggereixen una reducció de l'activitat del dlPFC en processar paraules positives *vs* neutres en pacients deprimits. Els resultats tenen però un interès, de moment limitat, pel fet que el grup control està format per no-pacients, i el rellevant fóra la comparació amb pacients amb depressió no crònica.

Finalment Hellerstein et al. (2015) presenten dades sobre un protocol de tractament que adapta la Teràpia d'Activació Conductual enfocant-la específicament a les repercussions socio-laborals dels trastorns depressius crònics, donada la freqüent persistència d'aquesta incapacitació socio-laboral, i també altres correlats del trastorn com evitació conductual, desmoralització o aïllament social fins i tot quan la simptomatologia ha remès, segons aquests mateixos autors. Des d'un model conductual de la depressió, es centren en millorar el funcionament socio-laboral de pacients amb depressió crònica que han respost a la medicació, per treballar específicament patrons d'evitació cognitiva i conductual que, afirmen, són factors mantenidors de la simptomatologia depressiva. Els autors adapten el protocol de

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

tractament de l'Activació Conductual (Kanter et al., 2009) a aquest objectiu, denominant la seva teràpia BA-W (Activació Conductual per tornar a la feina). En l'estudi, els pacients milloren el nivell de funcionament laboral i també el funcionament general, suggerint, malgrat les limitacions metodològiques, efectes sinèrgics entre el tractament farmacològic i la BA-W. No oblidem però que és un tractament per a pacients amb millora significativa de la clínica depressiva, i per tant la teràpia va focalitzada a la disminució de les repercussions del trastorn, i no als símptomes.

Noves propostes terapèutiques: estudis en desenvolupament

Insistint en trobar elements terapèutics específics a les característiques de la cronicitat per afegir o complementar als tractaments que ja han demostrat eficàcia, però que són insuficients -farmacològics o psicològics- dos equips de recerca dissenyen o adapten tractaments per a aquests pacients i descriuen els protocols dels seus estudis RCT per avaluar-ne l'eficàcia.

Claddeer-Micus et al. (2015) pretenen investigar si la Teràpia Cognitiva basada en *Mindfulness* (MBCT) pot tenir utilitat en aquests pacients. Descriuen que si en un període de 12 mesos de tractament d'un episodi depressiu no hi ha una recuperació suficient, el risc per a una evolució cronificada s'incrementa significativament; qüestionen que en el concepte de Depressió Resistent al tractament només s'hi consideri la resposta a tractaments farmacològics i no als psicològics que disposen d'evidència (CBT i IPT); però en tot cas també aporten bibliografia de l'elevat nombre de casos que no milloren malgrat la combinació terapèutica fàrmacs i psicoteràpia. Per això justifiquen la necessitat d'aplicar i validar l'eficàcia de noves opcions de tractament per a la depressió crònica –que assimilen a la depressió resistent- que incideixin en el patrons de pensaments desadaptatius. Pels autors, l'especificitat de la depressió crònica és que aquests patrons desadaptatius de pensament ja

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

han esdevingut habituals i per tant ja no depenen només de la presència de símptomes depressius actius, i ni tan sols es poden considerar reaccions a emocions i pensaments negatius; associant-se la seva persistència al manteniment i recurrència de la clínica depressiva. La MBCT ensenya a reconèixer i a tolerar pensaments i emocions negatives, sense qüestionar-los ni jutjar-los; i planteja que en tenir una major consciència dels estils de pensament negatius (per exemple: l'evitació o la cavil·lació o ruminació) les persones poden aprendre a desenganxar-se'n deliberadament. Malgrat que els estudis amb MBCT no arriben a demostrar evidència de nivell I per la seva eficàcia en la Depressió (d'acord amb les revisions d'Hunnot et al. (2013) i Strauss, Cavanagh, Oliver i Pettman (2014)), els autors d'aquest estudi pilot revisen bibliografia que recolza la utilitat de la MBCT en la prevenció de recaigudes en pacients amb depressió recurrent, i en la disminució de símptomes residuals en pacients ja en remissió, i fins i tot en pacients amb clínica activa. En el seu estudi compararan l'efecte additiu de la MBCT al tractament usual; així, l'aleatorització dels casos tindrà la branca MBCT+TAU des de l'inici i la branca TAU durant 3 mesos i MBCT+TAU a continuació. El tractament MBCT consisteix en 8 sessions setmanals, en format grupal, de 2,5 hores de duració i una sessió addicional, entre la cinquena i la sisena, d'un dia de duració dedicat íntegrament a la pràctica silenciosa de la meditació, seguint el protocol de tractament manualitzat de Segal, William i Teasdale (2012); la condició TAU consisteix en qualsevol opció de tractament que el propi pacient o l'especialista en salut mental consideri necessari. Ambdós grups inclouen pacients a partir de 18 anys, amb diagnòstic de trastorn depressiu major de duració mínima de 12 mesos, nivells de severitat de símptomes de moderada a greu i que en l'episodi actual han seguit, com a mínim, un assaig terapèutic d'antidepressiu a dosis adequades durant més de 4 setmanes i tractament psicològic CBT o IPT durant un mínim de 10 sessions.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Per altra banda, Lynch et al. (2015) proposen un nou tractament psicològic, específicament dissenyat per a la Depressió Refractària i per a la complexitat clínica associada a la cronicitat. Deriva de la teràpia dialèctica conductual, i el denominen "Radically Open-Dialectical Behavior Therapy" (RO-DBT) perquè hi inclouen tots els pacients que habitualment s'exclouen en altres treballs per l'edat, pel risc de suïcidi o per presentar trastorns de personalitat comòrbids als símptomes depressius. És un estudi RCT multicèntric, (REFRAMED), en l'àmbit dels serveis del Sistema Nacional de Salut que s'aplicarà a tres zones geogràfiques de Gran Bretanya. Estudien l'efectivitat de la RO-DBT en disminuir els símptomes depressius en aquests pacients refractaris, que han d'haver presentat dos o més episodis depressius previs o complir criteris de trastorn depressiu crònic, en comparació al tractament usual (qualsevol tractament psicològic, excepte DBT, o tractament farmacològic durant mínim de 6 setmanes a dosis adequades i sense resposta clínica). El tractament RO-DBT consisteix en 29 sessions individuals, setmanals i 50-60 minuts de durada, i simultàniament 25 sessions grupals de dues hores i mitja de durada i aplicades com una classe d'entrenament d'habilitats. Deixant al marge aspectes metodològics de l'estudi i el model "neurobiosocial" en què l'autor basa la RO-DBT, el que sembla interessant del programa terapèutic és que les àrees a treballar en el tractament s'ajusten a les dificultats que observem de manera característica en aquests pacients en la nostra pràctica clínica habitual. Proposen que en la depressió crònica, com en altres trastorns, l'excés d'autocontrol en l'expressió de les emocions s'associa a l'aïllament social i a un funcionament interpersonal distanciat, una expressió emocional poc sincera i poc espontània i a un perfeccionisme desadaptatiu. Particularment, segons els autors, els pacients amb depressió crònica mostren, com un exemple d'aquest sobre-control, una major tendència a l'autocrítica, dèficits en l'autonomia, expectatives internalitzades molt rígides i temors excessius de cometre errors. Així, la proposta de tractament jerarquitza els objectius terapèutics en els següents mòduls: ideació

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

suïcida i conductes autolítiques, intents de trencar l'aliança terapèutica (es treballen les percepcions del pacient sobre la teràpia) i conductes relacionades amb un control excessiu (expressió emocional restringida, conductes no dependents de l'humor sinó autoimposades per complir amb les "regles", contactes interpersonals distants i estil de relació social basat en la comparació amb els altres). En l'estudi de resultats no només es tindrà en compte l'efecte en disminuir els símptomes clínics sinó també la influència de factor mediadors, com l'aliança terapèutica.

Article recomanat

Recomanem la lectura del treball de l'equip de Chambers et al. (2015) sobre les estratègies d'automaneig de la depressió de llarga duració: les diferencia de les intervencions d'autoajuda i d'autocura, que precisen de la intervenció o supervisió d'un professional –amb més o menys freqüència- , i les defineix, en el cas particular de la depressió crònica, com aquelles metodologies, habilitats i estratègies que la persona desenvolupa –sense suport dels professionals- per tenir o cercar recursos per a manegar la seva pròpia vida i les influències ambientals i augmentar la sensació de control. L'objectiu pretès és tenir informació de primera mà per decidir si cal que l'administració o els dispositius de salut desenvolupin recursos alternatius o complementaris al tractament dels símptomes, per a benefici dels pacients ja des del primer episodi depressiu. L'interessant d'aquest treball és que la identificació de les estratègies s'ha fet des de la perspectiva dels pacients, de persones que estan o han estat afectades pel trastorn i que han col·laborat en l'estudi de diversa manera (entrevistes individuals, grups de discussió). S'ha aplicat una metodologia d'Anàlisis Fenomenològic per a organitzar la informació proporcionada, i els temes considerats, debatuts i consensuats s'han concretat en 4 factors principals: l'experiència de la depressió,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

l'autoconcepte, l'impacte de l'entorn -en sentit ampli: serveis, estigmatització, accés a la informació...- i les estratègies d'automaneig.

Creiem que és una bona manera de completar la informació que deriva dels estudis de 2015 i que hem enfocat cap a una millor comprensió del què és la depressió crònica.

Referències

- Brockmeyer, T., Kulessa, D., Hautzinger, M., Bents, H., & Backenstrass, M. (2015). Differentiating early-onset chronic depression from episodic depression in terms of cognitive-behavioral and emotional avoidance. Journal of Affective Disorders, 175, 418-423.
- Chambers, E., Cook, S., Thake, A., Foster, A., Shaw, S., Hutten, R., Parry, G., & Ricketts, T. (2105). The self-management of longer-term depression: learning form the patient, a qualitative study. BMC Psychiatry, 15: 172, 1-16.
- Cladder-Micus, M.B., Vrijsen, J.N., Becker, E.S., Donders, R., Spijker, J., & Speckens, A.E.M. (2015). A randomized controlled trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) versus treatment-as-usual (TAU) for chronic treatment-resistant depression: study protocol. BMC Psychiatry, 15: 275, 1-8.
- Hellerstein, D.J., Erickson, G., Stewart, J.W., McGrath, P.J., Hunnicutt-Ferguson, K., Reynolds, S.K., O'Shea, D., Chen, Y., Withers, A., & Wang, Y. (2105). Behavioral activation therapy for return to work in medication-responsive chronic depression with persistent psychosocial dysfunction. Comprehensive Psychiatry, 57, 140-147.
- Hofmann, S.G., Asmundson, G.J.G., & Beck, A.T. (2013). The Science of Cognitive Therapy. Behaviour Therapy, 44, 199-212.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Hunot, V., Moore, T.H.M., Caldwell, D.M., Furukawa, T.A., Davies, P., Jones, H.,Honyashiki, M., Che, P., Lewis, G., & Churchill, R. (2103). "Third wave" cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression (Review). Cochrane Database Syst Rev. Issue 10.
- Kanter, J.W., Busch, A.M., & Rusch, L.C. (2009). Behavioral Activation,. Distinctive Features. New York. Routledge.
- Köhler, S., Wiethoff, K., Ricken, R., Stamm, T., Baghai, T.C., Fisher, R., Seemüller, F., Brieger, P., Cordes, J., Malevani, J., Laux, G., Hauth, I., Möller, H-J., Zeiler, J., Heinz, A., Bauer, M., & Adli, M. (2015). Characteristics and differences in treatment outcome of inpatients with chronic vs. Episodic major depressive disorders. Journal of Affective Disorders, 173, 126-133.
- Lynch, T.R., Whalley, B., Hempel, R.J., Byford, S., Clarke, P., Clarke, S., Kingdon, D., O'Mahen, h., Russell, I.T., Shearer, J., Stanton, M., Swales, M., Watkins, A., & Remington, B. (2105). Refractory depression: mechanism and evaluation of radically open dialectical behaviour therapy (RO-DBT) [REFRAMED]: protocol for randomised trial. BMJ Open, 5:e008857.
- Markkula, N., Suvisaari, J., Saarni, S., Pirkola, S., Peña, S., Saarni, S., Ahola, K., Mattila, A.K., Viertiö, S., Strehle, J., Koskinen, S., & Härkänen, T. (2105). Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up – Results from the Finnish Health 2011 Survey. Journal of Affective Disorders, 173, 73-80.
- McCullough, J.P. Jr. (2000). Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). New York. Guilford Press.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Renner, F., Siep, N., Lobbestael, J., Arntz, A., Peeters, P.P.M.L., & Huibers, M.J.H. (2015). Neural correlates of self- referential processing and implicit self-associations in chronic depression. Journal of Affective Disorders, 186, 40-47.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York. Guilford Press.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2104). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. PLoSOne. Apr 24; 9(4).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRASTORN BIPOLAR

María Reinares i Eduard Vieta
Programa de Trastorns Bipolars, Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona. IDIBAPS. CIBERSAM.

Malgrat la importància de complementar el tractament farmacològic amb abordatges psicològics que facilitin al pacient estratègies per a un millor maneig de la malaltia, un estudi portat a terme a EEUU referia que tan sols una minoria de pacients bipolars (aproximadament un 30%) rebien tractament psicològic (Sylvia et al., 2015). En analitzar les característiques de la població que demandava psicoteràpia van observar que es tractava de pacients amb major risc de suïcidi i comorbiditat amb trastorns d'ansietat. El baix percentatge de pacients que reben tractament psicològic contrasta amb la recomanació d'introduir un tractament integral al més aviat possible per tal de reduir el potencial deteriorament de la malaltia quan no es tracta correctament des de les fases inicials (Grande, Berk, Birmaher, & Vieta, 2015).

En relació a l'ús d'intervencions psicològiques tant en població de risc com a l'inici de la malaltia, una revisió indicava que les millores es donaven particularment sobre la simptomatologia depressiva, i assenyalava que la majoria d'abordatges consistien en adaptacions de tractaments dissenyats per a població adulta sense tenir presents els processos maduratius i les dificultats més específiques d'aquesta població (Vallarino et al., 2015). Destacava l'heterogeneïtat entre estudis i en la pròpia definició de la població, a més de les limitacions que l'absència de seguiment en la trajectòria de la malaltia suposa tant en relació al diagnòstic com a l'hora d'analitzar la potencialitat preventiva d'una determinada intervenció sobre el desenvolupament del trastorn. Una dada interessant, i en certa mesura sorprenent, era que el 40% de la població de risc rebia tractament farmacològic; això planteja

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

molts dubtes en relació a l'abordatge més recomanable per a aquesta població, els seus riscos i beneficis.

A continuació farem un repàs dels principals estudis publicats durant l'any 2015 en el marc de determinats tractaments psicològics:

Teràpia cognitivoconductual. En pacients bipolars amb debut en els últims 5 anys, Jones et al. (2015) van assenyalar l'eficàcia de la teràpia cognitivoconductual en la prevenció de recaigudes. Resultats que reforcen la importància d'introduir aquesta intervenció al més aviat possible, ja que estudis previs indicaven que la resposta terapèutica es reduïa en pacients amb major nombre d'episodis. Els beneficis de la teràpia cognitivoconductual també es destaquen en una revisió sobre l'efectivitat de les intervencions psicològiques per a pacients bipolars amb trastorns d'ansietat (Stratford, Cooper, Di, Simplicio, Blackwell, & Holmes, 2015).

Teràpia dialèctico-conductual. En població bipolar adolescent, els resultats d'un estudi pilot van indicar la superioritat d'aquesta intervenció sobre la simptomatologia depressiva i la ideació suïcida, en ser comparada amb un abordatge consistent en oferir suport, psicoeducació i tècniques cognitivoconductuals (Goldstein et al., 2015).

Teràpia interpersonal i de ritmes socials. Al llarg de l'any 2015 s'han publicat molts estudis sobre les alteracions dels ritmes circadians en el trastorn bipolar i el seu impacte sobre el curs de la malaltia (Bellivier, Geoffroy, Etain, & Scott, 2015; Alloy, Nusslock, & Boland, 2015; Abreu, & Braganca, 2015; Pinho et al., 2015; Ritter et al., 2015). Un dels abordatges que treballa principalment sobre aquest component és la teràpia interpersonal i de ritmes socials. Tot i així, un estudi randomitzat amb un grup de 100 pacients d'entre 15 i 36 anys que

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

van rebre aquesta intervenció o teràpia de suport va indicar que els dos grups milloraven en simptomatologia maníaca, depressiva i funcionament social (Inder et al., 2015).

Psicoeducació. Una revisió sistemàtica (Bond & Anderson, 2015) indicava que la psicoeducació era eficaç en la prevenció de recaigudes especialment de tipus hipomaníac/maníac. El format grupal, però no l'individual, es va mostrar eficaç tant per a la profilaxis de mania com de depressió. Part de l'heterogeneïtat en els resultats obtinguts tenen a veure amb la variabilitat existent entre els estudis que discrepen en hores de teràpia i durada del seguiment.

Abordatge familiar. Donada l'estreta relació entre atmosfera familiar i curs de la malaltia en trastorns psicòtics i afectius (Koutra et al., 2015), aquestes intervencions haurien d'ocupar un lloc fonamental en l'abordatge terapèutic. L'any 2015 es va publicar un manual dirigit a terapeutes sobre l'ús de l'abordatge familiar de tipus psicoeducatiu pel treball amb familiars de pacients amb trastorn bipolar (Reinares et al., 2015). La intervenció que es presenta havia estat prèviament testada i demostrat el seus beneficis tant sobre els familiars com sobre l'evolució de la malaltia. També s'han publicat un parell de revisions sobre l'eficàcia de les intervencions psicosocials (Frias, Palma, & Farriols, 2015) i, concretament, sobre la intervenció familiar (Young & Fristad, 2015), en població infantil i adolescent. Així com una subanàlisi sobre moderadors de la resposta terapèutica a l'abordatge familiar (Weinstein, Henry, Katz, Peters, & West, 2015).

Rehabilitació cognitiva. Demant et al. (2015) van dur a terme un assaig amb pacients bipolars en remissió parcial i queixes cognitives que van ser assignats a 12 sessions grupals de rehabilitació cognitiva (dues hores dividides en psicoeducació, entrenament en estratègies

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

cognitives i finalment exercicis mitjançant l'ordinador) o a tractament habitual. No es van obtenir diferències entre els dos grups tant en funcionament cognitiu com psicosocial, tan sols en una mesura subjectiva d'agudesa cognitiva (setmana 12), qualitat de vida i fluïdesa visual (setmana 26) que van millorar amb rehabilitació cognitiva. Els autors suggereixen que potser són necessàries intervencions més intenses i individualitzades per tal de millorar el rendiment cognitiu. Estudis recents destaquen el paper que podria jugar la reserva cognitiva (Anaya et al., 2015), i també la cognició social (Samame, Martino, & Strejilevich, 2015; Lahera et al., 2015), en el trastorn bipolar i promouen la seva consideració en la recerca clínica.

Rehabilitació funcional. Una subanàlisi d'un estudi multicèntric que comparava 21 sessions grupals de 90 minuts d'aquesta intervenció amb psicoeducació grupal i tractament habitual, va confirmar que en analitzar específicament la submostra de pacients amb trastorn bipolar tipus II es confirmaven els beneficis de la rehabilitació sobre el funcionament psicosocial general, a més d'observar-se una millora en la simptomatologia depressiva subclínica, encara que la interacció tractament i grup no va ser significativa per a les variables neurocognitives (Sole et al., 2015).

Mindfulness. Alguns estudis en curs estan avaluant els efectes del mindfulness en pacients amb trastorn bipolar (Cotton et al., 2015; Murray et al., 2015) però cap dels estudis publicats en 2015 han estat metodològicament molt rigorosos, tot i que suggereixen beneficis sobre la simptomatologia ansiosa. És esperable que en un futur proper altres projectes en desenvolupament donin lloc a conclusions més consistents.

Noves tecnologies. La incorporació de noves tecnologies permet oferir a un major nombre de pacients estratègies per a la monitorització i millora en el maneig de la malaltia, a més de

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

facilitar, en alguns casos, l'avaluació de diferents paràmetres –tant subjectius com objectius- de forma continuada. En l'estudi de Depp et al. (2015), 82 pacients bipolars van assistir a quatre sessions psicoeducatives i posteriorment van ser assignats a una intervenció interactiva mitjançant el telèfon mòbil per tal de monitorar l'ànim i introduir estratègies d'automaneig de la malaltia o bé a monitoratge de l'ànim mitjançant un registre diari amb llapis i paper. La potenciació de la intervenció amb el mòbil es va relacionar amb major reducció de la simptomatologia depressiva a les setmanes 6 i 12 però a les 24 setmanes de seguiment no hi havia diferències entre els dos grups, que tampoc diferien en simptomatologia maníaca i funcionament psicosocial. Lauder et al. (2015) van avaluar una aplicació psicoeducativa amb o sense un component interactiu cognitivoconductual. Els dos grups no es van diferenciar en la incidència de recurrències a l'any de seguiment, la simptomatologia va millorar en les dues branques però la reducció de la simptomatologia maniforme va ser major pel grup que va rebre psicoeducació amb el component cognitivoconductual. Tampoc es va demostrar l'eficàcia sobre les recaigudes en un estudi amb 233 pacients bipolars consistent en un programa psicoeducatiu amb elements cognitivoconductuals que es va administrar per internet en ser comparat amb un grup control consistent en oferir als subjectes *websites* informatives sobre vida saludable (Barnes, Hadzi-Pavlovic, Wilhelm, & Mitchell, 2015). Amb una mostra petita, Hollandare et al. (2015) van observar millora de la simptomatologia residual en pacients amb trastorn bipolar tipus II en realitzar una intervenció cognitivoconductual, però les mesures eren autoadministrades i en aquest estudi no hi havia grup control. També s'han dissenyat aplicacions que inclouen psicoeducació mitjançant l'ús de telèfons intel·ligents i que actualment estan essent avaluades (Hidalgo-Mazzei et al., 2015b). Una revisió publicada el 2015 resumeix propostes i estudis en curs i conclou que encara que l'adherència i acceptació per part dels pacients és bona, la variabilitat entre estudis és elevada i encara no es

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

poden obtenir conclusions sobre l'eficàcia d'aquestes intervencions en el curs de la malaltia (Hidalgo-Mazzei et al., 2015a).

Lectura recomanada:

- Hidalgo-Mazzei, D., Mateu, A., Reinares, M., Matic, A., Vieta, E., & Colom, F. (2015a). Internet-based psychological interventions for bipolar disorder: Review of the present and insights into the future. *J.Affect.Disord.*, *188*, 1-13.

Referències:

- Abreu, T. & Braganca, M. (2015). The bipolarity of light and dark: A review on Bipolar Disorder and circadian cycles. J.Affect.Disord., 185, 219-229.
- Alloy, L. B., Nusslock, R., & Boland, E. M. (2015). The development and course of bipolar spectrum disorders: an integrated reward and circadian rhythm dysregulation model. Annu.Rev.Clin.Psychol., 11, 213-250.
- Anaya, C., Torrent, C., Caballero, F. F., Vieta, E., Bonnin, C. D., & yuso-Mateos, J. L. (2015). Cognitive reserve in bipolar disorder: relation to cognition, psychosocial functioning and quality of life. Acta Psychiatr.Scand..
- Barnes, C. W., Hadzi-Pavlovic, D., Wilhelm, K., & Mitchell, P. B. (2015). A web-based preventive intervention program for bipolar disorder: outcome of a 12-months randomized controlled trial. J.Affect.Disord., 174, 485-492.
- Bellivier, F., Geoffroy, P. A., Etain, B., & Scott, J. (2015). Sleep- and circadian rhythm-associated pathways as therapeutic targets in bipolar disorder. Expert.Opin.Ther.Targets., 19, 747-763.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Bond, K. & Anderson, I. M. (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. Bipolar.Disord..
- Cotton, S., Luberto, C. M., Sears, R. W., Strawn, J. R., Stahl, L., Wasson, R. S., Blom, T. J., & Delbello, M. P. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for youth with anxiety disorders at risk for bipolar disorder: a pilot trial. Early Interv.Psychiatry.
- Demant, K. M., Vinberg, M., Kessing, L. V., & Miskowiak, K. W. (2015). Effects of Short-Term Cognitive Remediation on Cognitive Dysfunction in Partially or Fully Remitted Individuals with Bipolar Disorder: Results of a Randomised Controlled Trial. PLoS.One., 10, e0127955.
- Depp, C. A., Ceglowski, J., Wang, V. C., Yaghouti, F., Mausbach, B. T., Thompson, W. K., & Granholm, E. L. (2015). Augmenting psychoeducation with a mobile intervention for bipolar disorder: a randomized controlled trial. J.Affect.Disord., 174, 23-30.
- Frias, A., Palma, C., & Farriols, N. (2015). Psychosocial interventions in the treatment of youth diagnosed or at high-risk for pediatric bipolar disorder: A review of the literature. Rev.Psiquiatr.Salud Ment., 8, 146-156.
- Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R. K., Rivera, M., Axelson, D. A., Merranko, J., Yu, H., Brent, D. A., & Birmaher, B. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: results from a pilot randomized trial. J.Child Adolesc.Psychopharmacol., 25, 140-149.
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2015). Bipolar disorder. Lancet. [epub ahead of print]

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Hidalgo-Mazzei, D., Mateu, A., Reinares, M., Matic, A., Vieta, E., & Colom, F. (2015a). Internet-based psychological interventions for bipolar disorder: Review of the present and insights into the future. J.Affect.Disord., 188, 1-13.
- Hidalgo-Mazzei, D., Mateu, A., Reinares, M., Undurraga, J., Bonnin, C. M., Sanchez-Moreno, J., Vieta, E., & Colom, F. (2015b). Self-monitoring and psychoeducation in bipolar patients with a smart-phone application (SIMPLe) project: design, development and studies protocols. BMC.Psychiatry, 15, 52.
- Hollandare, F., Eriksson, A., Lovgren, L., Humble, M. B., & Boersma, K. (2015). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Residual Symptoms in Bipolar Disorder Type II: A Single-Subject Design Pilot Study. JMIR.Res.Protoc., 4, e44.
- Inder, M. L., Crowe, M. T., Luty, S. E., Carter, J. D., Moor, S., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2015). Randomized, controlled trial of Interpersonal and Social Rhythm Therapy for young people with bipolar disorder. Bipolar.Disord., 17, 128-138.
- 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. Br.J.Psychiatry, 206, 58-66.
- Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Basta, M., Simos, P., Lionis, C., & Vgontzas, A. N. (2015). Impaired family functioning in psychosis and its relevance to relapse: a two-year follow-up study. Compr.Psychiatry, 62, 1-12.
- Lahera, G., Herrera, S., Reinares, M., Benito, A., Rullas, M., Gonzalez-Cases, J., & Vieta, E. (2015). Hostile attributions in bipolar disorder and schizophrenia contribute to poor social functioning. Acta Psychiatr.Scand., 131, 472-482.
- Lauder, S., Chester, A., Castle, D., Dodd, S., Gliddon, E., Berk, L., Chamberlain, J., Klein, B., Gilbert, M., Austin, D. W., & Berk, M. (2015). A randomized head to head

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

trial of MoodSwings.net.au: an Internet based self-help program for bipolar disorder. J.Affect.Disord., 171, 13-21.

- Murray, G., Leitan, N. D., Berk, M., Thomas, N., Michalak, E., Berk, L., Johnson, S. L., Jones, S., Perich, T., Allen, N. B., & Kyrios, M. (2015). Online mindfulness-based intervention for late-stage bipolar disorder: pilot evidence for feasibility and effectiveness. J.Affect.Disord., 178, 46-51.
- Pinho, M., Sehmbi, M., Cudney, L. E., Kauer-Sant'Anna, M., Magalhaes, P. V., Reinares, M., Bonnin, C. M., Sassi, R. B., Kapczinski, F., Colom, F., Vieta, E., Frey, B. N., & Rosa, A. R. (2015). The association between biological rhythms, depression, and functioning in bipolar disorder: a large multi-center study. Acta Psychiatr.Scand..
- Reinares M, González-Pinto A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Rojas L, Montes JM, Benabarre A, Colom F, & Vieta E (2015). Manual de psicoeduación para el trabajo con familiares de pacientes con trastorno bipolar. Barcelona: J&C Ediciones Médicas.
- Ritter, P. S., Hofler, M., Wittchen, H. U., Lieb, R., Bauer, M., Pfennig, A., & Beesdo-Baum, K. (2015). Disturbed sleep as risk factor for the subsequent onset of bipolar disorder--Data from a 10-year prospective-longitudinal study among adolescents and young adults. J.Psychiatr.Res., 68, 76-82.
- Samame, C., Martino, D. J., & Strejilevich, S. A. (2015). An individual task meta-analysis of social cognition in euthymic bipolar disorders. J.Affect.Disord., 173, 146-153.
- Sole, B., Bonnin, C. M., Mayoral, M., Amann, B. L., Torres, I., Gonzalez-Pinto, A., Jimenez, E., Crespo, J. M., Colom, F., Tabares-Seisdedos, R., Reinares, M., yuso-Mateos, J. L., Soria, S., Garcia-Portilla, M. P., Ibanez, A., Vieta, E., Martinez-Aran, A., & Torrent, C. (2015). Functional remediation for patients with bipolar II disorder:

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

improvement of functioning and subsyndromal symptoms. Eur.Neuropsychopharmacol., 25, 257-264.

- Stratford, H. J., Cooper, M. J., Di, S. M., Blackwell, S. E., & Holmes, E. A. (2015). Psychological therapy for anxiety in bipolar spectrum disorders: a systematic review. Clin.Psychol.Rev., 35, 19-34.
- Sylvia, L. G., Thase, M. E., Reilly-Harrington, N. A., Salcedo, S., Brody, B., Kinrys, G., Kemp, D., Shelton, R. C., McElroy, S. L., Kocsis, J. H., Bobo, W. V., Kamali, M., McInnis, M., Friedman, E., Tohen, M., Bowden, C. L., Ketter, T. A., Singh, V., Calabrese, J., Nierenberg, A. A., Rabideau, D. J., Elson, C. M., & Deckersbach, T. (2015). Psychotherapy use in bipolar disorder: Association with functioning and illness severity. Aust.N.Z.J.Psychiatry, 49, 453-461.
- Vallarino, M., Henry, C., Etain, B., Gehue, L. J., Macneil, C., Scott, E. M., Barbato, A., Conus, P., Hlastala, S. A., Fristad, M., Miklowitz, D. J., & Scott, J. (2015). An evidence map of psychosocial interventions for the earliest stages of bipolar disorder. Lancet Psychiatry, 2, 548-563.
- Weinstein, S. M., Henry, D. B., Katz, A. C., Peters, A. T., & West, A. E. (2015). Treatment moderators of child- and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder. J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry, 54, 116-125.
- Young, A. S. & Fristad, M. A. (2015). Family-Based Interventions for Childhood Mood Disorders. Child Adolesc.Psychiatr.Clin.N.Am., 24, 517-534.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Trastorns psicòtics

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TERÀPIA COGNITIVOCONDUCTUAL EN LA PSICOSI

Rafael Penadés i Mireia Forner
Unitat d'Esquizofrènia Clínic Barcelona, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona.

Idees delirants

Algunes formulacions teòriques del model cognitiu postulen que la preocupació pot ser un dels factors causals més importants dels deliris de persecució en els pacients psicòtics. El corol·lari immediat seria assumir que la reducció de la preocupació mitjançant la TCC donaria lloc a una reducció de la temàtica delirant de persecució. Freeman et al. (2015) ha realitzat un estudi modèlic amb 150 pacients per testar aquesta hipòtesi. Els resultats són molt notables respecte a la reducció dels deliris de persecució. A més, una anàlisi de mediació suggereix que la reducció en l'activitat delirant és deguda en un 66% a la reducció de la preocupació. És el primer estudi en testar una hipòtesi tan específica i d'una forma tan elegant.

Respecte al tema del manteniment dels resultats de la TCC sobre la ideació delirant hem tingut bones notícies a partir de l'article de Mehl, Werner i Lincoln (2015) on reporta un estudi de metanàlisi. Després de revisar 19 estudis troba que la TCC té un efecte moderat sobre l'activitat delirant (cosa que ja sabíem d'altres estudis d'aquest tipus) però sobretot destaquem que els resultats es mantenen després d'un període mitjà de 47 setmanes.

Al·lucinacions

La teràpia cognitivoconductual (TCC) aplicada a les al·lucinacions, especialment a l'al·lucinació auditiva verbal (AAV), ha demostrat ser eficaç però el seu efecte sembla petit. Una qüestió que pot estar influint sobre aquesta eficàcia exigua és el fet que els programes de

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TCC actuals tendeixen a considerar l'experiència de l'al·lucinació com un fenomen homogeni i per tant fan servir les mateixes tècniques per a tots els usuaris. Smailes, Alderson-Day, Fernyhough, McCarthy-Jones i Dodgson (2015) en un article molt innovador proposen que l'experiència al·lucinatòria és molt heterogènia i conseqüentment els diferents tipus d'al·lucinacions podrien estar sustentades per mecanismes cognitius diferents. Si fos possible d'agrupar per clústers les diferents experiències al·lucinatòries llavors s'obriria la possibilitat de personalitzar la intervenció psicològica i eventualment millorar la seva eficàcia.

Els autors rescaten el manual de McCarthy-Jones (veure referència a l'article citat abans) on hi ha una proposta de classificació per a les AAV. El manual descriu diferents tipus: AAV derivades del diàleg intern (pensament propi, noves i obsessives), AAV derivades de la memòria i AAV per hipervigilància. Ja McCarthy-Jones proposa que aquest tipus de símptomes són susceptibles de ser tractats amb diferents intervencions psicològiques al seu manual i aquesta és precisament la proposta que desenvolupen els autors a l'article que revisem.

L'AAV derivada del diàleg intern esdevé normalment quan la persona està en curs de produir un diàleg intern que genera o acompanya una conducta i la persona escolta aquesta cognició i l'atribueix a una font externa. És quan, per exemple, escolta un veu que comenta el que s'està a punt de fer ("ara sortiràs de casa"). La AAV derivada de la memòria ocorre quan els processos que normalment estan involucrats en la memorització generen una cognició verbal intrusiva; per exemple quan la persona escolta un comentari crític i denigrant d'un cuidador que coneix ("ets un perdedor") i la persona l'atribueix erròniament a una font exterior en lloc d'una interior. Per últim, la AAV per hipervigilància té lloc quan la persona percep una

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

paraula o frase en un context sorollós i la troba amenaçant; per exemple la persona escolta un insult mentre està envoltat d'una multitud de gent ("Penediu-vos abans de la fi del món").

Si aquests subtipus d'al·lucinacions fossin finalment possibles d'identificar de forma fiable, aquesta classificació suposaria un important avenç amb importants implicacions de cara a la intervenció. D'entrada els autors postulen que els subtipus podrien estar causats per diferents mecanismes cognitius i neurobiològics. Si és que fos així, resulta temptador pensar que també necessitaríem diferents tipus d'intervenció farmacològica i psicològica per adreçar-nos als diferents problemes neurobiològics i cognitius.

L'objectiu de la TCC per les AAV derivades del diàleg intern seria ajudar al pacient a entendre el funcionament de l'anomenat diàleg intern i fer veure que és del tot normal sentir que en algunes situacions no tenim el control del contingut dels nostres pensaments. Les estratègies d'afrontament seran les habituals de la TCC per a les al·lucinacions auditives: distracció, inhibició recíproca, etc. En segon lloc, per les AAV derivades de la memòria l'objectiu seria ajudar el pacient a reconèixer les AAV com una resposta a un esdeveniment traumàtic i per tant com una resposta relativament normal. La majoria de les estratègies d'afrontament estaran inspirades en les intervencions del Trastorn per Estrès Posttraumàtic donat que aquest tipus d'AAV poden considerar-se fenòmens similars, si no el mateix tipus de fenomen posttraumàtic. Finalment, les estratègies suggerides per les AAV per hipervigilància implicarien la reducció de l'activació fisiològica, reducció de la percepció de perill, comprovació de la realitat, reestructuració cognitiva i distracció. Aquestes estratègies ajudarien la persona a controlar la sensació de por i ansietat de dues maneres: reduint l'excitació fisiològica (com ara mitjançant relaxació progressiva) i qüestionant les creences sobre els perills de l'entorn (discutint les creences amb alguna persona de confiança, fent

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

experiments conductuals). De moment només es tracta d'una proposta teòrica sense gaire recolzament empíric però sembla una proposta susceptible de convertir-se en una eina molt útil per als que seguim el model de formulació de casos.

Símptomes negatius

Finalment, ens cal dir que els símptomes negatius són els grans oblidats de la TCC. La majoria d'estudis només els consideren com un aspecte secundari i hi ha poques tècniques específiques. Velligan et al. (2015) han fet una interessant proposta en aquest sentit. Proposen un model multimodal que inclou recolzament ambiental, entrenament en iniciació i persistència, habilitats socials, TCC per a les actituds disfuncionals, entrenament en processament emocional i tècniques específiques per a l'anhedònia d'anticipació. Amb aquesta intervenció aconsegueix una important millora que es manté al llarg de 9 mesos de seguiment. D'altra banda, Velthorst et al. (2015) han fet una revisió exhaustiva per determinar quin és el recolzament empíric que actualment té la TCC per tractar els símptomes negatius. Va dur a terme una metanàlisi amb un total de 30 estudis amb 2312 pacients que han estat publicats entre 1993 i 2013. En general, els resultats són favorables i sorprenentment no hi ha diferències entre els estudis en els que la TCC està destinada principalment als símptomes negatius i aquells que adreçant-se principalment als símptomes positius aconsegueixen efectes també sobre els negatius. Per últim, en realitzar una metaregressió s'evidencia que els estudis més antics tenen millors resultats amb una pitjor metodologia que els actuals, el que fa pensar en la presència d'un artefacte metodològic que afortunadament es va corregint.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Article recomanat

Smailes, D., Alderson-Day, B., Fernyhough, C., McCarthy-Jones, S., & Dodgson, G. (2015). Tailoring Cognitive Behavioral Therapy to Subtypes of Voice-Hearing. Frontiers in Psychology, 6, 1933.

Referències

- Freeman, D., Dunn, G., Startup, H., Pugh, K., Cordwell, J., Mander, H., Cernis, E., Wingham, G., Shirvell, K., & Kingdon, D. (2015). Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. The Lancet. Psychiatry, 2(4), 305–13.
- Mehl, S., Werner, D., & Lincoln, T.M. (2015). Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. Frontiers in Psychology, 6, 1450.
- Smailes, D., Alderson-Day, B., Fernyhough, C., McCarthy-Jones, S., & Dodgson, G. (2015). Tailoring Cognitive Behavioral Therapy to Subtypes of Voice-Hearing. Frontiers in Psychology, 6, 1933.
- Velligan, D.I., Roberts, D., Mintz, J., Maples, N., Li, X., Medellin, E., & Brown, M. (2015). A randomized pilot study of MOtiVation and Enhancement (MOVE) Training for negative symptoms in schizophrenia. Schizophrenia Research, 165(2-3), 175–80.
- Velthorst, E., Koeter, M., van der Gaag, M., Nieman, D.H., Fett, A.-K.J., Smit, F., Staring, A., Meijer, C., & de Haan, L. (2015). Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. Psychological Medicine, 45(3), 453–65.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TERÀPIA COGNITIVOCONDUCTUAL EN LES FASES PRIMERENQUES DELS TRASTORNS PSICÒTICS

Maria Cruz Crespo Maraver i Judit Bonet Álvarez
Servei de Salut Mental d'Adults. Divisió de Salut Mental. Fundació Althaia – Xarxa Assistencial i Universitària de Manresa

En els darrers 30 anys la teràpia cognitiuconductual (TCC) aplicada a la psicosi ha evolucionat considerablement, com mostra l'article de Mander i Kingdon (2015).

Destaquem els assajos aleatoritzats controlats (RCT). Nordentoft et al. (2015) descriuen com va ser acceptat i implementat a Dinamarca el tractament OPUS (modalitat de programa assertiu comunitari que inclou TCC familiar i entrenament en habilitats socials), programa intensiu de 2 anys de durada que integra intervencions psiquiàtriques, psicològiques i socials d'acord a un pla coordinat. Van incloure 547 pacients amb primers episodis psicòtics (PEP), aleatoritzats entre el grup que rebia OPUS i el que rebia tractament estàndard. L'OPUS va ser superior a l'estàndard en reduir símptomes psicòtics, especialment els negatius, en la disminució d'abusos de substàncies, en l'adherència, dosis menors d'antipsicòtics, major satisfacció i menys dies d'ingrés hospitalari durant els 2 anys de tractament, també en beneficis per als familiars (major satisfacció envers el tractament, coneixement sobre l'esquizofrènia i menor estrès diari). Tres anys després d'haver finalitzat l'OPUS, els pacients d'aquest grup havien ingressat menys dies, vivien independitzats en major proporció i el 70% d'ells milloraven el seu funcionament global, i els familiars prenien iniciatives associatives, promovent activitats que ampliaven la xarxa social dels pacients. Els autors han publicat un manual de l'OPUS i imparteixen cursos de formació per a professionals. Com a línies de futur, suggereixen implementar l'OPUS en població psiquiàtrica infantojuvenil, estudiar els efectes

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

d'un programa especialitzat d'estil de vida per a persones amb psicosi centrat en millorar hàbits alimentaris, tabàquic i exercici físic, explorar intervencions en casos amb comorbiditat amb ús de substàncies, i avaluar si l'entrenament per a millorar la funció cognitiva i les habilitats socials podria beneficiar pacients amb PEP quant a la seva inserció laboral.

Demostrats internacionalment els beneficis a curt termini de la intervenció precoç en psicosi per al control dels símptomes i el funcionament dels pacients, Chan et al. (2015), amb l'objectiu d'estudiar la durada òptima d'aquest tipus d'intervenció, aporten un estudi retrospectiu per a valorar els beneficis a llarg termini (3, 7 i 10 anys) en pacients que van rebre durant dos anys el programa d'intervenció precoç en psicosi EASY, en comparació amb els que l'any previ havien rebut el tractament estàndard. També a la Xina, han realitzat un RCT amb 160 casos amb PEP per a valorar els efectes de mantenir-lo 12 mesos més (Chang et al., 2015). El programa EASY inclou la gestió del cas proporcionant intervenció psicosocial basada en un protocol que inclou psicoeducació, adherència al tractament, maneig de l'estrès i prevenció de recaigudes, adreçat a pacients i familiars, i, si es precisa, abordatge de clínica comòrbida associada, o TCC per als símptomes psicòtics resistents; a més de proporcionar als familiars assessorament i grups de suport. Els pacients que van rebre la intervenció especialitzada durant 3 anys presentaven millor funcionament, menys símptomes negatius i depressius, que els que el van rebre 2 anys. Els autors conclouen que seria desitjable mantenir el tractament precoç especialitzat fins a 5 anys per abastar tot l'hipotètic període crític de la psicosi, però ho consideren poc assequible en el seu context, i consideren com a econòmicament més viable la intervenció de 3 anys. En aquesta línia de recerca Lutgens et al. (2015) ens proposen mantenir la intervenció durant 5 anys, i ens detallen el protocol de l'RCT que estan duent a terme, encara sense disposar dels resultats, on comparen un grup d'intervenció en PEP durant 5 anys en una unitat especialitzada amb un grup de tractament

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

estàndard (2 anys d'intervenció a la unitat específica i 3 en una unitat de seguiment regular). En les seves unitats especialitzades en intervenció precoç en psicosis s'inclouen una sèrie de serveis per a la gestió del cas tractant amb el pacient l'adherència al tractament, psicoeducació sobre la malaltia i sobre abús de substàncies amb monitorització dels problemes associats, reduir l'hospitalisme, inserció laboral i social, TCC en casos de trastorn d'ansietat, episodis de depressió major o simptomatologia negativa, i s'ofereix als familiars psicoeducació i intervenció grupal multi-familiar.

McFarlane et al. (2015) empren un estudi quasi-experimental multicèntric estatunidenc per a provar l'eficàcia d'un programa de detecció precoç i intervenció per a la prevenció de psicosi. Inclouen joves (12 a 25 anys d'edat) amb PEP (N=45), amb alt risc de psicosi (AR N=205) o amb baix risc de psicosi (BR N=87). Els dos primers grups rebien el programa d'intervenció FACT (grups psicoeducatius multi-familiars, elements del tractament assertiu comunitari, suport acadèmic i laboral, i medicació psicotròpica); el tercer grup (BR) rebia monitorització mensual mitjançant avaluació telefònica, amb la possibilitat de rebre tractament. Entrevistadors entrenats i amb fiabilitat provada realitzaven avaluacions cegues en 4 moments: basal, als 6, 12 i 24 mesos, valorant funcionament global (GAF), simptomatologia clínica (SCID-I), qualitat de vida, ajustament premòrbid, història familiar de trastorn mental, conversió a psicosi, símptomes positius i negatius, recaigudes, hospitalitzacions, conductes auto i heteroagressives i delictives, entre altres variables. Resultà una reducció significativa de símptomes positius, negatius, generals i de desorganització, un augment del funcionament global, superiors en el grup d'intervenció FACT, i als 24 mesos també augmentava del nivell de participació escolar o laboral en el grup FACT (21%) comparat amb el grup de BR (7%). Trobaren un efecte inesperat en la millora dels símptomes, GAF i mesures globals, major en el grup PEP que en el grup AR. Els autors defensen que la intervenció precoç, particularment

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

abans de l'inici dels símptomes psicòtics francs, pot conduir a una reducció de la càrrega total de la malaltia. En resposta a aquest treball, Heinssen i Insel (2015) repliquen que en absència d'un grup control no es pot determinar si la millora clínica en el grup AR estava associada a la intervenció activa, així com també qüestionen el model de tractament que inclou l'administració de medicació antipsicòtica a joves que no han desenvolupat psicosi franca, donat que altres RCT suggereixen que la TCC és una intervenció de primera línia sensible per aquest grup d'AR, i proposen estudiar models d'intervenció esglaonats amb RCT per avaluar l'eficàcia d'intervencions basades en l'evidència.

Existeixen propostes de tractaments "pilots", encara no provats amb estudis experimentals, i amb limitacions metodològiques (mides de les mostres petites, sense grup control, no aleatoritzats, la majoria sense avaluadors independents). Entre aquestes, trobem el treball de Landa et al. (2015), amb l'aplicació de TCC grupal i individual setmanal (15 setmanes) per als joves amb AR i amb sessions grupals de familiars, que sembla proporcionar beneficis, però caldrà esperar els resultats del seu nou estudi on provaran amb RCT i seguiment longitudinal de 2 anys aquest tractament (fins ara estudiat amb només 6 casos i un seguiment a 3 mesos). Per la seva part, Khoury, Lecomte, Comtois i Nicole (2015) mostren l'estudi prospectiu d'intervenció amb TCC de tercera generació (compassió, acceptació i *mindfulness*), d'aplicació grupal (8 sessions setmanals), complementària al tractament habitual, i ens descriuen els continguts de les sessions. Dels 17 pacients amb PEP inicials, 12 van acudir a mínim 3 sessions i van mostrar millora important en la regulació d'emocions negatives (especialment la culpa, la ruminació i el catastrofisme), i disminució moderada dels símptomes afectius. Una nova proposta de baix cost ens arriba amb Welfare-Wilson i Jones (2015), amb una intervenció breu basada en TCC a través d'un *workshop* d'una sola sessió de 6 hores, amb protocol estructurat, realitzat per personal d'infermeria especialista en salut

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

mental, dirigit a PEP amb simptomatologia ansiosa comòrbida per a introduir la TCC en el maneig de l'ansietat associada al PEP.

L'equip noruec de Joa, Gisselgard. Bronnick, McGlashan i Johannessen (2015) ens descriuen el protocol del seu estudi per a la prevenció de psicosi, intervenint mitjançant el programa TIPS en la fase prodròmica de pacients amb AR amb edats de 13-65 anys. En l'estudi s'utilitzarà un disseny de control paral·lel, en funció de l'àrea de detecció/tractament (àrea amb i sense programa d'intervenció en la fase de pròdroms). El programa d'intervenció multimodal inclourà 26 sessions individuals de TCC durant 6 mesos, treball amb famílies i tractament amb Omega-III durant 12 setmanes. S'espera que la intervenció TIPS reduirà el pas a PEP. El tractament del PEP amb TCC més Omega-III s'està provant en altres estudis RCT (Markulev et al., 2015), comparant-lo amb TCC mes placebo; actualment només coneixem el protocol de l'estudi, esperarem els resultats.

Entre els estudis exploratoris trobem el de Marion-Veyron et al. (2015) per a identificar factors sociodemogràfics i clínics associats a conducta violenta en una mostra de 647 pacients amb psicosi precoç. Drake et al. (2015) estudien 309 pacients amb primer o segon episodi psicòtic no-afectiu i proposen un estudi RCT per a provar l'eficàcia en prevenció de recaigudes, amb mesures de seguiment a l'any, del programa d'intervenció multi-modal de 3 mesos OPTiMiSE, que inclou recordatoris de text SMS per a prendre la medicació, web psicoeducativa i entrevista motivacional.

Tanquem el capítol amb la metanàlisi de Schultze-Lutter et al. (2015), projecte de guia europea que recull recomanacions per a la detecció precoç dels símptomes psicòtics en pacients AR (instruments, entrenament específic en detecció per a professionals, etc.); i el

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

treball de Bendall et al. (2015) que, basant-se en un RCT, ens proposa eines per a mesurar l'adherència a la TCC identificant els components “actius“ de la intervenció en fases agudes de PEP.

Referències

- Bendall, S., Allott, K., Jovev, M., Marois, M.J., Killackey, E.J., Gleeson, J.F., Alvarez-Jimenez, M., McGorry, P.D., & Jackson, H.J. (2015). Therapy contamination as a measure of therapist treatment adherence in a trial of cognitive behaviour therapy versus befriending for psychosis. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43(3), 314-327. doi: 10.1017/S1352465813000921. Epub 2013 Oct 29.
- Chan, S.K., So, H.C., Hui, C.L., Chang, W.C., Lee, E.H., Chung, D.W., Tso, S., Hung, S.F., Yip, K.C., Dunn, E., & Chen, E.Y. (2015). 10-year outcome study of an early intervention program for psychosis compared with standard care service. Psychological Medicine, 45(6), 1181-1193. doi: 10.1017/S0033291714002220. Epub 2014 Sep 19.
- Chang, W.C., Chan, G.H., Jim, O.T., Lau, E.S., Hui, C.L., Chan, S.K., Lee, E.H., & Chen, E.Y. (2015). Optimal durations of an early intervention programme for first-episode psychosis: randomised controlled trial. The British Journal of psychiatry, 206, 492-500.
- Drake, R.J., Nordentoft, M., Haddock, G., Arango, C., Fleischhacker, W.W., Glenthøj, B., Leboyer, M., Leucht, S. Leweke,M., McGuire, P., Meyer-Lindenberg, A., Rujescu, D., Sommer, I.E., Kahn, R.S., & Lewis, S.W. (2015). Modeling determinants of medication attitudes and poor adherence in early nonaffective psychosis: implications for intervention. Schizophrenia Bulletin, 41(3), 584-596. doi: 10.1093/schbul/sbv015. Epub 2015 Mar 5.
- Heinsen, R.K. & Insel, T.R. (2015). Preventing the Onset of Psychosis: Not Quite There Yet. Schizophrenia Bulletin; 41(1), 28–29. doi:10.1093/schbul/sbu161

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Joa, I., Gisselgard, J., Bronnick, K., McGlashan, T., & Johannessen, J.O. (2015). Primary Prevention of psychosis through interventions in the symptomatic prodromal phase, a pragmatic Norwegian Ultra High Risk Study. BMC Psychiatry, 15:89.
- Khoury, B., Lecomte, T., Comtois, G., & Nicole, L. (2015). Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: a pilot study. Early Intervention in Psychiatry, 9(1), 76-83. doi: 10.1111/eip.12095. Epub 2013 Sep 30.
- Landa, Y., Mueser, K.T., Wyka, K.E., Shreck, E., Jespersen, R., Jacobs, M.A., Griffin, K.W., van der Gaag, M., Reyna, V.F., Beck, A.T., Silbersweig, D.A., & Walkup, J.T. (2015). Development of a group and family-based cognitive behavioural therapy program for youth at risk for psychosis. Early Intervention in Psychiatry, Jan 13, 1-11. doi: 10.1111/eip.12204. [Epub ahead of print]
- Lutgens, D., Iyer, S., Joober, R., Brown, T.G., Norman, R., Latimer, E., Schmitz, N., Baki, A.A., Abadi, S., & Malla, A. (2015). A five-year randomized parallel and blinded clinical trial of an extended specialized early intervention vs. Regular care in the early phase of psychotic disorders: study Protocol. BMC Psychiatry, 15:22.
- Mander, H. & Kingdon, D. (2015). The evolution of cognitive–behavioral therapy for psychosis. Psychology Research and Behavior Management, 8, 63-69. http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S52267
- Marion-Veyron, R., Lambert, M., Cotton, S.M., Schimmelmann, B.G., Gravier, B., McGorry, P.D., & Conus, P. (2015). History of offending behaviour in first episode psychosis patients: a marker of specific clinical needs and a call for early detection strategies among young offenders. Schizophrenia Research, 161(2-3), 163-8. doi: 10.1016/j.schres.2014.09.078. Epub 2014 Nov 20.
- Markulev , C., McGorry, P.D., Nelson, B., Yuen, H.P., Schaefer, M., Yung, A.R., Thompson, A., Berger, G., Mossaheb , N., Schlögelhofer, M., Smesny, S., de Haan, L.,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Riecher-Rössler, A., Nordentoft, M., Chen, E.Y., Verma, S., Hickie, I., & Amminger, G.P. (2015). NEURAPRO-E study protocol: a multicentre randomized controlled trial of omega-3 fatty acids and cognitive-behavioural case management for patients at ultra high risk of schizophrenia and other psychotic disorders. Early Intervention in Psychiatry, Aug 16, 1-11. doi: 10.1111/eip.12260. [Epub ahead of print]

- McFarlane, W.R., Levin, B., Travis, L., Lucas, F.L., Lynch, S., Verdi, M., Williams, D., Adelsheim, S., Calkins, R., Carter, C.S., Cornblatt, B., Taylor, S.F., Auther, A.M., McFarland, B., Melton, R., Migliorati, M., Niendam, T., Ragland, J.D., Sale, T., Salvador, M., & Spring, E. (2015). Clinical and Functional Outcomes After 2 Years in the Early Detection and Intervention for the Prevention of Psychosis Multisite Effectiveness Trial. Schizophrenia Bulletin, 41(1), 30–43. doi:10.1093/schbul/sbu108 Advance Access publication July 26, 2014.
- Nordentoft, M., Melau, M., Iversen, T., Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Bertelsen, M., Hjorthøj, C.R., Hastrup, L.H., & Jørgensen, P. (2015). From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. Early Intervention in Psychiatry, 9(2), 156-162. doi: 10.1111/eip.12108. Epub 2013 Dec 5.
- Perry, Y., Murrihy, R.C., Varlow, M., Dedousis-Wallace, A., Ellis, D.M., Langdon, R., & Kidman, A.D. (2015). The development and implementation of a pilot CBT for early psychosis service: achievements and challenges. Early Intervention in Psychiatry, 9(3), 252-259. doi: 10.1111/eip.12145. Epub 2014 Apr 17.
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S.J., Schimmelmann, B.G., Maric, N.P, Salokangas, R.K. et al. (2015). EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. European Psychiatry, 30, 405-416.
- Welfare-Wilson, A. & Jones, A. (2015). A CBT-based anxiety management workshop in first-episode psychosis. British journal of Nursing, 24:7.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

INTERVENCIÓ FAMILIAR EN L'ESQUIZOFRÈNIA

Esther Pousa Tomàs i Cristina Domènech Abella
Salut Mental Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Aquest any 2015 destaca per la publicació de vàries revisions i metanàlisis sobre diversos aspectes de les famílies i de les intervencions familiars de persones amb esquizofrènia. En primer lloc, destaca la revisió sistemàtica de Ince, Haddock i Tai (2015) explorant si les recomanacions d'intervencions psicològiques per a l'esquizofrènia al Regne Unit s'estan duent a terme. Les taxes d'implementació de la teràpia cognitiva conductual (TCC) es comparen amb les de la intervenció familiar (IF). Es fa una cerca de bases de dades bibliogràfiques i de vàries fonts de dades incloent les revisions d'implementació de les guies NICE. Es revisen 26 articles, 11 dels quals reporten dades de taxes d'implementació, 13 exploren les barreres per a la implementació i 10 informen sobre estratègies de millora. Les taxes d'implementació varien d'un 4 a un 100% per a la TCC i d'un 0 a un 53 % per a la IF. Es destaquen com a principals barreres d'implementació les organitzacionals, seguides per les del personal i usuaris. Les estratègies de millora inclouen paquets d'entrenament en les diverses tècniques així com mètodes de vinculació amb els usuaris.

Una segona revisió interessant és la que es planteja la Cochrane Library sobre la psicoeducació per a germans de persones amb un trastorn mental sever (Sin, Jordan, Barley, Henderson, & Norman, 2015). Es pretén avaluar l'eficàcia de la psicoeducació en comparació amb l'atenció habitual en reduir el malestar dels germans de persones afectades per un trastorn mental sever. Es van seleccionar tots els assaigs controlats aleatoris que incloguessin intervencions psicoeducatives adreçades als germans de persones amb malaltia mental greu de totes les edats, utilitzant qualsevol mitjà o format de lliurament. Troben 14 estudis que van

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

incloure als germans entre altres membres de la família. No obstant això, la proporció de germans en aquests estudis era baixa i els resultats per als germans no es van informar de forma independent de les d'altres tipus de membres. De fet, només les dades d'un estudi amb 9 germans estaven disponibles per a la revisió, pel que no es va poder obtenir evidència de qualitat al respecte. Es conclou que són necessaris més estudis aleatoritzats per a comprendre el paper de la psicoeducació per fer front a les necessitats d'informació i suport dels germans.

Una tercer treball publicat enguany al British Journal of Psychiatry és la revisió sistemàtica i metanàlisi d'assaigs controlats aleatoris sobre intervencions realitzades pels serveis d'assistència sanitària i social als cuidadors no professionals (familiars o amics) de persones amb una malaltia mental greu (Yesufu-Udechuku et al., 2015). L'objectiu va ser determinar si les intervencions milloren l'experiència de cura i redueixen la sobrecàrrega del cuidador. Es van incloure 21 assajos amb 1589 cuidadors. Els resultats indicaren que l'experiència de cura millorava amb la psicoeducació i els grups de suport, i que la psicoeducació resultava beneficiosa en el malestar del cuidador 6 mesos després de la intervenció però no immediatament després. Les intervencions de suport així com la biblioteràpia centrada en la solució de problemes tenien un efecte beneficiós en el malestar del cuidador després de la intervenció i al seguiment. La qualitat de l'evidència de tots aquests estudis, però, era baixa o molt baixa. Es conclou que les intervencions per als cuidadors són importants i s'haurien de considerar des d'estadis inicials de la malaltia.

Un altre treball d’interès és la metanàlisi que avalua l'eficàcia de la intervenció familiar en l’esquizofrènia a la Xina (Chen, An, Yang, & Liu, 2015). Es va dur a terme una revisió sistemàtica fins al gener de 2015 en bases de dades xineses (CNKI, VIP, Wanfang, CBM) i angleses (OVID Medline, Science Direct, Web of Science, EBSCO 5). Es van seleccionar els

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

estudis quantitatius i empírics sobre els resultats de l'escala de cribatge de la discapacitat social (SDSS), la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) i l'Escala de Símptomes Positius i Negatius (PANSS) en estudis d'intervenció familiar amb pacients xinesos. La mida de l'efecte es va derivar de la diferència de mitjanes estandarditzada (DME), i es va realitzar una metanàlisi per comparar els efectes de la intervenció familiar per tipus d'intervenció, temps de la intervenció, durada de la malaltia i gravetat de la mateixa. L'estudi va incloure 57 articles que complien els criteris d'inclusió. Les puntuacions PANSS i SDSS van revelar que l'efecte es va associar positivament amb la durada de la intervenció en el temps (P <0,0001; p = 0,0025); l'efecte de la intervenció familiar individual era millor que el que ho combinava amb intervenció familiar en grups (P<0,0001, P= 0,0131), l'efecte va ser millor per als pacients més greus que per als menys greus (P <0,0001; p = 0,0280). El SDSS va demostrar que l'efecte va ser millor en els pacients amb menys durada de la malaltia (p <0,0001). Els resultats suggereixen que intervencions familiars individuals i de més llarga durada beneficien als pacients amb esquizofrènia, en particular a aquells pacients més greus i amb una durada de la malaltia més curta.

Destaca també la revisió sobre l'eficàcia de la psicoeducació en l'esquizofrènia publicada en la Revista Colombiana de Psiquiatria (Zapata, Rangel, & García, 2015). Es revisen els articles publicats en llengua espanyola i anglesa mitjançant una cerca a PubMed, SciELO, EMBASE i PsycINFO amb els termes "psicoeducació", " esquizofrènia " i "intervenció psicosocial". Els resultats indiquen que la psicoeducació pot aplicar-se a pacients, familiars o a tots dos, i de forma individual o en grups. El nombre de sessions pot variar. Hi ha hagut molts estudis que tracten de determinar l'eficàcia de la psicoeducació en el curs clínic, la dinàmica familiar i l'estigma, amb resultats que afavoreixen la seva aplicació, però fins al moment no ha estat possible determinar amb exactitud quina és la millor forma d'aplicació de la psicoeducació,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

principalment a causa de la gran variabilitat dels dissenys. Es conclou que malgrat els estudis sobre la psicoeducació han demostrat eficàcia, aquesta pot estar sobreestimada ja que hi ha un alt risc de biaix.

Per últim, dins de les publicacions de revisió, comentar un treball de revisió crítica sobre el rol de la família en el maneig de l'esquizofrènia, on s'exploren els aspectes fonamentals i l'impacte de les intervencions familiars i es plantegen els principals reptes i solucions que s'haurien de superar per a millorar el benestar i la salut dels pacients i els seus cuidadors (Caqueo-Urízar & Rus-Calafell, 2015).

Els estudis d'intervenció familiar d'enguany també s'han centrat en l'àmbit dels primers episodis psicòtics. Així, Wainwright, Glentworth, Haddock, Bentley i Lobban (2015) realitzen una investigació amb l'objectiu d'explorar les experiències de cura dels familiars de persones amb psicosi primerenca mitjançant l'anàlisi temàtic. Les persones elegibles van ser reclutades a través d'equips d'intervenció primerenca locals del Servei Nacional de Salut i altres organismes de suport al cuidador del Regne Unit. Es van realitzar quatre grups d'enfocament, cada un amb un rang de cinc a set participants. Es van identificar quatre temes clau que reflecteixen els coneixements i la gestió de la psicosi d'aquests familiars: psicosi des de la perspectiva dels familiars; la lluita dels familiars amb el sistema de salut mental; qui entén i escolta els familiars, i formes d'afrontament dels cuidadors. Es discuteixen les implicacions clíniques d'aquests temes, com la necessitat d'una orientació més clara per al personal sobre la confidencialitat, el tractament dels familiars com a socis en l'atenció i la oferta d'informació de major qualitat per a aquests. Una necessitat creixent en l'àrea dels primers episodis és la d'intervencions eficaces per a reduir el consum de cànnabis en els afectats. Així, un assaig clínic examina si una intervenció per als pares basada en l'entrevista

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

motivacional i habilitats d'interacció (Intervenció Motivacional Familiar, IMF) va ser més eficaç que el suport familiar rutinari (SFR) en la reducció del consum de cànnabis en pacients amb esquizofrènia d'inici recent (Smeerdijk et al., 2015) . S'inclouen 75 pacients i 97 pares que van ser randomitzats a SFR i IMF. Es van dur a terme avaluacions a l'inici, als 3 mesos i als 15 mesos de seguiment. Els resultats donen suport a l'eficàcia sostinguda a 15 mesos de la intervenció en la reducció del consum de cànnabis en els usuaris, si bé no quedava clara la superioritat d'un tractament respecte de l'altre pel que fa a la reducció del malestar dels pares i en la sobrecàrrega experimentada per a aquests.

No està clar si l'impacte de la intervenció psicoeducativa familiar en l'esquizofrènia es pot sostenir més de 10 anys. En aquest estudi, s'explora l'efecte a 14 anys d'una intervenció familiar psicoeducativa en l'esquizofrènia en una zona rural de la Xina. Tots els pacients amb esquizofrènia (n = 326) que van participar a l'assaig clínic controlat d'intervenció familiar psicoeducativa elaborat a partir de sis municipis al comtat de Xinjin de Chengdu al 1994, dels quals 238 (73,0%) encara estaven vius, i els seus informants van ser seguits a l'any 2008. En l'estudi de seguiment es va administrar l'escala de seguiment del pacient, la PANSS i l'escala d'Avaluació Global del Funcionament (GAF). No hi va haver diferències significatives en l'estat civil, les puntuacions mitjanes dels símptomes positius, negatius, i generals i totals de la PANSS entre el grup d'intervenció familiar i el grup control al seguiment a 14 anys. El grup d'intervenció tenia una taxa significativament més gran de pacients tractats amb medicació antipsicòtica i un major nivell de capacitat de treball que el grup control. Es conclou que la intervenció familiar psicoeducativa podria ser eficaç als 14 anys de seguiment, especialment pel que fa a l'adherència al tractament i el funcionament social dels pacients. Per aquest motiu, es recomana que aquestes intervencions es considerin

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

dins les polítiques de planificació dels serveis de salut mental (Ran, Chan, Ng, Guo, & Xiang, 2015).

Per últim, l'any 2015, a diferència d'anys anteriors, ha destacat per les publicacions de grups espanyols o de parla hispana. A banda dels articles de revisió ja esmentats, Girón et al. (2015) estudien el rol de les actituds dels familiars en el procés terapèutic i conclouen que l'empatia i la no-dominància dels cuidadors medien l'efecte beneficiós de les intervencions familiars. D'altra banda, un assaig clínic dirigit a avaluar l'eficàcia d'una intervenció psicoeducativa familiar en condicions reals de la pràctica clínica conclou que aquesta redueix el risc d'hospitalització en un 40% , redueix la clínica als 12 mesos, millora el funcionament social als 12 i als 18 mesos respecte a un grup que no rep la intervenció (Mayoral et al., 2015). Per concloure, un altre treball amb mètodes qualitatius realitzat amb subjectes llatins explora els reptes principals de les famílies, identificant cinc temes entorn la càrrega subjectiva dels familiars (Hernandez & Barrio, 2015).

Referències

- Caqueo-Urízar, A., & Rus-Calafell, M. (2015). The role of family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11, 145–51.
- **Chen, N., Un, J.H., Yang, M., & Liu, Y.Y. (2015). Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up.** Psychol Med**, 45(13), 2839-2848. doi: 10.1017 / S0033291715000793.**

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Girón, M., Nova-Fernández, F., Mañá-Alvarenga, S., Nolasco, A., Molina-Habas, A., Fernández-Yáñez, A., Tabarés-Seisdedos, R., & Gómez-Beneyto, M. (2015). How does family intervention improve the outcome of people with schizophrenia? Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50(3), 379–387.
- Hernandez, M. & Barrio, C. (2015). Perceptions of subjective burden among latino families caring for a loved one with schizophrenia. Community Mental Health, 51 (8), 934-48.
- Ince, P., Haddock, G., & Tai, S. (2015). A systematic review of the implementation of recommended psychological interventions for schizophrenia: Rates, barriers, and improvement strategies. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.
- Mayoral, F., Berrozpe, A., De La Higuera, J., Martinez-Jambrina, J.J., De Dios Luna, J., & Torres-Gonzalez, F. (2015). Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España. Revista de Psiquiatria Y Salud Mental, 8(2), 83–91.
- Ran, M.-S., Chan, C. L.-W., Ng, S.-M., Guo, L.-T., & Xiang, M.-Z. (2015). The effectiveness of psychoeducational family intervention for patients with schizophrenia in a 14-year follow-up study in a Chinese rural area. Psychological Medicine, 1–8.
- Sin, J., Jordan, C.D., Barley, E.A., Henderson, C., & Norman, I. (2015). Psychoeducation for siblings of people with severe mental illness. The Cochrane Database of Systematic
- Smeerdijk, M., Keet, R., van Raaij, B., Koeter, M., Linszen, D., de Haan, L., & Schippers, G. (2015). Motivational interviewing and interaction skills training for

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up. Psychol Med, 1–10.

- Wainwright, L.D., Glentworth, D., Haddock, G., Bentley, R., & Lobban, F. (2015). What do relatives experience when supporting someone in early psychosis? Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88(1), 105–119.
- Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., Kuipers, E, & Kendall, T. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry, 206(4), 268–274.
- Zapata Ospina, J.P., Rangel, A.M., & García Valencia, J. (2015). Psychoeducation in schizophrenia. Revista Colombiana de Psiquiatria, 44(3), 143–149.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Trastorns de la conducta alimentària

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

Natxo Garrido, Maria Luque, Toñi Amaro i Marina Vega
Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària. Hospital Universitari Mútua Terrassa

Com cada any, les bases de dades científiques acumulen un nombre elevadíssim d'articles específics sobre els trastorns de la conducta alimentària (TCA), tant en revistes monogràfiques sobre TCA com en revistes generals de psiquiatria i psicologia clínica. Enguany, dels prop de 1000 articles disponibles hem fet una selecció final d'una trentena, que agrupem en diferents apartats, amb especial atenció als estudis sobre el tractament dels TCA.

Avaluació

Volem destacar l'adaptació i validació de la versió espanyola del Qüestionari d'Avaluació del Deteriorament Clínic (Martin et al., 2015), desenvolupat per avaluar específicament el deteriorament psicosocial secundari a un TCA, fent especial èmfasi en la severitat del deteriorament en diferents àrees de funcionament (personal, social i cognitiu). També s'ha publicat el desenvolupament i validació d'una nova Entrevista Semiestructurada per avaluar els TCA classificats en el DSM-5 (Sysko et al., 2015).

Motivació i aspectes clínics

La motivació pel canvi en els TCA és una àrea que els darrers anys ha generat força recerca, per les possibles implicacions que pot tenir en la resposta terapèutica. Quasi bé sempre el model que s'ha utilitzat per avaluar la motivació en els TCA ha estat el conegut model transteòric de Prochaska i DiClemente amb els seus estadis de canvi. Aquest any, però, destaquem 2 articles que han utilitzat models alternatius. D'una banda, Dawson, Mullan i Sainsbury (2015) han utilitzat la teoria de l'acció raonada d'Ajzen, model que s'ha utilitzat

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

sobretot des de la psicologia social i de la salut i que pretén predir la intenció de canvi i el canvi conductual a partir de diversos factors. Aquest estudi pilot pot ser un primer pas per desenvolupar aquest model en el camp dels TCA. En segon lloc, Carter i Kelly (2015) utilitzen la teoria de l'autodeterminació de Deci i Ryan, un model ja utilitzat anteriorment en els TCA. Des d'aquest model es diferencia la motivació controlada (bàsicament extrínseca) de la motivació autònoma (bàsicament intrínseca). És sabut que a major motivació autònoma major probabilitat de canvi. L'estudi, però, investiga els factors que prediuen cadascun dels tipus de motivació, així com la resposta al tractament. En resum, troben que l'autocompassió i el suport social percebut eren predictores de major motivació autònoma, i el sentiment de vergonya era predictora de major motivació controlada.

Entrant en aspectes clínics dels TCA, Elran-Barak et al. (2015) matisen el model de restricció, apuntant que els adults amb Anorèxia Nerviosa (AN) de tipus purgatiu i Bulímia Nerviosa (BN) que restringeixen reduint el nombre d'àpats que fan al dia, tenen més episodis de fartaneres, mentre que els que restringeixen reduint quantitats i ingerint aliments amb poques calories fan menys episodis de fartaneres.

Finalment, Racine i Wildes (2015) ofereixen un model inicial sobre la relació entre l'abús emocional en la infància i la disregulació emocional, i com aquesta pot desembocar en una AN.

Tractament

A la revista *American Journal of Psychotherapy* es va publicar un monogràfic sobre la Teràpia Dialèctica Conductual (TDC), i volem destacar tres dels articles. Miller (2015) fa una revisió històrica de les adaptacions fetes al segle XXI, incloent-hi la que s'ha fet per poder

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

aplicar-la al que consideren trastorns amb hipercontrol (AN i TOC). Incidint també en aquest hipercontrol, Lynch, Hempel i Dunkley (2015) descriuen els principis teòrics del que anomenen TDC Radicalment Oberta, que és un tractament transdiagnòstic dissenyat específicament per treballar l'excés de control, fent especial incidència en la soledat emocional, aspecte que consideren la base del problema en comptes de la disregulació emocional. Per altra banda, Ritschel, Lim i Stewart (2015) assenyalen les modificacions i adaptacions fetes al protocol original de la TDC per tal de que pugui ser aplicada a diverses poblacions i rangs d'edat.

Seguint la mateixa línia d'investigació, trobem un article de Chen et al. (2015) que també incideix en l'aplicació de la TDC per treballar la rigidesa i l'excés de control en l'AN, ampliant la capacitat d'obrir-se i de millorar la sociabilitat, amb uns resultats que, segons els autors, justifiquen la realització de nous estudis.

Dins del monogràfic de la revista *Eating Disorders* (Volum 23), centrat en tractaments familiars dels TCA, destaquem dos articles sobre la integració de la Teràpia Familiar (TF) i la (TDC) per al tractament de la BN en adolescents. Anderson et al. (2015) proporcionen una revisió de les semblances i diferències conceptuals entre les dues modalitats de tractament, juntament amb estratègies per a guiar un tractament combinat que pugui abordar la varietat de símptomes i comportaments típics dels adolescents amb BN. En aquest sentit, Murray et al. (2015), en una mostra de 35 adolescents amb BN que realitzen un programa de tractament integrat (TF i TDC), obtenen una millora significativa en la patologia alimentària (reducció de fartaneres i vòmits) i un augment de l'eficàcia dels pares a mesura que avança el tractament, però no observen millores globals en la regulació emocional.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Seguint amb la TF, l'article de Kirby, Runfola, Fisher, Baucom i Bulick (2015) revisa la literatura empírica existent sobre tractaments amb parella d'adults amb TCA i descriuen una intervenció basada en la parella per a l'AN. Els resultats de la prova pilot mostren, en comparació amb altres tractaments, menor taxa d'abandonament, més recuperació ponderal, disminució dels símptomes alimentaris i millores en la relació de parella.

Treasure, Rhind, MacDonal i Todd (2015) descriuen el "*New Maudsley Model*", un model d'intervenció per a cuidadors de pacients amb AN en estadis avançats de la malaltia. L'objectiu és proporcionar als cuidadors habilitats per a reduir la càrrega emocional i l'ansietat, i treballar les conductes permissives davant la malaltia.

Knatz et al. (2015) destaquen la gran evidència de la TF per a la AN en adolescents i proposen un programa de Tractament Familiar d'Aplicació Breu i Intensiva (IFT) (9 hores/dia durant 5 dies), en format multifamiliar (màxim de 6 famílies). Aquest tractament està basat en els principis de la teràpia familiar i en altres tècniques complementàries descrites a l'article. En aquest sentit, Mazorla et al. (2015) examinen l'eficàcia a llarg termini de la IFT en una mostra de 74 adolescents amb AN i troben que el 60.8% arriba a una remissió completa dels símptomes i el 27% a una remissió parcial.

Quant al tractament de la Imatge Corporal (IC), Brechan i Kvalem (2015) troben que l'efecte de la insatisfacció corporal sobre els símptomes de TCA està regulat per l'autoestima i la depressió. La importància de la imatge i l'autoestima tenen un efecte directe sobre la restricció i les conductes compensatòries. Aquests resultats suggereixen que un abordatge primerenc sobre l'autoestima i la depressió podria ser efectiu en el tractament dels TCA.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Mountford et al. (2015) realitzen un estudi pilot que avalua l'eficàcia d'un tractament grupal, basat en els principis de la TCC, per la IC. Aquest tractament, "*BodyWise*" (format estructurat, amb 8 sessions detallades), està indicat per a pacients amb AN en baix pes en situació d'ingrés total o parcial. Els resultats indiquen una millora significativa en la reducció de l'ansietat associada a la IC i les conductes de comprovació, i un augment de la qualitat de vida relacionada amb la IC. Els autors proposen el *BodyWise*, com a precursor, per aquells pacients que encara no han assolit un pes normal.

Per últim, l'article de Vossbeck-Elsebusch et al. (2015) destaca que les conductes d'evitació corporal (per ex., no mirar-se al mirall) augmenten la sobreestimació del propi cos (en absència de feedback de la forma real del cos, es crea una imatge distorsionada del mateix). En aquest sentit, Trottier, Carter, MacDonald, McFarlane i Olmsted (2015) proposen incloure 5 sessions d'exposició gradual al cos, dins dels programes de tractament convencional, per tal de disminuir les conductes d'evitació i la sobrevaloració de les dimensions corporals.

D'altra banda, Tchanturia, Doris, Mountford i Fleming (2015) presenten noves dades d'eficàcia del programa CREST (*Cognitive Remediation and Emotion Skills Training*), ja comentat en edicions anteriors del *cdscritc*, i que està centrat en el processament emocional. Enguany, troben que l'aplicació de 10 sessions en format individual a pacients amb AN disminueix el nivell d'anhedònia social, millora la capacitat per identificar emocions i millora l'autoconfiança pel canvi. Seguiran faltant encara resultats relatius a la millora de la clínica nuclear del TCA.

Godfrey, Gallo i Afari (2015) publiquen una revisió sistemàtica sobre l'eficàcia de les intervencions basades en el *mindfulness* en la reducció dels episodis bulímics. En total, hi ha

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

19 estudis que compleixen els criteris d'inclusió, i que agrupen en 3 blocs: teràpies basades en *mindfulness*, teràpia dialèctica conductual i teràpia d'acceptació i compromís. Els autors troben que aquest tipus d'intervenció és eficaç en la reducció dels episodis bulímics amb unes mides de l'efecte entre moderades i grans.

Schlegl, Bürger, Schmidt, Herbst i Voderholzer (2015) fan una revisió sistemàtica de les intervencions psicològiques basades en les noves tecnologies i arriben a conclusions prometedores. Els estudis aporten evidència de l'eficàcia de les intervencions basades en l'ordinador i Internet, especialment pel que fa a pacients amb bulímia nerviosa i pacients complidors. La videoconferència sembla ser una aproximació prometedora. També són encoratjadors els resultats dels programes de prevenció de trastorns alimentaris per Internet i els programes per a cuidadors. Finalment, els autors mostren una evidència preliminar de l'eficàcia de les intervencions via mòbil.

En la mateixa línia, Wagner et al. (2015) presenten un estudi en què busquen els factors predictors de resposta terapèutica a un programa de tractament d'autoajuda guiada via internet, en una mostra àmplia de pacients amb TCA de tipus bulímic. Tenint en compte diferents tipus de predictors (psicopatologia alimentària, comorbiditat psiquiàtrica i personalitat), troben que aquest tipus de programes són especialment eficaços per a pacients amb una elevada motivació pel canvi, una menor freqüència d'episodis bulímic-purgatius, i menors nivells de depressió.

Un parell d'estudis analitzen amb bons resultats (increment de l'Índex de Massa Corporal) el tractament d'Hospital de Dia per a pacients amb AN. La particularitat d'aquests estudis és que introdueixen, com una part del programa, estratègies d'orientació psicodinàmica per treballar

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

les emocions i les habilitats socials (Kästner et al., 2015; Abbate-Daga et al., 2015).

Mc Farlane, MacDonald, Trottier i Olmsted (2015) avaluen, amb bons resultats, un tractament individualitzat dins del context d'hospital de dia. Es tracta de 2 sessions setmanals de teràpia cognitivoconductual amb seguiment a 6 mesos. Aquesta teràpia està destinada a pacients de major edat, amb una malaltia de llarga durada, amb més psicopatologia (generalment diagnòstic d'AN purgativa) i amb varis ingressos previs.

Un parell d'articles aporten novetats en relació a programes de realimentació per a pacients amb AN severa. Sachs, Andersen, Sommer, Winkelman i Mehler (2015), a diferència dels estudis clàssics, aporten una aproximació més agressiva al síndrome de realimentació. Proposen començar amb una ingesta amb major nivell calòric per anar augmentant la quantitat més ràpidament. L'article també comenta les possibles complicacions mèdiques del síndrome de realimentació alhora que l'associa al grau de desnutrició (a major desnutrició, major és el risc). Per tant, valora tenir en compte la variable grau de desnutrició (a part d'avaluar el sistema cardiovascular i corregir les deficiències minerals) abans de decantar-se per una rehabilitació nutricional més o menys agressiva. També s'assenyala la importància de la rehabilitació nutricional ("*counseling*" nutricional, ajuda en la planificació alimentària i suport al pacient) per millorar els resultats a l'alta. Finalment, l'article comenta les possibles complicacions de la malnutrició i com tractar-les.

Per últim, Born et al. (2015) exposen els bons resultats obtinguts en un programa intensiu de realimentació per a pacients amb anorèxia severa. Com a punt més novedós destaca que aquest és el primer programa que utilitza regularment tubs d'alimentació percutanis com a mètode d'alimentació.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Altres

Colli et al. (2015) presenten un estudi que es proposa identificar els patrons de resposta emocional en els clínics que treballen amb pacients amb TCA. Analitzen les variables del tipus de TCA, dels clínics (gènere, edat, expertesa,...) i dels tractament aplicats, així com la possible influència de la personalitat dels pacients. Els resultats indiquen que les respostes emocionals dels terapeutes estan més relacionades amb la personalitat dels pacients que amb la resta de variables analitzades, per la qual cosa incideixen en la importància d'avaluar-la i tenir-la en compte durant el tractament.

En un estudi longitudinal, dut a terme per Colton et al. (2015) al llarg de 14 anys, amb noies diagnosticades de diabetis I, s'objectiva la presència de TCA persistents, així com la possibilitat d'inici o recaiguda del TCA a l'edat adulta. Els autors incideixen en la necessitat de seguir investigant en el tema per tal de trobar estratègies de prevenció i tractament en una població tan vulnerable a patir algun TCA com aquesta.

La cerca i l'establiment d'una alimentació saludable es considera un hàbit de salut positiu, però pot tornar-se patològic quan les cognicions i les preocupacions al voltant del que és una alimentació saludable porta a una selecció dels aliments massa estricta, i acaba en restriccions molt serioses, en un menjar estereotipat o, fins i tot, en un deteriorament d'àrees importants de funcionament per manca de determinats nutrients. Aquest comportament es coneix com a Ortorèxia Nerviosa (ON) i pot compartir algunes característiques amb l'AN o la BN. Segura-García et al. (2015) es proposen examinar la freqüència d'ON entre dones amb TCA i avaluar el canvi que es produeix després del tractament, trobant, entre la població en tractament, una alta prevalença d'ON, que tendeix a incrementar-se després del tractament. Sembla que l'ON

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

està associada, tant amb la millora, com amb el canvi cap a TCA menys severs. Proposen estudiar si l'ON residual pot ser responsable d'un major nombre de recaigudes i reaparicions de TCA.

Referències

- Abate-Daba, G., Marzola, E., De-Bacco, C., Buzzichelli, S., Brustolin, A., Campisi, S., Amianto, F., Migliaretti G., & Fassino, S. (2015). Day Hospital Treatment for Anorexia Nervosa: A 12-Month Follow-up Study. European Eating Disorders Review, 23, 390-398.
- Anderson, L.K., Murray, B.S., Ramirez, A.L., Rockwell, R., Le Grange, D., & Kaye, W.H. (2015). The Integration of Family-Based Treatment and Dialectical Behavior Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa: Preliminary Outcomes of an Open Pilot Trial. Journal of Eating Disorders, 23(4), 325-335.
- Born, C., De la Fontaine, C., Winter, B., Müller, R., Schaub, A., Früstück, C., Schüle, C., Voderholzer, U., Cuntz, U., Falkai, P., & Meisenzahl, E. (2015). First results of a refeeding program in a psychiatric intensive care unit for patients with extreme anorexia nervosa. BMC Psychiatry, 15, 57.
- Brechan, I., & Kvalem, I.L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression. Eating Behaviors, 17, 49-58.
- Carter, J.C., & Kelly, A.C. (2015). Autonomous and controlled motivation for eating disorders treatment: Baseline predictors and relationship to treatment outcome. British Journal of Clinical Psychology, 54, 76-90.
- Chen, E.Y., Segal, K., Weissman, J., Zeffiro, T.A., Gallop, R., Linehan, M.M., Bohus,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

M. & Linch, T.R. (2015). Adapting dialectical behaviour therapy for outpatient adult anorexia nervosa—a pilot study. International Journal of Eating Disorders, 48(1), 123-132.

- Colli, A., Speranza, A.M., Lingiardi, V., Gentili, D. Nassisi, V. & Hilsenroth, M.J. (2015). Eating Disorders and Therapist Emotional Responses. Journal of Nervous and Mental Disease, 203(11), 843-849.
- Colton, P.A., Olmsted, M.P., Daneman, D., Farquhar, J.C., Wong, H., Muskat, S. & Rodin, G.M. (2015). Eating Disorders in Girls and Women With Type I Diabetes: A Longitudinal Study of Prevalence, Onset, Remission and Recurrence. Diabetes Care, 38(7), 1212-1217.
- Dawson, L., Mullan, B., & Sainsbury, K. (2015). Using the theory of planned behaviour to measure motivation for recovery in anorexia nervosa. Appetite, 84, 309-315.
- Elran-Barak, R., Sztainer, M., Goldschidt, A.B., Crow, S.J., Peterson, C.B., Hill L.L., Ceoavy, E.S., Powers, P., Mitchell, J.E., & Le Grange, D. (2015). Dietary Restriction Behaviors and Binge Eating in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Trans-diagnostic Examination of the Restraint Model. Eating Behavior, 18, 192-196.
- Godfrey, K.M., Gallo, L.C., & Afari, N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. Journal of Behavioral Medicine, 38(2), 348-362.
- Kantz, S., Murray, S.B., Matheson, B., Boutelle, K.N., Rockwell, R., Eisler, I., & Kaye, W. H. (2015). A Brief, Intensive Application of Multi-Family-Based Treatment for Eating Disorders. Journal of Eating Disorders, 23(4), 315-324.
- Kästner, D., Gumz, a., Osen, B., Voderholzer, U., Wollburg, E., Karacic, M., Meyer, B.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Rose, M., & Löwe, B. (2015). Predictors of Outcome in Inpatients with Anorexia Nervosa: A Prospective Multi-Center Study. Psychotherapy and Psychosomatics, 84, 255-257.

- Kirby, J.S., Runfola, C.D., Fischer, M.S., Baucom, D.H., & Bulik, C.M. (2015). Couple-Based Interventions for Adults with Eating Disorders. Journal of Eating Disorders, 23(4), 356-365.
- Lynch, T.R., Hemple, R.J., & Dunkley, C. (2015). Radically Open-Dialectical Behavior Therpay for Disorders of Over-Control: Signaling Matters. American Journal of Psychotherapy, 69(2), 141-162.
- McFarlane, T., Mac Donald, D.E., Trottier, K., & Olmsted, M.P. (2015). The effectiveness of an individualized form of day hospital treatment. Eating Disorders, 23, 191-205.
- Martín, J., Padierna, A., Unzurrunzaga, A., González, N., Berjano, B., & Quintana, J.M. (2015). Adaptation and validation of the Spanish version of the Clinical Impairment Assessment Questionnaire. Appetite, 91, 20-27.
- Marzola, E., Knatz, S., Murray, S.B., Rockwell, R., Boutelle, K., Eisler, I., & Kaye, W.H. (2015). Short-term intensive family therapy for adolescent eating disorders: 30-month outcome. European Eating Disorders, 23(3), 210-218.
- Miller, A.L. (2015). Introduction to a Special Issue Dialectical Behavior Therapy: Evolution and Adaptations in the 21(st) Century. American Journal of Psychotherapy, 69(2), 91-95.
- Mountford, V.A., Brown, A., Bamford, B., Saeidi, S., Morgan, J.F., & Lacey, H. (2015). BodyWise: evaluation a pilot body image group for patients with anorexia nervosa: an exploration of the role of childhouse abuse. European Eating Disorders Review, 23(1), 62-67.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Murray, S.B., Anderson, L.K., Cusack, A., Nakamura, T., Rockwell, R., Griffiths, S., & Kaye, W.H. (2015). The Integration of Family-Based Treatment and Dialectical Behevior Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa: Preliminary Outcomes of Open Pilot Trial. Journal of Eating Disorders, 23(4), 325-335.
- Racine, S.E., & Wildes, J.E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: an exploration of the role of childhood abuse. International Journal of Eating Disorders, 48, 55-58.
- Ritschel, L.A., Lim, N.E., & Stewart, L.M. (2015). Transdiagnostic Applications of DBT for Adolescents and Adults. American Journal of Psychotherapy, 69(2), 111-128.
- Sachs, K., Andersen, D., Sommer, J., Winkelman, A., & Mehler, P.S. (2015). Avoiding medical complications during the refeeding of patients with anorexia nervosa. Eating Disorders, 23, 411-421.
- Schlegl, S., Bürger, C., Schmidt, L., Herbst, N., & Voderholzer, U. (2015). The potential of technology-based psychological interventions for anorexia and bulimia nervosa: a systematic review and recommendations for future research. Journal of Medical Internet Research. 17, 85.
- Segura-García, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloi, M., Caroleo, M., Bruni, A., Gazzarrini, D., Sinopoli, F., & De Fazio, P. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. Eating and Weight Disorders, 20(2), 161-166.
- Sysko, R., Glasofer, D.R., Hidebrandt, T., Klimek, P., Mitchell, J.E., Berg, K.C., Peterson, C.B., Wonderlich, S.A., & Walsh, B.T. (2015). The eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5): Development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders. (2015). International Journal of Eating Disorders, 48(5), 452-463.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Tchanturia, K., Doris, E., Mountford, V., & Fleming, C. (2015). Cognitive remediation and emotion skills training (CREST) for anorexia nervosa in individual format: self-reported outcomes. BMC Psychiatry 15:53.
- Treasure, J., Rhind, C. MacDonald, P., & Todd, G. (2015). The New Maudsley Model. Journal of Eating Disorders, 23(4), 366-376.
- Trottier, K., Carter, J.C., MacDonald, D.E., McFarlane, T., & Olmsted, M.P. (2015). Adjunctive graded body image exposure for eating disorders: A randomized controlled initial trial in clinical practice. International Journal of Eating Disorders, 48(5), 495-504.
- Vossbeck-Elsebusch, A.N., Waldorf, M., Legenbauer, T., Bauer, A., Cordes, M., & Vocks, S. (2015). Overestimation of body size in eating disorders and its association to body-related avoidance behavior. Eating and Weight Disorders, 20(2), 173-178.
- Wagner, G., Penelo, E., Nobis, G., Mayrhofer, A., Wanner, C., Schau, J., Spitzer, M., Gwinner, P., Trofaier, M-L, Imgart, H., Fernández-Aranda, F., & Karwautz, A. (2015). Predictors for good therapeutic outcome and drop-out in Technology assisted guided self-help in the treatment of bulimia nervosa and bulimia like phenotype. European Eating Disorders Review, 23, 163-169.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Trastorns de la personalitat

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRASTORNS DE PERSONALITAT

Elisa Rial, Clara Mercadé, Soledad Castillo i Anna Torà
Hospital Universitari Mútua de Terrassa

La tendència actual és a la consideració de la personalitat i els trastorns relacionats com un contínuum dimensional i és per aquest motiu que considerem necessari fer un recull de les publicacions relatives al conjunt de Trastorns de Personalitat (TP) de l'últim any. En aquest sentit, tan en la recerca com en l'atenció clínica existeix un biaix marcat cap al Trastorn Límit de la Personalitat (TLP), obviant altres aspectes importants i clínicament rellevants de la personalitat i dels altres TP.

Classificació i diagnòstic

En la classificació categorial actual dels TP s'han observat certes limitacions que tenen un impacte tant en la recerca com en l'aplicació clínica. En resposta a aquests resultats, el Grup de Treball de Personalitat i Trastorns de la Personalitat del DSM-5 ha proposat un model alternatiu de classificació. Des de la publicació del DSM-5, el model alternatiu ha generat un major interès. En l'article de Morey, Beuson, Busch i Skodol (2015) s'exposen les deficiències de l'aproximació categorial del diagnòstic dels TP, es descriu el model alternatiu i es realitza una revisió sobre la recerca publicada sobre aquest model. El model alternatiu és un model híbrid que combina un model dimensional i un categorial definint els TP com a combinacions d'alteracions en el funcionament de la personalitat (self i interpersonal) i trets disfuncionals de personalitat que inclou 25 facetes de trets específics organitzats en cinc àmbits de trets generals. Això fa possible el diagnòstic de sis categories de TP específics, i també el diagnòstic de "trastorn de la personalitat-especificat per trets", quan hi ha una alteració de personalitat però no es compleixen els criteris per a cap trastorn. El model

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

desenvolupat va ser acceptat per la *Task Force* DSM-5; no obstant això, els membres del Consell Assessor de l'APA van decidir incloure-ho en la secció III del DSM-5 considerant que requereix major recerca. Des d'una aproximació clínica, Skodol, Morey, Bender, i Oldham (2015) han estudiat el model alternatiu del DSM-5 per als TP a partir d'un cas clínic. Els autors descriuen cadascun dels passos proposats per a l'avaluació i diagnòstic de la personalitat patològica. Conclouen que el model alternatiu pels TP del DSM-5 proporciona un sistema clar, consistent i coherent per identificar la personalitat psicopatològica, quantificar la severitat i caracteritzar les nombroses manifestacions clíniques, així com també demostra la seva utilitat a l'hora de planificar el tractament i predir resultats. Tenint en compte el model de personalitat alternatiu i la recerca publicada que suggereix l'afecció disfuncional com a factor de risc en alguns TP, un estudi italià (Fossati et al., 2015) analitza la relació entre el model alternatiu i l'afecció en l'adult. L'objectiu de l'estudi és validar els trets del model alternatiu i apreciar l'eficàcia de l'aplicació clínica d'aquest model. Els resultats suggereixen una associació significativa amb els estils d'afecció adult, principalment l'estil insegur i evitatiu.

L'estudi del grup de Tyrer, Reed i Craword (2015) es centra en els problemes a l'hora de diagnosticar els TP, descrivint les dificultats de l'avaluació i l'absència de qüestionaris ràpids i fiables, i destaca la presència d'una alta comorbiditat entre els diferents TP. Així mateix, es descriu el canvi radical en la classificació dels TP proposat per la *International Classification of Diseases* (ICD-11).

Curs i pronòstic

Els resultats de les línies actuals de recerca demostren l'efecte dels TP en l'estat de salut dels individus i són considerats com un dels trastorns psiquiàtrics més prevalents. En un dels articles que formen les revisions sobre TP publicades per *The Lancet*, Newton-Howes, Clark, i Chanen (2015) descriuen com els TP són alteracions clínicament rellevants al llarg de la

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

vida i el seu efecte com a moderadors de la salut tant física com psicològica. Destaquen que els TP es poden identificar des de la infantesa, evolucionen de forma contínua i són més modificables del que es creia prèviament. Pel que fa a l'estabilitat/canvi dels trets de personalitat, observen que els individus amb TP canvien més al llarg del temps que les persones sense TP, amb una tendència a la millora. S'observen relacions clínicament rellevants entre els factors de personalitat i certes alteracions psicopatològiques; d'aquesta manera, tenint en compte que els elements de la personalitat canvien al llarg del temps, la psicopatologia comòrbida varia modificant l'evolució clínica i la resposta al tractament depenent del moment del cicle vital. El reconeixement de la importància de la detecció primerenca dels TP en la infantesa i adolescència posa de manifest la necessitat de tasques de prevenció i intervencions basades en l'evidència dirigides a la modificació de la trajectòria vital del TP.

Quant al pronòstic dels TP destaca el paper del perfeccionisme desadaptatiu. En un estudi de Dimaggio et al. (2015) s'analitza la comorbiditat dels TP amb els elements principals del perfeccionisme, concloent que interactuen, s'intensifiquen mútuament i actuen com a predictors de pitjors disfuncions socials i majors nivells de psicopatologia. Per tant, incloure l'avaluació i tractament del perfeccionisme pot millorar els resultats del tractament del TP. En un estudi longitudinal a 10 anys, Ansell et al. (2015) identifiquen, de forma consistent amb la recerca prèvia, que el TLP es l'únic TP que pot ser considerat com a factor de risc per realitzar una temptativa autolítica. Sorprenentment els resultats obtinguts també destaquen el trastorn de personalitat narcisista (TPN) com a predictor d'un nombre progressivament major de temptatives autolítiques en el mateix període de 10 anys.

Intervenció i psicoteràpia

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

En un altre dels articles de *The Lancet*, Bateman, Gunderson i Mulder (2015) fan una recerca exhaustiva a les diferents bases de dades científiques amb l'objectiu de descriure la situació actual sobre l'abordatge psicològic dels diferents TP. La noció que els TP són inevitablement crònics i estables al llarg de temps ja no es considera acceptable en l'actualitat gràcies a les múltiples investigacions que observen una resposta favorable a la intervenció. Els autors consideren que l'avaluació de l'eficàcia d'aquesta hauria de tenir en compte tant els símptomes nuclears del trastorn com l'adaptació funcional. La intervenció psicosocial és considerada el tractament de primera línia en la majoria de TP i a dia d'avui han demostrat la seva eficàcia intervencions que procedeixen de diverses orientacions i que es duen a terme en diferents formats i contextos. El tractament farmacològic ha demostrat ser útil per a l'abordatge puntual de certs símptomes. Un altre element que es destaca en l'article és la importància d'avaluar i intervenir sobre els diferents trastorns comòrbids. A continuació els autors fan un recull de l'evidència científica disponible en els diferents clústers. Com a conclusions insisteixen que l'evidència sobre l'eficàcia del tractament dels TP està limitada per la focalització en el TLP, la mida de les mostres, el seguiment a curt termini dels assajos clínics, l'ús de diferents instruments per valorar l'efecte de la teràpia i la manca de control de la psicopatologia. Tot i així, les dades disponibles actualment permeten ser optimistes de cara al tractament psicosocial dels TP.

Un altre estudi a destacar és el de Kolly et al. (2015) que analitza l'efecte de la psicoteràpia en un entorn natural amb l'objectiu d'incrementar la generalitzabilitat dels resultats. La major part dels participants tenen un diagnòstic de TLP i també s'inclouen pacients amb un Trastorn Paranoide i amb un Trastorn Obsessiu de Personalitat. Les variables analitzades en diferents moments de la intervenció són el compliment dels criteris diagnòstics pel trastorn, els símptomes d'ansietat, els símptomes de depressió, la impulsivitat i la qualitat de vida. El

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

tractament realitzat és de tipus cognitivoconductual o psicodinàmic, segons el terapeuta. Els resultats mostren una mida de l'efecte destacat en la variable que els autors consideren principal, que és el compliment de criteris diagnòstics, mentre que en les altres variables els resultats són discrepants. Com a conclusió consideren que el tractament és eficaç de cara a la reducció de símptomes del trastorn i que és important avaluar els efectes de la psicoteràpia en un entorn terapèutic natural.

Donada l'escassetat d'estudis sobre els resultats de la TEC en TP amb depressió, Rasmussen (2015) realitza una revisió de la literatura en un intent de sintetitzar-la en algunes recomanacions per a la pràctica actual i per altres treballs d'investigació. El resultat que compta amb una major evidència empírica és que els pacients amb TLP tenen taxes de resposta antidepressives agudes més baixes i taxes de recaiguda post-TEC més elevades que els pacients amb depressió amb o sense TP, i els resultats no recolzen el fet de limitar l'aplicació de la TEC en pacients amb TP clúster A o C amb un diagnòstic comòrbid de trastorn depressiu major. D'altra banda, es considera que es necessita més investigació en qüestionaris de detecció de TLP, que la confiança en escales de qualificació per a la depressió pot ser insuficient per deduir la millora simptomàtica i que seria convenient més investigació sobre la diferència dels resultats subjectius de l'impacte en la memòria de la TEC en pacients amb TP.

Els dèficits en la metacognició que es reflecteixen en una capacitat limitada per descriure i pensar en els propis estats mentals i en el dels altres, poden estar presents en la psicosi i en els TP. En l'estudi de Dimaggio i Lysaker (2015) es detallen diferents formes d'entendre aquests dèficits i discuteixen sobre tres reptes presents en el tractament d'aquests pacients que s'exposen a continuació. Primerament, donada la variabilitat de la qualitat de les capacitats de

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

metacognició i mentalització en funció del context interpersonal, és important per als terapeutes crear i mantenir una forta aliança terapèutica. També es plantegen la necessitat d'avaluar contínuament les habilitats metacognitives i de mentalització i incloure-ho en la formulació del cas per evitar obstacles en el procés terapèutic. Per últim, consideren que les intervencions s'han de realitzar de manera que no excedeixin les habilitats actuals del pacient, promovent posteriorment un nivell d'habilitats superior. Els autors esperen més investigació futura que mostri l'eficàcia de la inclusió d'aquests conceptes en el procés terapèutic.

Referències

- Ansell, E., Wright, A., Markowitz, J., Sanislow, C., Hopwood, C., Zanarini, M., Yen, S., Pinto, A., Thomas, H., McGlashan, T., & Grilo, C. (2015). Personality disorder risk factors for suicide attempts over 10 years of follow-up. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. 6 (2), 161–167.
- Bateman, A.W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Personality disorder. Treatment of personality disorder. Lancet, 385, 735-743.
- Dimaggio, G. & Lysaker, H.P. (2015). Metacognition and mentalizing in the psychoterapy of patients with psychosis and personality disorders. Journal of Clinical Psychology: In Session 71 (2), 117-124.
- Dimaggio, G., Lysaker, P., Calarco, T., Pedone, R., Marsigli, N., Riccardi, I., Sabatelli, B., Carcione, A., & Paviglianiti, A. (2015). Perfectionism and personality disorders as predictors of symptoms and interpersonal problems. American Journal of Psychotherapy, 69 (3), 317-330.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Fossati, A., Krueger, R., Markon, K., Borroni, S., Maffei, C., & Somma, A. (2015). The DSM-5 alternative model of personality disorders from the perspective of adult attachment. The Journal of Nervous and Mental Disease, 203, 252-258.
- Kolly, S., Kramer, U., Maillard, P., Charbon, P., Droz, J., Frésard, E., Berney, S., & Despland, J.N. (2015). Psycotherapy for personality disorders in a natural setting. A pilot study over two years of Treatment. The Journal of Nervous and Mental Disease, 203 (9), 735-738.
- Morey, L., Beuson, K., Busch, A., & Skodol, A. (2015). Personality disorders in DSM-5: emerging research on the alternative model. Current Psychiatry Reports, 17, 24.
- Newton-Howes, G., Clark, L.A., & Chanen, A. (2015). Personality disorder across the life course. The Lancet, 385, 727–734.
- Rasmussen, G.K. (2015). Do patients with personality disorders respond differentially to electroconvulsive therapy? A review of the literature and consideration of conceptual issues. Journal of ECT, 31, 6-12.
- Skodol, A., Morey, L., Bender, D., & Oldham, J. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders: A clinical application. The American Journal of Psychiatry, 172, 606-613.
- Tyrer, P, Reed, G., & Craword, M. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. The Lancet, 385, 717-726.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Addiccions

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

ADDICCIONS CONDUCTUALS

Núria Aragay
Unitat d'Atenció al Joc Patològic i altres Addiccions no tòxiques. Àmbit d'Atenció a la Salut Mental. Consorci Sanitari de Terrassa

Durant l'any 2015, tot i l'elevat volum d'articles publicats entorn les Addiccions Conductuals (AC), no disposem, encara, d'una definició ni d'uns criteris diagnòstics consensuats sobre aquest tipus d'addiccions.

La American Society of Addiction Medicine (ASAM) les defineix com a comportaments que són gratificants en si mateixos, i on l'exposició a les conductes seria facilitadora del procés addictiu, més que la causa de l'addicció. Com que és la pròpia conducta la que proporciona plaer, el reforç prové de l'execució de la conducta**,** mentre que l'anatomia i fisiologia del cervell són variables subjacents que causen l'addicció. (Love, Laier, Brand, Hatch, & Hajela, 2015; Robbins & Clark, 2015).

Existeixen diversos tipus d'AC: al joc, a les compres, al sexe, als videojocs, etc. I amb el desenvolupament de les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TICs), s'han ampliat els tipus d'AC, apareixent les diferents formes de conducta *online*.

Amb la publicació del DSM-5, l'any 2013, s'està iniciant un canvi en la conceptualització d'aquestes AC. S'ha creat una nova categoria *(trastorns per ús de substàncies i trastorns addictius)* que, per primera vegada, les inclou en la mateixa categoria que les addiccions a substàncies. Tot i així, únicament s'ha inclòs el Trastorn de joc, perquè es el trastorn que més evidencia científica ha obtingut sobre les semblances amb els trastorns addictius. Altres AC

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

estan pendents d'estudi (com es el cas del "Trastorn de joc *online*") o han estat excloses (com es el cas de l'addicció al sexe, les compres, o l'ús de internet), ja que no està clara la seva similitud a nivell etiològic, clínic i biològic amb les addiccions a substàncies.

En aquest sentit, durant el 2015, s'ha mantingut obert el debat sobre si l'ús excessiu d'aquestes conductes es considera una addicció o un Trastorn del control dels impulsos. L'estudi de Billieux, Schimmenti, Khazaal, Maurage i Heeren, (2015) considera que molts dels constructes establerts sobre AC no tenen especificitat ni validesa externa i conclou que les aproximacions "confirmatòries" utilitzades per entendre les conductes excessives pot donar lloc a la identificació "d'absurdes" addiccions conductuals. Love et al. (2015) en una revisió dels models explicatius i les troballes neurobiològiques sobre AC, conclou que existeixen una sèrie d'activitats realitzades a través d'internet (l'ús de xarxes socials, visió de pornografia, etc) que poden considerar-se addiccions, ja que en la majoria de conductes s'hi ha vist implicat els sistemes neurals de la recompensa.

Finalment, Suissa (2015) planteja una perspectiva psicosocial per entendre aquestes addiccions. Considera que l'ús d'internet o el joc *online* no són un problema en si mateix, sinó que el problema és la pràctica abusiva de l'acció en detriment d'altres conductes, que genera un cercle viciós amb l'addicció. Per Suissa (2015), és important diferenciar l'ús de l'abús i proposa un model de 5 fases per explicar el cicle de l'addicció: 1) La persona se sent sola, amb malestar, baixa autoestima i problemes diversos, 2) es refugia en alguna activitat i fa "la intoxicació", amb drogues, joc, videojocs, etc. i desapareix el malestar temporalment, 3) De manera artificial se sent millor, alleujada, anestesiada sense atacar a les causes fonamentals del malestar, 4) Passat un cert temps ve el "baixón", el sentiment de culpa i/o de vergonya del

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

dia després i 5) Finalment, apareix l'oportunitat per trencar el cercle viciós de l'addicció i, si no es fa, torna a iniciar-se el cicle ja que es torna a generar malestar.

L'actual manca de definició i consens en els criteris diagnòstics dificulta el seu estudi amb profunditat.

Addicció a Internet (AI)

Quan es parla de AI ens referim a un ampli espectre d'activitats realitzades a través de la xarxa, com jugar a videojocs, jugar a jocs d'atzar, comprar, etc., que tenen un potencial de generar descontrol. Sovint, però, la literatura científica ha utilitzat de manera indiscriminada el terme AI, sense concretar quin tipus d'aplicació o contingut de la xarxa és el que genera el descontrol. Això, juntament amb la confusió que existeix entorn al concepte de AI, dificulta extreure conclusions fermes i generalitzables. Fins i tot l'última versió del DSM-5 utilitza els conceptes AI i trastorn de joc per internet de manera confusa (Love et al., 2015).

En relació a l'ús i abús de la xarxa, voldríem destacar dues revisions publicades durant el 2015, sobre aspectes neurobiològics. Per una banda, l'article de Love et al. (2015) on destaquen que el sistema de recompensa mesocorticolímbic està implicat en la AI de la mateixa manera que en el TUS. I, per altra banda, l'article de Zhu, Zhang i Tian (2015) on conclouen que els estudis amb neuroimatge funcional han evidenciat canvis estructurals en el còrtex frontal i disfunció del sistema dopaminèrgic en subjectes amb AI.

Addicció al sexe (AS)

L'AS es un concepte controvertit, del qual no disposem ni d'una definició ni d'una terminologia consensuada. Sovint s'ha utilitzat termes diversos (dependència sexual,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

hipersexualitat, conducta sexual compulsiva, etc.) per parlar d'una mateixa conducta. A més, com a trastorn, tot i que estava classificat en el DSM-III com a conducta sexual no parafília, inclosa dins la categoria de Trastorns sexuals no especificats, en el DSM-IV i DSM-5 es va excloure, degut a la manca d'evidència empírica i consens clínic per considerar aquesta conducta sexual com una addicció (Farré et al., 2015). Tot i això, hi ha autors que ho consideren com un trastorn addictiu. En aquest sentit, durant el 2015 s'han publicat diversos articles centrats en analitzar semblances i diferències de la AS/Hipersexualitat i les addiccions. En la revisió publicada per Love et al. (2015) conclouen que l'AS *online* comparteix mecanismes bàsics similars als implicats en les addiccions a substàncies. En la mateixa línia, Farré et al. (2015), comparen el perfil de personalitat d'una mostra de pacients diagnosticats amb AS i una mostra de pacients amb JP. Conclouen que ambdós trastorns comparteixen determinades característiques psicopatològiques (elevats nivells d'ansietat, depressió i baixa autoestima) i de personalitat (elevada tendència a la recerca de novetat i l'evitació del risc mesurada amb el TCI-R). Finalment, Blum, Badgaiyan i Gold (2015) defineixen la hipersexualitat com una conducta sexual alterada i persistent, que es dóna tant en homes com en dones. Destaca que hi ha evidència de les diferències de gènere, no només en la conducta sexual normal, sinó també en la hipersexualitat. Mentre els homes tenen més fantasies sexuals, major freqüència de masturbació, major propensió a l'excitació sexual visual generada externament, actituds més permissives envers el sexe ocasional, major facilitat per a la excitació i major motivació intrínseca, les dones mostren un estil diferent en la conducta sexual, tant en la motivació, l'excitació, com en el comportament sexual que està molt més determinat per factors evolutius i per una major inversió biològica, emocional i temporal en la reproducció i criança dels fills. Les dones són menys vulnerables a la hipersexualitat i més orientades a promoure la relació d'afiliació i els compromisos a llarg

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

termini. Les xifres de prevalença es situen entre un 3% i un 6% en la població general. S'ha vist que la hipersexualitat presenta elevada comorbiditat sobretot amb TUS.

Compres compulsives (CC)

L'addicció a les compres (AC) és un problema psicològic del qual ja Kraepelin en va fer una primera descripció l'any 1909, però encara no disposem d'un consens sobre com definir-lo ni classificar-lo dins els trastorns mentals (Müller, Mitchell, & Zwaan, 2015). En aquest sentit, degut a la manca de dades que ajudin a diferenciar si es tracta d'una entitat diagnòstica concreta o de l'expressió simptomàtica d'altres trastorns, com el Trastorn Obsessiu-Compulsiu, els trastorns d'ansietat o els trastorns afectius, de moment no s'ha inclòs en el DSM-5 (Weinstein, Mezig, Mizrachi, & Lejoyeux, 2015).

Destaquem l'article de revisió publicat per Müller et al. (2015) on posa de relleu la importància de consensuar una definició, nomenclatura i classificació d'aquesta conducta, ja que s'han detectat xifres elevades de prevalença en la població general (entre 6%-7%) i s'ha vist que genera importants conseqüències negatives en les persones que ho pateixen. Els autors consideren un error anomenar-ho CC ja que els pensaments relacionats amb la compra no són egodistònics i la conducta de comprar, en general, no està ritualitzada com en el cas del Trastorn Obsessiu-Compulsiu. L'impuls irresistible de comprar, la pèrdua repetida de control sobre la despesa i el malestar quan no pot comprar, s'assembla al desig per consumir i els símptomes d'abstinència de les persones amb addiccions a substàncies. Per això consideren que es podria categoritzar com una addicció conductual.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Consensuar una definició, així com d'identificar i aprofundir en el coneixement dels factors neurobiològics i etiològics, contribuiria a la investigació i la identificació de possibles opcions de tractament i estratègies de prevenció (Müller et al., 2015).

Referències:

- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? Atenable blueprint for behavioral addiction research. Journal of behavioral addictions, 4, 119-123.
- Blum, K., Badgaiyan, R.D., & Gold, M.S. (2015). Hypersexuality addiction and withdrawal: phenomenology, neurogenetics and epigenètics. Cureus, 7, 348.
- Farré, J.M., Fernandez-Aranda, F., Granero, R., Aragay, N., Mallorquí-Bague, N., Ferrer, V., More, A., Bouman, W.P., Arcelus, J., Savvidou, L.G., Penelo, E., Aymamí, M.N., Gómez-Peña, M., Gunnard, K., Romaguera, A., Menchón, J.M., Vallès, V., & Jiménez-Murcia, S. (2015). Sex addiction and gambling disorder: similarities and differences. Comprehensive psychiatry, 56, 59-68.
- Love, T., Laier, C., Brand, M., Hatch, L., & Hajela, R. (2015). Neuroscience of internet pornography addiction: a review and Update. Behavioral Sciences, 5, 388-433.
- Müller, A., Mitchell, J.E., & de Zwaan, M. (2015). Compulsive buying. The American Journal on Addictions, 24, 132-137.
- Robbins T.W. & Clark, L. (2015). Behavioral addictions. Current Opinion in Neurobiology, 30, 66-72.
- Suissa, A.J. (2015). Cyber addictions: toward a psychosocial perspective. Addictive behaviors, 43, 28-32.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Weinstein, A., Mezig, H., Mizrachi, S., & Lejoyeux, M. (2015). A study investigfating the assocaition between compulsive buying with measures of anxiety and obsessive-compulsive behavior among internet shoppers. Comprehensive Psychiatry, 57, 46-50.
- Zhu, Y., Zhang, H., & Tian, M. (2015). Molecular and funcional imaging of internet addiction. BioMed research International, 2015, 378675.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRASTORN DE JOC

Marta Baño, Amparo del Pino, Gemma Mestre, Marta Sancho, Marta de Gracia, Nuria Mallorquí, Laura Moragas i Susana Jiménez-Murcia
Unitat de Joc Patològic i Altres Addiccions Comportamentals. Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL

L'any 2015 es varen publicar un total de 474 estudis, consultant les bases de dades següents: *pubmed, psyc.info, scopus i dialnet*. Les paraules seleccionades han estat les següents: *gambling disorder i pathological gambling,* com a més rellevants. De la revisió d'aquests estudis s'han establert les següents àrees de coneixement: classificació, epidemiologia, avaluació, clínica i factors de risc, neurobiologia, comorbiditat i abús de substàncies, Internet i noves tecnologies i tractament. Dels 474 estudis s'han seleccionat un total de 87 (inclosos a la bibliografia adjunta) com a més representatius del Trastorn de Joc (TJ), durant aquest darrer any.

Classificació

El Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, en la seva 5ena edició (APA, 2013), també conegut per DSM-5, ha comportat una sèrie de canvis en el diagnòstic del Trastorn de Joc (TJ). Una descripció detallada d'aquests canvis la trobem a l'article de Stinchfield et al. (2015), que amb una mostra formada per pacients de tres països diferents, demostren que el DSM-5 té una adequada precisió diagnòstica. Malgrat que DSM-5 i DSM-IV presenten més semblances que diferències, varen observar modestes millores del DSM-5, especialment en la disminució de falsos negatius, al reduir la puntuació de tall a quatre criteris. Per altra part, Sleczka, Braun, Piontek, Bühringer i Kraus (2015) varen investigar l'estructura subjacent als nou criteris del TJ, avaluant l'aplicabilitat del DSM-5 en diferents grups de jugadors. Els seus

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

resultats indicaren l'existència d'un model de factor únic, que recolzava la hipòtesi que l'estructura dels criteris DSM-5 és, en realitat, un *continuum* unidimensional de severitat del TJ. Alguns autors com Bottesi, Ghisi, Ouimet, Tira i Sanavio (2015) han plantejat la similitud d'alguns criteris diagnòstics del TJ amb els criteris del Trastorn Obsessiu Compulsiu. En aquest sentit, proposen que el model d'espectre impulsiu-compulsiu pot ser més adequat, a l'hora d'explicar la fenomenologia del TJ. Els resultats d'aquest estudi recolzen la utilitat clínica d'adoptar una aproximació transdiagnòstica-dimensional que complementi la classificació del DSM-5.

Epidemiologia

Diferents estudis constaten la creixent prevalença d'aquest trastorn, en especial en grups minoritaris. L'estudi de Griffiths (2015) descriu com la prevalença del TJ en població sense sostre és del 11.6% a Gran Bretanya, significativament més alta que la taxa a la població general. Fröberg et al. (2015) van trobar que la incidència d'un primer episodi de joc problemàtic entre els 16-24 anys és superior (2.26%) a la incidència que s'observa entre els 25-44 anys (0.81%). A més, aquesta incidència és tres vegades més baixa en dones que en homes.

Avaluació

En relació a les mesures d'avaluació, s'han adaptat i validat diverses escales, inventaris i qüestionaris a diferents poblacions, entre els que destaquen: *The Gambling Outcome Expectancies Scale (GOES)* (Flack & Morris, 2015), *The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS)* tant la versió italiana *(GRCS – I)* (Iliceto et al., 2015) com la versió turca *(GRCS – T)* (Arcan & Karanci, 2015), *The 8 – ítem Attitudes Towards Gambling Scale (ATGS – 8)* (Canale, Vieno, Pastore, Ghisi, & Griffiths, 2016), *The Internet Addiction Test (IAT)*, tot i que

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

varen proposar una versió modificada de 17 ítems de l'IAT que necessita més estudis (Khazaal et al., 2015), *The Gambling Refusal Self – Efficacy Questionnaire (GRSEQ)* (Lai, Wu, & Tong, 2015) *i The Gambling Motives Questionnaire (GMQ)* (Lambe, Mackinnon, & Stewart, 2015). Cal fer menció al qüestionari *The Adicction Severity Index (mASI)*, que avalua tant el trastorn per ús de substàncies (TUS) (inclòs hàbit tabàquic) com els jocs d'atzar. Aquest instrument ha demostrat ser fiable per fer un abordatge conjunt de tots els trastorns addictius inclòs el TJ (Denis et al., 2015).

Clínica i factors de risc

Tot i que actualment queden encara molts aspectes per dilucidar, diverses investigacions han identificat una sèrie de factors de risc associats a l'aparició i manteniment del TJ. Entre els estudis publicats aquest darrer any, cal destacar un nombre important d'investigacions realitzades amb població jove, atès que en aquesta franja d'edat la vulnerabilitat de presentar joc problemàtic i patològic és significativament més elevada (Abdi, Ruiter, & Adal, 2015; Donati, Ancona, Chiesi, & Primi, 2015; Fröberg, Rosendahl, et al., 2015; Ginley, Whelan, Relyea, Meyers, & Pearlson, 2015; Harris, Newby, & Klein, 2015).

Tanmateix, la població d'edat avançada també ha estat motiu d'interès aquest darrer 2015. En aquest sentit, s'ha estudiat la prevalença del trastorn de joc entre adults majors de 65 anys, i diversos estudis informen que tot i presentar una prevalença més baixa que a la població d'adults més joves (entre 18 i 65 anys), els adults majors de 65 anys mostren més dificultats associades a l'etapa vital que per la que estan passant (malalties, pèrdues, jubilació, etc.) i això els converteix en un grup especialment vulnerable (Medeiros et al., 2015; Sauvaget et al., 2015).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

En general, com a factors de risc associats al TJ, s'han descrit una història familiar d'addició a substàncies o depressió, ansietat d'inici a la infància, antecedents d'abusos durant la infància, presència d'altres trastorns mentals comòrbids, història d'addició a substàncies i, en el cas dels homes, no estar casat o viure sol (Abdollahnejad, Delfabbro, & Denson, 2015; Aragay et al., 2015; Blanco et al., 2015; Botterill, Gill, McLaren, & Gomez, 2015; Dion, Cantinotti, Ross, & Collin-Vézina, 2015). En referència a d'altres factors de risc psicològics, cal destacar la impulsivitat com a una característica comuna en totes les addiccions i també clau en el TJ (Blain, Richard Gill, & Teese, 2015; Estevez, Herrero-Fernández, Sarabia, & Jauregui, 2015; Jiménez-Murcia, Granero, Tárrega, et al., 2015; Moragas et al., 2015; Rodda, Lubman, Iyer, Gao, & Dowling, 2015). També és important fer èmfasi en el fet que el TJ és un trastorn heterogeni amb manifestacions clíniques diferenciades, en funció de la implicació de variables com l'edat d'inici del trastorn i el sexe, essent el TJ menys freqüent en dones. Tanmateix, aquestes presenten més ansietat, més evitació del risc, estat d'ànim més baix i més intents autolítics que els homes (Black, Shaw, et al., 2015; Husky, Michel, Richard, Guignard, & Beck, 2015). També es troben perfils clínics diferenciats en base a la preferència del tipus de joc, així per exemple, els jocs més estratègics s'associarien a recerca de novetat i comorbiditat amb altres trastorns addictius, mentre que els jocs no estratègics s'associarien a trastorns depressius, ansietat, trets de personalitat com l'evitació del risc i dificultats en la regulació emocional (Challet-Bouju et al., 2015; Granero et al., 2015b). Malgrat que encara no s'ha descrit un perfil de personalitat únic, existeix un cert consens en la implicació de trets relacionats amb les dimensions recerca de sensacions, neuroticisme, ira, evitació i socialització (Jiménez-Murcia, Granero, Fernández-Aranda, et al., 2015). Des d'una perspectiva biològica, s'ha demostrat que nivells elevats de dopamina augmenten la tendència a la recerca de la gratificació immediata (Norbury & Husain, 2015). Aquesta tendència estaria implicada en tots els trastorns addictius (Jiménez-Murcia, Granero, Fernández-Aranda, et al.,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

2015), a més, seria la responsable de la continuïtat de la conducta de joc (Sauvaget et al., 2015). Des del punt de vista sociològic, entre altres factors investigats, una edat d'inici primerenca, tal i com s'ha mencionat prèviament (Abdi et al., 2015; Granero et al., 2015a; Jiménez-Murcia, Granero, Fernández-Aranda, et al., 2015), sexe masculí (Hing, Russell, Gainsbury, & Blaszczynski, 2015; Yücel et al., 2015), baix nivell socioeconòmic i d'estudis (Holdsworth, Nuske, & Hing, 2015; Slutske, Deutsch, Statham, & Martin, 2015; Tabri, Dupuis, Kim, & Wohl, 2015), o pertinença a una ètnia diferent a la del país on es resideix (Chan, Zane, Wong, & Song, 2015; Kastirke, Rumpf, John, Bischof, & Meyer, 2015; Wilson, Salas-Wright, Vaughn, & Maynard, 2015), són algunes de les variables sociodemogràfiques de vulnerabilitat més sòlides.

Neurobiologia

Durant aquest darrer any, diferents estudis han explorat les bases neurobiològiques de les addiccions, tant a substàncies (TUS) com comportamentals. La nova classificació del TJ en el DSM-5, dins l'apartat de Trastorns Relacionats amb Substàncies i Trastorns Addictius, aporta una nova perspectiva de les Addiccions Comportamentals (AC) (Banz, Yip, Yau, & Potenza, 2016; Chamberlain, Lochner, et al., 2015; Yau & Potenza, 2015). Es podria dir que el TJ ha estat pioner a l'hora de ser la primera AC reconeguda, a l'espera que els estudis científics aportin les evidències empíriques per tal que altres trastorns siguin també considerats com AC (com l'addicció a videojocs, a Internet, la compra compulsiva, o l'addicció al sexe) (Farré et al., 2015; Jiménez-Murcia, Granero, Moragas, et al., 2015).

Per altra banda, similituds com les creences irracionals, la recerca de risc, o la impulsivitat, entre d'altres factors, apunten que els TUS i el TJ comparteixen bases neurobiològiques comunes, així com l'activació de determinats circuits i regions cerebrals (com l'amígdala,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

insula, còrtex), i la implicació de sistemes neuroquímics (dopamina i serotonina, entre d'altres) (Gendreau & Potenza, 2015). Alhora, el estudis realitzats sobre *craving*, mitjançant tècniques de neuroimatge, han demostrat que ambdós trastorns presenten correlats neurals similars (Kober et al., 2015).

Diferents treballs basats en el model de la Síndrome de Deficiència de la Recompensa, observen que els jugadors problemàtics i patològics presenten una hiposensibilitat davant els guanys i les pèrdues, derivats de la seva conducta (Miller, Miller, Blum, Badgaiyan, & Febo, 2015; Lole, Gonsalvez, & Barry, 2015). En aquesta mateixa línia, Brevers et al. (2015), en comparar jugadors amb controls, observen que els primers no mostren alteracions neurals anticipatòries davant dels premis. L'addicció consta tant de conductes impulsives com compulsives i, ambdues, han estat associades a una presa de decisions defectuosa, sent aquests dèficits comparables amb els que presenten pacients amb lesions prefrontals corticals. Aquesta troballa apuntaria que la fisiopatologia del còrtex prefrontal podria ser un element rellevant en l'addicció (Olsen, Lugo, & Sütterlin, 2015). Per altra banda, l'estudi de Grant, Odlaug, & Chamberlain (2015) descriu la relació del TJ amb una reducció significativa del gruix cortical, comparant jugadors amb controls, i específicament en les regions corticals frontals dretes. Aquestes anormalitats morfomètriques del cervell succeeixen tan en el TJ com en el TUS, donant suport al solapament neurobiològic entre els dos trastorns (Olley, Blaszczynski, & Lewis, 2015).

Comorbiditat i abús de susbtàncies

Durant aquest darrer any s'han realitzat nombroses investigacions centrades en la comorbiditat entre TJ i tabac (Ronzitti, Lutri, Meleck, Smith, & Bowden-Jones, 2015), alcohol (Lister, Milosevic, & Ledgerwood, 2015), altres substàncies (Engel & Rosen, 2015) i

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

addiccions comportamentals (Black, Coryell, et al., 2015; Grall-Bronnec et al., 2015), a fi d'avaluar-ne les característiques clíniques i neurobiològiques principals. En els casos en que el TJ i l'ús de substàncies coexisteixen, s'observa un increment de la probabilitat de persistència de la conducta de joc (Bussu & Detotto, 2015), així com un empitjorament de la inhibició de resposta i un deteriorament del procés de presa de decisions (Barrus, Cherkasova, & Winstanley, 2015). Altres estudis analitzen l'elevada comorbiditat entre TJ i Trastorn de Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat (Abouzari, Oberg, Gruber, & Tata, 2015; Aymamí et al., 2015; Chamberlain, Derbyshire, Leppink, & Grant, 2015), fet que no és d'estranyar, tenint en compte que un dels factors etiològics més rellevants d'ambdós trastorns és un patró d'elevada impulsivitat. Finalment, diversos estudis han observat que tant el TJ com la simptomatologia depressiva concomitant, presenten un patró de personalitat anàleg, així com factors de risc similars i, per tant, és esperable que es presentin de manera simultània (Dussault et al., 2015; Quigley et al., 2015).

Internet i noves tecnologies

Un altre tema d'interès creixent és el joc a través d'Internet. L'estudi de Chen et al. (2015) pretén avaluar el nivell de disfunció social entre les persones amb addicció a Internet (AI). Observen que els individus amb AI i disfuncionalitat social obtenen nivells més elevats de sensibilitat interpersonal, hostilitat, paranoia i un major ús d'estratègies d'afrontament negatives i nivells més baixos de responsabilitat social, autocontrol i suport familiar, en comparació amb els AI sense disfunció social. A més, els jugadors d'atzar *online* són més freqüentment homes, més joves, amb accés a Internet des de casa, participen en més formes de joc i tenen una despesa major de diners (Gainsbury, Russell, Blaszczynski, & Hing, 2015). Tant pacients amb TJ com pacients amb AI tenen deficiències en memòria de treball i funcions executives, però els AI presenten més impulsivitat que els pacients amb TJ (Zhou,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Zhou, & Zhu, 2016). Cal fer menció a l'article de Chóliz, (2015) que descriu com l'efecte de la legalització ha augmentat el joc *online*, afirmant que calen mesures de prevenció a tal efecte.

Tractament

En aquest apartat abordarem els estudis publicats durant el darrer any sobre els diferents models terapèutics, sent la teràpia cognitivoconductual el tractament de primera elecció pel TJ. En base, doncs, a les troballes més recents, l'entrevista motivacional, els grups terapèutics, i la teràpia cognitiva i d'exposició, continuen sent intervencions fiables i efectives, millorant l'estat d'ànim general dels pacients i reduint la simptomatologia específica del TJ. Aquests resultats positius s'observarien tant en els tractaments breus, com en els de més llarga durada (Geisner et al., 2015; Smith, Battersby, Harvey, Pols, & Ladouceur, 2015; Toneatto, 2016). Des d'aquest model terapèutic es descriuen també programes d'autoajuda (Saeremans, Noël, & Verbanck, 2015), tractaments TCC *online* (Magnusson, Nilsson, Hellner Gumpert, Andersson, & Carlbring, 2015), així com altres procediments com el *personalized normative feedback*, conegut també com a PNF, que treballa els biaixos cognitius associats al joc i es dirigeix a col·lectius en risc de desenvolupar el trastorn (Neighbors et al., 2015). En relació al tractament farmacològic, alguns estudis apunten els beneficis de l'antidepressiu agomelatina i l'opiaci naltrexona (Egorov, 2015; Kovanen et al., 2016). I dins les teràpies físiques, l'estimulació magnètica transcranial aplicada sobre el còrtex prefrontal dorsolateral, sembla millorar el *craving* i les conductes de l'espectre compulsiu, sent indicada en els casos més greus i resistents de TJ (Protasio et al., 2015). També s'han publicat estudis sobre altres intervencions terapèutiques, com els models integratius basats en la teràpia de parella, en la teràpia sistèmica, etc., que tot i que, per ara, amb resultats experimentals semblen tenir bon nivell d'acceptació i satisfacció per part dels

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

pacients, millorant simptomatologia depressiva, ansiosa i d'impulsivitat (Bae, Han, & Kim, 2015; Lee & Awosoga, 2015; Mladenović, Lažetić, Lečić-Toševski, & Dimitrijević, 2015).

Article més rellevant

- Tárrega, S., Castro-Carreras, L., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Giner-Bartolomé, C., Aymamí, N., Gómez-Peña M., Santamaría J.J., Forcano L., Steward T., Menchón J.M., S. Jiménez-Murcia (2015). A Serious Videogame as an Additional Therapy Tool for Training Emotional Regulation and Impulsivity Control in Severe Gambling Disorder. *Frontiers in Psychology, 6,* 1721. doi:10.3389/fpsyg.2015.01721

La utilització de la plataforma *Playmancer* (PM) es proposa como una eina terapèutica addicional a la intervenció de TCC pel TJ. Aquesta nova eina és un videojoc terapèutic o *serious game* dissenyat per a tractar els trastorns relacionats amb la impulsivitat (Jiménez-Murcia et al, 2009a.; Fernández-Aranda et al., 2012). L'objectiu del videojoc és millorar l'autocontrol, la regulació emocional, la presa de decisions i la planificació. PM obre noves línies d'intervenció a nivell de tractaments basats en les noves tecnologies, pels pacients severs amb TJ. La rellevància clínica d'aquest estudi recau en la constatació que pacients severs amb TJ (la majoria d'ells havien arribat a cometre conductes delictives, com a conseqüència del seu problema de joc) poden respondre de manera satisfactòria a la TCC, amb la incorporació de noves alternatives terapèutiques. Un dels resultats més destacables de l'estudi va ser la baixa taxa d'abandonaments durant el tractament. Comptant que els pacients més greus amb TJ solen presentar una pobra resposta a les teràpies estàndards, les noves tecnologies i els videojocs terapèutics, suposen alternatives terapèutiques esperançadores.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Referències

- Abdi, T.A., Ruiter, R.A.C., & Adal, T.A. (2015). Personal, social and environmental risk factors of problematic gambling among high school adolescents in Addis Ababa, Ethiopia. Journal of Gambling Studies, 31(1), 59–72.
- Abdollahnejad, R., Delfabbro, P., & Denson, L. (2015). Personality disorders and erroneous beliefs in pathological gambling. International Journal of Mental Health and Addiction, 13(3), 376–390. http://doi.org/10.1007/s11469-014-9535-9
- Abouzari, M., Oberg, S., Gruber, A., & Tata, M. (2015). Interactions among attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and problem gambling in a probabilistic reward-learning task. Behavioural Brain Research, 291, 237–243. http://doi.org/10.1016/j.bbr.2015.05.041
- Aragay, N., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Ramos-Grille, I., Cardona, S., … Vallès, V. (2015). Pathological gambling: understanding relapses and dropouts. Comprehensive Psychiatry. http://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.10.009
- Arcan, K., & Karanci, A.N. (2015). Adaptation study of the Turkish version of the Gambling-Related Cognitions Scale (GRCS-T). Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 31(1), 211–224.
- Aymamí, N., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Ramos-Quiroga, J.A., Fernández-Aranda, F., Claes, L., … Menchón, J.M. (2015). Clinical, Psychopathological, and Personality Characteristics Associated with ADHD among Individuals Seeking Treatment for Gambling Disorder. BioMed Research International, 2015, 965303. http://doi.org/10.1155/2015/965303
- Bae, H., Han, C., & Kim, D. (2015). Desensitization of triggers and urge reprocessing for pathological gambling: a case series. Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 31(1), 331–342.

- Banz, B.C., Yip, S.W., Yau, Y.H.C., & Potenza, M.N. (2016). Behavioral addictions in addiction medicine: from mechanisms to practical considerations. Progress in Brain Research, 223, 311–328. http://doi.org/10.1016/bs.pbr.2015.08.003
- Barrus, M.M., Cherkasova, M., & Winstanley, C.A. (2015). Skewed by Cues? The Motivational Role of Audiovisual Stimuli in Modelling Substance Use and Gambling Disorders. Current Topics in Behavioral Neurosciences. http://doi.org/10.1007/7854_2015_393
- Black, D.W., Coryell, W., Crowe, R., Shaw, M., McCormick, B., & Allen, J. (2015). The relationship of DSM-IV pathological gambling to compulsive buying and other possible spectrum disorders: results from the Iowa PG family study. Psychiatry Research, 226(1), 273–286. http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.061
- Black, D.W., Shaw, M., Coryell, W., Crowe, R., McCormick, B., & Allen, J. (2015). Age at onset of DSM-IV pathological gambling in a non-treatment sample: Early-versus later-onset. Comprehensive Psychiatry, 60, 40–46. http://doi.org/10.1016/j.comppsych.2015.04.007
- Blain, B., Richard Gill, P., & Teese, R. (2015). Predicting problem gambling in Australian adults using a multifaceted model of impulsivity. International Gambling Studies, 15(2), 239–255. http://doi.org/10.1080/14459795.2015.1029960
- Blanco, C., Hanania, J., Petry, N.M., Wall, M.M., Wang, S., Jin, C.J., & Kendler, K.S. (2015). Towards a comprehensive developmental model of pathological gambling. Addiction (Abingdon, England), 110(8), 1340–1351. http://doi.org/10.1111/add.12946
- Botterill, E., Gill, P.R., McLaren, S., & Gomez, R. (2015). Marital Status and Problem Gambling Among Australian Older Adults: The Mediating Role of Loneliness.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming. http://doi.org/10.1007/s10899-015-9575-5

- Bottesi, G., Ghisi, M., Ouimet, A.J., Tira, M.D., & Sanavio, E. (2015). Compulsivity and Impulsivity in Pathological Gambling: Does a Dimensional-Transdiagnostic Approach Add Clinical Utility to DSM-5 Classification? Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 31(3), 825–847. http://doi.org/10.1007/s10899-014-9470-5
- Brevers, D., Noël, X., He, Q., Melrose, J.A., & Bechara, A. (2015). Increased ventral-striatal activity during monetary decision making is a marker of problem poker gambling severity. Addiction Biology. http://doi.org/10.1111/adb.12239
- Bussu, A., & Detotto, C. (2015). The bidirectional relationship between gambling and addictive substances. International Gambling Studies, 15(2), 285–308. http://doi.org/10.1080/14459795.2015.1042493
- Canale, N., Vieno, A., Pastore, M., Ghisi, M., & Griffiths, M.D. (2016). Validation of the 8-item Attitudes towards gambling scale (ATGS-8) in a British population survey. Addictive Behaviors, 54, 70-74.
- Challet-Bouju, G., Hardouin, J.-B., Renard, N., Legauffre, C., Valleur, M., Magalon, D., … Grall-Bronnec, M. (2015). A Gamblers Clustering Based on Their Favorite Gambling Activity. Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 31(4), 1767–1788. http://doi.org/10.1007/s10899-014-9496-8
- Chamberlain, S.R., Derbyshire, K., Leppink, E., & Grant, J.E. (2015). Impact of ADHD symptoms on clinical and cognitive aspects of problem gambling.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Comprehensive Psychiatry, 57, 51–57. http://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.10.013

- Chamberlain, S.R., Lochner, C., Stein, D.J., Goudriaan, A.E., van Holst, R.J., Zohar, J., & Grant, J.E. (2015). Behavioural addiction-A rising tide? European Neuropsychopharmacology : The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. http://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.08.013
- Chan, A.K.K., Zane, N., Wong, G.M., & Song, A.V. (2015). Personal gambling expectancies among Asian American and White American college students. Journal of Gambling Studies, 31(1), 33–57.
- Chen, Q., Quan, X., Lu, H., Fei, P., & Li, M. (2015). Comparison of the personality and other psychological factors of students with internet addiction who do and do not have associated social dysfunction. Shanghai Archives of Psychiatry, 27(1), 36–41. http://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.214129
- Chóliz, M. (2015). The Challenge of Online Gambling: The Effect of Legalization on the Increase in Online Gambling Addiction. Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming. http://doi.org/10.1007/s10899-015-9558-6
- Denis, C., Fatséas, M., Beltran, V., Serre, F., Alexandre, J.-M., Debrabant, R., … Auriacombe, M. (2015). Usefulness and validity of the modified Addiction Severity Index: A focus on alcohol, drugs, tobacco, and gambling. Substance Abuse, 37(1), 168–175. http://doi.org/10.1080/08897077.2015.1036334
- Dion, J., Cantinotti, M., Ross, A., & Collin-Vézina, D. (2015). Sexual abuse, residential schooling and probable pathological gambling among Indigenous Peoples. Child Abuse & Neglect, 44, 56–65. http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.004

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Donati, M.A., Ancona, F., Chiesi, F., & Primi, C. (2015). Psychometric properties of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS) in young Italian gamblers. Addictive Behaviors, 45, 1–7. http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.01.001
- Dussault, F., Brendgen, M., Vitaro, F., Carbonneau, R., Boivin, M., & Tremblay, R.E. (2015). Co-morbidity Between Gambling Problems and Depressive Symptoms: A Longitudinal Perspective of Risk and Protective Factors. Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming. http://doi.org/10.1007/s10899-015-9546-x
- Egorov, A.Y. (2015). [The use of agomelatine (valdoxan) in gambling therapy: a pilot study]. Zhurnal Nevrologii I Psikhiatrii Imeni S.S. Korsakova / Ministerstvo Zdravookhraneniia I Meditsinskoĭ Promyshlennosti Rossiĭskoĭ Federatsii, Vserossiĭskoe Obshchestvo Nevrologov [i] Vserossiĭskoe Obshchestvo Psikhiatrov, 115(9), 28–31.
- Engel, R.J., & Rosen, D. (2015). Pathological gambling and treatment outcomes for adults age 50 or older in methadone maintenance treatment. Journal of Gerontological Social Work, 58(3), 306–314. http://doi.org/10.1080/01634372.2014.960989
- Estevez, A., Herrero-Fernández, D., Sarabia, I., & Jauregui, P. (2015). The impulsivity and sensation-seeking mediators of the psychological consequences of pathological gambling in adolescence. Journal of Gambling Studies, 31(1), 91–103.
- Farré, J.M., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Aragay, N., Mallorquí-Bague, N., Ferrer, V., … Jiménez-Murcia, S. (2015). Sex addiction and gambling disorder: similarities and differences. Comprehensive Psychiatry, 56, 59–68. http://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.10.002

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Flack, M., & Morris, M. (2015). The Temporal Stability and Predictive Ability of the Gambling Outcome Expectancies Scale (GOES): A Prospective Study. Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming. http://doi.org/10.1007/s10899-015-9581-7
- Fröberg, F., Modin, B., Rosendahl, I.K., Tengström, A., & Hallqvist, J. (2015). The association between compulsory school achievement and problem gambling among Swedish young people. The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 56(4), 420–428. http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.12.007
- Fröberg, F., Rosendahl, I. K., Abbott, M., Romild, U., Tengström, A., & Hallqvist, J. (2015). The Incidence of Problem Gambling in a Representative Cohort of Swedish Female and Male 16-24 Year-Olds by Socio-demographic Characteristics, in Comparison with 25-44 Year-Olds. Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 31(3), 621–641.
- Gainsbury, S.M., Russell, A., Blaszczynski, A., & Hing, N. (2015). Greater involvement and diversity of Internet gambling as a risk factor for problem gambling. European Journal of Public Health, 25(4), 723–738. http://doi.org/10.1093/eurpub/ckv006
- Geisner, I.M., Bowen, S., Lostutter, T.W., Cronce, J.M., Granato, H., & Larimer, M.E. (2015). Gambling-Related Problems as a Mediator Between Treatment and Mental Health with At-Risk College Student Gamblers. Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 31(3), 1005–1013.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Gendreau, K.E., & Potenza, M.N. (2015). Publicity and reports of behavioral addictions associated with dopamine agonists. Journal of Behavioral Addictions, 1–4. http://doi.org/10.1556/2006.5.2016.001
- Ginley, M.K., Whelan, J.P., Relyea, G.E., Meyers, A.W., & Pearlson, G.D. (2015). Testing the Acquired Preparedness Model: Predicting College Student Gambling Frequency and Symptomatology. Journal of Gambling Studies /, 31(3), 907–919.
- Grall-Bronnec, M., Sauvaget, A., Boutin, C., Bulteau, S., Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., … Caillon, J. (2015). Excessive trading, a gambling disorder in its own right? A case study on a French disordered gamblers cohort. Addictive Behaviors. http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.12.006
- Granero, R., Fernández-Aranda, F., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Fagundo, A.B., Sauchelli, S., … Jiménez-Murcia, S. (2015b). Subtypes of Pathological Gambling with Concurrent Illegal Behaviors. Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 31(4), 1161–1178. http://doi.org/10.1007/s10899-014-9499-5
- Grant, J.E., Odlaug, B.L., & Chamberlain, S.R. (2015). Reduced cortical thickness in gambling disorder: a morphometric MRI study. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 265(8), 655–661. http://doi.org/10.1007/s00406-015-0592-2
- Griffiths, M.D. (2015). The Relationship Between Gambling and Homelessness: A Commentary on Sharman et al. (2014). Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 31(4), 1153–1159. http://doi.org/10.1007/s10899-014-9491-0

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Harris, N., Newby, J., & Klein, R.G. (2015). Competitiveness facets and sensation seeking as predictors of problem gambling among a sample of university student gamblers. Journal of Gambling Studies, 31(2), 385–396.
- Hing, N., Russell, A.M.T., Gainsbury, S.M., & Blaszczynski, A. (2015). Characteristics and help-seeking behaviors of Internet gamblers based on most problematic mode of gambling. Journal of Medical Internet Research, 17(1), e13. http://doi.org/10.2196/jmir.3781
- Holdsworth, L., Nuske, E., & Hing, N. (2015). A grounded theory of the influence of significant life events, psychological co-morbidities and related social factors on gambling involvement. International Journal of Mental Health and Addiction, 13(2), 257–273. http://doi.org/10.1007/s11469-014-9527-9
- Husky, M.M., Michel, G., Richard, J.-B., Guignard, R., & Beck, F. (2015). Gender differences in the associations of gambling activities and suicidal behaviors with problem gambling in a nationally representative French sample. Addictive Behaviors, 45, 45–50. http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.01.011
- Iliceto, P., Fino, E., Cammarota, C., Giovani, E., Petrucci, F., Desimoni, M., … Oei, T.P. (2015). Factor structure and psychometric properties of the Italian version of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-I). Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 31(1), 225–242.
- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Arcelus, J., Aymamí, M.N., Gómez-Peña, M., … Menchón, J.M. (2015). Predictors of Outcome among Pathological Gamblers Receiving Cognitive Behavioral Group Therapy. European Addiction Research, 21(4), 169–178. http://doi.org/10.1159/000369528

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Moragas, L., Steiger, H., Israel, M., Aymamí, N., … Fernández-Aranda, F. (2015). Differences and similarities between bulimia nervosa, compulsive buying and gambling disorder. European Eating Disorders Review : The Journal of the Eating Disorders Association, 23(2), 111–118. http://doi.org/10.1002/erv.2340
- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Tárrega, S., Angulo, A., Fernández-Aranda, F., Arcelus, J., … Menchón, J.M. (2015). Mediational Role of Age of Onset in Gambling Disorder, a Path Modeling Analysis. Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming. http://doi.org/10.1007/s10899-015-9537-y
- Kastirke, N., Rumpf, H.-J., John, U., Bischof, A., & Meyer, C. (2015). Demographic Risk Factors and Gambling Preference May Not Explain the High Prevalence of Gambling Problems Among the Population with Migration Background: Results from a German Nationwide Survey. Journal of Gambling Studies, 31(3), 741–757.
- Khazaal, Y., Achab, S., Billieux, J., Thorens, G., Zullino, D., Dufour, M., & Rothen, S. (2015). Factor Structure of the Internet Addiction Test in Online Gamers and Poker Players. JMIR Mental Health, 2(2), e12. http://doi.org/10.2196/mental.3805
- Kober, H., Lacadie, C.M., Wexler, B.E., Malison, R.T., Sinha, R., & Potenza, M.N. (2015). Brain Activity During Cocaine Craving and Gambling Urges: An fMRI Study. Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology, 41(2), 628–637. http://doi.org/10.1038/npp.2015.193
- Kovanen, L., Basnet, S., Castrén, S., Pankakoski, M., Saarikoski, S.T., Partonen, T., … Lahti, T. (2016). A Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of As-Needed Naltrexone in the Treatment of Pathological Gambling. European Addiction Research, 22(2), 70–79. http://doi.org/10.1159/000435876

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Lai, M.H.C., Wu, A.M.S., & Tong, K.K. (2015). Validation of the Gambling Refusal Self-Efficacy Questionnaire for Chinese undergraduate students. Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 31(1), 243–256.
- Lambe, L., Mackinnon, S.P., & Stewart, S.H. (2015). Validation of the Gambling Motives Questionnaire in Emerging Adults. Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 31(3), 867–885. http://doi.org/10.1007/s10899-014-9467-0
- Lee, B.K., & Awosoga, O. (2015). Congruence Couple Therapy for Pathological Gambling: A Pilot Randomized Controlled Trial. Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 31(3), 1047–1068. http://doi.org/10.1007/s10899-014-9464-3
- Lister, J.J., Milosevic, A., & Ledgerwood, D.M. (2015). Personality traits of problem gamblers with and without alcohol dependence. Addictive Behaviors, 47, 48–54. http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.02.021
- Lole, L., Gonsalvez, C.J., & Barry, R.J. (2015). Reward and punishment hyposensitivity in problem gamblers: A study of event-related potentials using a principal components analysis. Clinical Neurophysiology : Official Journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology, 126(7), 1295–1309. http://doi.org/10.1016/j.clinph.2014.10.011
- Magnusson, K., Nilsson, A., Hellner Gumpert, C., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Internet-delivered cognitive-behavioural therapy for concerned significant others of people with problem gambling: study protocol for a randomised wait-list

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

controlled trial. BMJ Open, 5(12), e008724. http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008724

- Medeiros, G.C., Leppink, E., Yaemi, A., Mariani, M., Tavares, H., & Grant, J. (2015). Gambling disorder in older adults: a cross-cultural perspective. Comprehensive Psychiatry, 58, 116–121. http://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.12.021
- Miller, D., Miller, M., Blum, K., Badgaiyan, R.D., & Febo, M. (2015). Addiction Treatment in America: After Money or Aftercare? Journal of Reward Deficiency Syndrome, 1(3), 87–94.
- Mladenović, I., Lažetić, G., Lečić-Toševski, D., & Dimitrijević, I. (2015). Treatment of pathological gambling - integrative systemic model. Psychiatria Danubina, 27(1), 107–111.
- Moragas, L., Granero, R., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Fröberg, F., Aymamí, N., … Jiménez-Murcia, S. (2015). Comparative analysis of distinct phenotypes in gambling disorder based on gambling preferences. BMC Psychiatry, 15, 86. http://doi.org/10.1186/s12888-015-0459-0
- Neighbors, C., Rodriguez, L.M., Rinker, D.V, Gonzales, R.G., Agana, M., Tackett, J.L., & Foster, D.W. (2015). Efficacy of personalized normative feedback as a brief intervention for college student gambling: a randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83(3), 500–11. http://doi.org/10.1037/a0039125
- Norbury, A., & Husain, M. (2015). Sensation-seeking: Dopaminergic modulation and risk for psychopathology. Behavioural Brain Research, 288, 79–93. http://doi.org/10.1016/j.bbr.2015.04.015
- Olley, J., Blaszczynski, A., & Lewis, S. (2015). Dopaminergic Medication in Parkinson’s Disease and Problem Gambling. Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

of Gambling and Commercial Gaming, 31(3), 1085–1106. http://doi.org/10.1007/s10899-014-9503-0

- Olsen, V.V, Lugo, R.G., & Sütterlin, S. (2015). The somatic marker theory in the context of addiction: contributions to understanding development and maintenance. Psychology Research and Behavior Management, 8, 187–200.
- Protasio, M.I.B., da Silva, J.P.L., Arias-Carrión, O., Nardi, A.E., Machado, S., & Cruz, M.S. (2015). Repetitive transcranial magnetic stimulation to treat substance use disorders and compulsive behavior. CNS & Neurological Disorders Drug Targets, 14(3), 331–340.
- Quigley, L., Yakovenko, I., Hodgins, D.C., Dobson, K.S., El-Guebaly, N., Casey, D.M., … Schopflocher, D.P. (2015). Comorbid Problem Gambling and Major Depression in a Community Sample. Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 31(4), 1135–1152. http://doi.org/10.1007/s10899-014-9488-8
- Rodda, S.N., Lubman, D.I., Iyer, R., Gao, C.X., & Dowling, N.A. (2015). Subtyping based on readiness and confidence: the identification of help-seeking profiles for gamblers accessing web-based counselling. Addiction (Abingdon, England), 110(3), 494–501. http://doi.org/10.1111/add.12796
- Ronzitti, S., Lutri, V., Meleck, S., Smith, N., & Bowden-Jones, H. (2015). Smoking and Gambling Disorder: Does Tobacco Use Influence Treatment Outcome? Journal of Gambling Studies, 31(3), 1107–1117. http://doi.org/10.1007/s10899-015-9533-2
- Saeremans, M., Noël, X., & Verbanck, P. (2015) [Self-help program: a new tool to facilitate the access to treatment for problem gamblers]. Revue Médicale de Bruxelles, 36(2), 75–83.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Sauvaget, A., Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Fagundo, A.B., Moragas, L., Wolz, I., … Menchón, J.M. (2015). Unexpected online gambling disorder in late-life: a case report. Frontiers in Psychology, 6, 655. http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00655
- Sleczka, P., Braun, B., Piontek, D., Bühringer, G., & Kraus, L. (2015). DSM-5 criteria for gambling disorder: Underlying structure and applicability to specific groups of gamblers. Journal of Behavioral Addictions, 4(4), 226–235. http://doi.org/10.1556/2006.4.2015.035
- Slutske, W.S., Deutsch, A.R., Statham, D.J., & Martin, N.G. (2015). Local area disadvantage and gambling involvement and disorder: Evidence for gene-environment correlation and interaction. Journal of Abnormal Psychology, 124(3), 606–622. http://doi.org/10.1037/abn0000071
- Smith, D.P., Battersby, M.W., Harvey, P.W., Pols, R.G., & Ladouceur, R. (2015). Cognitive versus exposure therapy for problem gambling: Randomised controlled trial. Behaviour Research and Therapy, 69, 100–110. http://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.008
- Stinchfield, R., McCready, J., Turner, N.E., Jimenez-Murcia, S., Petry, N.M., Grant, J., … Winters, K.C. (2015). Reliability, Validity, and Classification Accuracy of the DSM-5 Diagnostic Criteria for Gambling Disorder and Comparison to DSM-IV. Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming. http://doi.org/10.1007/s10899-015-9573-7
- Tabri, N., Dupuis, D.R., Kim, H.S., & Wohl, M.J.A. (2015). Economic mobility moderates the effect of relative deprivation on financial gambling motives and

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

disordered gambling. International Gambling Studies, 15(2), 309–323. http://doi.org/10.1080/14459795.2015.1046468

- Tárrega, S., Castro-Carreras, L., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Giner-Bartolomé, C., Aymamí, N., … Jiménez-Murcia, S. (2015). A Serious Videogame as an Additional Therapy Tool for Training Emotional Regulation and Impulsivity Control in Severe Gambling Disorder. Frontiers in Psychology, 6, 1721. http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01721
- Toneatto, T. (2016). Single-session interventions for problem gambling may be as effective as longer treatments: Results of a randomized control trial. Addictive Behaviors, 52, 58–65.
- Wilson, A.N., Salas-Wright, C.P., Vaughn, M.G., & Maynard, B.R. (2015). Gambling prevalence rates among immigrants: a multigenerational examination. Addictive Behaviors, 42, 79–85. http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.11.003
- Yau, Y.H.C., & Potenza, M.N. (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: recognition and treatment. Harvard Review of Psychiatry, 23(2), 134–146. http://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000051
- Yücel, M., Whittle, S., Youssef, G.J., Kashyap, H., Simmons, J.G., Schwartz, O., … Allen, N.B. (2015). The influence of sex, temperament, risk-taking and mental health on the emergence of gambling: A longitudinal study of young people. International Gambling Studies, 15(1), 108–123. http://doi.org/10.1080/14459795.2014.1000356
- Zhou, Z., Zhou, H., & Zhu, H. (2016). Working memory, executive function and impulsivity in Internet-addictive disorders: a comparison with pathological gambling. Acta Neuropsychiatrica, 28(2), 92–100. http://doi.org/10.1017/neu.2015.54

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRACTAMENT PSICOLÒGIC DELS TRASTORNS PER CONSUM DE COCAÏNA

Xavier Gay Pascual i Anna Torà Ardèvol
CAS BLLN – Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Introducció

L'any 2015 no va ser molt prolífer en publicacions d'estudis sobre els tractaments psicològics en l'addicció a la cocaïna a diferència dels publicats pel tractament de l'alcohol. Un cop revisats us presentem una selecció del que, al nostre parer, han estat els quatre articles millor establerts. Els hem agrupat en estudis referits a instruments d'avaluació, els referits a algun dels processos bàsics subjacents a l'addicció i els referits a tractaments.

Instruments d'avaluació

El grup de Northrup, Green, Walker, Greer i Trivedi (2015) exposen que en la darrera dècada ha augmentat el número de persones dependents a la metamfetamina, quasi igualant els consumidors de cocaïna. Tot i la investigació sobre les similituds i diferències entre ambdós grups, hi ha constructes que segueixen sense ser estudiats. El *craving* és un dels factors que s'hipotetitza que juga un paper en l'ús d'estimulants i la recaiguda posterior. Fins ara, la investigació ha assumit que aquest constructe es mesura de forma equivalent per als consumidors de cocaïna i metamfetamina sense avaluar primer la invariància de les mesures. L'objectiu d'aquest estudi és avaluar psicomètricament una nova eina, el Qüestionari de *Craving* d'Estimulants (STCQ), que consta de 10 ítems i és una adaptació del CCQ-Brief, mitjançant l'avaluació de la invariància de les mesures per consumidors de cocaïna i metamfetamina. Reclutant una mostra de fins a 301 participants en tractament residencial, els resultats indiquen que el desig latent, 5 de 10 mitjanes d'ítems individuals, així com la puntuació global de l'escala composta, van ser més elevades en el grup de metamfetamina en

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

comparació amb el de cocaïna. Els autors consideren que la STCQ és una eina invariant per a l'avaluació del *craving* d'estimulants de metamfetamina i cocaïna. Conclouen que tot i la desconeixença de la utilitat clínica d'aquest resultat, pot ser important per tenir en compte en el disseny d'intervencions o en la realització de models estadístics en poblacions heterogènies d'usuaris d'estimulants.

Processos subjacents a l'addicció

Dins de la línia de recerca que investiga els processos associats a la recompensa, a Parvaz et al. (2015) presenten un interessant paradigma on estudien els mecanismes neurofisiològics subjacents a la manca d'aprenentatge, en les persones addictes, a partir de les conseqüències perjudicials de les seves conductes. Estudien, dins de l'àmbit del sistema de recompensa, el que es coneix com el processament de l'error de predicció de recompensa positiva (RPE+) i del processament de l'error de la predicció de recompensa negativa o omissió de la positiva (RPE-). Seleccionant pacients que compleixen criteris de dependència a la cocaïna, els divideixen entre aquells que són més – recents consumidors (consum dins les darreres 72 hores) i aquells menys – recents (més temps d'abstinència), i els sotmeten a la realització d'una tasca informatitzada de presa de decisions que implica estimació de la probabilitat de recompenses. A partir d'aquesta tasca i comparant l'execució dels dos grups experimentals més el grup control sa troben resultats significatius. En primer lloc, només els consumidors menys – recents presenten dèficits en la predicció de reforços positius, a diferència dels consumidors més – recents i els sans, fenomen que es considera nuclear en l'explicació de les recaigudes i que depèn dels sistema dopaminèrgic. S'argumenta que els consumidors més – recents assolirien la reversió dels dèficits gràcies al consum actiu, assolint així una homeòstasi, donant suport a la hipòtesi de l'automedicació. En segon lloc, els resultats indiquen que els dos grups de consumidors de cocaïna, presentarien dèficits en la predicció

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

del reforç negatiu o l'omissió del positiu (RPE-), depenent del sistema serotoninèrgic, que es tractaria d'un fenomen que estaria relacionat amb els dèficits en el control inhibitori i que explicaria la tendència a implicar-se en conductes perjudicials. Fins i tot s'hipotetitza si aquest dèficit en RPE- podria ser considerat en el futur un biomarcador de la propensió a desenvolupar una addicció.

Tractament

El maneig de contingències (MC) és una de les intervencions més ben establertes per als tractaments dels trastorn de consum per cocaïna. Tot i així, la resposta al MC és variable amb importants taxes de no resposta. La identificació de potencials característiques cognitiu – afectives associades a la resposta del MC podria tenir potencials aplicacions per desenvolupar programes d'intervenció encara més eficaços en l'assoliment de l'abstinència. En l'estudi de Stoots et al. (2015) es realitza una anàlisi secundària d'aquestes potencials característiques a partir d'una intervenció principal en MC de quatre setmanes i amb l'abstinència com a objectiu. Distingeixen entre els responedors i els no-responedors al MC quant als factors cognitiu – afectius potencialment modificables més estudiats en la literatura d'ús de substàncies (afectivitat negativa, evitació experiencial, impulsivitat, *craving*/abstinència). Els participants guanyaven vals per cada mostra d'orina negativa (tres a la setmana) amb un programa de reforçament en escalada. A més, tots van rebre dues sessions d'entrevista motivacional. Els responedors i els no – responedors van obtenir nivells similars en afecte negatiu, impulsivitat i *craving*. Aquells que no van respondre a MC tenien nivells més alts d'evitació experiencial, suggerint una incapacitat per respondre de forma flexible amb conductes alternatives a l'ús de drogues quan s'experimenten estats negatius. Els autors consideren que aquest resultat té implicacions directes per a la comprensió dels mecanismes i la informació sobre el desenvolupament del tractament. El fet de no trobar diferències en cap

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

dels altres factors examinats consideren que pot ser resultat de les limitacions metodològiques de l'estudi i que per tant aquests resultats s'han de replicar i ampliar.

A l'article de Morie, Nich, Hunkele, Potenza i Carroll (2015) es planteja un estudi que no presenta antecedents previs en la literatura, basat en la diferent resposta de pacients dependents a cocaïna al tractament de tipus cognitivoconductual (TCC) en funció de les puntuacions en alexitímia. Segons els autors, entre els pacients addictes la prevalença d'alexitímia és molt més superior que en població normal i correlaciona negativament tant amb l'adherència com amb la resposta al tractament. Diferents estudis insinuen que la pitjor resposta al TCC tradicional (aplicada per un clínic) en aquests pacients addictes, amb elevats nivells d'alexitímia, podria ser per les pròpies demandes interpersonals (dèficits principals en alexitímia) subjacents a la pròpia intervenció piscològica i, és així, com justifiquen un TCC computeritzat (CBT4CBT) que suposaria menys interacció i podria ser de major ajuda per a aquells pacients amb nivells elevats d'alexitímia. Els resultats indiquen que els pacients amb majors nivells d'alexitímia responen millor al tractament CBT4CBT respecte al TCC tradicional, el que dóna suport a la hipòtesi de treball dels autors, quant a què el format computeritzat pot ser una opció terapèutica vàlida. Els resultats també mostren que majors nivells d'alexitímia correlacionen amb majors puntuacions en psicopatologia (dificultats interpersonals i estrès) i que els nivells d'alexitímia no canvien durant tot el temps de la intervenció, donant suport a la concepció alexitímia – tret més que estat. Metodològicament rigorós i amb una mostra àmplia, presenta segons la nostra opinió algunes limitacions, com utilitzar una mostra de pacients dependents a la cocaïna que es trobaven paral·lelament tots en una programa de manteniment amb metadona, comprometent la generalització de resultats a pacients únicament dependents de cocaïna. En segon lloc, els autors justifiquen l'estudi de l'alexitímia segons l'evidència recollida quant a factor de risc en el desenvolupament d'una

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

addicció, i desenvolupen un format d'intervenció que a la vegada esquiva l'alexitímia. De tal manera que si l'alexitímia no és tractada podem suposar que els beneficis obtinguts en aquesta intervenció no es mantindrien en el temps i que l'addicció podria tornar a aparèixer en tractar-se d'una intervenció més aviat simptomàtica.

Referències

- Morie, K.P., Nich, Ch., Hunkele, K., Potenza, M.N., & Carroll, K.M. (2015). Alexithymia level and response to computer-based training in cognitive behavioral therapy among cocaine-dependent methadone maintained individuals. Drug and Alcohol Dependence, 152, 157–163.
- Northrup, F.T., Green, C., Walker, R., Greer, L.T., & Trivedi, H. M. (2015). On the invariance of the Stimulant Craving Questionnaire (STCQ) across cocaine and methamphetamine users. Addictive Behaviors, 42, 144-147.
- Parvaz, M.A., Konova, A.B., Proudfit, G.H., Dunning, J.P., Malaker, P., Moeller, S.J., Maloney, T., Alia-Klein, N., & Goldstein, R.Z. (2015). Impaired Neural Response to Negative Prediction Errors in Cocaine Addiction. The Journal of Neuroscience, 35(5), 1872–1879.
- Stotts, L.A., Vujanovic, A., Heads, A., Suchting, R., Green, E.C., & Schmitz, M.J. (2015). The Role of Avoidance and Inflexibility in Characterizing Response to Contingency Management for Cocaine Use Disorders: A Secondary Profile Analysis. Psychology of Addictive Behaviors, 29, 408-413.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

SÓN ÚTILS LES NOVES TECONOLOGIES PER AL TRACTAMENT DE LES ADDICCIONS?

Mònica Astals[1], Lucia Golarons[1] i Itziar Riera[2]
[1]CAS-Barceloneta. INAD – Parc Salut Mar

[2]Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Introducció: Teràpies basades en noves tecnologies

Les noves tecnologies (NT) han demostrat la seva utilitat en l'àmbit de la salut mental i de les addiccions. Gryczynski et al. (2015) demostren l'eficàcia de les intervencions informatitzades en la promoció de la salut i la reducció de conductes de risc, incloent l'ús d'alcohol i altres drogues il·lícites i les conductes sexuals de risc.

Modalitats de teràpies basades en NT

Es tracta d'intervencions administrades a través d'ordinador, internet, dispositius mòbils o sistemes de realitat virtual que s'apliquen com a programes independents o coadjuvants als tractaments tradicionals.

Intervencions basades en l'ús de l'ordinador

Es basen en l'aplicació de versions informatitzades d'intervencions administrades en la seva versió tradicional per part del clínic. La bibliografia revisada en el darrer any destaca dues aplicacions emprades en l'àmbit de les addiccions: 1) la versió informatitzada de la Teràpia Breu (CBI) (Gryczynski et al., 2015) i 2) la versió informatitzada de la teràpia cognitivoconductual (TCC) en el tractament de l'addicció a la cocaïna (Morie, Nich, Hunkele, Potenza, & Carroll, 2015).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Intervencions basades en l'ús d'Internet/Pàgines WEB

Es tracta d'intervencions basades en programes informàtics i administrades majoritàriament per internet. El sistema més estudiat recentment és el *Therapeutic Educational System* (TES). Es tracta de la versió informatitzada de dos dels tractaments que han demostrat major eficàcia i han estat més replicats en el tractament de la dependència de substàncies: l'aproximació de reforçament comunitari i el maneig de contingències. L'eficàcia d'aquest programa s'ha demostrat en un estudi multicèntric dut a terme en col·laboració amb el *National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network* (Campbell et al., 2014). Respecte la continuïtat en el tractament, els estudis han demostrat menors taxes d'abandonaments entre els pacients del grup de tractament TES, especialment en el subgrup de pacients amb trastorn per consum d'alcohol (Cochran et al., 2015).

Intervencions basades en dispositius o aplicacions mòbils (Smartphones)

Malgrat existeix poca evidència que demostri la seva eficàcia, Andersson (2015) suggereix que l'ús d'aplicacions mòbils podria emprar-se com un recurs de suport en la prevenció de recaigudes en el tractament de l'alcoholisme.

Intervencions basades en sistemes de realitat virtual

La realitat virtual (RV) consisteix en la interacció i participació activa del pacient en un context en tres dimensions més enllà de la presentació i observació d'imatges a través d'una pantalla d'ordinador, facilitant la interacció i experiència d'immersió dels usuaris. L'ús de la RV s'ha aplicat al tractament de les toxicomanies com un alternativa eficaç per generar estats de craving, demostrant una major efectivitat en substàncies com la metamfetamina, l'alcohol, la cocaïna i la nicotina en comparació amb els mètodes de presentació tradicionals

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

(Thompson-Lake et al., 2015). Pericot-Valverde, Germeroth i Tiffany (2015) proposen la RV com una modalitat de presentació d'estímuls en la teràpia per a les addiccions.

Eficàcia de l'aplicació de les NT segons les diferents substàncies

En el seu estudi, Cochran et al. (2015), valoraren si els efectes del TES diferien en funció de la substància consumida. Els resultats varen mostrar una major eficàcia del TES entre els consumidors d'estimulants així com resultats prometedors entre els consumidors d'alcohol i cànnabis. Tanmateix, el programa va tenir un baix impacte en consumidors d'opiacis.

Resultats en alcohol

Andersson (2015) en el seu estudi va demostrar que l'administració d'una intervenció basada en una aplicació mòbil reduïa el consum de risc i augmentava la probabilitat de mantenir l'abstinència en consumidors d'alcohol. Dos estudis recents han analitzat els mecanismes implicats en el tractament de l'alcoholisme. Segons Campbell et al. (2014) la motivació interna seria un dels factors rellevants per al canvi, mentre que per a Dallery, Jarvis, Marsch i Xie (2015) el canvi estaria mediat pel consum percebut d'alcohol dels altres. Wiers et al. (2015) valoraren l'efecte que diferents intervencions tenien vers el consum d'alcohol en un estudi randomitzat. L'objectiu era valorar si es reduïa el consum d'alcohol amb tres condicions experimentals via Web. Les tres condicions disminuïren el consum d'alcohol de forma significativa sense diferències entre elles. Aquest resultat confirma estudis previs i podria explicar-se pel fet d'utilitzar diferents poblacions i perquè en la mostra avaluada l'objectiu era reduir el consum d'alcohol, mentre que, en les investigacions amb població clínica l'objectiu era aconseguir l'abstinència.

Resultats en nicotina

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Els resultats de la metanàlisi de Pericot-Valverde et al. (2015) mostren que la RV activa el craving amb una intensitat comparable a les formes de presentació d'estímuls convencionals i proposen major recerca per valorar-ne els beneficis. En relació als mecanismes de canvi associats a les intervencions basades en NT, Dallery et al. (2015) troben que el mecanisme més freqüentment detectat entre els fumadors abstinents és l'autoeficàcia. En un altre estudi, Pericot, García, Maldonado & Secades (2015), varen explorar les característiques socio demogràfiques i psicològiques que predeien una major reducció del *craving* en consumidors de nicotina utilitzant un procediment de teràpia d'exposició a estímuls mitjançant RV. Els resultats mostraren que els subjectes més joves que fumaven més cigarretes al dia, amb puntuacions més elevades en el BDI-II i amb major impulsivitat eren els que presentaven reduccions en el *craving* més destacables després de la teràpia. Els autors expliquen els resultats argumentant que són un sector de la població més familiaritzat amb les noves tecnologies, fet que facilita la seva immersió en entorns virtuals.

Resultats en cocaïna

Morie et al. (2015), en un assaig clínic aleatoritzat, valoren els efectes d'aplicar TCC informatitzada (TCCI) en consumidors de cocaïna en tractament amb metadona. Partint d'estudis previs que mostren majors nivells d'alexitimia en consumidors de substàncies, els autors mostren que la TCCI resulta especialment efectiva en subjectes amb majors nivells d'alexitimia, suggerint la possibilitat de que els beneficis es relacionin amb una menor demanda interaccional. Gryczynski et al. (2015), en un assaig aleatoritzat, comparen els resultats als 12 mesos de l'aplicació de la Teràpia Breu Informatitzada (TBI) en relació a la versió tradicional de la mateixa (IBI) en una mostra de pacients consumidors de tabac, alcohol i altres substàncies amb un nivell moderat de consum. Els resultats mostren una major eficàcia de la TBI respecte la IBI en el sentit que la primera intervenció demostrà una

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

reducció global major del consum d'alcohol i cocaïna.

Diferències de gènere en les intervencions amb NT

Campbell et al. (2015) duen a terme una investigació per tal de valorar el rol del gènere en l'efectivitat d'una intervenció assistida amb ordinador en el tractament del trastorn per ús de substàncies. Parteixen d'una intervenció prèvia basada en mòduls psicosocials i de maneig de contingències coadjuvant a la intervenció habitual. Aquesta intervenció va obtenir millors resultats que el tractament habitual respecte l'abstinència i continuïtat del tractament. L'estudi compara dues condicions: 1) intervenció tradicional 2) intervenció tradicional combinada amb el TES. Els resultats no mostren diferències entre gènere en relació a variables com l'abstinència, acceptació d'aquesta modalitat d'intervenció, continuïtat en el tractament, ajust social i *craving*. Tot i l'absència d'un efecte moderador de la variable gènere, sí es troben algunes diferències en funció del sexe. Aquelles dones que estaven abstinents a l'inici de la intervenció, mostren una major acceptació del tractament i major probabilitat de mantenir-se abstinents en les últimes 4 setmanes de la intervenció. Per contra, en el cas dels homes, sembla que l'acceptació o no del tractament no té relació amb l'abstinència.

Aspectes rellevants per a futures investigacions

- És necessària més investigació per avaluar l'eficàcia de les teràpies basades en NT en contextos clínics no especialitzats com l'atenció primària així com estudiar l'eficàcia diferencial dels seus components (Campbell et al., 2014).
- Andersson et al. (2015) suggereixen que els resultats obtinguts mitjançant l'ús de *smartphones* en el tractament de l'alcoholisme s'avaluï en altres trastorns i destaquen la necessitat de realitzar seguiments a llarg termini. Assenyalen també la conveniència d'avaluar l'especificitat de la intervenció, aspecte que es podria generalitzar a la resta de teràpies basades en NT i en l'ús de la RV.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Una altra àrea d'estudi prometedora seria l'estudi dels mecanismes responsables del canvi en les addiccions (Dallery et al., 2015).

Referències

- Andersson, G. (2015). Smartphone applications can help in treatment for alcoholism. Evidence Based Mental Health,18(1):27.
- Campbell, A.N., Nunes, E.V., Matthews, A.G., Stitzer, M., Miele, G.M., Polsky, D., Turrigiano, E., Walters, S., McClure, E.A., Kyle, T.L., Wahle, A., Van Veldhuisen, P., Goldman, B., Babcock, D., Stabile, P.Q., Winhusen, T., & Ghitza, U.E. (2014). Internet-Delivered Treatment for Substance Abuse: A Multisite Randomized Controlled Trial. American Journal of Psychiatry, 171(6), 683-690.
- Campbell, A.N.C., Nunes, E.V., Pavlicova, M., Hatch-Mailette, M., Hu, M.C., Bailey, G.L., Sugarman, D.E., Miele, G.M., Rieckmann, T., Shores-Wilson, K., Turrigiano, E., & Greenfield, S.F. (2015). Gender-based Outcomes and Acceptability of a Computer-assisted Psychosocial Intervention for Substance Use Disorders. Journal of Substance Abuse Treatment, 53, 9–15.
- Cochran, G., Stitzer, M., Campbell, A.N.C., Hu, M., Vandrey, R., & Nunes, E.V. (2015). Web-based treatment for substance use disorders: Differential effects by primary substance. Addictive Behaviors, 45, 191-194.
- Dallery, J., Jarvis, B., Marsch, L., & Xie, H. (2015). Mechanisms of change associated with technology-based interventions for substance use. Drug and Alcohol Dependence, 150, 14-23.
- Gryczynski, J., Mitchell, S.G., Gonzales, A., Moseley, A., Peterson, T.R., Ondersma, S.J., O'Grady, K.E., & Schwartz, R.P. (2015). A randomized trial of computerized vs.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

in-person brief intervention for illicit drug use in primary care: Outcomes through 12 months. Journal of Substance Abuse Treatment, 50, 3-10.

- Morie, K.P., Nich, C., Hunkele, K., Potenza, M.N., & Carroll, K.M. (2015). Alexithymia level and response to computer-based training in cognitive behavioral therapy among cocaine-dependent methadone maintained individuals. Drug and Alcohol Dependence, 152, 157–163.
- Pericot-Valverde, I., Germeroth, L.J., & Tiffany, S.T. (2015). The Use of Virtual Reality in the Production of Cue-Specific Craving for Cigarettes: A Meta-Analysis. Nicotine & Tobacco Research, 18(5), 538-546.
- Pericot Valverde, I., García Rodríguez, O., Maldonado Gutiérrez, J., & Secades Villa, R. (2015). Individual variables related to craving reduction in cue exposure treatment. Addictive Behaviours, 49, 59-63.
- Thompson-Lake, D.G.Y., Cooper, K.N., Mahoney, J.J., Bordnick, P.S., Salas, R., Kosten, T.R., Dani, J.A., & De La Garza, R. (2015) Withdrawal symptoms and nicotine dependence severity predict virtual reality craving in cigarette-deprived smokers. Nicotine& Tobacco Research, 17(7), 796-802.
- Wiers, R.W., Houben, K., Fadardi, J.S., Beek, P., Rhemtulla, M., & Cox, W.M. (2015). Alcohol Cognitive Bias Modification training for problem drinkers over the web. Addictive Behaviors, 40, 21–26.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TRACTAMENT PSICOLÒGIC DELS TRASTORNS PER CONSUM D'ALCOHOL

Xavier Gay Pascual
CAS BLLN (Hospital Universitari Mútua de Terrassa)

Introducció

En les publicacions del 2015 es segueixen presentant dades epidemiològiques preocupants sobre l'elevada prevalença dels trastorns per ús d'alcohol (TUA), en torn a un 12% de la població norteamericana (O'Brien, 2015) i en torn a un 6,5% dels pacients atesos a l'atenció primària (Gual i Miquel, 2015), dels quals, tan sols un 10% rebrà tractament, malgrat l'elevat impacte per a la salut i l'economia dels països. S'assenyala la importància de potenciar abordatges amb un enfocament no dicotòmic, no confrontatiu, on l'abstinència és una opció terapèutica (no l'única) conjuntament amb la reducció del consum, on el pacient és implicat en la fixació del pla terapèutic, en la presa de decisions i on l'abordatge psicosocial constitueix la base dels tractament dels TUA (intervenció breu, teràpies cognitivoconductuals, teràpies de parella i tractaments motivacionals). Per tant, la tendència observada en les publicacions dels darrers anys és, una vegada ja superada la contrastada evidència de les intervencions psicològiques ben establertes, desenvolupar intervencions que optimitzin recursos, que aprofitin les noves tecnologies i que puguin arribar a tot el gruix de pacients sense tractar.

Descripció dels articles

Iniciem un primer apartat que aplega estudis centrats en la fenomenologia del *craving* i de la recaiguda des de nous enfocaments que combinen noves tecnologies, neuroimatge i abordatges neuropsicològics. De forma introductòria, ens fem ressò d'una editorial publicada a l'*American Journal of Psychiatry*, on reivindica l'aplicació de tractaments basats en

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

l'evidència pels trastorns per consum d'alcohol. En primer lloc exposa l'evidència entorn els abordatges que combinen psicoteràpies ben establertes, com la intervenció cognitivoconductual (CBT) o l'entrevista motivacional (MET), amb teràpia psicofarmacològica. En segon lloc, sent l'esperit principal de l'editorial, desplega una reivindicació dirigida a l'escassa implantació d'un nou procediment terapèutic desenvolupat darrerament, citat a Wiers et al. (2015), que hauria d'agregar-se als tractaments combinats i que, en opinió de l'editor, incidiria de forma clara en la reducció de les recaigudes. En l'edició del 2014 vam referir-nos a aquesta línia de recerca, prolífica en els darrers anys, amb l'article de Eberl et al. (2013), on s'exposava el *Cognitive Bias Modification Program* (CBM), un programa de re - entrenament que, fonamentalment, cercava canviar la reactivitat del cervell als estímuls relacionats amb l'alcohol. Aquest any, tenim noves publicacions en aquest sentit, com la de Wiers et al. (2015) on presenta un breu recull de dos programes de tractament desenvolupats dins del CBM en format *on-line*. Repliquen que el Programa CBM és eficaç, com ja s'ha mostrat en estudis previs, sempre i quan s'apliqui a població clínica, de forma concomitant al tractament estàndard (CBT o MET) i rebutjant formats *on-line*.

En la mateixa línia, a Naqvi et al. (2015) elaboren el primer estudi de laboratori per examinar com el *craving* el·licitat per estímuls d'alcohol és afectat per l'ús d'estratègies cognitives d'afrontament, com la concentració sobre les conseqüències negatives a llarg termini (malaltia, depressió, conflicte) en contraposició a l'atenció en les conseqüències positives immediates (plaer, diversió, relaxació). Els resultats demostren que l'ús d'estratègies cognitives regulatòries del *craving* són efectives, però inesperadament constaten que les persones amb una dependència alcohòlica no tenen només una incapacitat en l'habilitat específica en regular estats motivacionals relacionats amb l'alcohol, sinó que es tractaria d'una incapacitat més àmplia que suposaria l'habilitat de regular estats motivacionals

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

apetitius. Malgrat algunes limitacions de l'estudi que afecten a la generalització dels resultats, destaquem el nou paradigma d'estudi que proposen, i que forma part d'una línia de recerca més àmplia citada en el propi article, que combina l'estudi neuropsicològic de manifestacions simptomàtiques tant nuclears com el *craving* i el desenvolupament de tècniques de tractament.

Seguint amb abordatges centrats en el tractament del *craving*, a Son et al (2015) presenten un estudi, amb una mostra petita, on avaluen mitjançant tècniques d'imatge cerebral les diferències entre els pacients sans i els dependents d'alcohol, observant que els dependents mostren un notable desequilibri, presentant major metabolisme en els ganglis basals que suposaria una major sensibilitat als estímuls relacionats amb l'alcohol en el sistema límbic, i per contra un menor metabolisme en l'àrea cingulada anterior que suggeriria una disminució del control inhibitori i la regulació emocional que estaria relacionat amb la major impulsivitat. Aquest desequilibri suposaria el substrat neurobiològic de la simptomatologia del *craving* observada pels clínics. En un segon moment, els mateixos autors establint com a diana el *craving*, apliquen tècniques de condicionament aversiu a través de realitat virtual (RV), però obtenen resultats modestos en quant aconseguir canvis en el cervell en aquelles àrees descrites implicades en el *craving*. Malgrat els resultats modestos, els autors presenten investigacions prèvies que han obtingut bons resultats tant en la reducció del *craving* com en la taxa de recaigudes amb l'ús de la RV.

A Rose, Skelly, Badger, Ferraro i Helzer (2015) també situen en el centre de la seva investigació l'elevat percentatge de recaigudes i, seguint amb la tendència dels darrers anys de desenvolupar noves eines telemàtiques aplicades al camp dels tractaments, dissenyen un programa anomenat ATIVIR (*Alcohol Therapeutic Interactive Voice Response*).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Concretament, es tracta d'un programa d'atenció continuada per via telefònica i automàtic (gravacions personalitzades i supervisades pels terapeutes en funció del feedback dels pacients), que s'aplicaria a l'alta d'haver finalitzat una intervenció manualitzada de tipus cognitivoconductual. Caracteritzat per una monitoratge diari (situacions de risc, compromís amb abstinència, etc), feedback diari personalitzat, reforçament d'estratègies pròpies de la TCC, revisió d'estratègies d'afrontament, modelatge i missatges mensuals personalitzats del terapeuta durant quatre mesos. Malgrat la justificació, basada en altres estudis, d'aquests tipus d'intervenció post alta presentada pels autors i l'enginy del programa, els resultats només demostren que aquells subjectes que van rebre el programa ATIVR, respecte al que no van rebre cap intervenció post alta del tractament, només van presentar, significativament, menor nombre de dies de consum per setmana i no diferències en altres paràmetres de mesura com el número de begudes per setmana o per dia. A més, aquestes diferències desapareixen a partir dels quatre mesos de seguiment igualant-se els resultats entre el grup control i experimental. Els autors confien en reajustar certes característiques del Programa ATIVR per potenciar la seva efectivitat. Una vegada exposats els resultats, podem concloure que a data d'avui l'evidència encara no és prou consistent malgrat els resultats, en algunes línies de recerca, són prometedors.

Encetem un segon apartat, es tracta d'aquelles publicacions sobre intervencions "*web–based*" o *on-line*. En la línia comentada de flexibilitzar els abordatges tradicionals en quant a l'establiment de diferents objectius terapèutics a l'abstinència com la reducció del consum, a Enggasser et al. (2015) afirmen que es tracta del primer estudi publicat que descriu objectius d'"abstinència" o de "moderació" entre participants en una intervenció per a l'alcohol "*web-based*". Defensors de la viabilitat de la "moderació" com a objectiu de tractament, són els propis participants els que, a través d'un programa de tractament de tipus cognitivoconductual

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

on-line, seleccionen el propi objectiu. Destaquen positivament l'accessibilitat, el baix cost i la flexibilitat que aporta, per exemple, en permetre als participants restablir el seu objectiu terapèutic, de "moderació a abstinència" o a la inversa. Els resultats demostren que l'opció "moderació" és la preferida, però augmentant l'opció "abstinència" d'un 13.1% a l'inici del tractament fins a un 31.4% al final del tractament. Aquells que triaven "abstinència" van acabar informant de reduccions de consum majors. Segons els autors els resultats avalen l'eficàcia d'aquest tipus d'intervencions i la flexibilitat en la fixació d'objectius, encara que podem assenyalar que es tractava d'una mostra no clínica i que els considerats "dependents greus" no van ser inclosos.

A Cochran et al. (2015) intenten replicar els bons resultats obtinguts per el grup de recerca a Campbell et al. (2012), on un *Behavioral Web - Treatment* (TES) per trastorns per ús de substàncies va demostrar la seva efectivitat quan s'agregava al tractament estàndard respecte al tractament estàndard en solitari. Consistent en 62 mòduls basats en teràpia cognitivoconductual auto guiats a més d'un programa de maneig de contingències consistent en incentius monetaris pel completament dels mòduls i el manteniment de l'abstinència. Tan sols poden replicar l'efectivitat d'aquest abordatge en consumidors d'estimulants, obtenint resultats "prometedors" amb consumidors d'alcohol i fracassant en consumidors d'opiacis.

En aquest tercer apartat presentem l'article de Van Emmerik-van Oortmerssen, Vedel, Van den Brink i Schoevers (2015), un estudi de dos casos on defensen els efectes positius de desenvolupar una teràpia integrada de tall cognitivoconductual dirigida tant al trastorn per ús de substàncies (TUS) com al TDAH. Basats en estudis que estimen prevalences sobre la comorbiditat d'ambos trastorns entorn al 5 – 31%, la pitjor resposta tant al tractament psicològic com psicofarmacològic i la major taxa d'abandonament, proposen una teràpia

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

cognitivoconductual integrada (ICBT) amb la que obtenen bons resultats en els dos casos presentats, tant en la remissió del trastorn per consum com en la milloria clara de la simptomatologia de l'esfera TDAH. Segmentada en dues fases, la primera es desenvolupa en 4 sessions amb l'objectiu d'assolir l'abstinència, podent rebaixar-se a abstinència temporal o a consum moderat. Inclou tècniques provinents de l'entrevista motivacional, identificació de situacions de risc i tècniques d'autocontrol. La segona fase, una vegada assolida l'abstinència i revalorat el diagnòstic de TDAH, es desplegarà entorn a 10 sessions dirigides al tractament tant del TUS com del TDAH. En quant al tractament del TUS s'utilitzaran tècniques d'anàlisi funcional, entrenament en estratègies d'enfrontament del *craving*, enfrontament de caigudes i prevenció de recaigudes, i entrenament en habilitats de rebutjar invitacions. En quant al TDAH s'aplicarà l'entrenament en ús de calendaris i agenda, registre de tasques, jerarquització de tasques, ús de recordatoris, planificació de tasques, tècniques en reducció de la distracció i de maneig dels estats d'ànim. Per aquells interessats en aprofundir en el procediment d'aplicació i les pròpies tècniques també recomanen la lectura de van Emmerik-van Oortmerssen et al. (2013). De l'aplicació de la ICBT defensen l'aparició d'efectes terapèutics sinèrgics en ambos trastorns.

Referències

- Cochran, G., Stitzer, M., Campbell, A., Hu, M., Vandrey, R., & Nunes, E. (2015). Web-based treatment for substance use disorders: Differential effects by primary substance. Addict Behav, 45: 191-194.
- Enggasser, J., Hermos, J., Rubin, A., Lachowicz, M., Rybin, D., Brief, D., Roy, M., Helmuth, E., Rosenbloom, D., & Keane, T. (2015). Drinking goal choice and outcomes in a Web-based alcohol intervention: Results from VetChange. Addict Behav, 42: 63-68.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Gual, A. & Miquel, L. (2015). Nuevas perspectivas para el tratamiento del alcoholismo (New perspectives for the treatment of alcoholism). Med Clin (Barc), 6;144(1): 24-25.
- Naqvi, N., Ochsner, K., Kober, H., Kuerbis, A., Feng, T., Wall, M., & Morgenstern, J. (2015). Cognitive Regulation of Craving in Alcohol-Dependent and Social Drinkers. Alcohol Clin Exp Res, 39(2): 343-349.
- O'Brien, Ch. (2015). In Treating Alcohol Use Disorders, Why Not Use Evidence-Based Treatment? Am J Psychiatry, 172(4): 305-306.
- Rose, G., Skelly, J., Badger, G., Ferraro, T., & Helzer, J. (2015). Efficacy of automated telephone continuing care following outpatient therapy for alcohol dependence. Addict Behav, 41: 223-231.
- Son, J., Lee, S., Seok, J., Kee, B., Lee, H., Kim, H., Lee, T., & Han, D. (2015). Virtual Reality Therapy for the Treatment of Alcohol Dependence: A Preliminary Investigation with Positron Emission Tomography/Computerized Tomography. J Stud Alcohol Drugs, 76(4): 620-627.
- Van Emmerik-van Oortmerssen, K., Vedel, E., Van den Brink, W., & Schoevers, R. (2015). Integrated cognitive behavioral therapy for patients with Substance Use Disorder and Comorbid ADHD: Two case presentations. Addict Behav, 45: 214-217.
- Wiers, R., Houben, K., Fadardi, J., Van Beek, P., Rhemtulla, M., & Cox, W. (2015). Alcohol Cognitive Bias Modification training for problem drinkers over the web. Addict Behav, 40: 21-26.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TDAH en adults

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TDAH EN ADULTS

Ma Jesús Creus Mayoral, Mercè Gonzàlez i Calderon, Isaac Casas Sorribes
Unitat TeDeA, Centre Mèdic Quirón-Teknon (Barcelona)

Etiologia

Podem agrupar els nombrosos articles publicats sobre les causes del TDAH en dues grans àrees de recerca: genètica i anatomia funcional. En genètica, destaquem els estudis de l'equip de l'Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Sánchez-Mora et al. (2015) troben evidència que el gen FBXO33 està implicat en el TDAH subtipus combinat. Alemany et al. (2015) analitzen les variants genètiques específiques associades a la funció atencional en adults amb TDAH i estableixen associacions entre 27 *loci* i els resultats dels subjectes en la prova CPT-II de Conners. Capusan et al. (2015), en un estudi amb bessons sobre la relació entre TDAH i alcoholisme, troben que els factors compartits de risc genètic expliquen el 64% de la superposició entre aquests dos trastorns mentre que els factors no-compartits de l'entorn expliquen l'altre 36%. Sigurdardottir et al. (2015) analitzen el gen que regula el transport de la norepinefrina (NET) i troben que està alterat en els adults amb TDAH. En anatomia, Tajima-Pozo et al. (2015) estableixen una associació entre volums més petits de l'amígdala i menor control de la impulsivitat en pacients amb TDAH. Yoncheva et al. (2015) troben diferències difuses globals en la microarquitectura de la substància blanca en adults amb TDAH. En contrast, Sidlauskaite et al. (2015) troben alteracions en la xarxa local relacionades amb els dèficits neuropsicològics observats en els adults amb TDAH. La menor eficàcia local del temporal superior esquerre i el girus supramarginal s'associen a puntuacions més altes en símptomes de TDAH, mentre que el putamen dret i el girus supramarginal correlacionen amb la severitat dels símptomes de TDAH.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Tractament psicològic

Aquest any destaquen els estudis sobre Teràpia Dialèctica Conductual (TDC) i *Mindfulness* en el tractament del TDAH en adults, juntament amb la psicoeducació, la teràpia cognitivoconductual individual combinada o no amb psicoestimulants i els tractaments del TDAH amb altres trastorns comòrbids. També s'insisteix en la necessitat que el TDAH sigui reconegut pels professionals de l'assistència primària, ja que els afectats necessiten seguiment de per vida. Hirvikoski et al. (2015) obtenen resultats totalment satisfactoris respecte a la viabilitat i eficàcia d'un nou programa d'intervenció psicoeducativa (PEGASO) per a adults amb TDAH i les seves parelles en un context ambulatori psiquiàtric. Aquest programa és una opció de tractament adequada per al 94,5% dels individus amb diagnòstic de TDAH. El coneixement sobre el TDAH en els participants va augmentar, així com la qualitat de les seves relacions i el benestar psicològic, i van obtenir una reducció de la preocupació i del sentiment de culpa. Diferents universitats alemanyes (Philipsen et al., 2015) van avaluar durant anys, en una mostra extensa, l'eficàcia de la TCC grupal i van comparar-la amb seguir un tractament individual, i amb seguir tractament amb metilfenidat o placebo. La intervenció individual va mostrar-se millor que el tractament en grups estructurats. Les intervencions psicològiques van donar lloc a millors resultats durant un període d'un any quan es van combinar amb metilfenidat, en comparació amb el placebo. Young et al. (2015) realitzen un estudi a Islàndia on demostren l'efecte favorable de la combinació de metilfenidat i TCC per als símptomes del TDAH i també per als símptomes comòrbids (depressió, ansietat i qualitat de vida) encara que, en aquests, es necessita més temps per a què puguin observar-s'hi els efectes positius del tractament. Morgensterbs et al. (2015) avaluen l'eficàcia de la Teràpia Dialèctica Conductual (TDC) en una mostra de 98 adults amb TDAH en un context psiquiàtric ambulatori, obtenint una alta satisfacció amb el tractament, que va reduir els símptomes del TDAH i també el deteriorament funcional relacionat en la vida quotidiana.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Van augmentar el benestar, la capacitat de ser conscient, l'acceptació de les emocions i la qualitat de vida, i els resultats es mantenien estables als 3 mesos de seguiment. En la mateixa línia, Fleming et al. (2015) apliquen la TDC adaptada a estudiants amb TDAH i troben que el grup entrenat en habilitats de TDC va respondre millor al tractament, amb major recuperació clínica en símptomes de TDAH, funcions executives i qualitat de la vida.

El *Mindfulness*, o atenció plena, està guanyant suport empíric i s'està utilitzant cada vegada més en l'àmbit clínic. Mitchell et al. (2015) fan una revisió molt recomanable sobre *Mindfulness* aplicat a adults amb TDAH, des del punt de vista empíric i de la pràctica clínica, amb dos casos clínics rellevants per als professionals interessats en aquest enfocament. Assenyalen direccions per a futures investigacions, incloent-hi el *Mindfulness* com a tractament independent i com a enfocament complementari a la TCC. Cassone (2015) revisa la bibliografia sobre els beneficis del *Mindfulness* en persones amb TDAH i conclou que l'entrenament en *Mindfulness* ha de ser inclòs en les guies actuals de tractament del TDAH. Per Modesto-Lowe et al. (2015), el *Mindfulness* pot ser una nova estratègia de tractament per a l'abordatge d'aspectes residuals del TDAH i per millorar l'autoregulació de l'atenció. Clínicament, això es reflectiria en una major capacitat per suprimir pensaments i distraccions que resultaria en una millor atenció en la realització de tasques i una millora potencial en el desenvolupament laboral i social. Hepark et al. (2015) han avaluat un programa adaptat de 12 setmanes de *Mindfulness* basat en Teràpia Cognitiva (MBCT), constatant una reducció significativa dels símptomes del TDAH però no de la depressió ni de l'ansietat. A l'estudi de Prado et al. (2015), els pacients TLP+TDAH en tractament amb metilfenidat van mostrar una resposta significativament millor al tractament amb TDC per a les puntuacions d'ira, impulsivitat motriu, gravetat de la depressió i severitat del TDAH, en comparació amb aquells sense medicació estimulant. Van Emmerik et al. (2015) presenten dos casos amb TDAH i

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Trastorn per Ús de Substàncies (TUS) tractats amb una opció prometedora: la teràpia cognitiva integrada conductual (ICBT). Levin et al. (2015) utilitzen, amb resultats satisfactoris, les sals mixtes d'amfetamina i TCC per al tractament del TDAH amb comorbiditat amb Trastorn per Ús de Cocaïna.

Tractament farmacològic

Els estudis se centren principalment en l'atomoxetina i el metilfenidat, encara que hi ha alguna novetat. Respecte a l'atomoxetina, els resultats dels diferents estudis revisats la confirmen com una bona opció per al tractament del TDAH en adults (Camporeale et al., 2015) i com un fàrmac segur que pot proporcionar resultats consistents a llarg termini per a la millora de símptomes i la funcionalitat en adults amb TDAH (Walker et al., 2015). Kabul et al. (2015) criden l'atenció al fet que sovint es prescriuen dosis subòptimes i que caldria revisar aquest aspecte per tal d'obtenir-ne el màxim benefici terapèutic. Ginsberg et al. (2015) van seguir un grup d'adults amb TDAH interns en una presó d'alta seguretat de Suècia durant 4 anys. 25 presoners van acabar el tractament i el seguiment. La majoria van aconseguir feina i no havien recaigut en les seves addiccions o en actes criminals, amb diferències significatives respecte als qui no havien rebut el tractament. Fridman et al. (2015) revisen l'eficàcia de la lisdexanfetamina en adults europeus amb TDAH i conclouen que aquesta pot tenir un important efecte en el tractament del TDAH. Per últim, Koblan et al. (2015) presenten un estudi preliminar amb un nou component, la dasotralina, potent inhibidor selectiu de la recaptació de la dopamina i la norepinefrina, que podria acabar afegint-se a la llista de tractaments farmacològics eficaços pel TDAH.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Dones i TDAH

El gènere femení és objecte d'estudi any rere any. En un estudi longitudinal de 3 anys amb 234 mares amb TDAH, amb fills adolescents amb TDAH, Mazursky et al. (2015) conclouen que la regulació emocional és un mecanisme pel qual els símptomes de TDAH materns estan associats amb respostes dures i d'angoixa davant les expressions d'emoció negativa dels fills adolescents. Aquestes troballes poden tenir implicacions per a l'ajust de l'adolescent. Hergüner, Harmanci i Toy (2015) estudien els símptomes del TDAH en dones amb síndrome d'ovari poliquístic (SOP). Els resultats obtinguts suggereixen que les dones amb SOP tenen símptomes de TDAH més severs a la infància, en comparació al grup control. L'estudi posa de relleu la necessitat de continuar estudiant en aquesta línia. Les dones adultes amb TDAH tenen dificultats en les seves relacions socials. Mikami et al. (2015) estudien una mostra de 140 dones amb TDAH en la infància, adolescència i inici de la vida adulta, i hi troben una major preferència per a la comunicació social en línia. El diagnòstic de TDAH en la infància va predir un menor nombre d'amics de Facebook i menys proximitat i suport per part d'aquests en l'adultesa.

Gent gran

Per primera vegada trobem aquest any nombrosos articles que investiguen les característiques i els efectes del TDAH a la tercera edat. Guldberg-Kjär et al. (2015) analitzen la validesa de les escales de Wender i Barkley i dels criteris diagnòstics DSM per a adults grans amb TDAH, i conclouen que tant les dues escales com els criteris DSM són vàlids i útils per al diagnòstic en aquestes poblacions. Semeijn et al. (2015) conclouen que la simptomatologia detectada en edats adultes anteriors es manté estable en els adults grans, donant també validesa als criteris diagnòstics DSM. Lensing et al. (2015) exploren la qualitat de vida dels adults amb TDAH a partir dels 50 anys i troben que els subjectes informen de tenir menys

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

qualitat en salut i en satisfacció vital, especialment associats amb situacions d'atur i severitat del TDAH. Michielsen et al. (2015) estudien el funcionament i la participació social d'adults amb TDAH de 60 a 94 anys, i troben que els efectes del TDAH en aquestes edats s'associen a estar divorciat o no haver-se casat mai i a sentiments de soledat emocional i social. Das et al. (2015) conclouen que els efectes dels símptomes d'inatenció i hiperactivitat afecten les capacitats cognitives (temps de reacció, velocitat de processament, canvi de tasques, flexibilitat mental) en adults de mitjana edat, i animen a investigar si aquests efectes contribueixen al deteriorament cognitiu en l'edat tardana i si la identificació i el tractament dels símptomes del TDAH en l'edat madura poden ser eficaços en reduir el deteriorament cognitiu en ancians amb TDAH.

Conseqüències negatives del TDAH

Destaquem un estudi longitudinal d'un equip de Dinamarca (Dalsgaard et al., 2015), publicat a la prestigiosa revista *The Lancet*, que ha fet el seguiment de més de 32.000 persones amb TDAH fins al 2013 per valorar les taxes de mortaldat associades. Els resultats indiquen que els adults amb TDAH tenen més del doble (5,85) de probabilitats de morir de causes no naturals en comparació amb adults sense TDAH (2,21), sobretot en accidents de diferents tipus. Sorprenentment, les dones i nenes amb TDAH presenten també més del doble de probabilitats (2,85) que els homes i nois amb TDAH (1,27). Després d'excloure els subjectes amb TDAH i Negativisme Desafiant, Trastorn de Conducta i Abús de Substàncies, el TDAH encara es mantenia associat a una major mortalitat (1,50) en comparació a les persones sense TDAH. En general, les persones amb TDAH diagnosticat a l'edat adulta també tenien major mortaldat que les diagnosticades a la infància o adolescència. Diversos estudis (Aduen et al., 2015; Groom et al., 2015; Koisaari et al., 2015) sobre la conducció d'automòbils conclouen que els adults amb TDAH mostren menys habilitats de control del vehicle, tenen conductes

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

més insegures i agressives, condueixen sense carnet i sota els efectes de l'alcohol, cometen més errors i infraccions, i pateixen més accidents greus. Pel que fa a conductes criminals i població reclusa, destaquem els estudis de Young et al. (2015) i Rodríguez-Pérez et al. (2015). Young et al. (2015) fan una metaanàlisi dels estudis amb població reclusa per determinar la prevalença de TDAH i conclouen que, en comparació amb la prevalença en la població general publicada, la prevalença del TDAH és cinc vegades més alta en la població penitenciària de joves (30,1%) i de 10 vegades en la població penal en adults (26,2%). Rodríguez-Pérez et al. (2015) analitzen una mostra de població penitenciària d'Astúries (n=143 reclusos, 18 a 69 anys) i també hi troben una prevalença del TDAH al voltant del 25%. Knecht et al. (2015) revisen els estudis sobre factors de risc epidemiològics i neurobiològics en les conductes criminals de persones amb TDAH i conclouen que la proporció de reclusos adolescents i adults amb TDAH és molt més alta que en reclusos sense TDAH, i que molts d'ells no estan diagnosticats. Pel que fa a conducta sexual, destaquem l'article de Van Eck et al. (2015), on troben que certs factors del constructe "intolerància al malestar" (baixa tolerància, baixa valoració i baixa autoregulació) moderen la relació entre els símptomes de TDAH i la quantitat de parelles sexuals casuals.

Comorbiditats

Dels nombrosos estudis sobre comorbiditat en el TDAH adult, destaquen en nombre els referits a l'abús de substàncies i el joc patològic, però també hi ha estudis sobre TDAH i lupus, epilèpsia, neurofibromatosi, obesitat, autisme, trastorn bipolar, trastorn límit de la personalitat, tabaquisme i alteracions visomotores. D'entre tots aquests, destaquem l'estudi de Minahim et al. (2015) sobre la relació entre TDAH i alta capacitat intel·lectual. De la mostra d'adults amb alta capacitat, el 37,8% també tenien TDAH. Aquests resultats donen suport al diagnòstic de TDAH en aquesta població. A més, els autors emfasitzen la necessitat de fer

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

més estudis sobre aquesta comorbiditat per tal d'abandonar els plantejaments negatius basats en la concepció errònia que tenir alta capacitat intel·lectual és incompatible amb patir TDAH, a qualsevol edat.

Revisió de llibre

Ramsay, J.R. & Rostain, A.L. (2015a). Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD. An integrative psychosocial and medical approach. New York: Routledge, 2nd edition.

Aquesta segona edició és una revisió, actualització i expansió de l'excel·lent publicació del 2008. Inclou 6 capítols: Diagnòstic, símptomes, etiologia i avaluació (incorporant els canvis en la classificació diagnòstica del DSM-5); Models de tractament: Teràpia cognitiu-conductual (TCC) i farmacoteràpia; Evidència per a la TCC i la farmacologia; Casos clínics; Factors que dificulten el tractament; Manteniment i seguiment. Com a recurs clínic afegit, els autors han publicat un altre manual, *The Adult ADHD Tool Kit: Using CBT to facilitate coping inside and out* (Routledge, 2015b), com a guia d'autoajuda per als adults amb TDAH. Ambdós manuals tenen una gran utilitat pràctica amb una rigorosa base científica. Partint de la premissa que una de les grans dificultats dels adults amb TDAH és "saber què cal fer però no fer-ho", el primer manual desenvolupa l'ús d'estratègies d'implementació per millorar el funcionament quotidià dels adults amb TDAH. El segon manual es focalitza en les àrees següents: Llistes "To-Do"; Planificació diària; Maneig del temps; Implementar els plans (incloent motivació, emocions, energia, actituds, creences i auto-estima); Externalitzar habilitats d'afrontament; Maneig de la informació, dels materials i de l'entorn; Resolució de problemes; Maneig acadèmic, laboral i de relacions familiars i personals; Salut i benestar i ús de la tecnologia. Ambdós llibres suposen un recurs immillorable per al clínic que vol estar actualitzat tant en l'avaluació com en el tractament del TDAH adult.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Referències

- Aduen, P.A., Kofler, M.J., Cox, D.J., Sarver, D.E., & Lunsford, E. (2015). Motor vehicle driving in high incidence psychiatric disability: comparison of drivers with ADHD, depression, and no known psychopathology. Journal of Psychiatric Research, 64, 59-66.
- Alemany, S., Ribasés, M., Vilor-Tejedor, N., Bustamante, M., Sánchez-Mora, C., Bosch, R., Richarte, V., Cormand, B., Casas, M., Ramos-Quiroga, J.A., & Sunyer, J. (2015). New suggestive genetic loci and biological pathways for attention function in adult attention-deficit/hyperactivitydisorder. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, Special Issue: Adult ADHD by the IMpACT Consortium, 168(6), 459–470.
- Camporeale, A., Porsdal, V., de Bruyckere, K., Tanaka, Y., Upadhyaya, H., Deix, C. & Deberdt, W.__(2015). Safety and tolerability of atomoxetine in treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adult patients: an integrated analysis of 15 clinical trials. Journal of Psychopharmacol, 29(1), 3-14.
- Capusan, A.J., Bendtsen, P., Marteinsdottir, I., Kuja-Halkola, R., & Larsson, H. (2015). Genetic and environmental contributions to the association between attention deficit hyperactivity disorder and alcohol dependence in adulthood: A large population-based twin study, American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 168(6), 414-422.
- Cassone, A.R. (2015). Mindfulness training as an adjunct to evidence-based treatment for ADHD within families. Journal of Attention Disorders. 19(2), 147-157.
- Dalsgaard, S., Østergaard, S.D., Leckman, J.F., Mortensen, P.B., & Pedersen, M.G. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. The Lancet, 30, 385(9983), 2190-2196.

- Das, D., Cherbuin, N., Anstey, K.J., & Easteal, S. (2015). ADHD symptoms and cognitive abilities in the midlife cohort of the PATH through life study. Journal of Attention Disorders, 19(5), 414-424.
- Fleming, A.P., McMahon, R.J., Moran, L.R., Peterson, A.P., & Dreessen, A. (2015). Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. Journal of Attention Disorders, 19(3), 260-271.
- Fridman, M., Hodgkins, P.S., Kahle, J.S., & Erder, M.H. (2015). Predicted effect size of lisdexamfetamine treatment of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in European adults: Estimates based on indirect analysis using a systematic review and meta-regression analysis. European Psychiatry, 30(4), 521-527.
- Ginsberg, Y., Långström, N., Larsson, H., & Lindefors, N. (2015). Long-Term Treatment Outcome in Adult Male Prisoners With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Three-Year Naturalistic Follow-Up of a 52-Week Methylphenidate Trial. Journal of Clinical Psychopharmacology, 35 (5), 535-543.
- Groom, M.J., van Loon, E., Daley, D., Chapman, P., & Hollis, C. (2015). Driving behaviour in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. BMC Psychiatry, 28, 15:175.
- Guldberg-Kjär, T., & Johansson, B. (2015). ADHD symptoms across the lifespan: a comparison of symptoms captured by the Wender and Barkley Scales and DSM-IV criteria in a population-based Swedish sample aged 65 to 80. Journal of Attention Disorders, 19(5), 390-404.
- Hepark, S., Janssen, L., De Vries, A., Schoenberg, P.L.A., Donders, R., Kan, C.C., & Speckens, A.E.M. (2015). The Efficacy of Adapted MBCT on Core Symptoms and

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Executive Functioning in Adults With ADHD. A Preliminary Randomized Controlled Trial. Attention Deficit Hiperactive Disorder.

- Hergüner, S., Harmanci, H., & Toy, H. (2015). Attention deficit-hyperactivity disorder in women with polycystic ovary syndrome. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 50(3), 317-325.
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Lindström, T., Boölte, S.I., & Jokinen, J. (2015). Cognitive behavior therapy-based psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): an open clinical feasibility trial. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 7, 89-99.
- Huang, F., Qian, Q., & Wang, Y. (2015). Cognitive behavioral therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 14; 16:161.
- Koblan, K.S., Hopkins, S.C., Sarma, K., Jin, F., Goldman, R., Kollins, S.H., & Loebel, A. (2015). Dasotraline for the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Proof-of-Concept Trial in Adults. Neuropsychopharmacology; 40(12), 2745-2752.
- Kitsune, G.L., Kuntsi, J., Costello, H., Frangou, S., Hosang, G.M., McLoughlin, G., & Asherson, P. (2016). Delineating ADHD and bipolar disorder: A comparison of clinical profiles in adult women. Journal of Affective Disorders, 192, 125-133.
- Knecht, C., de Alvaro, R., Martínez-Raga, J., & Balanza-Martínez, V. (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), substance use disorders, and criminality: a difficult problem with complex solutions. International Journal of Adolescent Medical Health, 27(2), 163-175.
- Koisaari, T., Michelsson, K., Holopainen, J.M., Maksimainen, R., Päivänsalo, J., Rantala, K., & Tervo, T. (2015). Traffic and Criminal Behavior of Adults

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

with Attention Deficit-Hyperactivity with a Prospective Follow-Up from Birth to the Age of 40 Years. Traffic Inj Prev., 16(8), 824-830.

- Mazursky-Horowitz, H., W.Felton, J., MacPherson, L., B. Ehrlich, K., Cassidy, J., Lejuez, C. W., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Maternal Emotion Regulation Mediates the Association Between Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Parenting. Journal of Abnormal Child Psychology, 43, 121-131.
- Mitchell, J.T., Zylowska, L., & Kollins, S.H. (2015). Mindfulness Meditation Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adulthood: Current Empirical Support, Treatment Overview, and Future Directions. Cognitive and Behavioral Practice, 22(2), 172–191.
- Mikami, A.Y., Szwedo, D.E., Ahmad, S.I., Samuels, A.S., & Hinshaw, S.P. (2015). Online social communication patterns among emerging adult women with histories of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of Abnormal Psychology, 124(3), 576-588.
- Minahim, D., & Rohde, L.A. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder and intellectual giftedness: a study of symptom frequency and minor physical anomalies. Revista Brasileira de Psiquiatria, 37(4), 289–295.
- Michielsen, M., Comijs, H.C., Aartsen, M.J., Semeijn, E.J., Beekman, A.T., Deeg, D.J., Kooij, J.J. (2015). The relationships between ADHD and social functioning and participation in older adults in a population-based study. Journal of Attention Disorders, 19(5), 368-379.
- Modesto-Lowe, V., Farahmand, P., Chaplin, M., & Sarro, L. (2015). Does mindfulness meditation improve attention in attention deficit hyperactivity disorder? World Journal of Psychiatry; 5(4), 397-403.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Morgensterbs, E., Alfredsson, J., & Hirvikoski, T. (2015). Structured skills training for adults with ADHD in an outpatient psychiatric context: an open feasibility trial. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders. Sep 26.
- Philipsen, A, Jan, T., Graf, E., Matthies, S., Borelñ, P., Colla, M., Gentschow, L., Langner, D., Jacob, C., Grob-Lesch, S., Sobanski, E., Alm, B., Schumacher-Stien, M., Roesler, M., Retz, W., Kis, B., Abdel-Hamid, M., Heinrich, V., Huss, M., Kornmann, C., Bürger, A., Perlov, E., Ihorst, G., Schander, M., Berger, M., & Terbatz van Elst, L. (2015). Effects of Group Psychotherapy, Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Clinical Trial. Psychiatry, 72(12), 1199-1210.
- Prada, P., Nicastro, R., Zimmermann, J., Hasler, R., Aubry, J-E., & Perroud, N. (2015). Addition of methylphenidate to intensive dialectical behaviour therapy for patients suffering from comorbid borderline personality disorder and ADHD: a naturalistic study. Attention Deficit Hyperactivity Disorders. 7(3), 199-209.
- Ramsay, J.R. & Rostain, A.L. (2015). Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD. An integrative psychosocial and medical approach. New York: Routledge, 2nd edition.
- Ramsay, J.R. & Rostain, A.L. (2015). The Adult ADHD Tool Kit: Using CBT to facilitate coping inside and out. New York: Routledge.
- Rodríguez Pérez, C., Núñez Pérez, J.C., Rodríguez Díaz, F.J., Parrales Granda, A., Bringas Molleda, C., & García Fernández, T. (2015): Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): prevalencia y características sociodemográficas en población reclusa. Psicologia: Reflexo e Crítica (Psychology), 28 (4), 698-707.
- Sánchez-Mora, C., Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R., Corrales, M., García-Martínez, I., Nogueira, M., Pagerols, M., Palomar, G., Richarte, V., Vidal, R., Arias-Vásquez, A.,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Bustamante, M., Forns, J., Gross-Lesch, S., Guxens, M., Hinney, A., Hoogman, M., Jacob, C., Jacobsen, K., Kan, C.C., Kiemeney, L., Kittel-Schneider, S., Klein, M., Onnink, M., Rivero, O., Zayats, T., Buitelaar, J., Faraone, S.V., Franke, B., Haavik, J., Johansson, S., Lesch, K.P., Reif, A., Sunyer, J., Bayés, M., Casas, M., Cormand, B., & Ribasés, M. (2015). Case-Control Genome-Wide Association Study of Persistent Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Identifies FBXO33 as a Novel Susceptibility Gene for the Disorder. Neuropsychopharmacology 40, 915–926.

- Semeijn, E.J., Comijs, H.C., de Vet, H.C., Kooij, J.J., Michielsen, M., Beekman, A.T., & Deeg, D.J. (2015). Lifetime stability of ADHD symptoms in older adults. Attention Deficit Hyperactivity Disorders, 8(1), 13-20.
- Sidlauskaite, J., Caeyenberghs, K., Sonuga-Barke, E., Roeyers, H., & Wiersema, J.R. (2015). Whole-brain structural topology in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Preserved global - disturbed local network organization. Neuroimage Clin., 13(9), 506-512.
- Sigurdardottir, H.L., Kranz, G.S., Rami-Mark, C., James, G.M., Vanicek, T., Gryglewski, G., Kautzky, A., Hienert, M., Traub-Weidinger, T., Mitterhauser, M., Wadsak, W., Hacker, M., Rujescu, D., Kasper, S., & Lanzenberger, R. (2015). Effects of norepinephrine transporter gene variants on NET binding in ADHD and healthy controls investigated by PET. Human Brain Mapping, 37(3), 884-895.
- Tajima-Pozo, K., Ruiz-Manrique, G., Yus, M., Arrazola, J., & Montañes-Rada, F. (2015). Correlation between amygdala volume and impulsivity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. Acta Neuropsychiatr, 27(6), 362-367.
- Van Eck, K., Flory, K., & Willis, D. (2015). Does distress intolerance moderate the link between ADHD symptoms and number of sexual partners? Attention Deficit Hyperactivity Disorders, 7(1), 39-47.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Van Emmerik-van Oortmerssen, K., Vedel, E., van den Brink, W., & Schoevers, R.A. (2015). Integrated cognitive behavioral therapy for patients with substance use disorder and comorbid ADHD: two case presentations. Addictive Behaviors, 45, 214-217.
- Walker, D.J., Mason, O., Clemow, D.B., & Day, K.A. (2015). Atomoxetine treatment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Postgraduate Medicine, 127(7), 686-701.
- Yoncheva, Y.N., Somandepalli, K., Reiss, P.T., Kelly, C., Di Martino, A., Lazar, M., Zhou, J., Milham, M.P., & Castellanos, F.X. (2015). Mode of Anisotropy Reveals Global Diffusion Alterations in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55(2), 137-145.
- Young, S., Khondoker, M.,, Emilsson, B., Sigurdsson, J.F., Philipp-Wiegmann, F., Baldursson, G., Olafsdottir, H., & Gudjonsson, G. (2015).Cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid psychopathology: a randomized controlled trial using multi-level analysis. Psychological Medicine, 45(13), 2793-2804.
- Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, M., & Hodgkins, P. (2015). A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. Psychological Medicine, 45(2), 247-258.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Disfuncions sexuals

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

DISFUNCIONS SEXUALS FEMENINES

Gemma Mestre-Bach[2] i Borja Farré-Sender[1]
[1]Servei de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Universitari Dexeus

[2]Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari de Bellvitge

El DSM-5 reconeix com a disfuncions sexuals femenines (DSF) el Trastorn Orgàsmic Femení, el Trastorn de l'Interès/Excitació Sexual Femení i el Trastorn de Dolor Genito-Pèlvic/Penetració.

En referència a les publicacions sobre disfuncions sexuals femenines de l'anterior any, s'observa un elevat volum d'investigacions referents a la comorbiditat entre les DSF i diferents trastorns orgànics i psicògens. Tanmateix, també ha augmentat la quantitat de treballs centrats en programes de tractament per a les diverses DSF.

Etiologia i factors associats a les DSF

L'associació entre les disfuncions sexuals femenines, la personalitat i les estratègies d'afrontament ha estat relativament poc estudiada. Crisp, Vaccaro, Fellner, Kleeman i Pauls (2015) van avaluar 520 dones, trobant una correlació entre la introversió i la baixa tendència a l'obertura a noves experiències sexuals. A més, es va observar una relació entre la inestabilitat emocional i l'empitjorament de la funció sexual femenina. L'ús estratègies d'afrontament negatives, tals com el sentiment de culpa o l'autodistracció, també va correlacionar significativament amb una funció sexual alterada. Així doncs, alguns trets de personalitat i l'ús d'estratègies d'afrontament desadaptatives podrien ser factors de risc en l'aparició de disfuncions sexuals femenines.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

En la mateixa línia, l'estudi de Garneau-Fournier, McBain, Torres i Turchik (2015) tenia com objectiu centrar-se en un col·lectiu poc estudiat, les dones universitàries, a fi d'identificar els factors associats a la presència, el nombre i el tipus de disfuncions sexuals. Els autors van trobar una associació entre la presència de disfuncions sexuals femenines i pertànyer a una condició racial minoritària. D'altra banda, alguns factors com la victimització sexual i les conductes problemàtiques amb la beguda també s'associaren a un major nombre de disfuncions sexuals femenines. Aquests resultats destaquen la importància de l'avaluació, el tractament i la prevenció de problemes de salut sexual en població jove.

Respecte als factors orgànics associats, Stanton, Lorenz, Pulverman i Meston (2015) suggereixen que la variabilitat de la freqüència cardíaca (VFC) també pot ser un factor de risc en l'aparició de disfuncions sexuals femenines. La variabilitat de la freqüència cardíaca és una mesura de l'activitat del sistema nerviós autònom, i fa referència a la capacitat d'adaptar-se a canvis tant fisiològics com ambientals. Les dones amb valors de VFC inferiors a la mitjana van presentar major propensió a patir, majoritàriament, problemes d'excitació sexual.

Finalment, un estudi de Liu, Lee i Chung (2015) conclou que les causes físiques principals de l'aparició de la disparèunia són les infeccions vaginals, la menopausa i els trastorns del cicle menstrual.

Comorbiditat

Atès que els trastorns tan psicògens com orgànics interfereixen, en moltes ocasions, en la sexualitat, no és d'estranyar que nombroses investigacions tinguin com a objectiu avaluar-ne la comorbiditat.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

S’ha estudiat la comorbiditat entre disfuncions sexuals i obesitat (Carrilho et al., 2015), infeccions ginecològiques (Liu et al., 2015), migranya (Domínguez et al., 2015), discapacitat física (Owiredu et al., 2015), estrès post-traumàtic (Yehuda, Lehrner, & Rosenbaum, 2015), hipertensió arterial (Nascimento, Maia, Nardi, & Silva, 2015), síndrome de fatiga crònica (Blazquez, Ruiz, Aliste, García-Quintana, & Alegre, 2015), epilèpsia (Karan et al., 2015) i diabetis (Li, Wang, Xiao, Lou, & Fish, 2015), entre d’altres.

El volum de publicacions referents a l’associació entre malalties físiques i les diverses DSF s’ha vist notablement incrementat en aquests darrers anys, donat que, fins al moment, no havia rebut l’atenció necessària i que, en la majoria dels casos, el terreny de la sexualitat no s’explorava adequadament en casos de malaltia orgànica.

Conseqüències clíniques de les DSF

Les recents investigacions sobre les diverses DSF han posat de manifest la complexa associació entre les alteracions de la funció sexual femenina i el malestar subjectiu experimentat davant l'activitat sexual. En aquesta línia, l’estudi de Stephenson i Meston (2015) pretén explicar els mecanismes a través del quals el deteriorament de la funció sexual genera *distress*. Els autors conclouen que tant la disminució de plaer físic com l'alteració de l'activitat sexual es podrien considerar factors de manteniment de la disfunció sexual, i resulten ansiògens per a les dones. Tanmateix, la resposta emocional davant la DSF que les dones perceben de la seva parella sexual, no actua com a variable mediadora en l’associació entre la funció sexual alterada i el malestar.

D’altres estudis, com el de Bezerra, de Sousa, dos Santos i Viana (2015) avaluen la relació entre la qualitat de vida i la presència de disfuncions sexuals durant l’embaràs. La

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

simptomatologia associada a les DSF augmenta durant aquest període i pot reduir la satisfacció sexual, la felicitat i la qualitat de vida de les dones. Tenint en compte la multidimensionalitat del constructe "qualitat de vida", els autors varen avaluar àrees com el benestar psicològic i espiritual, el suport social i aspectes socioeconòmics i orgànics. Els resultats suggereixen una disminució significativa de la qualitat de vida i una alteració en la relació de parella en aquelles dones embarassades amb disfunció sexual, originades majoritàriament per mites i tabús referents a la sexualitat durant l'embaràs, així com per factors sociodemogràfics i obstètrics.

Avaluació

L'Índex de Funció Sexual Femenina (FSFI; Rosen et al., 2000) és un dels instruments més àmpliament utilitzats a fi d'avaluar la funció sexual de la dona en les darreres 4 setmanes. Consta de 19 ítems agrupats en 6 dominis: desig, excitació, lubricació, orgasme, satisfacció i dolor. Se n'han fet diverses adaptacions per tal d'arribar a tots els col·lectius de dones (Chedraui & Pérez-López, 2015). Un exemple n'és el de Bartula i Sherman (2015), que varen avaluar la fiabilitat, validesa i acceptabilitat d'una adaptació del FSFI que facilités la detecció de les disfuncions sexuals posteriors al càncer de mama (FSFI-BC). L'instrument va mostrar propietats psicomètriques desitjables i, mitjançant l'anàlisi factorial exploratori, se'n van identificar set factors: els canvis després del càncer, el desig/excitació, la lubricació, l'orgasme, el dolor, la satisfacció i el *distress*. D'altra banda, Rehman, Asif Mahmood, Sheikh, Sultan i Khan (2015) varen realitzar la traducció, l'adaptació intercultural i la posterior validació psicomètrica d'aquest instrument per a població pakistaní. L'instrument va ser adaptat a l'urdu i se'n va aconseguir la versió definitiva, el FSFI-T. Va demostrar una elevada consistència interna (el coeficient α de Cronbach per a diversos dominis oscil·lava entre 0,84 i 0,97) i, per tant, es tracta d'un instrument vàlid i fiable per a població pakistaní

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

amb capacitat per a la lecto-escriptura. Finalment, Maseroli et al. (2015) pretenien elaborar una versió millorada del FSFI-6 (Isidori et al., 2010), instrument que va seleccionar els 6 ítems més representatius dels dominis originals. Eliminaren l'ítem referent a l'entitat de l'excitació sexual i afegiren un nou ítem referent a l'interès personal en tenir una vida sexual satisfactòria. Va mostrar un elevat nivell de fiabilitat (α de Cronbach = 0,784).

Tractament

Tot i que les disfuncions sexuals femenines presenten una elevada prevalença, actualment no hi ha un acord unànime en el col·lectiu científic sobre l'eficàcia dels diversos tractaments, tant psicològics com farmacològics.

Per a l'abordatge psicològic dels trastorns del dolor genito-pèlvic s'està utilitzant teràpia sexual cognitivoconductual combinada amb exercicis de sòl pèlvic, que sembla que ha demostrat la seva eficàcia en l'augment de l'excitació i la lubricació i la disminució de les estratègies d'evitació davant les relacions sexuals (Lindström & Kvist, 2015). A més, alguns estudis mostren millores en el vaginisme arrel de la incorporació de tècniques d'exposició, donat que es produeix una reducció significativa dels pensaments catastrofistes referents al dolor durant la penetració (Ter Kuile, Melles, Tuijnman-Raasveld, de Groot, & van Lankveld, 2015). D'altra banda, per al tractament del desig sexual hipoactiu s'està emprant la teràpia cognitivoconductual, incorporant elements de consciència plena propis del *Mindfulness*, i s'ha observat una millora en el funcionament sexual de la parella i una reducció del *distress*, tot i que són necessaris més estudis controlats en aquesta línia (Hucker & McCabe, 2015). Finalment, no es disposa d'estudis nous amb una elevada qualitat metodològica referents al tractament del trastorn orgàsmic. Es requereix, conseqüentment, més investigació sobre les

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

intervencions psicològiques per a aquest trastorn, utilitzant dissenys controlats i mostres més grans.

Després de molts anys d'investigació, el tractament farmacològic per a les disfuncions sexuals femenines segueix sent una necessitat clínica degut a la manca de fàrmacs aprovats disponibles per a les dones. Alguns autors suggereixen que el trastorn de desig sexual hipoactiu, la disfunció sexual més prevalent en població femenina, presenta un component neurobiològic. S'han realitzat molts estudis farmacològics a fi de provar l'eficàcia de diversos fàrmacs, entre ells la Flibanserina, un fàrmac que ha generat grans debats en la comunitat científica. Es tracta d'un fàrmac multifuncional agonista/antagonista de la serotonina, una opció no hormonal dissenyada específicament per al tractament del DSI. Segons alguns experts, causa un augment significatiu en el nombre d'esdeveniments sexuals satisfactoris, alhora que redueix l'angoixa relacionada amb el DSI de les dones premenopàusiques (Roehr, 2015).

Referències

- Bartula, I., & Sherman, K.A. (2015). Development and validation of the Female Sexual Function Index adaptation for breast cancer patients (FSFI-BC). *Breast Cancer Research and Treatment*, *152*(3), 477–488. http://doi.org/10.1007/s10549-015-3499-8
- Bezerra, I.F.D., de Sousa, V.P.S., dos Santos, L.C., & Viana, E. de S.R. (2015). [Comparison of quality of life in women with sexual dysfunction]. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia : Revista Da Federação Brasileira Das Sociedades de Ginecologia E Obstetrícia*, *37*(6), 266–271.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Blazquez, A., Ruiz, E., Aliste, L., García-Quintana, A., & Alegre, J. (2015). The effect of fatigue and fibromyalgia on sexual dysfunction in women with chronic fatigue syndrome. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *41*(1), 1–10.
- Carrilho, P.J.F., Vivacqua, C.A., Godoy, E.P. de, Bruno, S.S., Brígido, A.R.D., Barros, F.C.D., & Sousa, M.B.C. de. (2015). Sexual dysfunction in obese women is more affected by psychological domains than that of non-obese. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia : Revista Da Federação Brasileira Das Sociedades de Ginecologia E Obstetrícia*, *37*(12), 552–558.
- Chedraui, P., & Pérez-López, F.R. (2015). Assessing sexual problems in women at midlife using the short version of the female sexual function index. *Maturitas*, *82*(3), 298–302. http://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.07.005
- Crisp, C., Vaccaro, C., Fellner, A., Kleeman, S., & Pauls, R. (2015). The influence of personality and coping on female sexual function: a population survey. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(1), 109–115. http://doi.org/10.1111/jsm.12735
- Domínguez, E., Ruiz, L., Hernández, M.S., Muñoz, I., Ruiz-Piñero, M., Uribe, F., … Toribio-Díaz, M.E. (2015). [Sexual dysfunction in migraine patients who receive preventive treatment: identification by means of two screening tests]. *Revista de Neurologia*, *60*(1), 10–16.
- Garneau-Fournier, J., McBain, S., Torres, T., & Turchik, J. (2015). Sexual Dysfunction Problems in Female College Students: Sexual Victimization, Substance Use, and Personality Factors. *Journal of Sex & Marital Therapy*.
- Hucker, A., & McCabe, M.P. (2015). Incorporating Mindfulness and Chat Groups Into an Online Cognitive Behavioral Therapy for Mixed Female Sexual Problems. *Journal of Sex Research*, *52*(6), 627–639.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Isidori, A.M., Pozza, C., Esposito, K., Giugliano, D., Morano, S., Vignozzi, L., … Jannini, E.A. (2010). Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, *7*(3), 1139–1146. http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01635.x
- Karan, V., Harsha, S., Keshava, B.S., Pradeep, R., Sathyanarayana Rao, T.S., & Andrade, C. (2015). Sexual dysfunction in women with epilepsy. *Indian Journal of Psychiatry*, *57*(3), 301–304.
- Li, F., Wang, Y., Xiao, L., Lou, Q., & Fish, A.F. (2015). Frequency, severity, and risk factors related to sexual dysfunction in Chinese women with T2D. *Journal of Diabetes*. http://doi.org/10.1111/1753-0407.12335
- Lindström, S., & Kvist, L.J. (2015). Treatment of Provoked Vulvodynia in a Swedish cohort using desensitization exercises and cognitive behavioral therapy. *BMC Women's Health*, *15*, 108.
- Liu, H.-L., Lee, H.-M., & Chung, Y.-C. (2015). Dyspareunia and its comorbidities among Taiwanese women: analysis of the 2004-2010 Nationwide Health Insurance Database. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(4), 1012–1018. http://doi.org/10.1111/jsm.12820
- Maseroli, E., Fanni, E., Fambrini, M., Ragghianti, B., Limoncin, E., Mannucci, E., … Vignozzi, L. (2015). Bringing the body of the iceberg to the surface: the Female Sexual Dysfunction Index-6 (FSDI-6) in the screening of female sexual dysfunction. *Journal of Endocrinological Investigation*, *6*. http://doi.org/10.1007/s40618-015-0378-4

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Nascimento, E.R., Maia, A.C.O., Nardi, A.E., & Silva, A.C. (2015). Sexual dysfunction in arterial hypertension women: The role of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, *181*, 96–100.
- Owiredu, W.K.B.A., Owusu, A.O., Amidu, N., Quaye, L., Gyasi-Sarpong, C.K., Dapare, P.P.M., & Alidu, H. (2015). Sexual dysfunction and sexual quality of life among the physically challenged in the Kumasi metropolis, Ghana. *Health and Quality of Life Outcomes*, *13*, 3.
- Rehman, K.U., Asif Mahmood, M., Sheikh, S.S., Sultan, T., & Khan, M.A. (2015). The Female Sexual Function Index (FSFI): Translation, Validation, and Cross-Cultural Adaptation of an Urdu Version "FSFI-U". *Sexual Medicine*, *3*(4), 244–250.
- Roehr, B. (2015). FDA committee recommends approval for "female Viagra". *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *350*, h3097.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., … D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *26*(2), 191–208.
- Stanton, A.M., Lorenz, T.A., Pulverman, C.S., & Meston, C.M. (2015). Heart Rate Variability: A Risk Factor for Female Sexual Dysfunction. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, *40*(3), 229–237. http://doi.org/10.1007/s10484-015-9286-9
- Stephenson, K.R., & Meston, C.M. (2015). Why is impaired sexual function distressing to women? The primacy of pleasure in female sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, *12*(3), 728–737. http://doi.org/10.1111/jsm.12804
- Ter Kuile, M.M., Melles, R.J., Tuijnman-Raasveld, C.C., de Groot, H.E., & van Lankveld, J.J.D.M. (2015). Therapist-Aided Exposure for Women with Lifelong

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Vaginismus: Mediators of Treatment Outcome: A Randomized Waiting List Control Trial. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(8), 1807–1819.

- Yehuda, R., Lehrner, A., & Rosenbaum, T.Y. (2015). PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(5), 1107–1119. http://doi.org/10.1111/jsm.12856

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

DISFUNCIONS SEXUALS MASCULINES

Borja Farré-Sender[1] i Gemma Mestre-Bach[2]
[1]Servei de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Universitari Dexeus

[2] Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari de Bellvitge

En la revisió de treballs realitzats el 2015 al voltant de les disfuncions sexuals masculines trobem els tòpics que, any rere any, es repeteixen i que predominantment es centren en la farmacoteràpia i la comorbiditat dels trastorns sexuals i diferents malalties orgàniques. Hi ha alguns estudis, pocs, que enguany ens han cridat l'atenció.

El més interessant i pel que comencem (Rowland, Adamski, Neal, Myers, & Burnett, 2015) és un on s'estudien el concepte d'autoeficàcia i la seva relació amb la disfunció erèctil. L'autoeficàcia -un constructe desenvolupat per Bandura en la dècada de 1980- es refereix a l'habilitat percebuda per ser eficaç en una tasca determinada sobre la base de les seves experiències anteriors. Les creences de les persones sobre la seva autoeficàcia determinen com se senten, pensen, es motiven i es comporten. En termes simples, l'autoeficàcia es refereix a la percepció de control d'una persona sobre la situació en la mesura d'aconseguir un objectiu o resultat en particular. El concepte d'autoeficàcia s'ha utilitzat àmpliament (i amb eficàcia) en el tractament de diverses respostes bioconductuals tals com fòbies, abús de substàncies, tabaquisme, problemes alimentaris, ansietat social i el rendiment esportiu. En disfuncions sexuals tals com a orgasme retardat, disfunció erèctil i el baix desig sexual, l'autoeficàcia juga un paper central. L'individu es veu mancat de la sensació de ser capaç per fer front a la situació. En aquest estudi, en una mostra de 78 homes (M edat = 54.6 anys, SD = 12.9 anys) que van acudir a una unitat d'urologia, s'explora el concepte d'autoeficàcia en el context d'una disfunció erèctil (DE). Es construeix un índex de autoeficàcia sexual (SSEI) que

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

conté 4 dimensions: Importància del sexe amb la seva parella, Severitat del problema sexual, Atribució del problema sexual i Risc somàtic per la DE. Els homes amb DE que van puntuar alt en la dimensió Importància del sexe amb la seva parella van mostrar puntuacions més baixes d'autoeficàcia. També es va relacionar amb la major severitat de la disfunció sexual. Finalment, també es mostra com els nivells d'autoeficàcia afecten la manera en què un home respon emocionalment durant l'acte sexual amb la seva parella, que està relacionat amb una major sensació d'afecte.

El segon estudi que destaquem (Pereira, Margarida Oliveira, & Nobre, 2015) es centren en un grup de pacients amb dolor genital i, controlant els efectes de salut i dels medicaments, sovint correlacionats a disfuncions sexuals, estudien les diferències i similituds entre els homes amb dolor genital, homes amb disfunció sexual i homes amb una sexualitat saludable. Concretament, l'estudi va explorar el paper de les cognicions al voltant de l'activitat sexual (pensaments d'anticipació de fracàs, pensaments negatius relacionats amb el cos o l'edat, pensaments negatius cap al sexe o la manca de pensaments eròtics) i la seva relació amb el funcionament sexual (funció erèctil, la funció orgàsmica, el desig sexual, la satisfacció de les relacions sexuals i la satisfacció general). La mostra es compon d'un total de 134 homes, dividits en tres grups: 30 amb dolor genital; 34 amb una alguna disfunció sexual; i 72 homes de la població general, sense disfunció sexual o dolor genital. En general, els resultats d'aquest estudi mostren que els homes amb dolor genital i els que presenten alguna disfunció sexual refereixen nivells significativament més baixos de satisfacció general amb la seva vida sexual que els homes sexualment sans. L'estudi també va mostrar que els homes amb dolor genital no van diferir significativament en el desig sexual dels homes amb disfunció sexual. Quant a les cognicions durant l'activitat sexual, els resultats van revelar que els homes amb

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

dolor genital i homes amb disfunció sexual experimenten major presència de pensaments anticipatoris de fracàs que els homes sexualment sans.

Recentment s'ha publicat un treball (Farré et al., 2015) on examinen les característiques de 59 pacients amb Addicció al Sexe (es comparen amb 2190 individus diagnosticats de joc patològic i 93 controls sans). L'Addicció al Sexe no és una entitat diagnòstica reconeguda al DSM. També anomenat trastorn d'hipersexualitat, és una realitat en la pràctica clínica i actualment es categoritza com a trastorn sexual no especificat o trastorn del control dels impulsos no especificat. En aquest estudi, el model de regressió logística va mostrar que el comportament d'addicció al sexe va ser predit per un nivell d'educació superior i per les puntuacions més baixes en el TCI-R en Percaça de Novetat, Evitació del Dany, Persistència i Transcendència. Mentre que l'Addicció al Sexe i el Joc patològic comparteixen trets psicopatològics i de personalitat que no estan presents en els controls sans, també hi ha algunes característiques de diagnòstic específics que diferencien entre els dos grups clínics.

Per últim, hi ha dos estudis publicats aquest 2015 en els que ens hem fixat. En el primer, una revisió (Yehuda, Lehrner, & Rosenbaum, 2015) on, després de realitzar una recerca de la literatura entre Trastorn per Estrès Postraumàtic (TEPT) i la funció sexual, troba evidència de comorbiditat entre la disfunció sexual i el TEPT i es proposen mecanismes biològics i psicològics que poden explicar aquesta co-ocurrència. Yehuda et al. (2015) expliquen com l'exposició al trauma pot generar una sensació d'inseguretat, baixa autoeficàcia i incapacitat de confiar i sentir-se connectat amb els altres, característiques considerades fonamentals per a un funcionament sexual saludable. La psicobiologia del TEPT pot donar lloc a una associació entre l'excitació i l'amenaça, així com un deteriorament de la capacitat per regular la resposta de por, així com la dificultat per prendre part els processos neurobiològics inhibidors associats

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

amb l'activitat sexual. L'excitació sexual es condiciona amb l'experiència fisiològica de por, i aquesta associació pot resultar complexa de tractar.

Encara no se sap si els problemes amb la funció sexual s'expliquen millor pels símptomes cognitius, emocionals i conductuals del TEPT, com l'evitació, la hipervigilància o l'embotament emocional, o si existeix un component biològic a la comorbiditat, com la depressió o la mateixa medicació. Tampoc és clar si el TEPT s'associa amb una incapacitat general per funcionar sexualment o més aviat en el context d'una relació d'afiliació íntima.

Per últim, que no sigui dit, comentem un estudi sobre els efectes en la sexualitat pot tenir l'abandonament d'un fàrmac (la finasterida) per la caiguda prematura del cabell. En l'estudi s'intenta explorar en quina mesura els homes sans amb una història recent d'haver suspès finasterida pateixen efectes físics, psicològics i cognitius en relació a la seva funcionalitat sexual. Una gran majoria dels enquestats va informar d'una disminució general en el desig sexual, una disfunció erèctil intermitent o una pèrdua d'ereccions espontànies al matí (Ganzer, Jacobs, & Iqbal, 2015). Els autors creuen trobar-se davant d'una realitat a la que fins i tot li posen el nom de *síndrome de la post-finasterida*.

Referències

- Farré, J.M., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Aragay, N., Mallorquí-Bague, N., Ferrer, V., … Jiménez-Murcia, S. (2015). Sex addiction and gambling disorder: similarities and differences. Comprehensive Psychiatry, 56, 59–68.
- Ganzer, C.A., Jacobs, A.R., & Iqbal, F. (2015). Persistent Sexual, Emotional, and Cognitive Impairment Post-Finasteride: A Survey of Men Reporting Symptoms. American Journal of Men's Health, 9(3), 222–228.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

http://doi.org/10.1177/1557988314538445

- Pereira, R., Margarida Oliveira, C., & Nobre, P. (2015). Sexual Functioning and Cognitions During Sexual Activity in Men With Genital Pain: A Comparative Study. Journal of Sex & Marital Therapy, 0715(December), 1–14. http://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1113582
- Rowland, D.L., Adamski, B.A., Neal, C.J., Myers, A.L., & Burnett, A.L. (2015). Self-efficacy as a relevant construct in understanding sexual response and dysfunction. Journal of Sex & Marital Therapy, 41(1), 60–71. http://doi.org/10.1080/0092623X.2013.811453
- Yehuda, R., Lehrner, A., & Rosenbaum, T.Y. (2015). PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women. Journal of Sexual Medicine, 12(5), 1107–1119. http://doi.org/10.1111/jsm.12856

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Psicologia de la Salut

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

FIBROMIÀLGIA

Xavier Torres Mata
Servei de Psiquiatria i Psicologia Clínica. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona

Fa cinc anys es van tornar a definir els criteris diagnòstics de la fibromiàlgia amb l'objectiu de facilitar-ne el diagnòstic. Fa dos anys fins i tot s'ha posat a prova el diagnòstic mitjançant qüestionari per a facilitar la recerca. No obstant, la definició de la fibromiàlgia basada en els nous criteris diagnòstics comporta que quasi el 78% dels casos compleixi també els criteris de la nova classificació dels trastorns somatomorfs del DSM-5 (Hauser, Bialas, Welsch, & Wolfe, 2015). No sembla, doncs, fàcil que aquesta nova definició dels criteris diagnòstics sigui capaç de resoldre el descrèdit històric de la fibromiàlgia com a entitat diagnòstica.

Potser més interessant des del punt de vista clínic és la "nova" hipòtesi que descriu la fibromiàlgia com un trastorn causat per la generalització del condicionament clàssic de la resposta de dolor que es manté, al menys parcialment, pel condicionament clàssic de les respostes de por i que comporta una acusada interferència pel manteniment per condicionament operant de les respostes conductuals d'evitació de l'activitat (Moseley & Vlaeyen, 2015). Altres estudis plantegen la possibilitat que la fibromiàlgia sigui un trastorn neuropàtic de les fibres petites, no només de la seva morfologia sinó també de la funcionalitat. En concret, s'ha observat una activitat espontània dels nociceptors silents, i una hiperexcitabilitat i descens en la velocitat de conducció dependent de l'activitat, que podrien explicar-ne els símptomes (Doppler, Rittner, Deckart, & Sommer, 2015).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

En la fibromiàlgia s'ha observat un desequilibri en el processament de l'estimulació sensorial innòcua consistent en l'atenuació de les respostes cerebrals a l'estimulació auditiva, visual i tàctil en les àrees de processament cortical primari acompanyada de l'amplificació de les respostes en les àrees més implicades en la posterior integració. Alguns estudis atribueixen aquestes diferències a la diferent adjudicació de recursos atencionals a les sensacions doloroses i no doloroses, el que podria estar parcialment determinat per la rellevància atorgada a cada tipus d'estimulació. De fet, les persones amb fibromiàlgia perceben les sensacions espontànies cutànies (aquelles que apareixen de manera espontània en repòs) com més intenses i àmpliament distribuïdes que les persones sanes, però aquest efecte sembla influït pel grau de catastrofisme (Borg et al., 2015). Així mateix, el grau de dolor provocat per l'aplicació de pressió mecànica sostinguda es relaciona amb l'alteració de la connectivitat entre l'àrea somatosensorial S1 i les regions cerebrals que avaluen la rellevància del dolor. És a dir, en les persones amb fibromiàlgia el dolor provoca un augment de la connectivitat de S1 amb la porció anterior de l'ínsula que no s'observa en les situacions de repòs ni en els controls sans. Tanmateix, el grau d'augment d'aquesta amplificació de la connectivitat correlaciona amb el dolor i amb les respostes autonòmiques (Kim et al., 2015). Quant a la hipervigilància, és possible que, malgrat sovint s'avalua com un procés estàtic, sigui en realitat dinàmic i, per tant, només actuï quan es percep una amenaça a la integritat física (Van Damme et al., 2015). En resum, sembla que les persones amb fibromiàlgia detecten millor i responen amb més intensitat que les persones sanes als estímuls aversius en general i amenaçadors en particular (Rosselló, Muñoz, Duschek, & Montoya, 2015). Aquest efecte sembla especialment rellevant quan els estímuls processats per les persones amb fibromiàlgia inclouen connotacions somàtiques com, per exemple, les imatges de ferides (Fallon, Li, Chiu, Nurmikko, & Stancak, 2015).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Alguns estudis ja havien mostrat que els pacients amb fibromiàlgia refereixen una menor sensibilitat i intensitat del dolor experimental i una menor activació cerebral quan el dolor és aplicat en presència d'un tercer significatiu. Enguany s'ha observat que l'augment de la sensació de solitud sembla relacionar-se amb l'augment de les preocupacions centrades en el dolor que, per la seva banda, comporta una major intensitat subseqüent del dolor (Wolf, Davis, Yeung, & Tennen, 2015).

Un dels possibles factors de manteniment de la sensibilització del sistema nociceptiu central és l'estimulació perifèrica sostinguda deguda a l'activitat extenuant (Boomershine, 2015). En investigació animal s'ha observat que l'activitat extenuant incrementa la hiperalgèsia generalitzada, però no la perifèrica, amb un efecte que, a més, és depenent del gènere. En humans s'ha observat que la contracció muscular repetitiva augmenta el dolor en les persones amb fibromiàlgia en major mesura que en les persones sanes, però aquest efecte no sembla mediat per l'alliberament de citocines pro-inflamatòries el nivell de les quals tampoc es relaciona amb la intensitat del dolor o de la fatiga (Christidis et al., 2015).

S'ha observat en varis estudis que un cop controlat l'efecte de l'estat psicopatològic, les persones amb fibromiàlgia no presenten un perfil de personalitat específic. Enguany s'ha tornat a observar que malgrat les persones amb fibromiàlgia semblen compartir algunes característiques de personalitat, les diferències amb els grups control es deuen principalment a la gravetat de la simptomatologia depressiva (Taymur et al., 2015). No obstant, puntuacions elevades en algunes característiques de personalitat com el neuroticisme o la introversió s'acompanyen d'un pitjor estat clínic i una menor resposta terapèutica. L'efecte d'aquests trets sembla ser més additiu que sinèrgic (la presència dels dos trets no és més negativa que l'efecte dels dos trets per separat) (van Middendorp et al., 2015).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Quant a la popular creença sobre la relació entre els antecedents traumàtics i la fibromiàlgia, els pocs estudis prospectius que s'han realitzat fins al moment mostren una associació modesta entre els esdeveniments traumàtics (inclosos els infantils) i les síndromes funcionals en general. Tanmateix, la relació entre els esdeveniments traumàtics i els trastorns per dolor crònic és més patent quant menys fiables són els mètodes d'avaluació dels traumes. Enguany s'ha observat que la incidència de fibromiàlgia després de patir una fuetada cervical per col·lisió és, en contra del que s'acostuma a suposar, molt baixa (Ferrari, 2015).

La teràpia cognitivoconductual ha estat reconeguda un cop més, aquesta vegada en l'àmbit espanyol, com a tractament d'elecció per a la fibromiàlgia (Angel, Martinez, & Saturno Hernandez, 2016). La milloria amb teràpia cognitivoconductual dels casos que compleixen els criteris de la nova classificació dels trastorns somatomorfs del DSM-5 sembla estar relacionada amb la manera d'entendre la malaltia dels qui la pateixen. En concret, sembla d'especial importància l'augment de la sensació de control sobre els símptomes. Malauradament, les millories clíniques tornen a ser no massa espectaculars (Christensen, Frostholm, Ornbol, & Schroder, 2015). El mateix succeeix amb un estudi que compara l'eficàcia de la teràpia cognitivoconductual administrada en directe o mitjançant una aplicació web (Vallejo, Ortega, Rivera, Comeche, & Vallejo-Slocker, 2015). Potser un dels motius de la baixa utilitat clínica d'aquests programes de tractament sigui l'aplicació en 10 sessions setmanals de tractament de no menys de vuit tipus d'estratègies terapèutiques diferents. D'altra banda, les tècniques que potser es podrien ensenyar en una sessió acostumen a ser aquelles que han mostrat una menor eficàcia pel dolor crònic. D'altres més eficaces, com la reestructuració cognitiva, sembla introduïda en una sessió de dues hores i aplicada només durant quatre sessions. Finalment, en acabar les deu setmanes de tractament els pacients haurien de ser capaços d'aplicar de manera continuada tot el programa terapèutic.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Els resultats preliminars del tractament de la fibromiàlgia mitjançant estratègies de *pacing* (programació de les activitats per tal d'augmentar-ne la freqüència i la duració tot equilibrant-les amb el descans, promoure l'autoeficàcia i reduir l'evitació) complementades amb realitat virtual (imatges d'una platja i un prat, acompanyades de música, sons i narracions enfocades a promoure emocions positives, motivació, autoeficàcia i realització d'activitats) observen que, comparada amb les visites habituals al reumatòleg per a controlar el tractament farmacològic, la teràpia cognitivoconductual va obtenir un canvi ampli en el impacte de la fibromiàlgia i en la qualitat de vida, però no en la reducció del dolor, el seu grau d'interferència o la depressió. Tot i que els autors expliquen que la mostra presentava una baixa gravetat de la simptomatologia depressiva i suggereixen un possible efecte sòl, no expliquen perquè millora el impacte subjectiu de la fibromiàlgia i la qualitat de vida en absència de milloria de la intensitat del dolor i del seu grau subjectiu d'interferència (Garcia-Palacios et al., 2015). Ens agradarà molt veure els resultats en un estudi més ampli i, sobretot, que valori el benefici específic d'afegir la realitat virtual al tractament cognitiu-conductual.

Un assaig clínic sobre l'eficàcia d'un programa de reducció de l'estrès basat en *mindfulness* formal i informal ha observat que aquesta intervenció va millorar lleugerament l'estrès, les alteracions de la son i la gravetat subjectiva dels símptomes (reducció del 10% al final del tractament que es va reduir en el seguiment a dos mesos). No obstant, el grau de reducció de l'estrès, tot i ser l'objectiu terapèutic, no es va relacionar amb la milloria de la resta de les variables. La freqüència de pràctica de les tècniques de *mindfulness* es va relacionar amb el grau de milloria de la gravetat subjectiva dels símptomes i, sorprenentment, del dolor. De fet, la intervenció no va millorar el dolor, la capacitat física ni els nivells de cortisol. En les

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

primeres quatre sessions de tractament el percentatge d'abandonaments de tractament va ser del 33% (Cash et al., 2015).

Referències

- Angel, G.D., Martinez, N.I., & Saturno Hernandez, P.J. (2016). "Clinical approach to fibromyalgia: Synthesis of Evidence-based recommendations, a systematic review". *Reumatol.Clin., 12,* 65-71.
- Boomershine, C.S. (2015). Fibromyalgia: the prototypical central sensitivity syndrome. *Curr.Rheumatol.Rev., 11,* 131-145.
- Borg, C., Emond, F.C., Colson, D., Laurent, B., & Michael, G.A. (2015). Attentional focus on subjective interoceptive experience in patients with fibromyalgia. *Brain Cogn,* 101, 35-43.
- Cash, E., Salmon, P., Weissbecker, I., Rebholz, W.N., Bayley-Veloso, R., Zimmaro, L.A. et al. (2015). Mindfulness meditation alleviates fibromyalgia symptoms in women: results of a randomized clinical trial. *Ann.Behav.Med., 49,* 319-330.
- Christensen, S.S., Frostholm, L., Ornbol, E., & Schroder, A. (2015). Changes in illness perceptions mediated the effect of cognitive behavioural therapy in severe functional somatic syndromes. *J.Psychosom.Res., 78,* 363-370.
- Christidis, N., Ghafouri, B., Larsson, A., Palstam, A., Mannerkorpi, K., Bileviciute-Ljungar, I. et al. (2015). Comparison of the Levels of Pro-Inflammatory Cytokines Released in the Vastus Lateralis Muscle of Patients with Fibromyalgia and Healthy Controls during Contractions of the Quadriceps Muscle - A Microdialysis Study. *PLoS.One., 10,* e0143856.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Clauw, D.J. (2015). Diagnosing and treating chronic musculoskeletal pain based on the underlying mechanism(s). *Best.Pract.Res Clin.Rheumatol., 29,* 6-19.
- Doppler, K., Rittner, H.L., Deckart, M., & Sommer, C. (2015). Reduced dermal nerve fiber diameter in skin biopsies of patients with fibromyalgia. *Pain, 156,* 2319-2325.
- Fallon, N., Li, X., Chiu, Y., Nurmikko, T., & Stancak, A. (2015). Altered cortical processing of observed pain in patients with fibromyalgia syndrome. *J.Pain, 16,* 717-726.
- Ferrari, R. (2015). A prospective study of the 1-year incidence of fibromyalgia after acute whiplash injury. *RMD.Open., 1,* e000007.
- Fischer, S., Doerr, J.M., Strahler, J., Mewes, R., Thieme, K., & Nater, U.M. (2015). Stress exacerbates pain in the everyday lives of women with fibromyalgia syndrome-The role of cortisol and alpha-amylase. *Psychoneuroendocrinology, 63,* 68-77.
- Garcia-Palacios, A., Herrero, R., Vizcaino, Y., Belmonte, M. A., Castilla, D., Molinari, G. et al. (2015). Integrating virtual reality with activity management for the treatment of fibromyalgia: acceptability and preliminary efficacy. *Clin.J.Pain, 31,* 564-572.
- Hauser, W., Bialas, P., Welsch, K., & Wolfe, F. (2015). Construct validity and clinical utility of current research criteria of DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in patients with fibromyalgia syndrome. *J.Psychosom.Res., 78,* 546-552.
- Kim, J., Loggia, M.L., Cahalan, C.M., Harris, R.E., Beissner, F., Garcia, R.G. et al. (2015). The somatosensory link in fibromyalgia: functional connectivity of the primary somatosensory cortex is altered by sustained pain and is associated with clinical/autonomic dysfunction. *Arthritis Rheumatol., 67,* 1395-1405.
- Moseley, G.L. & Vlaeyen, J.W. (2015). Beyond nociception: the imprecision hypothesis of chronic pain. *Pain, 156,* 35-38.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Rosselló, F., Muñoz, M.A., Duschek, S., & Montoya, P. (2015). Affective Modulation of Brain and Autonomic Responses in Patients With Fibromyalgia. *Psychosom.Med., 77,* 721-732.
- Taymur, I., Ozdel, K., Gundogdu, I., Efe, C., Tulaci, R.G., & Kervancioglu, A. (2015). Personality-related core beliefs in patients diagnosed with fibromyalgia plus depression: A comparison with depressed and healthy control groups. *Nord.J.Psychiatry, 69,* 386-391.
- Vallejo, M.A., Ortega, J., Rivera, J., Comeche, M.I., & Vallejo-Slocker, L. (2015). Internet versus face-to-face group cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia: A randomized control trial. *J.Psychiatr.Res., 68,* 106-113.
- Van Damme S., Van Hulle L., Spence, C., Devulder, J., Brusselmans, G., & Crombez, G. (2015). Hypervigilance for innocuous tactile stimuli in patients with fibromyalgia: an experimental approach. *Eur.J.Pain, 19,* 706-714.
- van Middendorp, H., Kool, M.B., van Beugen, S., Denollet, J., Lumley, M.A., & Geenen, R. (2015). Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia. *Gen Hosp Psychiatry*, 2015 (en premsa).
- Wolf, L.D., Davis, M.C., Yeung, E.W., & Tennen, H.A. (2015). The within-day relation between lonely episodes and subsequent clinical pain in individuals with fibromyalgia: Mediating role of pain cognitions. *J.Psychosom.Res.*, 79, 202-206.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

VARIABLES PSICOLÒGIQUES DE LA CARDIOPATIA ISQUÈMICA

Ma. José Martín Martín[1], Marina Vega Boada[1] i Rosa Sénder Romeo[2]
[1]Hospital Universitari Mútua Terrassa
[2]Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona

Introducció

La revisió d'enguany consta de tres apartats. El primer està centrat en la psicopatologia com a desencadenant de la patologia coronària i la psicopatologia reactiva a l'episodi coronari. El segon apartat és sobre els diversos tractaments psicològics i els programes de rehabilitació cardíaca. Finalment, el tercer tracta breument les novetats sobre els factors protectors i de risc.

Psicopatologia

Com ja és sabut, la depressió és un factor de risc que prediu complicacions cardiovasculars (van Marwijk, van der Kooy, Stehouwer, Beekman, & van Hout, 2015; Niakan, Paryad, Kazemnezhad Leili, & Sheikholeslami, 2015; Meyer et al., 2015; Polikandrioti et al., 2015; Seldenrijk et al., 2015; Annagür, Avci, Demir, & Uygur, 2015), la depressió provoca pitjors respostes al tractament i major morbiditat i mortalitat (Seligman & Nemeroff, 2015).

En la mateixa línia que la literatura d'anys anteriors, hi ha estudis que demostren que les malalties coronàries poden provocar depressió (Green, Botha, & Tiruvoipati, 2015). Faller et al. (2015) suggereixen que la simptomatologia depressiva posterior a una insuficiència cardíaca pot estar parcialment mediada pel grau de funcionalitat de la persona i Graven et al. (2015) conclouen que el suport social pot tenir influència sobre els símptomes depressius i les conductes d'autocura. En aquest segon aspecte Graven et al. (2015) indiquen que la solució de problemes pot tenir un impacte sobre les conductes d'autocura. D'altra banda, Notara et al. (2015) assenyalen també com a factor de risc el no tenir parella.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Per detectar depressió en la població de pacients amb cardiopatia isquèmica Moullec, Plourde, Lavoie, Suarthana i Bacon (2015) consideren que el BDI-II és un bon instrument de *screening*. Tot i així suggereixen que hi ha certes covariables (ex. sexe, presència d'ansietat) que tenen un punt de tall diferent al recomanat.

L'altra psicopatologia que mereix especial atenció és l'ansietat. Una ansietat elevada augmenta la incidència de la patologia cardiovascular, sobretot si va acompanyada de simptomatologia depressiva (Seldenrijk et al., 2015).

De manera inversa, després d'una insuficiència cardíaca augmenta la probabilitat de desenvolupar símptomes ansiosos (Polikandrioti et al., 2015; Versteeg, Roest, & Denollet, 2015; Green, Botha, & Tiruvoipati, 2015).

L'article de Rosman et al. (2015) menciona que els subjectes que han patit una parada cardíaca tenen una por específica elevada i experimenten conductes d'evitació i preocupació per símptomes cardíacs. També assenyalen que una pràctica adequada requeriria tractar l'ansietat en relació al funcionament cardíac i la seguretat.

Per altra banda, els pacients amb una personalitat tipus D (caracteritzada per afectivitat negativa i aïllament social) tenen més risc que la simptomatologia ansiosa s'allargui en el temps (Versteeg, Roest, & Denollet, 2015).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Diferents estudis assenyalen l'estrès com a factor de risc (Bomhof-Roordink et al., 2015) i de manteniment de la malaltia cardiovascular (Lucinda et al., 2015; Xu et al., 2015; Bomhof-Roordink et al., 2015).

Xu et al. (2015) observa que els pacients joves i de mitjana edat amb elevat estrès tenen una pitjor recuperació mèdica després d'un infart agut de miocardi. Per altra banda, les dones pateixen major estrès (en comparació amb els homes) fet que explicaria la seva pitjor recuperació.

Finalment, hi ha estudis que demostren l'associació entre exposició a una situació traumàtica i el risc a desenvolupar una malaltia coronària (Green, Botha, & Tiruvoipati, 2015; Bomhof-Roordink et al., 2015; May-Ling, Loxton, & McLaughlin, 2015).

Tractament psicològic

Diferents estudis se centren en el tractament de factors psicològics en pacients amb trastorns cardiovasculars (Gidding & Sood, 2015; Williams, 2015; Lundgren, Andersson, & Johansson, 2015; Freedland, Carney, Rich, Steinmeyer, & Rubin 2015; Shiue, 2015; Bennett, Buchanan, Jones, & Spertus, 2015; Heo et al., 2015; Minto et al., 2015).

L'estudi de Gidding i Sood (2015) tracta programes de prevenció i intervenció que modifiquen els factors de risc psicosocial a l'hora de desenvolupar una malaltia cardiovascular. Són programes destinats principalment a pares en els que s'obtenen beneficis en els fills (millora en el comportament, educació emocional, habilitats socials, solució de problemes, millora escolar, satisfacció parental i millora en la relació parentofiliar).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Lundgren, Andersson i Johansson (2015) mencionen els efectes positius de la TCC en la depressió i l'ansietat de pacients amb insuficiència cardíaca tot i que aquests resultats s'han de tractar cautelosament ja que el nombre d'estudis és petit i sovint no s'aplica un disseny adequat. L'estudi de Freedland et al. (2015) també dóna suport a l'eficàcia de la TCC en la depressió alhora que senyala beneficis en les conductes d'autocura, ansietat, cansament, funcionament social i qualitat de vida.

Williams (2015) conclou que les estratègies cognitivoconductuals són eficaces a l'hora de reduir l'estrès que media les isquèmies de miocardi. Les estratègies cognitivoconductuals redueixen el tret ira, la depressió, l'estrès percebut, la pressió sanguínia i el ritme cardíac en situacions de calma però també en situacions d'estrès. Els resultats es mantenen 3 mesos després. La mortalitat es redueix en un 66% 7.1 anys després i la malaltia coronària disminueix en un 41%.

Seguint la mateixa línia, Bennett et al. (2015) suggereixen que pot ser útil la intervenció en factors cognitius i emocionals en pacients de baix estatus socioeconòmic.

Per la seva banda, Heo et al. (2015) proposen intervenir en el control percebut per tal de millorar la qualitat de vida en pacients amb insuficiència cardíaca.

Mes enllà dels tractaments cognitivoconductuals, Minto et al. (2015) assenyala els beneficis terapèutics de l'ús d'Internet com a font d'informació a l'hora de reduir la simptomatologia ansiosa en pacients amb risc de cardiomiopatia. Per altra banda, les dades de l'enquesta de salut escocesa conclouen que els adults escocesos amb història de malaltia coronària que caminen diàriament més de 10 minuts com a mínim un cop al dia tenen menor probabilitat de

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

patir problemes de salut mental. A més, és menys probable que tinguin problemes cognitius tals com pèrdua de concentració o confiança, preocupació, incapacitat per prendre decisions, afrontar dificultats, evitar problemes o sentir-se infeliç (Shiue, 2015).

Molts Programes de Rehabilitació Cardíaca (PRC) estudien l'estat d'ànim i observen que els pacients amb simptomatologia depressiva tenen pitjor pronòstic coronari que els pacients que no en tenen símptomes depressius (Meyer et al., 2015).

Alguns dels programes incideixen especialment en la participació del pacients en la societat. El grup de Ter Hoeve et al. (2015) observen que els pacients amb cardiopatia presenten restriccions en la participació social i la intervenció que proposen va en la direcció de millorar la seva integració.

Altres programes com el de Rahman, Hudson, Thogersen-Ntoumani i Doust (2015) es basen en la teoria de l'autodeterminació. Els resultats mostren la importància que té l'augment de la percepció de satisfacció del pacient per aconseguir la recuperació. En la mateixa línia, Meyer et al. (2015) conclouen que la discrepància entre els objectius desitjats i allò aconseguit pel pacient afecta el resultat final del pacient pel que proposa treballar sobre aquesta discrepància. El PRC de Presseau, Boyd, Francis i Sniehotta (2015) incideix especialment en les cognicions i més concretament en les metes dels pacients per afavorir la recuperació.

No tots els pacients finalitzen els PRC. Heydarpour, Saedi, Ezzati, Soroush i Komasi (2015) van concloure que els factors relacionats amb l'abandonament dels PRC són el baix nivell cultural, una major edat, la poca capacitat per fer exercici, la depressió i el tabaquisme. També el grup de Komasi et al. (2015) amb un treball similar conclouen que els pacients que no

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

finalitzen el PRC tenen una simptomatologia depressiva més greu, un baix nivell cultural i una habituació tabàquica.

Factors protectors i de risc

Entre els factors protectors a desenvolupar un trastorn cardiovascular destaquen el baix pessimisme (Serlachius et al., 2015), els recursos psicològics i l'autoestima (Lundgren, Garvin, Jonasson, Andersson, & Kristenson, 2015).

Entre els factors de risc a desenvolupar la malaltia coronària es troben la desesperança (Ludgren et al., 2015), aspectes ja presents en la infància com ara factors socioeconòmics, emocionals, comportaments poc saludables dels pares, situacions d'estrès, autoregulació i adaptació social (Pulkki-Råback et al., 2015) i en un estudi amb dones joves assistents a un programa de rehabilitació cardíaca, una pitjor percepció de salut, qualitat de vida, optimisme, esperança, suport social, estrès i símptomes de depressió i ansietat (Beckie, Fletcher, Groer, Kip, & Ji, 2015).

Referències

- Annagür, B.B., Avci, A., Demir, K., & Uygur, Ö.F. (2015). Is there any difference between the early age myocardial infarction and late age myocardial infarction in terms of psychiatric morbidity in patients who have survived acute myocardial infarction? *Comprehensive Psychiatry, 57*, 10-15.
- Beckie, T.M., Fletcher, G., Groer, M.W., Kip, K.E., & Ji, M. (2015). Biopsychosocial health disparities among young women enrolled in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 35*, 103-113.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Bennett, K.K., Buchanan, D.M., Jones, P.G., & Spertus, J.A. (2015). Socioeconomic status, cognitive-emotional factors, and health status following myocardial infarction: testing the Reserve Capacity Model. *Journal of Behaviral Medicine, 38*, 110-121.
- Bomhof-Roordink, H., Seldenrijk, A., van Hout, H.P., van Marwijk, H.W., Diamant, M., & Penninx, B.W. (2015). Associations between life stress and subclinical cardiovascular disease are partly mediated by depressive and anxiety symptoms. *Journal of Psychosomatic Research, 78*, 332-339.
- Faller, H., Störk, S., Gelbrich, G., Schowalter, M., Ertl, G., & Angermann, C.E. (2015). Depressive symptoms in heart failure: Independent prognostic factor or marker of functional status? *Journal of Psychosomatic Research, 78*, 569-572.
- Freedland, K.E., Carney, R.M., Rich M.W., Steinmeyer, B.C., & Rubin, E.H. (2015). Cognitive Behavior Therapy for Depression and Self-Care in Heart Failure Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine, 175*, 1773-1782.
- Gidding, S.S. & Sood, E. (2015). Preventing cardiovascular disease: going beyond conventional risk assessment. *Circulation, 131*, 230-231.
- Graven, L.J., Grant, J.S., Vance, D.E., Pryor, E.R., Grubbs, L., & Karioth, S. (2015). Predicting depressive symptoms and self-care in patients with heart failure. *Amerincan Journal of Health Behavior, 39*, 77-87.
- Green, C.R., Botha, J.A., & Tiruvoipati, R. (2015). Cognitive function, quality of life and mental health in survivors of our-of-hospital cardiac arrest: a review. *Anaesth Intensive Care, 43*, 568-576.
- Heo, S., Lennie, T.A., Pressler, S.J., Dunbar, S.B., Chung, M.L., & Moser, D.K. (2015). Factors associated with perceived control and the relationship to quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 14*, 137-144.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Heydarpour, B., Saedi, M., Ezzati, P., Soroush, A., & Komasi, S. (2015). Sociodemographic predictors in failure to complete outpatient cardiac rehabilitation. *Annals Rehabilitation Medicine, 39*(6), 863-871.
- Komasi, S., Saeidi, M., Montazeri, N., Masoumi, M., Soroush, A., & Ezzati, P. (2015).Which factors unexpectedly increase depressive symptom severity in patients at the end of cardiac rehabilitation. *Annals Rehabilitation Medicine*, *39*, 872-879.
- Lucinda, L.B., Prosdócimo, A.C., de Carvalho, K.A., Francisco, J.C., Baena, C.P., Olandoski, M., do Amaral, V.F., Faria-Neto, J.R., & Guarita-Souza, L.C. (2015). Evaluation of the prevalence of stress and its phases in acute myocardial infarction in patients active in the labor market. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular,* 30, 16-23.
- Lundgren, J., Andersson, G., & Johansson, P. (2015). Can cognitive behaviour therapy be beneficial for heart failure patients? *Curr Heart Fail Rep. 12* (2), 166-172.
- Lundgren, O., Garvin, P., Jonasson, L., Andersson, G., & Kristenson, M. (2015). Psychological resources are associated with reduced incidence of coronary heart disease. An 8-year follow-up of a community-based Swedish sample. *Int J Behav Med. 22* (1), 77-84.
- May-Ling, J.L., Loxton, D., & McLaughlin, D. (2015).Trauma exposure and the subsequent risk of coronary heart disease among mid-aged women. *J Behav Med. 38* (1), 57-65.
- Meyer, F.A., Hugentobler, E., Stauber, S., Wilhelm, M., Znoj, H., & von Känel, R. (2015). Depressive symptoms at discharge from rehabilitation predict future cardiovascular-related hospitalizations. *Cardiology*. *131*(2), 80-85.
- Meyer, F.A., Hugentobler, E., Stauber, S., Wilhelm, M., Znoj, H., & Känel, R. (2015). Level of incongruence during cardiac rehabilitation and prediction of future CVC-

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

related hospitalizations plus all-cause mortality. *Psychology, Health Medicine, 20*, 605-613.

- Minto, C., Bauce, B., Calore, C., Rigato, I., Folino, F., Soriani, N., Hochdorn, A., Iliceto, S., & Gregori, D. (2015). Is Internet use associated with anxiety in patients with and at risk for cardiomyopathy? *Am Heart J, 170* (1), 87-95.
- Moullec, G., Plourde, A., Lavoie, K.L., Suarthana, E., & Bacon, S.L. (2015). Beck Depression Inventory II: determination and comparison of its diagnostic accuracy in cardiac outpatients. *Eur J Prev Cardiol. 22*(5), 665-672.
- Niakan, M., Paryad, E., Kazemnezhad Leili, E., & Sheikholeslami, F. (2015). Depressive symptoms effect on self care behavior during the first month after myocardial infarction. *Glob J Health Sci.* 7(4), 382-391.
- Notara, V., Panagiotakos, D.B., Papataxiarchis, E., Verdi, M., Michalopoulou, M., Tsompanaki, E., Kogias, Y., Stravopodis, P., Papanagnou, G., Zombolos, S., Stergiouli, I., Mantas, Y., & Pitsavos, C. (2015). Depression and marital status determine the 10-year (2004-2014) prognosis in patients with acute coronary syndrome: the GREECS study. *Psychol Health. 30*(9), 1116-1127.
- Polikandrioti, M., Goudevenos, J., Michalis, L.K., Koutelekos, J., Kyristi, H., Tzialas, D., & Elisaf, M. (2015). Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. (2015). *Hellenic J Cardiol. 56*(1), 26-35.
- Presseau, J., Boyd, E., Francis, J.J., & Sniehotta, F.F. (2015). Goal conflict and goal facilitation in community-based cardiac rehabilitation: A theory-based interview study. *Psychology, Health Medicine, 20*, 227-238.
- Pulkki-Råback, L., Elovainio, M., Hakulinen, C., Lipsanen, J., Hintsanen, M., Jokela, M., Kubzansky, L.D., Hintsa, T., Serlachius, A., Laitinen, T.T., Pahkala, K., Mikkilä, V., Nevalainen, J., Hutri-Kähönen, N., Juonala, M., Viikari, J., Raitakari, O.T., &

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Keltikangas-Järvinen, L. (2015). Cumulative effect of psychosocial factors in youth on ideal cardiovascular health in adulthood: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Circulation.* 131(3), 245-253.

- Rahman, R.J., Hudson, J., Thogersen-Ntoumani, & Doust, J.H. (2015). Motivational processes and well-being in cardiac rehabilitation: a self-determination theory perspective. *Psychology, Health Medicine, 20*, 518-529.
- Rosman, L., Whited, A., Lampert, R., Mosesso, V.N., Lawless, C., & Sears, S.F. (2015). Cardiac anxiety after sudden cardiac arrest: Severity, predictors and clinical implications. *Int J Cardiol.* 181, 73-76.
- Seldenrijk, A., Vogelzangs, N., Batelaan, N.M., Wieman, I., van Schaik, D.J., & Penninx, B.J. (2015). Depression, anxiety and 6-year risk of cardiovascular disease. *J Psychosom Res.* 78(2), 123-129.
- Seligman, F. & Nemeroff, C.B. (2015). The interface of depression and cardiovascular disease: therapeutic implications. *Ann N Y Acad Sci*. 1345, 25-35.
- Serlachius, A., Pulkki-Råback, L., Elovainio, M., Hintsanen, M., Mikkilä, V., Laitinen, T.T., Jokela, M., Rosenström, T., Josefsson, K., Juonala, M., Lehtimäki, T., Raitakari, O., & Keltikangas-Järvinen, L. (2015). Is dispositional optimism or dispositional pessimism predictive of ideal cardiovascular health? The Young Finns Study. *Psychol Health.* 30(10), 1221-1239.
- Shiue, I. (2015). Daily walking >10 min could improve mental health in people with historical cardiovascular disease or COPD: Scottish Health Survey, 2012. *Int J Cardiol.* 179, 375-377.
- Ter Hoeve, N., van Geffen, M.E., Post, M. W., Stam, H.J., Sunamura, M., van Domburg, R.T., & van der Berg-Emons, R.J. (2015). Participation in society in

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

patients with coronary artery disease before and after cardiac rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 96*, 1110-1116.

- van Marwijk, H.W., van der Kooy, K.G., Stehouwer, C.D., Beekman, A.T., & van Hout, H.P. (2015). Depression increases the onset of cardiovascular disease over and above other determinants in older primary care patients, a cohort study. *BMC Cardiovasc Disord*, 12;15:40.
- Versteeg, H., Roest, A.M., & Denollet, J. (2015). Persistent and fluctuating anxiety levels in the 18 months following acute myocardial infarction: the role of personality. *Gen Hosp Psychiatry.* 37(1), 1-6.
- Williams, R.B. (2015). Anger and mental stress-induced myocardial ischemia: mechanisms and clinical implications. *Am Heart J.* 169(1), 4-5.
- Xu, X., Bao, H., Strait, K., Spertus, J.A., Lichtman, J.H., D'Onofrio, G., Spatz, E., Bucholz, E.M., Geda, M., Lorenze, N.P., Bueno, H., Beltrame, J.F., & Krumholz, H.M. (2015). Sex differences in perceived stress and early recovery in young and middle-aged patients with acute myocardial infarction. *Circulation. 131*(7), 614-623.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Altres àrees

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

DIFERÈNCIES DE GÈNERE EN SALUT MENTAL

Anna Torres[1], Estel Gelabert[2], Susana Andrés[1], Susanna Subira[2], Borja Farré[1,3], Sílvia Bellmunt[1], Lluïsa Garcia-Esteve[1]

[1]Programa de Psiquiatria Perinatal i Recerca de Gènere. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic Universitari de Barcelona.

[2]Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona.

[3]Unidad Salud Mental Perinatal y Reproductiva, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona.

Introducció

En primer lloc volem destacar dues revisions, una sobre la teoria de la programació fetal (Kim, Bale, & Epperson, 2015), i una altra sobre les diferències de gènere en el sistema noradrenèrgic - Locus Coeruleus i la seva regulació per l'estrès (Bangasser, Wiersielis, & Khantsis, 2015). L'exposició a estrès durant l'etapa intrauterina pot causar conseqüències a llarg termini en la descendència mitjançant la programació fetal (Kim et al., 2015). Aquesta programació fetal es produeix, en part, mitjançant mecanismes epigenètics d'activació i desactivació de gens per influències ambientals en el desenvolupament fetal (Kim et al., 2015). El moment de la gestació en què es produeix l'exposició a estrès influencia el tipus de resultat, de tal forma que l'estrès en etapes primerenques de la gestació té un impacte sobre sistemes tals com l'eix hipotàlem-hipofisari-adrenal (HHA), que és fonamental en la modulació dels ritmes circadians, el creixement i processos corticolímbics; mentre que l'estrès en etapes més avançades de la gestació estaria associat a problemes emocionals/conductuals en el fill/a (Kim et al., 2015). Pel que fa al gènere, l'estrès durant la gestació impactaria de forma diferenciada els nois i les noies. L'estrès o ansietat materna durant la gestació estava associat a una pitjor regulació de l'estat, i major risc de trastorn per

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

dèficit d'atenció (TDAH) en la infància, així com major risc d'esquizofrènia en l'edat adulta en els nois; mentre que les noies presentaven un major risc de depressió en l'adolescència (Kim et al., 2015). Posteriorment, es revisen les troballes que associen la programació fetal amb l'esquizofrènia, els trastorns de l'espectre autista, el TDAH, els trastorns depressius i ansiosos (Kim et al., 2015).

Les dones presenten un major risc que els homes de desenvolupar trastorns depressius o trastorn per estrès postraumàtic (TEPT). Tanmateix, existeix evidència que suggereix que els símptomes d'*hiperarousal* són més pronunciats en les dones que en els homes (Bangasser et al., 2015). Aquest seria el punt de partida per la revisió realitzada per Bangasser et al. (2015) sobre les diferències de gènere en el sistema noradrenèrgic - Locus Coeruleus (LC) i la seva relació amb la regulació de l'estrès. Existeixen estudis realitzats amb animals que demostren diferències estructurals en el LC, tant en el nombre de neurones, major en el cas de les femelles, com en la morfologia de les dendrites (Bangasser et al., 2015). Així mateix, existeix evidència que suggeriria que els estrògens podrien augmentar la noradrenalina en determinades regions del LC incrementant la capacitat de síntesi de noradrenalina i reduint la seva degradació (Bangasser et al., 2015). Igualment, les diferències de gènere en els receptors tipus 1 del factor alliberador de corticotropina (CRF) poden incrementar la sensibilitat neuronal del LC al CRF en les femelles (Bangasser et al., 2015).

Volem també destacar un estudi poblacional que va utilitzar dades de 10 països (Bèlgica, França, Alemanya, Itàlia, Holanda, Espanya, Bulgaria, Rumania, Nord d'Irlanda i Portugal) procedents de l'estudi *World Mental Health Survey Initiative*, amb l'objectiu de comparar les prevalences de trastorn mental i d'ideació suïcida entre homes i dones (Boyd et al., 2015). Les dones van presentar una major prevalença de trastorns internalitzants (ansietat i/o depressió),

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

mentre que els homes van presentar una major prevalença de trastorns externalitzants (trastorns de conducta i abús d'alcohol i altres substàncies) (Boyd et al., 2015). No es van trobar diferències de gènere consistents entre països en les temptatives autolítiques (Boyd et al., 2015).

Diferències de gènere en els trastorns psicòtics

S'ha publicat una revisió sobre les diferències de gènere en models animals de l'esquizofrènia (Hill, 2015). Concretament, es revisen les diferències de gènere en els models animals del desenvolupament, genètics i models induïts per fàrmacs. Tot i que el nombre d'estudis és encara insuficient, la revisió permet suggerir determinades conclusions. Dels models del desenvolupament se suggereix una vulnerabilitat específica pels mascles del còrtex prefrontal a les disrupcions durant etapes precoces del desenvolupament (Hill, 2015). Dels models genètics, es desprèn també una vulnerabilitat específica pels mascles, en aquells gens relacionats amb la funció dopaminèrgica i amb la funció cognitiva (Hill, 2015). S'ha publicat també una revisió sobre les diferències de gènere en el cervell i la cognició en l'esquizofrènia (Mendrek & Mancini-Marïe, 2015). Dels estudis neuroanatòmics destaca una major reducció en el volum cerebral total, radi ventricle cerebral, i lòbul frontal i temporal en els homes en comparació amb les dones amb esquizofrènia (Mendrek & Mancini-Marïe, 2015). En canvi, en l'esquizofrènia es troba en estudis d'asimetria cerebral, índex de girificació i sistema corticolímbic, una atenuació o inversió del dimorfisme sexual típic (Mendrek & Mancini-Marïe, 2015). Els estudis que mesuren la funció cognitiva troben resultats que indiquen el dimorfisme sexual típic en el cas de funcions mediades pel còrtex frontal lateral i fronto-parietal; mentre que els resultats suggereixen una inversió en el dimorfisme sexual típic en estudis de funcions mediades pel sistema corticolímbic (Mendrek & Mancini-Marïe, 2015). S'ha publicat un estudi sobre diferències de gènere en el volum hipocampal i la seva relació

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

amb la funcionalitat de l'eix HHA, en pacients amb primer episodi psicòtic (Pruessner et al., 2015). En comparació amb les dones, s'ha trobat en els homes un menor volum hipocampal controlant pel volum cerebral total, i una menor resposta matutina del cortisol (Pruessner et al., 2015). Així mateix, en els homes amb primer episodi psicòtic el menor volum hipocampal esquerre estava associat a una resposta matutina del cortisol mitigada, i el menor volum hipocampal bilateral s'associava a més símptomes psicòtics positius i pitjor funcionament (Pruessner et al., 2015).

S'ha fet un estudi de seguiment en població de zona rural xinesa d'una cohort de 510 pacients amb esquizofrènia en què s'han estudiat les diferències de gènere en el funcionament (Ran, Mao, Chan, Chen, & Conwell, 2015). S'ha trobat que, en comparació amb les dones, els homes amb esquizofrènia eren més joves, i tenien taxes més elevades de mortalitat, suïcidi i indigència (Ran et al., 2015).

Diferències de gènere en els trastorns afectius

S'ha publicat una revisió sobre les diferències de gènere en la depressió i el paper que la inflamació podria tenir sobre aquestes diferències (Derry, Padin, Kuo, Hughes, & Kiecolt-Glaser, 2015). De la revisió es conclou que la inflamació podria ser un mecanisme etiopatogènic de la depressió rellevant en el cas de les dones per vàries raons (Derry et al., 2015). Les dones tenen majors nivells d'inflamació i majors taxes de trastorns autoimmunes que els homes; en les dones, els increments transitoris en inflamació afecten amb major intensitat l'estat emocional i les relacions socials; l'estrès relacional i l'obesitat en les dones estan més lligats a la inflamació; finalment, les dones tenen més factors de risc per la inflamació que els homes (obesitat, inactivitat física, adversitat en la infància) (Derry et al., 2015).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Un estudi ha analitzat les diferències de gènere en el risc de ciclació ràpida i altres indicadors de mal pronòstic en pacients amb trastorn bipolar (TB) tipus I i II (Erol et al., 2015). El sexe femení es va associar a un major risc de ciclació ràpida, acceleració dels cicles i major gravetat dels episodis afectius (Erol et al., 2015). En un estudi longitudinal, en què s'avaluà la qualitat de la son en iniciar-se el seguiment, i el curs del TB al seguiment als dos anys, es va trobar que les dones amb TB referien una pitjor qualitat de la son percebuda que els homes, i la pitjor qualitat percebuda de la son era predictora d'una pitjor evolució de l'estat d'ànim en el seguiment als dos anys (Saunders, Fernandez-Mendoza, Kamali, Assari, & McInnis, 2015).

En un estudi que va utilitzar models d'equacions estructurals amb una mostra d'adolescents es va trobar que l'estrès dependent interpersonal era un factor de risc per al desenvolupament durant l'adolescència d'una vulnerabilitat cognitiva per a la depressió (l'estil cognitiu depressogen i la ruminació) (Hamilton, Stange, Abramson, & Alloy, 2015). D'aquesta forma, les diferències de gènere en la simptomatologia depressiva podria ser resultat, en part, d'una major exposició en les noies a estrès dependent interpersonal i a una major ruminació com estil de resposta (Hamilton et al., 2015).

Diferències de gènere en els trastorns afectius que afecten específicament les dones

S'ha publicat una revisió Cochrane sobre la psicoteràpia paterno-filial (PIP) i els seus efectes sobre la salut mental materna i de l'infant (Barlow, Bennett, Midgley, Larkin, & Wei, 2015). La PIP fa referència a un tipus d'intervenció diàdica d'orientació psicodinàmica que té per objectiu la modificació dels models operatius interns. Varen definir la psicoteràpia paterno-filial com aquella realitzada amb infants menors de 24 mesos, i varen incloure 8 estudis que incloïen mares amb diferents factors de risc com són depressió postpart (DPP), ansietat,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

vincle insegur, maltractament, i mares empresonades. Els resultats indicaren que tot i que la psicoteràpia PIP podria tenir un efecte beneficiós sobre la milloria del vincle segur en els infants de mares de població de risc, no es troba un efecte beneficiós sobre altres variables mesurades, o una major eficàcia de la PIP sobre altres intervencions (Barlow et al., 2015).

Existeix evidència apareguda en els darrers anys sobre l'efecte de la depressió durant l'embaràs sobre el posterior desenvolupament social-emocional de l'infant. En un estudi que va utilitzar models d'equacions estructurals es va trobar que la depressió prenatal s'associava a presentar problemes de conducta als dos anys d'edat, però la relació estava mediada pels símptomes depressius materns als dos anys d'edat, i per la sensibilitat materna (Edwards & Hans, 2015).

Sobre els estudis en DPP, volem destacar un article publicat al *Lancet Psychiatry* en què es va aplicar una anàlisi de classes latents sobre una mostra de 17912 dones, amb l'objectiu d'identificar diferents fenotips de DPP (Putnam et al., 2015). Es va identificar un model composat de tres classes: una classe que incloïa les dones amb simptomatologia més lleu (EPDS mitjana de 10.5), la segona classe que incloïa les dones amb simptomatologia moderada (EPDS mitjana de 14.8), i una tercera classe que incloïa les dones amb simptomatologia greu (EPDS mitjana de 20.1) (Putnam et al., 2015). La simptomatologia greu va estar associada a un pitjor humor, major ansietat, inici dels símptomes durant l'embaràs, complicacions obstètriques i ideació suïcida; mentre que en la segona classe, la majoria de les mares referien l'inici de la DPP en les quatre primeres setmanes postpart i tenien més complicacions durant l'embaràs que en les altres dues classes (Putnam et al., 2015). Respecte als factors associats a la DPP, en un estudi no es va trobar que els abusos en la infància s'associessin a DPP si es controla la depressió anterior i la simptomatologia depressiva en

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

l'embaràs (De Venter et al., 2015). En un estudi multicèntric realitzat a Espanya de seguiment de 1626 dones des del segon dia postpart fins a la setmana 32 postpart, es va trobar que en mares sense història de trastorn psiquiàtric previ, algunes estratègies d'afrontament passives (tant cognitives com conductuals) eren predictores de simptomatologia depressiva i de DPP (Gutiérrez-Zotes et al., 2015).

Pel que fa al tractament de la DPP, s'ha publicat un assaig clínic que comparava una teràpia TCC per a la DPP, contra sertralina o tractament combinat (Milgrom et al., 2015). La teràpia TCC va mostrar major eficàcia que la sertralina, o que la teràpia combinada, en el seguiment a les 12 setmanes (Milgrom et al., 2015). S'ha publicat un protocol d'intervenció preventiva de la DPP d'aplicació mitjançant internet (Drozd, Haga, Brendryen, & Slinning, 2015). La intervenció es diu *Mamma Mia*, comença a les 18-24 setmanes de gestació, i es realitza mitjançant correu electrònic i pàgines web interactives, que combinen textos, figures i gravacions en audio (Drozd et al., 2015). Es focalitza en els factors de risc i protecció de la DPP, com la vinculació pre i postpart, la relació de parella, el suport social i el benestar subjectiu. L'objectiu és implementar-ho com a part de l'atenció ordinària, i avaluar-ne l'eficàcia i eficiència mitjançant assaig clínic aleatoritzat i controlat (Drozd et al., 2015). Una revisió publicada també en 2015 sobre les teràpies psicològiques eficaces per a la prevenció de la DPP suggereix que la teràpia interpersonal (TIP), i aquelles teràpies aplicades en població de risc per a la DPP, serien les intervencions amb resultats més prometedors en la prevenció de la DPP (Werner, Miller, Osborne, Kuzava, & Monk, 2015). En la mateixa línia, un assaig clínic controlat en què s'aplicava la TIP front un grup control de tractament habitual troba un efecte beneficiós de l'aplicació de la TIP en un grup de dones en risc de DPP (Zlotnick, Tzilos, Miller, Seifer, & Stout, 2015).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Referències

- Bangasser, D.A., Wiersielis, K.R., & Khantsis, S.M. (2015). Sex differences in the locus coeruleus-norepinephrine system and its regulation by stress. Brain Research. Advance online publication. doi: 10.1016/j.brainres.2015.11.021
- Barlow, J., Bennett, C., Midgley, N., Larkin, S.K., & Wei, Y. (2015). Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, CD010534.
- Boyd, A., Van de Velde, S., Vilagut, G., de Graaf, R., O'Neill, S., Florescu, S., … Kovess-Masfety, V. (2015). Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: results from a large cross-sectional population-based study. Journal of Affective Disorders, 173, 245–254.
- De Venter, M., Smets, J., Raes, F., Wouters, K., Franck, E., Hanssens, M., … Van Den Eede, F. (2015). Impact of childhood trauma on postpartum depression: a prospective study. Archives of Women's Mental Health. Advance online publication. doi: 10.1007/s00737-015-0550-z.
- Derry, H.M., Padin, A.C., Kuo, J.L., Hughes, S., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2015). Sex Differences in Depression: Does Inflammation Play a Role? Current Psychiatry Reports, 17(10), 78.
- Drozd, F., Haga, S.M., Brendryen, H., & Slinning, K. (2015). An Internet-Based Intervention (Mamma Mia) for Postpartum Depression: Mapping the Development from Theory to Practice. JMIR Research Protocols, 4(4), e120.
- Edwards, R.C., & Hans, S.L. (2015). Prenatal Depressive Symptoms and Toddler Behavior Problems: The Role of Maternal Sensitivity and Child Sex. Child Psychiatry and Human Development. Advance online publication. doi 10.1007/s10578-015-0603-

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Erol, A., Winham, S.J., McElroy, S.L., Frye, M.A., Prieto, M.L., Cuellar-Barboza, A.B., … Bobo, W.V. (2015). Sex differences in the risk of rapid cycling and other indicators of adverse illness course in patients with bipolar I and II disorder. Bipolar Disorders, 17(6), 670–676.
- Gutiérrez-Zotes, A., Labad, J., Martín-Santos, R., García-Esteve, L., Gelabert, E., Jover, M., … Sanjuan, J. (2015). Coping strategies for postpartum depression: a multi-centric study of 1626 women. Archives of Women's Mental Health. Advance online publication. doi 10.1007/s00737-015-0581-5
- Hamilton, J.L., Stange, J.P., Abramson, L.Y., & Alloy, L.B. (2015). Stress and the Development of Cognitive Vulnerabilities to Depression Explain Sex Differences in Depressive Symptoms during Adolescence. Clinical Psychological Science : A Journal of the Association for Psychological Science, 3(5), 702–714.
- Hill, R.A. (2015). Sex differences in animal models of schizophrenia shed light on the underlying pathophysiology. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. Advance online publication. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.10.014
- Kim, D.R., Bale, T.L., & Epperson, C.N. (2015). Prenatal programming of mental illness: current understanding of relationship and mechanisms. Current Psychiatry Reports, 17(2), 5.
- Mendrek, A., & Mancini-Marïe, A. (2015). Sex/gender differences in the brain and cognition in schizophrenia. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. Advance online publication. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.10.013
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Ericksen, J., Burrows, G., Buist, A., & Reece, J. (2015). Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: a randomised controlled trial. The Australian and New Zealand

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Journal of Psychiatry, 49(3), 236–245.

- Pruessner, M., Lepage, M., Collins, D.L., Pruessner, J.C., Joober, R., & Malla, A.K. (2015). Reduced hippocampal volume and hypothalamus-pituitary-adrenal axis function in first episode psychosis: evidence for sex differences. NeuroImage. Clinical, 7, 195–202.
- Putnam, K., Blackmore, E.R., Sharkey, K., Payne, J., Bergink, V., Munk-Olsen, T., … Meltzer-Brody, S. (2015). Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. The Lancet Psychiatry, 2(1), 59–67.
- Ran, M.-S., Mao, W.-J., Chan, C.L.-W., Chen, E.Y.-H., & Conwell, Y. (2015). Gender differences in outcomes in people with schizophrenia in rural China: 14-year follow-up study. The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science, 206(4), 283–288.
- Saunders, E.F.H., Fernandez-Mendoza, J., Kamali, M., Assari, S., & McInnis, M.G. (2015). The effect of poor sleep quality on mood outcome differs between men and women: A longitudinal study of bipolar disorder. Journal of Affective Disorders, 180, 90–96.
- Werner, E., Miller, M., Osborne, L.M., Kuzava, S., & Monk, C. (2015). Preventing postpartum depression: review and recommendations. Archives of Women's Mental Health, 18(1), 41–60.
- Zlotnick, C., Tzilos, G., Miller, I., Seifer, R., & Stout, R. (2015). Randomized controlled trial to prevent Postpartum depression in mothers on public assistance. Journal of Affective Disorders, 189, 263–268.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

NECESSITAT DE LA TEORIA DELS SISTEMES DINÀMICS EN LA RECERCA SOBRE BIOMARCADORS DE PROCESSOS I ALTERACIONS PSICOLÒGIQUES

Xavier Bornas
Universitat de les Illes Balears

Al llarg dels darrers anys en què he col·laborat en el CDSCRiTC he anat insistint en la necessitat d'ampliar els fonaments conceptuals de la recerca i la teràpia del comportament per tal d'incloure tot allò que la Teoria dels Sistemes Dinàmics (TSD) ens ofereix. En darrer terme, *necessitem* la TSD per a obtenir un coneixement més complet del nostre objecte d'estudi: el comportament i el canvi en aquest comportament, ja sigui natural (evolutiu), induït per la teràpia o per procediments experimentals al laboratori. Enguany no faré cap excepció i comentaré dos treballs publicats l'any passat (2015) que aporten proves sòlides a favor d'aquella ampliació conceptual. El títol del primer treball (Young i Benton, 2015) és prou explícit: *We* ***should be using*** *nonlinear indices when relating heart-rate dynamics to cognition and mood.* Les negretes les he afegit jo per a ressaltar l'ús d'aquest temps imperatiu, un temps que és possible perquè les dades de l'estudi ho permeten (i pensem que la revista, *Scientific Reports*, del grup *Nature*, està molt ben considerada). De seguida veurem quin és l'estudi que ens presenten però abans, encara que sigui de forma resumida, val la pena començar aclarint de quines maneres es pot mesurar la variabilitat de la taxa cardíaca (HRV per *Heart Rate Varibility*). El segon treball que comentaré (molt breument aquest) s'aproxima no linealment a un problema difícil: la fibromiàlgia (Lerma, Martínez-Martínez, Ruiz, Vargas, Infante i Martínez-Lavín, 2015).

Mesures de l'HRV

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

La més directa i fàcil és obtenir el temps (generalment en mil·lisegons) que passa entre batec i batec (tècnicament entre els pics R de l'electrocardiograma) i calcular un índex tan conegut com la desviació estàndard (DE). Amb això sabrem si els successius intervals entre batecs tenen longituds molt diferents de la mitjana (grans valors de DE i per tant gran HRV) o no (valors petits de DE i una HRV petita). Com que només tenim com a referència el temps entre batecs, parlem d'una mesura de l'HRV en el domini temporal (n'hi ha d'altres però ara no ens hi entretindrem). Si volem saber alguna cosa de les causes d'aquesta HRV podem recórrer al domini de les freqüències i mirar especialment quin pes (o *power*) s'observa en l'anomenada banda alta (entre 0.15 i 0.40Hz) i en la baixa (entre 0.04 i 0.15Hz). Sabem que el pes de la banda alta és un indicador fiable de l'acció (inhibitòria) del sistema parasimpàtic (vagal), mentre que el pes de la banda baixa sembla indicar l'acció (excitatòria) del simpàtic. Per això els estudis que utilitzen el pes de la banda alta xerren de la *vagally mediated HRV*, que és un dels biomarcadors més investigats en les darreres dues dècades en els camps de la Psiquiatria i la Psicologia. Específicament, per exemple, se sap que està associat als trastorns ansioso-depressius. Finalment, a més del domini temporal i el de les freqüències, hi ha el domini no lineal. Les mesures en aquest domini ens informen de la complexitat de l'HRV. Sabem que les fluctuacions en la longitud dels successius intervals entre batecs no són aleatòries com sempre s'havia cregut. Hi ha un cert ordre que només es pot descobrir si utilitzem les eines adequades. Quan les fem servir ens adonem que aquestes seqüències de valors (678,667,789,654...) aparentment aleatòries són auto-similars o fractals!! Dit d'una altra manera, *irònicament, allò que ens pensàvem que era soroll i no tenia cap interès resulta que ens aporta la informació més rellevant sobre el tema.* Les mesures en el domini no lineal són molt variades i tampoc és el moment d'entretenir-nos-hi. Ens limitarem a les que utilitzen Young i Benton (2015) en el seu article, que passem a comentar ara mateix.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

L’estudi de Young i Benton: Objectius

L'objectiu de l'estudi era respondre la pregunta de si les mesures que ens informen de la complexitat estaven més associades que les dels altres dominis (temporal i de freqüències) amb l'atenció, la memòria, l'estat d’ànim i els nivells de cortisol en persones sanes. Això és interessant perquè en mostres de persones que pateixen determinades alteracions cardíaques o psicològiques els índexs no lineals ja s’ha vist que són rellevants (p.ex. en depressió segons Voss, Schulz, Koschke i Bar, 2008). A més, volien saber si el gènere dels participants moderava d’alguna manera aquestes associacions.

El procediment que van seguir els 21 homes i 24 dones que participaren en l’estudi fou el següent. L’electrocardiograma es va obtenir durant 5 minuts de repòs, abans i després dels quals es van prendre mesures del cortisol. D’aquest ECG en sortiren les sèries temporals d’intervals entre batecs que analitzarien posteriorment. Després van completar uns qüestionaris d’estat d’ànim i d’estrès, i van fer tres tasques cognitives (memòria, atenció focalitzada i temps de decisió). En acabar-les es mesurà novament el cortisol. L’estat d’ànim el mesuraren amb el *Profile of Mood States* (POMS, Lorr i McNair, 1984) que utilitza sis dimensions: calmat-ansiós, enèrgic-cansat, eufòric-deprimit, clar-confós, agradable-hostil i confiat-insegur. Els participants completaren també una escala d’estrès percebut (Cohen, Kamarck i Mermelstein, 1983).

L’estratègia analítica la presenten en tres passos. Primer, càlcul dels índexs d’HRV. En el domini temporal calcularen la mitjana i la desviació (SD). En el domini de freqüències calcularen el pes (*power*) de les bandes alta i baixa i la raó entre ambdues (dividint el pes de l’alta entre el de la baixa, que es considera un índex del balanç simpàtico-vagal). En el domini no-lineal calcularen l’entropia (mitjançant l’índex SampEn de Richman i Moorman, 2002), la

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

fractalitat (mitjançant la DFA, *Detrended Fluctuations Analysis* (Peng et al., 1995) que dóna l'índex α1 de fractalitat a escales curtes (fins a 12 batecs aproximadament) i l'índex α2 de fractalitat en escales més llargues (>12 batecs) i diverses mesures de recurrència (*Recurrence Quantification Analysis, RQA*), és a dir, mesures que ens diuen si una trajectòria visita molt (de forma recurrent) determinada regió de l'espai de fase (molts d'aquests conceptes els podeu trobat explicats de forma didàctica al llibre de Bornas, 2009).

El segon pas o estadi analític fou la reducció dimensional. Degut al gran nombre de mesures de l'HRV emprades, procediren a fer una anàlisi factorial a fi d'agrupar-les en uns factors principals. Trobaren un primer factor que explicava el 34% de la variància, integrat per les mesures en el domini de freqüències i l'índex α1, que van anomenar HRV Freqüència. El segon factor explicava un 34% addicional de la variància i el composaven les mesures de l'RQA i d'entropia; l'anomenaren HRV Complexitat. I el tercer factor (15% de variància explicada) inclogué les mesures den el domini temporal (M i DE) i fou anomenat HRV Temps. Finalment, el tercer pas consistia a fer anàlisis de regressió jeràrquica per saber la relació entre els tres factors anteriors i les variables dependents (estat d'ànim, processos cognitius...), considerant el pes moderador de la variable sexe. Després d'introduir l'HRV Temps i l'HRV Freqüència, es tractava d'esbrinar si el factor HRV Complexitat contribuïa significativament a explicar la variància d'aquelles variables.

Resultats

Resumim els resultats obtinguts per Young i Benton (2015). Cal dir que no van trobar cap diferència entre homes i dones en cap de les mesures de variabilitat cardíaca. En primer lloc, en relació a les dimensions eufòria-depressió, claredat-confusió i confiança-inseguretat, l'entrada del factor HRV Complexitat va explicar una part significativament major de la

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

variància. De fet, en el cas de la depressió els models amb els dos primers factors (temps i freqüència) no resultaven significatius, i era quan entrava el factor de complexitat quan sí que ho eren. Amb les puntuacions de confusió i de depressió trobaren interaccions significatives entre sexe i HRV complexitat. Específicament aquesta complexitat permetia predir les puntuacions de depressió i confusió en dones però no en homes. Puntuacions més elevades en el factor HRV complexitat estaven associades a un millor estat d'ànim en les dones. Pel que fa a les puntuacions d'ansietat i d'estrès percebut, el factor que destacà fou l'HRV Temps mentre que l'HRV complexitat no tenia valor predictiu. Valors baixos en HRV temps eren predictius de puntuacions més altes d'ansietat i estrès. I quant a les dimensions d'agradabilitat o energia, cap dels factors de l'HRV tenia valor predictiu.

En segon lloc, dels resultats relatius a les tasques cognitives podem ressaltar que l'addició del factor HRV Complexitat en els models de regressió augmentava significativament el percentatge de variància explicada de la inhibició atencional focalitzada i del temps de reacció en el test d'atenció focalitzada. La variable sexe, però, moderava aquests efectes, de manera que l'HRV Complexitat podia predir significativament el temps de reacció i la inhibició en dones però no en homes.

Finalment, pel que fa al cortisol, només el factor HRV Temps va poder predir un canvi des de la línia base fins després de la relaxació.

Discussió

A la discussió d'aquests resultats, els autors assenyalen que el factor HRV Complexitat afegeix poder explicatiu als índexs més tradicionals (HRV Temps i Freqüència) i citen l'estudi de Bornas et al. (2006) en què la inclusió d'una mesura d'entropia també

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

incrementava el percentatge de variància explicada del tractament de la fòbia a volar. En alguns casos, a més a més, no es tracta d'incrementar el poder explicatiu sinó que només la complexitat de l'HRV en tenia (mentre els altres factors, no). Quant a les diferències entre homes i dones, hi ha una literatura poc consistent a partir d'estudis fets en condicions de repòs. Així, mentre alguns estudis apunten que les dones tenen més activitat parasimpàtica, sembla que això estaria vinculat a l'activitat hormonal relacionada amb el cicle menstrual. Young i Benton (2015) no trobaren diferències en línia base, i apunten que és la relació entre l'HRV i la conducta posterior el que podria dependre del sexe. Pel que fa al cortisol, els autors subratllen que només el factor HRV Complexitat s'hi relacionava (i només en dones).

L'HRV depèn en darrer terme del cervell, responsable de l'activitat simpàtica i parasimpàtica. En estudis que administren antagonistes del parasimpàtic (atropina), s'ha vist que l'exponent α1 augmenta i correlaciona amb algunes mesures lineals de l'HRV, però l'entropia no. Això concordaria amb l'anàlisi factorial que indicava que aquell exponent formava part d'un factor que agrupava també les mesures en el domini de les freqüències, mentre l'entropia estava en un factor diferent (HRV Complexitat). Així, mentre el to vagal sembla contribuir significativament a la fractalitat del senyal (sèries de taxa cardíaca), no ho fa en relació a l'entropia, que permetria capturar-ne unes característiques diferents. I atesa la forta relació de l'entropia (i les mesures derivades de l'RQA) amb els processos cognitius en dones, l'eix hipotalàmic gonadal pot ser part dels processos fisiològics subjacents a la informació continguda en l'entropia del senyal cardíac.

En conclusió, les dades de l'estudi duen a constatar *la necessitat de considerar els aspectes de complexitat del senyal cardíac si volem tenir una comprensió millor de les relacions entre el funcionament d'aquest sistema i els processos cognitius i emocionals de les persones,* unes

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

relacions que en alguns casos les mesures tradicionals (temps i freqüència) no poden capturar o no ho fan prou bé.

L'estudi de la fractalitat en pacients amb fibromiàlgia

En un treball molt més senzill Lerma, Martínez-Martínez, Ruiz, Vargas, Infante i Martínez-Lavín (2015) proposen superar el reduccionisme del model mèdic tradicional, que sembla incapaç d'explicar malalties multisimptomàtiques com la fibromiàlgia (FM). La hipòtesi de partida és que pot haver-hi una degradació de la complexitat del sistema nerviós autònom (SNA) en pacients de FM, que fallaria per aquest motiu en l'esforç d'adaptar-se a l'entorn i explicaria un dels símptomes més importants: el dolor crònic generalitzat. La mesura d'aquella complexitat és l'exponent α que proporciona la DFA aplicada al senyal cardíac. A més, volien examinar l'associació que hi pot haver entre aquest exponent i la severitat dels símptomes clínics.

L'estudi el van fer amb 30 dones amb FM d'entre 18 i 50 anys, que no prenien medicació susceptible d'alterar el funcionament del SNA (inclosos p.ex. antidepressius) i 30 controls sanes. Totes van omplir sis qüestionaris relacionats amb la FM. L'enregistrament de la resposta cardíaca es va fer mitjançant aparells Holter durant 24h. Aquests senyals es van filtrar per tal d'eliminar artefactes i després es dividiren en segments de 15 minuts sobre cadascun dels quals s'aplicà la DFA (recordem que proporciona dos exponents: $\alpha 1$ és una mesura de la fractalitat a curt termini (<12 batecs) mentre $\alpha 2$ indica la fractalitat a més llarg termini). Quan aquests valors estan a prop d'1 s'interpreta que indiquen un funcionament resilient del SNA. Un excés d'influència parasimpàtica redueix l'exponent i significa que el SNA es comporta de forma més desordenada o aleatòria, mentre que un predomini simpàtic dóna valors superiors a 1 i s'interpreta com una certa rigidesa d'aquell funcionament. Per tant,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

les desviacions del valor de l'exponent α1 *en qualsevol sentit* signifiquen una certa degradació o pèrdua de complexitat del SNA.

A l'hora de fer les comparacions dels grups es van emprar els valors promig dels exponents a partir dels obtinguts en els 15 segments analitzats (uns 90 exponents). Tal com havien previst, el valor d' α1 fou superior en el grup FM (1.22, SD=0.10) que en el control (1.16, SD=0-09), però no trobaren diferències en α2. D'altra banda, els valors d' α21 en el grup FM correlacionaren positivament i de forma significativa amb les puntuacions de depressió.

La discussió d'aquests resultats porta els autors a suggerir que el SNA de les pacients amb FM sembla ser una mica més rígid (el valor d' α1 se separa més del valor 1) que en els controls.

Conclusió

Els dos estudis que he comentat aquí subratllen la necessitat d'incorporar conceptes i mètodes de la TSD a l'arsenal del que la Psicologia del Comportament disposa per a entendre millor la conducta humana i les seves alteracions. Una tècnica com la DFA ja ha estat incorporada en alguns programes d'anàlisi de l'HRV (com el Kubios 2.2.) de manera que la dificultat matemàtica dels càlculs no pot ser excusa per no fer-la servir. Òbviament, però, cal que primer veiem clara aquella necessitat, que es deriva del simple fet que tractem amb sistemes molt complexos, la comprensió dels quals no l'obtindrem amb eines reduccionistes.

Referències

- Bornas, X. (2009). Psicopatologia i caos. Madrid: Bubok. http://www.bubok.es/libros/16327/Psicopatologia-i-Caos

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Bornas, X., Llabrés, J., Noguera, M., López, A., Gelabert, J.M. i Vila, I. (2006). Fear induced complexity loss in the electrocardiogram of flight phobics: a multiscale entropy analysis. Biological Psychology, 73, 272–279.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. J. Health. Soc. Behav. 24, 386–396 (1983)
- Lerma, C., Martinez-Martinez, L.A., Ruiz, N., Vargas, A., Infante, O., & Martinez-Lavin, M. (2015). Fibromyalgia beyond reductionism. Heart rhythm fractal analysis to assess autonomic nervous system resilience. Scandinavian Journal of Rheumatology, 9742(February 2016), 1–7. http://doi.org/10.3109/03009742.2015.1055299
- Lorr, M. & McNair, D.M. (1984). Profile of Mood States, Bipolar Form. Educational and Industrial Testing Service (San Diego Calif 1984).
- Peng, C. K., Havlin, S., Stanley, H. E., & Goldberger, A. L. (1995). Quantification of scaling exponents and crossover phenomena in nonstationary heartbeat time series. Chaos, 5, 82–7. http://doi.org/10.1063/1.166141
- Voss, A., Schulz, S., Koschke, M., & Bar, K.J. (2008). Linear and nonlinear analysis of autonomic regulation in depressed patients. Conf. Proc. IEEE Eng. Med. Biol. Soc. 2653–2666.
- Young, H. & Benton, D. (2015). We should be using nonlinear indices when relating heart-rate dynamics to cognition and mood. Scientific Reports, 5: 16619. doi: 10.1038/srep16619.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

LA TERÀPIA D'ESQUEMES

Jordi Cid Colom
Xarxa de Salut Mental i Addiccions de les Comarques Gironines. Institut d'Assistència Sanitària. Parc Hospitalari Martí i Julià. Salt. Girona

La Teràpia d'Esquemes (TE) continua consolidant-se com una alternativa de tractament psicològic per als trastorns de la personalitat (TP). No obstant això, l'element més rellevant que estem observant és que els estudis d'eficàcia i efectivitat dels tractaments psicològics estan incorporant en la seva avaluació els diferents qüestionaris que la TE ha desenvolupat per avaluar els constructes que proposa en el seu model d'intervenció (esquemes, modes d'esquema i estils d'afrontament). Com més endavant detallarem, els estudis incorporen en els seus resultats un nivell de canvi que va més enllà dels símptomes, de les conductes problema, dels trets de personalitat, de les relacions interpersonals de la qualitat de vida, i que està relacionat amb la cognició en contextos interpersonals, aspectes claus en els tractaments efectius per als TP (Dixon-Gordon, Turner, & Chapman, 2011). Hem organitzat la revisió en aquells estudis de resultats de la TE, i a continuació comentarem de manera molt sintètica una selecció dels estudis on s'utilitzen els Qüestionaris d'Esquemes (QE) com a mesura de cognició per a caracteritzar la psicopatologia. Per finalitzar, aquells que exploren les característiques psicomètriques (fiabilitat i validesa). Com és habitual, els estudis no comentats els trobareu a la bibliografia, per si són del vostre interès.

Estudis de resultats de la Teràpia d'Esquemes

La Teràpia d'Esquemes (TE) en la seva conceptualització de modes d'esquemes (un conjunt específic d'esquemes i d'estratègies d'afrontament que s'activen al mateix temps) és una teràpia efectiva no sols en el TP Límit (Sempértegui, Karreman, Arntz, & Bekker, 2013), sinó

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

també per a 6 tipus de TP: paranoic, histriònic, narcissista, evitatiu, dependent i obssesiu-compulsiu (Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz (2014); vegi's CdScritc 2014). Recentment podem dir que disposem dels primers resultats que mostren dades favorables a que la TE és una teràpia cost-efectiva no sols en el TP límit (Bamelis, Arntz, Wetzelaer, Verdoorn, & Evers, 2013) sinó també per als diferents TP (Bamelis, Arntz, Wetzelaer, Verdoorn, & Evers, 2015). Aquest estudi mostra altes taxes de recuperació i costos baixos quan es compara amb les altres dues modalitats de teràpia (tractament habitual i la Psicoteràpia Orientada a la Clarificació de Sasche). Els costos des de la perspectiva de la societat a 36 mesos foren de 23.805 € per a la TE, 30.070 € per a la Psicoteràpia Orientada a la Clarificació, i 26.333 € per al tractament habitual. Per acabar, l'estudi de cost-utilitat, que ens indica una mesura de benestar, valor o preferència, mesurada amb anys de vida ajustats per qualitat (AVACS o QUALY's en anglès) corrobora que hi ha un 75 % de probabilitats que sigui cost-efectiva.

Més enllà d'aquest estudi no hem trobat estudis de resultats específics de l'aplicació de la TE als TP, i sí que hem trobat estudis on el nivell de canvi que avaluen són els esquemes. L'estudi d'efectivitat de la ciutat de Oulu (Leppänen, Hakko, Sintonen, & Lindeman, 2015), és un assaig clínic randomitzat on comparen un tractament estructurat que es basa en la combinació de la TE i la teràpia dialèctico-conductual per a pacients amb TP Límit realitzat per professionals experts d'un Centre de Salut Mental (CSM), amb el tractament habitual. En aquest estudi els pacients van ser randomitzats per criteris d'edat, sexe i severitat del TP Límit (BPDSI-IV). El pacients inclosos en cada tractament i que el van acabar van ser 24 pacients per al tractament expert i 47 en el tractament habitual. La durada del tractament va ser un any. El tractament d'experts va ser realitzats per terapeutes amb molta experiència, i on aplicaren un tractament estructurat que va consistir en una sessió de teràpia individual setmanal i un grup psicoeducatiu per a TLP. El tractament habitual és el dispensat en un CSM finès. El

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

tractament rebut en el grup experimental va ser de 79 sessions, en canvi en el grup control va ser de 19. Els canvis en símptomes van ser mesurats per l'Índex de TP Límit (BPDSI-IV) i la Qualitat de Vida (15-D HRQLQ). Els pacients en el tractament expert després d'un any van millorar en símptomes del TP Límit i en la qualitat de vida en comparació al tractament habitual. En un segon estudi (Leppanen, Karki, Saariaho, Lindeman, & Hakko, 2015), presenten els canvis que obtenen a nivell d'esquemes en finalitzar la intervenció en les dues modalitats de tractament. Els resultats mostren un nivell de canvi dels esquemes a l'any favorable al tractament comunitari per experts, amb una disminució en 8 dels 18 esquemes: *Abandonament, Desconfiança, Aïllament Social, Dependència, Vulnerabilitat al Perill, Grandiositat, Insuficient Autocontrol i Buscar l'Aprovació*. En canvi, el grup que va rebre el tractament habitual no va mostrar cap disminució significativa en els esquemes. D'aquests estudis hem de destacar tres aspectes; el primer és que l'aplicació d'un tractament per als TP realitzat per professionals experts d'un CSM, que combina dos tractaments empíricament testejats obté bons resultats, que consisteixen en la disminució dels símptomes dels trets de TP, i un increment de la qualitat de vida dels pacients que reberen el tractament estructurat. Aquests resultats van en la línia dels que trobem en la literatura del TP Límit (Dixon-Gordon et al., 2011). En segon lloc, els resultats ens mostren que acompanyant a la reducció dels símptomes de TP hi ha una reducció post-tractament de la puntuació de vuit esquemes. Aquí la pregunta que ens hem de fer és quin significat té la modificació d'una mesura d'autoconcepte que funciona com a tret de personalitat. És difícil de concretar, no podem establir una relació de causa efecte, en el sentit que la modificació dels símptomes i de la qualitat de vida es donen perquè disminueixen els esquemes, ni tampoc en el sentit contrari. Semblaria que les millores observades en símptomes s'acompanyarien d'una modificació dels patrons persistents desadaptatius amb els que observen el món i analitzen les relacions interpersonals.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

En un altre estudi en la mateixa línia, Wilhelm, Berman, Aparna, Keshaviah, Schwartz i Steketee (2015) intenten definir el mecanisme de canvi a les 24 setmanes en un tractament cognitivoconductual pel trastorn obsessiu-compulsiu, explorant com els esquemes influencien en la resposta al tractament. Els resultats mostren que una reducció al llarg del tractament en les creences de perfeccionisme (avaluat amb Obsessive Belief Questionnaire) i l'esquema de *Dependència* (avaluat per la versió curta del QEY-VR) s'associava a una milloria més gran en els símptomes obsessius. La proporció de canvi que prediuen ambdues escales de la puntuació total de l'Escala d'Obssesions i Compulsions Yale Brown són d'un 16 %.

En un altre estudi secundari dels estudis de resultats de la TE, Arntz, Stupar-Rutenfrans, Bloo, van Dyck i Spinhoven (2015) busquen quins són els predictors d'abandonament i de recuperació per al TP Límit i ho fan analitzant les dades de l'estudi randomizat de la TE vs Teràpia de la Transferència (Giesen-Bloo, Van Dyck, Spinhoven, Van Tilburg, Dirksen, Van Asselt, ... & Arntz, 2006). Els autors troben l'hostilitat i l'abús físic a la infància pre-tractament com a predictors a l'hora d'interrompre el tractament en les dues modalitats de teràpia psicològica. En canvi, troben que la càrrega subjectiva de dissociació pre-tractament com a predictor de fracàs en la recuperació, com més alta era la dissociació en les persones amb un TP Límit, menys milloraven. D'altra banda, observen a través de l'anàlisi de les gravacions de veu de les sessions, que el grau de dissociació que es mostra durant les sessions interfereix en el grau de recuperació i en l'efectivitat del tractament, en ambdues modalitats de teràpia psicològica.

Un altre estudi curiós és el de Priemer, Talbot i French (2015) en què fan un assaig clínic per testejar l'eficàcia del manual d'autoajuda de la teràpia d'esquemes en persones que presenten

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

malestar o distrès psicològic, en un protocol de sis setmanes amb mínim contacte, via correu electrònic. És un estudi interessant, per diferents motius. Recluten els participants per mitjans no convencionals: correu electrònic, anuncis als diaris. La via de comunicació és via correu electrònic, fan la selecció dels participants mitjançant l'avaluació del distrès i de la depressió, la randomització a tractament, l'enviament del material d'autoajuda i l'avaluació. El tractament en el grup d'autoajuda va consistir en seguir les pautes del *Reinventa tu vida* (Young i Klosko, 2001), llibre d'autoajuda de la TE. Finalment participen 64 persones, 32 persones en cada grup, autoajuda i en llista d'espera. Les mesures de canvi van ser un qüestionari de distrès i el qüestionari d'esquemes. Els resultats van mostrar que els participants que seguien el llibre d'autoajuda van disminuir el nivell de malestar psicològic o distrès a les 6 setmanes quan es compararen amb el grup que estava en llista d'espera. En canvi aquesta diferència no es va observar a nivell dels esquemes. Per acabar, ressenyar dos estudis, el primer d'en Brazão, da Motta, Salvador, Pinto-Gouveiai i Ramos (2015) sobre el paper dels esquemes en el canvi en un grup d'intervenció en TP a les presons, i un segon estudi sobre el desenvolupament de formats curts de grup per a TP (Skewes, Samson, Simpson, & van Vreeswijk, 2015).

Estudis del Model de la TE en la psicopatologia

Tal com hem explicat hem fet una selecció dels estudis més interessants, un d'ells és el d'en Bach, Lee, Mortensen i Simonsen (2015) que busquen conèixer quina és la relació dels esquemes amb l'inventari de trets de personalitat del DSM-5. Els autors administren el QEY-V3 de 90 ítems i que avalua 18 esquemes, el qüestionari de modes d'esquemes, i el Qüestionari de trets del DSM-5 (PIB) a una mostra mixta de població clínica i no clínica de 662 persones, realitzant una anàlisis de la interacció entre els trets desadapatius i els esquemes. Els resultats emfatitzen que els trets de personalitat del DSM-5 expliquen gairebé

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

un 90 % de la variància dels esquemes i dels modes d'esquemes, suggerint aquests resultats un solapament entre els constructes o trets dels dos sistemes. A nivell de la relació dels trets desadaptatius i esquemes (s'ometen modes d'esquema), **l'Afectivitat Negativa** està relacionada amb els esquemes d'Abandonament, Pessimisme, Inhibició emocional (negatiu), Vulnerabilitat al Perill i Grandiositat. Pel que fa a **l'Antagonisme**, està relacionat amb la Grandiositat, Desconfiança, Recerca d'Aprovació, Aïllament Social (negatiu) i Subjugació. En canvi, el tret de **Desvinculació** (desapego) es relaciona amb Inhibició emocional, Pessimisme, Aïllament Social, Recerca d'Aprovació (negatiu) i Abandonament (negatiu). D'altra banda, el tret de **Desinhibició** s'associa amb Insuficient Autocontrol, Imperfecció, Desconfiança, Pessimisme (negatiu), i Fites Inexorables (negatiu). Per últim, el **Psicoticisme** es relaciona amb Imperfecció (negatiu), Grandiositat i Vulnerabilitat al Perill. Els autors conclouen que aquestes troballes permeten utilitzar conjuntament el model de trets de personalitat dimensional del DSM-5 i el model d'esquemes, el qual pot suposar si aquests resultats es confirmen en altres estudis i països un canvi a l'hora de planificar els tractaments dels TP.

En les addiccions, Shorey, Elmquist, Anderson i Stuart (2015), en una mostra d'addictes en tractament residencial, i un cop administrat el CEY-L3, observen que el domini d'esquemes de Deteriorament en els Límits (Insuficient Autocontrol i Grandiositat) està positivament associat amb agressió verbal, i a una actitud agressiva en general. En canvi, els esquemes del domini de Desconnexió i Refús (Abandonament, Privació Emocional, Desconfiança, Imperfecció i Aïllament social) es va associar positivament amb l'agressió física. En un segon estudi, Shorey, Stuart i Anderson (2015) busquen l'associació entre els esquemes i el tret de mindfulness (una manera d'estar que implica estar obert a l'experiència de les emocions, pensaments, a les sensacions del moment), que s'ha relacionat amb puntuacions baixes amb

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

les conductes addictives. Els resultats mostren un associació negativa entre 16 esquemes i el tret mindfulness.

En els trastorns de l'estat d'ànim, recomanem la revisió que fa en Dozois i Rnic (2015) de la teoria de diàtesis-estrès des de la perspectiva dels esquemes, intentant contestar si tenim evidència disponible de si els esquemes avaluats via qüestionaris d'esquemes es poden entendre com un factor de vulnerabilitat a la depressió, o un factor de risc a desenvolupar un trastorn depressiu.

Estudis psicomètrics del Qüestionari d'Esquemes

Destacar les validacions psicomètriques del QE-V3, versió tercera, de 90 ítems i que avalua 18 esquemes, en les respectives llengües de Dinamarca (Bach, Simonsen, Christoffersen, & Kriston, 2015), a Alemanya (Kriston, Schäfer, Jacob, Härter, & Hölzel, 2015), Corea (Lee, Choi, Rim, Won, & Lee, 2015), i França (Lavergne, Marie, & Mehran, 2015).

Referències

- Ahmadian, A., Mirzaee, J., Omidbeygi, M., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2015). Differences in maladaptive schemas between patients suffering from chronic and acute posttraumatic stress disorder and healthy controls. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11, 1677–1684. http://doi.org/10.2147/NDT.S85959
- Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from Borderline Personality Disorder: Results from an RCT comparing Schema Therapy and Transference Focused Psychotherapy. Behaviour Research and Therapy, 74, 60–71.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

http://doi.org/10.1016/j.brat.2015.09.002

- Bach, B., Simonsen, E., Christoffersen, P., & Kriston, L. (2015). The Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3): Psychometric Properties and Association With Personality Disorders in a Danish Mixed Sample. European Journal of Psychological Assessment, No Pagination Specified. http://doi.org/10.1027/1015-5759/a000272
- Bamelis, L.L., Arntz, A., Wetzelaer, P., Verdoorn, R., & Evers, S.M. (2015). Economic Evaluation of Schema Therapy and Clarification-Oriented Psychotherapy for Personality Disorders: A Multicenter, Randomized Controlled Trial. The Journal of Clinical Psychiatry, 76(11), 1–478. http://doi.org/dx.doi.org/10.4088/JCP.14m09412
- Bamelis, L.L., Arntz, A., Wetzelaer, P., Verdoorn, R., & Evers, S.M.A.A. (2013). Economic Evaluation of Schema Therapy for Personality Disorders. Journal of Mental Health Policy and Economics, 16, S2–S2.
- Brazão, N., da Motta, C.D., Rijo, D., Salvador, M.D.C., Pinto-Gouveia, J., & Ramos, J. (2015). Clinical Change in Cognitive Distortions and Core Schemas After a Cognitive–Behavioral Group Intervention: Preliminary Findings from a Randomized Trial with Male Prison Inmates. Cognitive Therapy and Research, 578–589. http://doi.org/10.1007/s10608-015-9693-5
- Calvete, E., Orue, I., & Gámez-Guadix, M. (2015). Cyberbullying Victimization and Depression in Adolescents: The Mediating Role of Body Image and Cognitive Schemas in a One-year Prospective Study. European Journal on Criminal Policy and Research, (October). http://doi.org/10.1007/s10610-015-9292-8
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B.L. (2015). A Longitudinal Test of the Vulnerability-Stress Model with Early Maladaptive Schemas for Depressive and Social Anxiety Symptoms in Adolescents. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

37(1), 85–99. http://doi.org/10.1007/s10862-014-9438-x

- Calvete, E., Orue, I., & Gámez-Guadix, M. (2015). Reciprocal longitudinal associations between substance use and child-to-parent violence in adolescents. Journal of Adolescence, 44(AUGUST), 124–133. http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.07.015
- Cristea, I.A., Huibers, M.J.H., David, D., Hollon, S.D., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2015). The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 42, 62–71. http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.003
- Damiano, S.R., Reece, J., Reid, S., Atkins, L., & Patton, G. (2015). Eating Behaviors Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. Eating Behaviors, 16, 64–71. http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.016
- Dieckmann, E., & Behary, W. (2015). [Schema Therapy: An Approach for Treating Narcissistic Personality Disorder]. Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie, 83(8), 463–478. http://doi.org/10.1055/s-0035-1553484
- Dixon-Gordon, K.L., Turner, B.J., & Chapman, A.L. (2011). Psychotherapy for personality disorders. International Review of Psychiatry, 23(3), 282–302. http://doi.org/10.3109/09540261.2011.586992
- Esmali Kooraneh, A., & Amirsardari, L. (2015). Predicting Early Maladaptive Schemas Using Baumrind's Parenting Styles. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 9(2), e952. http://doi.org/10.17795/ijpbs952
- González-Díez, Z., Calvete, E., Riskind, J.H., & Orue, I. (2015). Test of an hypothesized structural model of the relationships between cognitive style and social

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

anxiety: a 12-month prospective study. Journal of Anxiety Disorders, 30, 59–65. http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.014

- Grebot, E., Dardard, J., & Briet, G. (2015). Schémas précoces inadaptés, croyances addictives et styles défensifs chez des étudiants consommateurs de cannabis. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique. http://doi.org/10.1016/j.amp.2014.03.013
- Hosseinifard, S.M., & Kaviani, N. (2015). Comparing the Early Maladaptive Schemas, Attachment and Coping Styles in Opium and Stimulant Drugs Dependent Men in Kerman, Iran. Addiction & Health, 7(1-2), 30–36. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26322208
- Jacob, G., & Fassbinder, E. (2015). Group schema therapy. Psychotherapeut, 60(4), 290–294. http://doi.org/10.1007/s00278-015-0035-6
- Klibert, J.J., Lamis, D.A., Naufel, K., Yancey, C.T., & Lohr, S. (2015). Associations Between Perfectionism and Generalized Anxiety: Examining Cognitive Schemas and Gender. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 160–178. http://doi.org/10.1007/s10942-015-0208-9
- Koerner, N., Tallon, K., & Kusec, A. (2015). Maladaptive Core Beliefs and their Relation to Generalized Anxiety Disorder. Cognitive Behaviour Therapy, 1–15. http://doi.org/10.1080/16506073.2015.1042989
- Láng, A. (2015). Machiavellianism and early maladaptive schemas in adolescents. Personality and Individual Differences, 87, 162–165. http://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.039
- Lavergne, F., Marie, N., & Mehran, F. (2015). [The 5 mental dimensions identified in early maladaptive schemas statistical analysis of Young's schema questionnaire (YSQ-s3)]. L'Encéphale, 41(4), 314–322. http://doi.org/10.1016/j.encep.2014.08.005

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Lee, S.J., Choi, Y.H., Rim, H.D., Won, S.H., & Lee, D.W. (2015). Reliability and Validity of the Korean Young Schema Questionnaire-Short Form-3 in Medical Students. Psychiatry Investigation, 12(3), 295–304. http://doi.org/10.4306/pi.2015.12.3.295
- Leppänen, V., Hakko, H., Sintonen, H., & Lindeman, S. (2015). Comparing Effectiveness of Treatments for Borderline Personality Disorder in Communal Mental Health Care: The Oulu BPD Study. Community Mental Health Journal. http://doi.org/10.1007/s10597-015-9866-4
- Leppanen, V., Karki, A., Saariaho, T., Lindeman, S., & Hakko, H. (2015). Changes in schemas of patients with severe borderline personality disorder: The Oulu BPD study. Scandinavian Journal of Psychology, 56(1), 78–85. http://doi.org/10.1111/sjop.12172
- Leppänen, V., Vuorenmaa, E., Lindeman, S., Tuulari, J., & Hakko, H. (2015). Association of parasuicidal behaviour to early maladaptive schemas and schema modes in patients with BPD: The Oulu BPD study. Personality and Mental Health. http://doi.org/10.1002/pmh.1304
- Máté, O., Somogyi, K., & Miklósi, M. (2015). [Cognitive conceptualization of adult attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review]. Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság Tudományos Folyóirata, 30(1), 68–77. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25867890
- Mateos-Pérez, E., Calvete, E., & Hankin, B. L. (2015). Negative inferences as mediators of the predictive association between early maladaptive schemas and depressive symptoms in adolescents. Journal of Social and Clinical Psychology, 34(3), 259–276. Retrieved from http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84925363883&partnerID=40&md5=3f5866d113b2cd7ea6059075ad31d4ef

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Nilsson, K.K., Nielsen Straarup, K., & Halvorsen, M. (2015). Early Maladaptive Schemas: A Comparison Between Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder. Clinical Psychology & Psychotherapy, 22(5), 387–391. http://doi.org/10.1002/cpp.1896
- Noone, D., Ames, C., Hassanali, N., Browning, S., Bracegirdle, K., & Corrigall, R. (2015). Original article A preliminary investigation of schematic beliefs and unusual experiences in children. European Psychiatry, 8–14. http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.12.006
- Panagioti, M., Gooding, P.A., Pratt, D., & Tarrier, N. (2015). An empirical investigation of suicide schemas in individuals with Posttraumatic Stress Disorder. Psychiatry Research, ePub(ePub), ePub–ePub. http://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.019
- Priemer, M., Talbot, F., & French, D.J. (2015). Impact of self-help schema therapy on psychological distress and early maladaptive schemas: A randomised controlled trial. Behaviour Change, 32(1), 59–73. Retrieved from http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L602940902\nhttp://dx.doi.org/10.1017/bec.2014.30\nhttp://elvis.ubvu.vu.nl:9003/vulink?sid=EMBASE&issn=20497768&id=doi:10.1017/bec.2014.30&atitle=Impact+of+self-help+schema+therapy
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. Clinical Psychology Review, 39, 30–41. http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003
- Roediger, E., & Zarbock, G. (2015). [Schema therapy for personality disorders. A critical review]. Der Nervenarzt, 86(1), 60–71. http://doi.org/10.1007/s00115-014-4008-8

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Saariaho, A.S., Saariaho, T.H., Mattila, A.K., Karukivi, M., & Joukamaa, M.I. (2015). Alexithymia and Early Maladaptive Schemas in chronic pain patients. Scandinavian Journal of Psychology. http://doi.org/10.1111/sjop.12226
- Sajadi, S.F., Arshadi, N., Zargar, Y., Mehrabizade Honarmand, M., & Hajjari, Z. (2015). Borderline Personality Features in Students: the Predicting Role of Schema, Emotion Regulation, Dissociative Experience and Suicidal Ideation. International Journal of High Risk Behaviors & Addiction, 4(2), e20021. http://doi.org/10.5812/ijhrba.20021v2
- Salehi, H., Salehi, Z., & Ranjkesh, M. (2015). Designed to evaluate early maladaptive schemas in normal soldiers and addicted soldiers. International Journal of Educational and Psychological Researches, 1(3), 193. http://doi.org/10.4103/2395-2296.158325
- Sarıtaş Atalar, D., & Gençöz, T. (2015). [The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between maternal rejection and psychological problems]. Türk Psikiyatri Dergisi = Turkish Journal of Psychiatry, 26(1), 40–47. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25742036
- Shorey, R.C., Elmquist, J., Anderson, S., & Stuart, G.L. (2015). The Relationship Between Early Maladaptive Schemas, Depression, and Generalized Anxiety among Adults Seeking Residential Treatment for Substance Use Disorders. Journal of Psychoactive Drugs, 47(3), 230–238. http://doi.org/10.1080/02791072.2015.1050133
- Shorey, R.C., Elmquist, J., Anderson, S., & Stuart, G.L. (2015). Early maladaptive schemas and aggression in men seeking residential substance use treatment. Personality and Individual Differences, 83, 6–12. http://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.040
- Shorey, R.C., Brasfield, H., Anderson, S., & Stuart, G.L. (2015). The Relation between Trait Mindfulness and Early Maladaptive Schemas in Men Seeking

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Substance Use Treatment. Mindfulness, 6(2), 348–355. http://doi.org/10.1007/s12671-013-0268-9

- Shorey, R.C., Anderson, S., & Stuart, G.L. (2015). The Relation Between Trait Mindfulness and Aggression in Men Seeking Residential Substance Use Treatment. Journal of Interpersonal Violence, 30(10), 1633–1650. http://doi.org/10.1177/0886260514548586
- Simpson, S.G., Skewes, S.A., van Vreeswijk, M., & Samson, R. (2015). Commentary: Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: an introduction to the treatment protocol. Frontiers in Psychology, 6, 609. http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00609
- Skewes, S.A., Samson, R.A., Simpson, S.G., & van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. Frontiers in Psychology, 5. http://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01592
- Stowkowy, J., Liu, L., Cadenhead, K.S., Cannon, T.D., Cornblatt, B.A., McGlashan, T.H., … Addington, J. (2015). Core Schemas in Youth at Clinical High Risk for Psychosis. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 1–11. http://doi.org/10.1017/S1352465815000144
- Unoka Szabolcs, Z., Fogd, D., Seres, I., Kéri, S., & Csukly, G. (2015). Early Maladaptive Schema-Related Impairment and Co-occurring Current Major Depressive Episode-Related Enhancement of Mental State Decoding Ability in Borderline Personality Disorder. Journal of Personality Disorders, 29(2), 145–162. http://doi.org/10.1521/pedi
- Vanderstukken, O., Benbouriche, M., Pham, T.H., & Lefebvre, L. (2015). Les distorsions cognitives des auteurs d'agression sexuelle d'enfant: définitions, fonctions,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

et enjeux théoriques. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. http://doi.org/10.1016/j.jtcc.2014.11.001

- Weißgerber, S., Roepke, S., Vater, A., Schr, M., & Schütz, A. (2015). Self-concept structure and borderline personality disorder : Evidence for negative compartmentalization. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 46, 50–58. http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.08.003
- Wesley, M.S., & Manjula, M. (2015). Early Maladaptive Schemas and Early Trauma Experiences in Depressed and Non Depressed Individuals : An Indian Study. Journal of Psychosocial Research, 10(1), 125–137.
- Young, J.E., & Klosko, J.S. (2001). Reinventa tu vida: cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo. Paidós.
- Zhu, H., Luo, X., Cai, T., He, J., Lu, Y., & Wu, S. (2015). Life Event Stress and Binge Eating Among Adolescents: The Roles of Early Maladaptive Schemas and Impulsivity. Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress. http://doi.org/10.1002/smi.2634
- Zirakbash, A., Naderi, F., & Enayati, M.S. (2015). One of early maladaptive schemas' causal relationship through metacognitive beliefs with borderline and antisocial personality patterns. Journal of Education and Health Promotion, 4, 62. http://doi.org/10.4103/2277-9531.162382

Comentats CdScritc 2014 (publicació online)

- Kim, J.E., Lee S.W., & Lee, S.J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions inpatients with obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research, 215, 134–140.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

MINDFULNESS

Joaquim Soler, Matilde Elices i Cristina Carmona
Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. CIBERSAM.

Durant les últimes tres dècades hi ha hagut un interès creixent cap a l'estudi del *mindfulness* reflectint-se amb les més de 4.000 publicacions sobre aquest tema. Les investigacions en el camp del *mindfulness* provenen d'àrees diverses com són la psicoteràpia, la neuropsicologia, la psicologia de la salut i les neurociències.

El "*mindfulness*" ha estat definit com "prestar atenció d'una manera particular: intencionadament, en el moment present i sense jutjar" (Kabat-Zinn, 1990). Actualment el terme *mindfulness* s'utilitza per a fer referència a un conjunt de pràctiques, però també per a referir-se a un tret disposicional que tots els individus tenim en major o menor mesura (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006).

A continuació farem un breu resum dels principals estudis controlats que han estat publicats aquest últim any sobre els efectes del *mindfulness* en diferents trastorns mentals i mèdics.

Un dels estudis més destacats d'aquest 2015 ha estat el publicat per Kuyken (Kuyken et al., 2015) a la revista *Lancet*. En aquest es compara l'efectivitat i el cost de la teràpia cognitiva basada en *mindfulness* (MBCT) amb el manteniment farmacològic per a prevenir recaigudes en la depressió. A l'estudi van participar-hi més de 400 individus que havien tingut almenys 3 episodis depressius en el passat. Els individus es van assignar a MBCT + antidepressius de manteniment o només antidepressius. Els participants van estar seguits durant 24 mesos. Al

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

final d'aquests no es van trobar diferències significatives entre ambdós grups, concloent per tant que MBCT + antidepressius no és superior que l'ús únic d'antidepressius.

En la mateixa línia, l'eficàcia del MBCT va ser comparada amb l'eficàcia del tractament amb sertralina per a pacients en fase depressiva aguda (Eisendrath et al., 2015). Al final de l'estudi no es van trobar diferències significatives entre ambdós grups en relació als símptomes de depressió (mesurats a través de l'escala de Hamilton) però sí que es van trobar diferències significatives entre grups en símptomes depressius autoinformats, essent el grup de MBCT el que va experimentar més millora.

L'efectivitat de la MBCT per a prevenir recaigudes en depressió també ha estat investigada en un estudi de Shallcross et al. (2015), en el que s'utilitza una intervenció control activa com a grup comparatiu, fet que permet controlar l'efecte de factors no específics com la interacció amb el facilitador, el recolzament grupal o les expectatives de tractament. Es va realitzar un seguiment durant 60 setmanes, al final de les quals no va haver-hi diferències entre el grup de MBCT i el grup control. De totes maneres cal dir que ambdós grups van experimentar una reducció significativa dels símptomes depressius i un augment en la satisfacció amb la vida.

Un altre estudi congruent amb els anteriors és el publicat per Michalak i col·laboradors (Michalak, Schultze, Heidenreich, & Schramm, 2015) en el qual s'avalua l'eficàcia del MBCT en pacients amb depressió crònica. Segons aquest estudi, MBCT no va ser superior a una intervenció activa específicament dissenyada per al tractament de quadres afectius crònics (*Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*).

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

En conjunt, aquests estudis destaquen la importància de comparar intervencions actives i assenyalen que la teràpia cognitiva basada en *mindfulness* no sembla ser superior a altres intervencions psicoterapèutiques i farmacològiques.

En aquest últim any també s'han publicat alguns treballs interessants en relació a l'aplicació d'intervencions basades en *mindfulness* en poblacions amb traumes i/o estrès posttraumàtic. En un assaig controlat i aleatoritzat, Polusny i col·laboradors (Polusny et al., 2015) avaluen l'eficàcia del programa de reducció de l'estrès basat en *mindfulness* (MBSR) en una mostra de 116 veterans de guerra que complien criteris pel diagnòstic de TEPT. MBSR es va comparar amb una intervenció control i les avaluacions es van fer abans, durant i després del tractament amb un seguiment de 2 mesos. Els participants del grup MBSR van mostrar una major disminució dels símptomes de TEPT mesurats amb un autoinforme. Tanmateix als 2 mesos de seguiment no es van observar diferències entre grups en relació al diagnòstic de TEPT. Aquests resultats suggereixen que MBSR pot ser una intervenció eficaç per veterans de guerra amb TEPT, ja que s'ha observat una reducció en els símptomes, tot i que l'efecte moderat de la mateixa suggereix la necessitat de continuar investigant. En una revisió sobre el tema, Banks i col·laboradors (Banks et al., 2015) conclouen que el rigor metodològic dels estudis és baix i que cal anar en compte a l'hora d'extreure conclusions fermes. Tot i així, els estudis analitzats en aquesta revisió semblen indicar que les intervencions basades en *mindfulness* són eficaces per a disminuir els símptomes del TEPT, especialment els símptomes d'evitació.

En un altre estudi interessant de Sundquist i col·laboradors (Sundquist et al., 2015) es compara la intervenció en MBCT amb teràpia cognitivoconductual per a pacients amb depressió, ansietat, estrès i altres trastorns adaptatius. A l'estudi hi van participar un total de 215 subjectes amb símptomes de depressió moderats. Els resultats indiquen una disminució

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

significativa dels símptomes en ambdós grups, sense trobar diferències entre aquests i concloent que MBCT no és inferior al tractament habitual.

En una altra direcció, el programa MBCT també ha estat estudiat com a tractament per a malalties mèdiques, com per exemple malalties inflamatòries intestinals. Schoultz presenta un assaig controlat on hi van participar 44 pacients reclutats en un servei de medicina gastrointestinal, la meitat (n=22) va participar en un grup de MBCT i l'altra meitat va estar assignada a llista d'espera (Schoultz, Atherton, & Watson, 2015). Els pacients que van rebre el programa MBCT van mostrar més millores en símptomes de depressió, ansietat i *mindfulness* disposicional, suggerint que la intervenció podria ser eficaç en aquesta població. En un altre estudi realitzat per la Cour i Petersen (2015) es van avaluar els efectes d'un programa de MBSR sobre la qualitat de vida de pacients amb dolor crònic. Igual que a l'estudi anterior, el programa de *mindfulness* també va ser més eficaç que el grup control en reduir símptomes de depressió i ansietat. A més es va observar una millora en la qualitat de vida així com en l'acceptació del dolor.

Per últim, volem destacar també un parell d'estudis interessats focalitzats en l'ús de *mindfulness* en nens. En un d'aquests (Schonert-Reichlet al., 2015), 99 nens d'educació primària van ser aleatoritzats a dues intervencions, una d'elles basada en *mindfulness* i l'altra no. Els nens que van participar en el primer programa van millorar en diversos aspectes relacionats amb el funcionament interpersonal (ex: augment d'empatia, van ser percebuts com a més sociables) i amb la regulació emocional. En el segon estudi, dut a terme en una població infantil de nens en etapa preescolar es van reportar resultats semblants (Flook, Goldberg, Pinger, & Davidson, 2015), mostrant un augment de la competència social, de la flexibilitat cognitiva i de la capacitat per a tolerar recompenses demorades. En conjunt,

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

aquests estudis demostren resultats interessants i destaquen el potencial benefici del *mindfulness* en nens.

Referències

- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment, 13(1), 27-45.
- Eisendrath, S.J., Gillung, E., Delucchi, K., Mathalon, D.H., Yang, T.T., Satre, D.D., ... & Wolkowitz, O.M. (2015). A Preliminary Study: Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy versus Sertraline as First-line Treatments for Major Depressive Disorder. Mindfulness, 6(3), 475-482.
- Flook, L., Goldberg, S.B., Pinger, L., & Davidson, R.J. (2015). Promoting prosocial behavior and self-regulatory skills in preschool children through a mindfulness-based kindness curriculum. Developmental psychology, 51(1), 44.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center.
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... & Causley, A. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. The Lancet, 386(9988), 63-73.
- Michalak, J., Schultze, M., Heidenreich, T., & Schramm, E. (2015). A randomized controlled trial on the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and a group version of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed patients. Journal of consulting and clinical psychology, 83(5), 951.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- la Cour, P., & Petersen, M. (2015). Effects of mindfulness meditation on chronic pain: a randomized controlled trial. Pain Medicine, 16(4), 641-652.
- Polusny, M.A., Erbes, C.R., Thuras, P., Moran, A., Lamberty, G.J., Collins, R.C., ... & Lim, K.O. (2015). Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress disorder among veterans: a randomized clinical trial.JAMA, 314(5), 456-465.
- Schonert-Reichl, K.A., Oberle, E., Lawlor, M.S., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T.F., & Diamond, A. (2015). Enhancing cognitive and social–emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: A randomized controlled trial. Developmental psychology, 51(1), 52.
- Schoultz, M., Atherton, I., & Watson, A. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for inflammatory bowel disease patients: findings from an exploratory pilot randomised controlled trial. Trials, 16(1), 379.
- Shallcross, A.J., Gross, J.J., Visvanathan, P.D., Kumar, N., Palfrey, A., Ford, B.Q., ... & Cox, E. (2015). Relapse prevention in major depressive disorder: Mindfulness-based cognitive therapy versus an active control condition. Journal of consulting and clinical psychology, 83(5), 964.
- Sundquist, J., Lilja, Å., Palmér, K., Memon, A.A., Wang, X., Johansson, L.M., & Sundquist, K. (2015). Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry, 206(2), 128-135.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

TERÀPIA DIALÈCTICA CONDUCTUAL

Cristina Carmona, Matilde Elices, Joaquim Soler
Departament de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Seguint amb la trajectòria dels darrers anys, durant l'any 2015 han augmentat les publicacions relatives a la Teràpia Dialèctica Conductual (TDC, Linehan 1993). A continuació farem un breu resum de les publicacions més destacades.

Ampliacions i adaptacions de la TDC a noves poblacions

Començarem esmentant els estudis que apliquen la TDC a noves poblacions, ja sigui poblacions amb característiques sociodemogràfiques a les quals no s'havia aplicat anteriorment (els dos primers estudis) o a noves poblacions clíniques (els dos següents).

Primer de tot parlarem de l'estudi de Beckstead, Lambert, DuBose i Linehan (2015), el qual amb l'objectiu d'arribar a una població d'adolescents indis (indis americans o natius d'Alaska) fa una fusió de la TDC juntament amb practiques culturals, tradicionals i espirituals especifiques d'aquestes comunitats.

Com sabem un dels elements principals de la TDC és el *mindfulness*, i sabem també que moltes pràctiques espirituals tradicionals tenen com a base algun component de *mindfulness*. *É*s per això que aquests autors utilitzen el *mindfulness* com a vehicle per a utilitzar un tractament basat en l'evidència a poblacions que poc sovint se'n beneficien. En aquest estudi hi participen 229 adolescents provinents de 39 tribus de diferents estats. D'aquests, es van agafar els 102 que complien criteris de dependència de substàncies (55% cànnabis o alcohol, 9% amfetamines, 5% opiacis, 5% cocaïna, 3% inhalants i 1% al·lucinògens). El tractament va

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

incloure tots els aspectes de TDC juntament amb pràctiques tradicionals com el *Sweat Lodge, Smudging Ceremonies i Talking Circles*; i va ser impartit per consellers espirituals locals que van rebre formació en TDC. Per mesurar el canvi van utilitzar el YOQ-SR (*Youth Outcome Questionnaire –Self Report*), un indicador total de malestar que avalua problemes internalitzants (com depressió i ansietat) i externalitzants (com abús de substàncies i problemes conductuals) Dels que van participar al tractament, 90 van obtenir un canvi significatiu, 2 van millorar, 10 no van obtenir cap canvi i cap es va deteriorar. Així doncs, els resultats mostren que utilitzant criteris de significació clínica el 96% d'adolescents van "recuperar-se" o "millorar".

Un altre estudi de la TDC dirigit a poblacions minoritàries és el de McCay (McCay et al., 2015) en joves sense sostre. McCay pretén examinar si la TDC és eficaç per a promoure el benestar per una banda i per a disminuir les conductes destructives per altra en una mostra de joves sense sostre. Per a fer-ho dissenya un estudi quasiexperimental en el que agafa 155 joves sense sostre i/o que passen gran part de les seves vides al carrer; d'aquests, 60 participen en un programa d'entrenament en habilitats TDC durant 12 setmanes i 29 es posen a llista d'espera. Els resultats obtinguts mostren que a diferència del grup de llista d'espera, el grup que rep l'entrenament en habilitats obté millores significatives en diferents variables, tant clíniques (depressió, desesperança, simptomatologia general) com en variables de salut psicològica (autoestima, connectivitat social i resiliència). A més, tots els guanys van mantenir-se a les 10 setmanes després de la intervenció.

Seguint amb els beneficis de la TDC per a població juvenil, trobem l'estudi de Goldstein (Goldstein et al., 2015) amb adolescents amb trastorn bipolar (TB). Tenint en compte que la majoria d'intervencions destinades al suïcidi exclouen pacients amb TB, Goldstein tapa

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

aquest buit i elabora una intervenció pilot per a adolescents amb TB i risc de suïcidi. La mostra de l'estudi és de 20 adolescents amb diagnòstic primari de TB. Cada individu és aleatoritzat (proporció 2:1) a TDC o Tractament Habitual (TH) consistent en psicoeducació i tècniques cognitivoconductuals. El grup de TDC realitza 36 sessions de TDC en format complet (alternant sessions individuals amb sessions familiars) durant un any, i els individus del grup TH reben sessions de psicoeducació juntament amb tècniques cognitivoconductuals. Al final del tractament la retenció del grup TDC va ser significativament més alta que en el grup TH, i TDC comparat amb TH es va associar a menys símptomes depressius al llarg del temps i en una millora en la ideació suïcida tres cops més que el TH. Tot i que la diferència no va ser significativa també es va observar que els símptomes maniformes o de desregulació emocional van millorar més en el grup TDC que en el grup TH.

Un altre trastorn al qual recentment s'ha aplicat la TDC és el Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat (TDAH). Fleming i el seu equip (Fleming, McMahon, Moran, Peterson, & Dreessen, 2015) fan un estudi pilot en el qual aleatoritzen 33 estudiants universitaris amb diagnòstic de TDAH en un grup d'entrenament en habilitats de la TDC (TDC-H) o a un grup control. Els participants del grup control van rebre 34 pàgines d'un manual d'autoajuda pera a adults amb TDAH. Al final de la intervenció el grup TDC-H va obtenir millores significatives en alguns símptomes de TDAH, en funcionament executiu i en la qualitat de vida general. Al cap de tres mesos totes les mesures menys les de qualitat de vida seguien essent significativament superiors. Tot i així es va observar també que al seguiment, comparat amb el grup control, el grup TDC-H no va millorar significativament en ansietat ni simptomatologia depressiva.

Combinacions de la TDC amb altres teràpies basades en l'evidència

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Johnston i el seu equip (Johnston, O'Gara, Koman, Baker, & Anderson, 2015) fan un estudi pilot per al tractament de TCA a nivell ambulatori. El mètode que ofereixen s'anomena IOP (*Intensive Outpatient Program*) i és un programa que combina el *Maudsley-based family therapy,* (un tractament basat en la família que ha mostrat eficàcia en el tractament de nens i adolescents amb TCA) i un grup d'habilitats TDC. En aquest estudi la teràpia familiar va ser la intervenció primària, i juntament a aquesta es van impartir grups d'habilitats TDC tan pels pacients (per substituir conductes de TCA i per tolerar el malestar de la restauració del pes) com pels pares (per ensenyar eines de validació, principis de contacte, pensament dialèctic, etc.). Els resultats mostren que els pacients que completen el programa (36 de 51) tenen un increment significatiu de pes i una disminució significativa de la simptomatologia alimentària. A un any de seguiment el 64% de pacients havia restaurat al seu pes i tenia la menstruació de manera normal i el 42% dels que havien completat el programa puntuaven dins la normalitat en conducta alimentària.

Una altra combinació de DBT i un altre tractament basat en l'evidència és la que fa Potter (Potter, Davidson, & Wesselmann, 2015) per al tractament del trauma. Potter reporta tres estudis de cas en pacients diagnosticats de trastorns psiquiàtrics juntament amb història d'abús infantil i d'abús en l'edat adulta. El tractament consisteix en una fase inicial en el qual s'ensenyen habilitats de la TDC durant un any, seguida d'una fase de 18 sessions individuals de EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* de Shapiro, 2001), un tractament ben establert pel tractament dels traumes. En els tres casos hi ha una reducció significativa de simptomatologia clínica durant la primera fase. Aquesta reducció, a part d'afavorir la regulació emocional i la millora de la situació personal, va permetre els pacients utilitzar les habilitats apreses per tolerar la intensitat emocional, focalitzar-se en el material traumàtic i mantenir l'estabilitat durant la segona fase de tractament.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

Teràpia Dialèctica Conductual – Obertura Radical (TDC –OR)

Com ja havíem comentat en alguna edició anterior, al 2007 Lynch dissenya una nova aproximació derivada de la TDC per a trastorns caracteritzats pel sobrecontrol anomenada Teràpia Dialèctica Conductual – Obertura Radical (en anglès: *Radically Open Dialectical Behavior Therapy*, RO –DBT). Aquest any hi ha hagut dos fets importants en el seu estudi.

Si recordem, un dels primers assajos va ser publicat fa tres anys (Lynch et al., 2013) i consistia en un assaig no controlat per a adults amb Anorèxia Nerviosa (AN) hospitalitzats. La novetat d'aquest any és que Chen (Chen et al., 2015) desenvolupa un estudi pilot ampliant la TDC-OR a tractament ambulatori. A l'article es reporten dues sèries de casos, una aplicant TDC en format estàndard i l'altra afegint habilitats pel tractament del sobrecontrol. A la primera sèrie hi participen 6 pacients i s'observa un increment modest en l'índex de massa corporal (IMC). A la segona sèrie hi participen 9 pacients els quals obtenen un increment mig-alt en l'IMC que es manté als 12 mesos. Malgrat aquest increment en l'IMC en cap dels dos estudis s'observen millores en l'escala de simptomatologia *Eating Disorder Examination* (EDE de Fairburn, 1993). Una possible explicació és que la TDC no tracta directament la preocupació pel pes i la figura. Així doncs, malgrat les limitacions de l'estudi (el fet de no ser aleatoritzat i de tenir una mostra petita), aquest estudi amplia l'aplicació de la TDC -RO i demostra que la TDC -RO impartida a nivell ambulatori és útil per a millorar l'IMC en pacients amb TCA.

L'altre fet important respecte la TDC -RO és el nou protocol que ha dissenyat el mateix Lynch (Lynch et al., 2015), consistent en un assaig controlat i aleatoritzat, anomenat REFRAMED, que s'aplicarà a tres ciutats del Regne Unit. En aquest estudi s'aleatoritzaran a

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

200 pacients amb diagnòstic de Depressió Refractària (DR) a dues branques de tractament: TDC -RO o Tractament Habitual (TH) durant 7 mesos. S'avaluaran els resultats als 7, 12 i 18 mesos. Un dels punts forts del projecte és que l'aleatorització es farà seguint un algoritme específic per a mantenir l'equilibri respecte tres variables: l'edat d'inici de la depressió (considerat primerenc si és abans dels 21 anys), la gravetat de la depressió (considerada severa si la puntuació en l'escala HAMD es superior a 25) i si hi ha un trastorn de personalitat (del grup *a* o *c*) comòrbid. Aquestes tres variables han estat escollides basant-se en estudis previs que mostren que poden ser moderadores dels resultats. Un altre dels punts forts és que utilitzarà una sèrie de variables instrumentals per analitzar possibles mecanismes de mediació (ex: qüestionaris per a avaluar l'aliança terapèutica). A banda, tots els participants seran aleatoritzats a diferents característiques del context que malgrat no ser intencionadament terapèutiques poden afectar a variables mediadores (l'adherència i l'aliança terapèutica). Això permetrà estimar els efectes de variables mediadores d'una manera menys esbiaixada que en altres estimacions convencionals. Les variables resultants seran: la severitat de la depressió, la remissió de la depressió, la ideació suïcida i altres variables de qualitat de vida. En el moment actual, els pacients ja han estat reclutats (des del març de 2012 al maig 2015) i està previst acabar de recollir les dades el pròxim juny de 2016.

Mecanismes d'acció de la TDC

Un altre tema molt interessant és l'estudi dels mecanismes d'acció de la teràpia, és a dir, entendre què és el que realment dóna lloca al canvi en la simptomatologia clínica.

Un dels mecanismes que s'ha proposat és el maneig de la ira. Kramer et al. (2015), després de fer un estudi controlat i aleatoritzat mostrant l'eficàcia de l'entrenament en habilitats TDC en la reducció de simptomatologia pròpia del TLP, fa un estudi que examina quines variables

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

mediatitzen aquesta reducció de símptomes. Una de les hipòtesis de l'estudi és que l'expressió de la ira podria ser un mediador dels resultats. L'estudi utilitza la distinció de Greenberg i Paivio (Greenberg & Paivio, 2007) entre emocions primàries (adaptatives, respostes a la situació canviant) i emocions secundàries (respostes a les emocions primàries o a estats interns, que solen ser desadaptatives). Segons aquesta teoria podríem parlar d'*ira rebutjada* (IR), una emoció secundària que pretén desfer-se del malestar tot atacant un altre, d'*ira assertiva* (IA), una experiència emocional adaptativa d'autoafirmació a través de la qual la persona defensa els seus drets. Per examinar si la ira és un mecanisme de canvi, duen a terme una entrevista de 50 minuts pre i post tractament. Aquesta entrevista és puntuada mitjançant el sistema CAMS (*Classification of Affective Meaning States*). Els resultats mostren que mentre que no hi ha canvis en els nivells d'ira rebutjada entre el grup TDC-H i el grup control, els canvis d'ira assertiva són diferents entre ambdós grups, augmentant significativament en el grup experimental. Així doncs, segons aquest estudi sembla que és la ira assertiva la que mediatitza entre el grup TDC-H i els resultats terapèutics.

Seguint amb l'estudi de mecanismes d'acció, mencionarem que aquest any s'ha publicat una nova validació de l'escala DBT –WCCL a noves poblacions clíniques. (Stein, Hearon, Beard, Hsu, & Björgvinsson, 2015). Com és ben sabut, la TDC suposa que gran part de la simptomatologia del TLP és un dèficit d'habilitats en diferents dominis. Dins d'aquest raonament hi ha implícit que un mecanisme de canvi seria l'increment en l'ús d'habilitats. Per a poder avaluar-ho Neacsciu et al. (2010) van dissenyar una eina per mesurar l'adquisició d'habilitats de la TDC, la *Dialectical Behavior Therapy Ways of Coping Checklist* (DBT-WCCL). Aquesta escala va ser validada en una mostra d'individus amb TLP trobant que l'adquisició d'habilitats és el mecanisme principal de millores en suïcidi, autolesions, depressió i maneig de la ira. Aquest 2015 Stein ha publicat un estudi de validació de l'escala

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

d'habilitats de la DBT-WCCL en individus amb diferents problemes psiquiàtrics (trastorns d'estat d'ànim, trastorns d'ansietat, etc.), observant que l'escala manté bones característiques psicomètriques: mostra una adequada consistència interna (alfa=.94), validesa de constructe (correlació forta amb CBT Skills measures r=.62 p<0.001) i sensibilitat al canvi (millores significatives pre i post intervenció, pm<.001 i d=0.97).

Implementació del tractament

En aquest darrer any no només han aparegut publicacions sobre l'aplicació de la TDC sinó també publicacions sobre la implementació i formació de terapeutes en TDC.

Des del centre *Behavioral Tech*, l'equip de la Linehan (Dimeff et al., 2015) fa un estudi aleatoritzat amb l'objectiu d'examinar quin mètode d'entrenament de professionals té millor eficàcia per a entrenar les dues estratègies claus de la TDC: anàlisis en cadena i validació. A l'estudi s'aleatoritzen 172 professionals clínics (psicòlegs, psiquiatres, infermers, treballadors socials, etc.) naïfs en TDC a tres tipus de mètodes d'entrenament: Entrenament online (OLT, *Online Training*), Entrenament Dirigit per un Instructor (OLT, *Instructor-led training*) i entrenament basat en un manual de tractament (MT, *Manual Training*). Els professionals són avaluats a la línia base, i als 30, 60 i 90 dies. Com a variables de resultat s'avaluen: satisfacció, autoeficàcia, motivació, coneixement, professionalitat clínica, i utilitat clínica. Els resultats de l'estudi mostren que comparant els tres tipus de mètodes, ILT va ser millor en satisfacció, autoeficàcia i motivació, mentre que OLT va ser el més efectiu per a millorar coneixements. Les tres condicions no van diferir en puntuacions sobre qualitat clínica tant puntuades per un observador com autoreportades. L'entrenament dirigit per un instructor (ILT) va ser particularment efectiu per a millorar la motivació a utilitzar anàlisi de cadena, mentre que l'entrenament *online* ho va ser per augmentar coneixement d'estratègies de

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

validació. Aquest estudi ens mostra que els nous mètodes d'entrenament (*online* i/o a través de manuals) són bons per a augmentar els coneixements, però que no son suficients per a assegurar l'aplicació de les estratègies.

Seguint amb la línia de recerca de la implementació i amb un estudi més modest, Dity (2015) fa un estudi de mètodes mixtos per explorar la relació entre variables internes de l'entorn (característiques estructurals, xarxa i comunicació, cultura i implementació, i disponibilitat d'implementació) i grau d'implementació de TDC. Per fer-ho, 79 professionals de TDC realitzen una enquesta via *online*. D'aquests, 20 són entrevistats amb mètodes qualitatius. Després de l'anàlisi s'observa que hi ha 4 variables interpersonals que correlacionen amb la quantitat d'elements de DBT implementats. Aquestes variables són: cohesió d'equip, comunicació d'equip, clima de l'equip i supervisió.

TDC en format complet?

Ja per acabar comentarem la revisió de Valentine sobre grups d'entrenament d'habilitats de la TDC (EH-TDC). Com sabem, la TDC estàndard inclou múltiples modalitats de tractament, incloent teràpia individual, grups d'entrenament en habilitats, equip de consulta, i trucades telefòniques en cas de crisis. Com hem pogut apreciar, cada vegada s'estan fent més aplicacions a diferents poblacions, tan de la TDC completa com només d'entrenament en habilitats (EH-TDC).

En aquesta línia, Valentine (Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler, & Pantalone, 2015) publica una revisió sistemàtica dels estudis que utilitzen exclusivament l'EH-TDC en absència de les altres modalitats. Troba 17 assajos duts a terme del 2000 al 2011. D'aquests assajos, 9 no inclouen grup control i 8 sí. Dels 8 que inclouen grup control es pot concloure que el grup

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

d'EH-TDC és efectiu per a tractar diversos trastorns de l'eix I (TDM, TDAH, TCA) així com per a millorar simptomatologia ansiosa i depressiva. En canvi, hi ha poca evidència de la utilització exclusiva del grup de EH-TDC en el TLP. A la revisió també s'observen grans desviacions dels programes duts a terme respecte el programa de TDC original, reflectint la flexibilitat per adaptar la TDC a poblacions específiques (TCA, TEA, T. Conductuals). Deu dels estudis sobre EH-TDC (59%) utilitzen els 4 mòduls de EH-TDC (*mindfulness*, efectivitat interpersonal, tolerància al malestar i regulació emocional), mentre que 7 ometen almenys un mòdul.

Respecte altres variables s'observa que mentre la majoria d'estudis són consistents amb la llargada de cada sessió (2h), la majoria fa menys sessions de les de l'EH-TDC estàndard. També s'observa que respecte l'aplicabilitat cada estudi operativitza de manera diferent el fet de comptar un individu com a completador o no (en algun estudi es considera completador si el pacient accudeix al 50% de sessions).

La revisió també pretén analitzar en quin estadi de tractament es troba cada estudi, i els resultats són que 4 estudis estan dins l'estadi IA, un estadi amb l'objectiu de provar la factibilitat, el desenvolupament i refinament de procediments de tractament; 12 estudis es troben a l'estadi 1B; en aquest estadi l'objectiu és fer una avaluació pilot d'un protocol desenvolupat que prèviament ha mostrat factibilitat; i un estudi es troba a l'estadi II; en aquest estadi els elements requerits per un assaig d'eficàcia hi són presents, incloent manuals d'entrenament amb tècniques específiques, programes d'estudi pels clínics, mesures per avaluar la competència i adherència al protocol, i troballes preliminars sobre factibilitat i acceptabilitat. La conclusió final de la revisió de Stein és que tot i que hi ha evidència preliminar de la utilitat de l'entrenament en habilitats TDC com a mètode útil per a un gran

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

ventall de problemes, alguns d'aquests estudis presenten limitacions metodològiques. És per això que cal anar en compte a l'hora d'extreure conclusions molt fortes.

Per acabar podem afirmar que l'evidència que suporta l'eficàcia de la TDC en diferents trastorns i problemes psicològics continua augmentant avui en dia i que cada vegada són més els seus àmbits d'aplicació.

Referències

- Beckstead, D.J., Lambert, M.J., DuBose, A.P., & Linehan, M. (2015). Dialectical behavior therapy with American Indian/Alaska Native adolescents diagnosed with substance use disorders: Combining an evidence based treatment with cultural, traditional, and spiritual beliefs. Addictive Behaviors, 51, 84-87.
- Chen, E.Y., Segal, K., Weissman, J., Zeffiro, T.A., Gallop, R., Linehan, M.M., ... & Lynch, T.R. (2015). Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa—A pilot study. International Journal of Eating Disorders, 48(1), 123-132.
- Dimeff, L.A., Harned, M.S., Woodcock, E.A., Skutch, J.M., Koerner, K., & Linehan, M.M. (2015). Investigating bang for your training buck: a randomized controlled trial comparing three methods of training clinicians in two core strategies of dialectical behavior therapy. Behavior therapy, 46(3), 283-295.
- Ditty, M.S., Landes, S.J., Doyle, A., & Beidas, R.S. (2015). It Takes a Village: A Mixed Method Analysis of Inner Setting Variables and Dialectical Behavior Therapy Implementation. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42(6), 672-681.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- Fleming, A.P., McMahon, R.J., Moran, L.R., Peterson, A.P., & Dreessen, A. (2015). Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. Journal of Attention Disorders, 19(3), 260-271.
- Goldstein, T.R., Fersch-Podrat, R.K., Rivera, M., Axelson, D.A., Merranko, J., Yu, H., ... & Birmaher, B. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: results from a pilot randomized trial. Journal of child and adolescent psychopharmacology, 25(2), 140-149.
- Greenberg, L.S., & Paivio, S.C. (2003). Working with emotions in psychotherapy (Vol. 13). Guilford Press.
- Johnston, J.A., O'Gara, J.S., Koman, S.L., Baker, C.W., & Anderson, D.A. (2015). A Pilot Study of Maudsley Family Therapy With Group Dialectical Behavior Therapy Skills Training in an Intensive Outpatient Program for Adolescent Eating Disorders. Journal of clinical psychology, 71(6), 527-543.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Berthoud, L., De Roten, Y., Marquet, P., Kolly, S., ... & Page, D. (2015). Assertive Anger Mediates Effects of Dialectical Behaviour-informed Skills Training for Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. Clinical psychology & Psychotherapy.
- Lynch, T.R., Gray, K.L., Hempel, R.J., Titley, M., Chen, E.Y., & O'Mahen, H.A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. BMC psychiatry, 13(1), 293.
- Lynch, T.R., Whalley, B., Hempel, R.J., Byford, S., Clarke, P., Clarke, S., ... & Stanton, M. (2015). Refractory depression: mechanisms and evaluation of radically open dialectical behaviour therapy (RO-DBT)[REFRAMED]: protocol for randomised trial. BMJ open, 5(7), e008857.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

- McCay, E., Carter, C., Aiello, A., Quesnel, S., Langley, J., Hwang, S., ... & MacLaurin, B. (2015). Dialectical Behavior Therapy as a catalyst for change in street-involved youth: A mixed methods study. Children and Youth Services Review, 58, 187-199.
- Potter, A.E., Davidson, M.M., & Wesselmann, D. (2015). Utilizing dialectical behavior therapy and eye movement desensitization and reprocessing as phase-based trauma treatment: A case study series. International Journal of Medical and Biological Frontiers, 21(2), 189.
- Stein, A.T., Hearon, B.A., Beard, C., Hsu, K.J., & Björgvinsson, T. (2016). Properties of the Dialectical Behavior Therapy Ways of Coping Checklist in a Diagnostically Diverse Partial Hospital Sample. Journal of clinical psychology, 72(1), 49-57.
- Valentine, S.E., Bankoff, S.M., Poulin, R.M., Reidler, E.B., & Pantalone, D.W. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. Journal of clinical psychology, 71(1), 1-20.

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA

HTTP://CD.SCRITC/2015 CC BY-SA