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

CDSCRITC 2.0 (2016)

Actualitzacions de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament

0. Pròleg

1. Psicopatologia en nens i adolescents

1.1. Trastorns bipolars en nens i adolescents
Pilar Solé i Vigil
1.2. TDAH en la infància i adolescència
Anna Huguet, Jose Angel Alda i Anna Sintes

1.3. Actualització en el Trastorns de l'espectre de l'Autisme
Noemi Balmaña, Helena Cachinero i Maria Teresa Ordeig

2. Trastorns d'ansietat

2.1. Trastorns d'ansietat: aspectes transdiagnòstics
Miquel Tortella-Feliu

2.2. Trastorn de pànic
Miriam Morales, Helena Cachinero i Laura Jiménez

2.3. Hipocondria (Trastorn d'Ansietat per la malaltia)
Isabel M. Sánchez, Marta de Gracia de Gregorio i Jessica Sánchez-Gonzalez

2.4. Trastorn per estrès postraumàtic
Marta de Gracia, Cristina Rodríguez, Jessica Sánchez i Nadine Riesco

3. Trastorns afectius

3.1. Depressió crònica
Joana Guarch i Domènech i Patricia Gavin i LÓpez

3.2. Trastorn bipolar
Maria Reinares i Eduard Vieta

4. Trastorns psicòtics

4.1. Teràpia cognitivoconductual en la psicosi
Rafael Penadés

4.2. Teràpia cognitivoconductual en les fases primerenques dels trastorns psicòtics
Judit Bonet Álvarez i Maria Cruz Crespo Maraver

4.3. Intervenció familiar en esquizofrènia
Cristina Domènech i Esther Pousa

5. Trastorns de la Conducta Alimentària
Maria Luque, Toñi Amaro, Natxo Garrido, Elisa Rial i Anna Garcia

6. Addiccions

6.1. Entrevista Motivacional
Mònica Astals, Anna Massó i Carlos Cedrón

6.2. Tractament psicològic dels trastorns per consum d'alcohol

Xavier Gay

6.3. Tractament psicològic dels trastorns per consum de cocaïna
Xavier Gay

6.4. Addicions Conductuals
Nuria Argay

6.5. Trastorn de joc
Amparo del Pino, Laura Moragas, Marta Baño, Gemma Mestre-Bach, Jessica Sánchez, Marta de Gracia, Nuria Mallorquí-Bagué i Susana Jiménez-Murcia

7. Disfuncions sexuals masculines i femenines

7.1. Disfuncions sexuals femenines
Gemma Mestre-Bach i Borja Farré-Sender

7.2 Disfuncions sexuals masculines
Borja Farré-Sender i Gemma Mestre-Bach

8. Trastorns de Personalitat

8.1. Trastorns de la Personalitat
Miguel Garriz, Carlos Cedrón i Anna Massó

8.2. Actualitzacions en el Trastorn Limit de la Personalitat
Natalia Calvo, Benjamin Lara, Marian Pozuelo i Marc Ferrer

9. Altres àrees

9.1. Neuroimatge de la Psicologia Clínica
Joan Deus

9.2. La rehabilitació dels delinqüents adults
Toni Forcadell

9.3. Biomarcadors complexos dels trastorns emocionals
Alejandro de la Torre i Xavier Bornas

9.4. Teràpia d'esquemes
Jordi Cid

9.5. Mindfulness
Elisabet Casellas, Cristina Carmona i Joaquim Soler

9.6. Teràpia Dialèctica Conductual
Cristina Carmona, Elisabet Casellas i Joaquim Soler

Pròleg CDSCRITC 2016

Benvolguts i benvolgudes,

Teniu ja a la vostra disposició al nostre web les Actualitzacions CDSCRiTC 2.0 (2016) de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament (SCRiTC), on trobareu el millor que s'ha publicat l'any 2016 en el camp de les ciències de la conducta. Ja són dotze edicions i, malgrat el pas del temps, es manté l'essència original del projecte: facilitar l'accés a nou coneixement i difondre la teràpia cognitivoconductual de la mà dels nostres millors especialistes en cadascun dels seus camps.

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,

Eva Bailles, Estel Gelabert i Mar Rus-Calafell

Coordinadores CDSCRITC 2016

1. PSICOPATOLOGIA EN NENS I ADOLESCENTS

1.1 TRASTORN BIPOLAR EN NENS I ADOLESCENTS

Pilar Solé i Vigil
Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

A diferència d'anys anteriors la recerca, durant el 2016, ha obviat el debat respecte la variabilitat fenomenològica en la presentació del Trastorn Bipolar d'inici en la infantesa i adolescència (TB) i s'ha adreçat a la identificació de símptomes prodròmics i marcadors de vulnerabilitat (tant neuropsicològics com de neuroimatge).

Tenint en compte que el diagnòstic precoç és de gran importància a l'hora de determinar-ne el pronòstic, el reconeixement dels símptomes prodròmics és rellevant a l'hora de garantir una intervenció ràpida. En aquest sentit, Hernández, Marangoni, Grant, Estrada i Faedda (2016) en un estudi retrospectiu, amb nens/adolescents d'entre 5 i 17 anys, diagnosticats de TB I, TB II o TB No Especificat, descriuen la presència de símptomes des del primer any de vida. La major part de la simptomatologia descrita en el primer identifica el TB No Especificat (73%). Els símptomes més prevalents (>20%) són presents els primers tres anys de vida: hiperarousal (reducció del son), disregulació de l'humor (irritabilitat), impulsivitat/agressivitat i ansietat. L'edat mitjana d'inici del trastorn és significativament menor en TB no especificat i en aquells amb TDAH comòrbid. No hi ha diferències entre diagnòstics respecte a l'edat d'inici quan només es comparen els episodis maníacs o depressius greus. Recorden com cal tenir en compte aquests símptomes precoços i fer-ne un seguiment clínic. En no tenir grup control, resulta difícil entendre si aquests precursors són específics del Trastorn Bipolar.

Com a article recomanat en aquesta línia, la revisió de Hunt, Schwarz, Nye i Frazier (2016) respecte als factors prodròmics segons diferents metodologies de recerca: en grups d'alt risc (fills de pares amb TB), estudis neurobiològics, prospectius i longitudinals centrats en la

identificació de conductes i emocions i identificant models d'estadis per a l'evolució del trastorn.

Conèixer bé un trastorn implica, també, tenir la capacitat per a diferenciar-lo d'altres entitats amb qui comparteix símptomes. En aquest sentit, Fristad et al. (2016), es pregunten si TB no especificat i Trastorn de Disregulació Disruptiva de l'Estat d'ànim (DMDD) són trastorns similars o són el mateix. Això ho fan comparant les semblances en la manifestació dels símptomes i en la trajectòria de presentació de la irritabilitat (com a símptoma comú). En un estudi longitudinal de 36 mesos, amb mostra del The Longitudinal Assessment of Manic Symptoms (LAMS) i comparant un subgrup amb presència de símptomes maníacs respecte un subgrup sense símptomes maníacs (segons mesures del Parent General Behavior Inventory Mania Scale-PGBI-10M), conclouen que ambdós trastorns són similars en la majoria de factors clínics (incloent irritabilitat, nombre de diagnòstics previs, comorbiditat i nivell d'interferència dels símptomes). TB no especificat, però, mostra un nombre més gran de símptomes afectius (hipertímia, reducció del son, taquipsíquia, alteració del curs i del contingut del pensament) i hiperactivitat. Els valors d'irritabilitat mesurats pel Young Mania Rating Scale són més elevats en TB no especificat tot i que les trajectòries d'irritabilitat es mantenen constants durant el període de seguiment en ambdós trastorns. TB no especificat i DMDD es diferencien en la prevalença d'antecedents familiars (amb més història familiar de probable TB, en el TB no especificat), el gènere i l'edat (més nens i més joves en el DMDD), en la presència de conductes disruptives (més freqüents en el DMDD) i en l'insight (menor en el TB no especificat). Conclouen, per tant, que ambdós trastorns tenen fenotipus comuns tot i que no són la mateixa entitat. Recorden, però, la necessitat d'una avaluació completa per tal de realitzar un acurat diagnòstic diferencial.

Amb la mateixa finalitat de millorar en el diagnòstic precoç del trastorn, la identificació dels marcadors de vulnerabilitat inclouen estudis adreçats a la determinació de mecanismes

neuropsicològics subjacents i específics del TB. Els resultats, però, no acaben de ser concloents.

Cal destacar, per l'amplitud en l'avaluació (mitjançant bateria neuropsicològica completa), els estudis com el de la Serna et al. (2016) que avaluen les característiques neuropsicològiques globals en una mostra d'alt risc per al TB (AR TB) respecte un grup control (GC), en un estudi multicèntric, longitudinal i naturalístic (The Bipolar and Schizophrenia Young Offspring Study – BASYS). Avaluen la capacitat cognitiva global, memòria de treball, memòria verbal i visual, corba d'aprenentatge, atenció sostinguda, flexibilitat i inhibició cognitives i velocitat de processament. Els resultats mostren diferències significatives, entre ambdós grups, en memòria visual immediata (mesurat amb la Wechsler Memory Scale) i en velocitat de processament (mesurat amb la subescala VP del WISC-IV). Les diferències no s'expliquen per la presència de cap trastorn de l'eix I. El mateix grup de la Serna et al. (2016) en un altre article, amplien la interpretació dels resultats anteriors, comparant el grup AR TB amb una mostra d'alt risc per a l'esquizofrènia (AR SZ). Els resultats indiquen que els dèficits en VP són específics del grup d'AR TB mentre que els dèficits en memòria visual immediata són compartits amb el grup AR SZ.

L'estudi de les funcions executives com a sistema multidimensional és important a l'hora d'entendre com influeixen en els dèficits cognitius i en la disregulació emocional presents en els TB. En aquest sentit, Passarrotti, Trivedi, Dominguez-Colman, Patel i Langenecker (2016) avaluen la dimensió cognitiva i emocional de les funcions executives (mitjançant instruments com el Behavioral Rating Inventory of Executive Function Parental Report-BRIEF-PR o proves neuropsicològiques com el Trail Making Test A i B, Digits directes i inversos del WISC-III, Digits Visuals directes i inversos) en una mostra d'entre 9 i 16 anys, en un grup TB respecte un grup TDAH i un grup TB+TDAH. Parteixen de la hipòtesi que el TB presentaria dèficits tant en la dimensió cognitiva com en l'emocional mentre que el

TDAH mostraria només dèficits en les funcions cognitives. Els resultats posen de manifest diferències en totes les subescales del BRIEF-PR entre TB (83% de la mostra amb afectació) i TB+TDAH (88% de la mostra amb afectació) respecte TDAH (43% de la mostra amb afectació). Pel que fa al rendiment neuropsicològic tots els grups mostren deficiències de rendiment en Trail A i B. No hi ha diferències entre grups en memòria de treball, planificació/organització i monitorització. Confirmant la hipòtesi plantejada, conclouen que els dos grups TB (amb i sense TDAH) mostren la mateixa disfunció tant en la dimensió cognitiva com l'emocional respecte el grup TDAH que mostraria dèficits en la cognitiva.

Un altre possible marcador de vulnerabilitat del TB apunta cap a les dificultats en identificació d'emocions que s'han observat en TB i en familiars de primer grau. Hanford, Sassi i Hall (2016) avaluen el processament emocional en una mostra (8 – 16 anys) d'ARTB amb símptomes (no afectius) respecte ARTB sense símptomes i un grup control (GC) en una tasca d'identificació emocional (The Diagnostic Analysis of Non-Verbal Accuracy – DANVA). Els resultats indiquen que ambdós grups ARTB cometen més errors en el reconeixement de cares d'adults i més errors en les cares tristes i enfadades i en les expressions emocionals de baixa intensitat respecte el GC. Ambdós grups AR només es diferencien en el reconeixement de cares tristes (amb més errors en el grup amb símptomes). Tenint en compte que les diferències són clares respecte el GC, els autors conclouen que els dèficits en identificació emocional es poden considerar un factor endofenotípic de TB (no explicable per la presència d'altres símptomes psiquiàtrics i previs al diagnòstic de TB).

Un cop fet el diagnòstic resulta de gran interès conèixer els factors que poden influir en l'evolució del trastorn. Així, Yen et al. (2016) avaluen l'evolució del TB en funció de les comorbiditats (freqüents en aquest diagnòstic). Els resultats indiquen com la presència de simptomatologia ansiosa i el trastorn per ús de substàncies prediuen un increment en el temps de recuperació i un risc més gran de recaiguda. El TDAH i Trastorn de conducta comòrbids

prediuen un període més curt de recaiguda tant per episodis depressius com maníacs. Conclouen, per tant, que els canvis en els trastorns comòrbids són uns indicadors de variacions en el trastorn afectiu.

Tractament

Respecte la intervenció psicoterapèutica poques novetats han aparegut durant l'any 2016. Pel que fa a la incorporació de noves tècniques a les ja conegudes com a eficaces, Cotton et al. (2016), en un estudi pilot amb una mostra petita (n=10) avalua els efectes del mindfulness en un grup d'ARTB amb símptomes d'ansietat comòrbids, tenint en compte el risc d'utilitzar medicació antidepressiva en aquest grup de pacients. En una intervenció de 12 setmanes basada en la Teràpia Cognitiva amb entrenament en Mindfulness, modificada per ser aplicada amb nens (MBCT-C), aconsegueixen una reducció significativa de l'ansietat (segons mesures dels pares en el Paediatric Anxiety Rating Scale-PARS, d'autoinforme mitjançant l'State-Trait Anxiety Inventory-STAI i avaluació del clínic) alhora que s'incrementen les mesures de regulació emocional (segons The Emotion Regulation Checklist-ERC, informat pels pares).

Per altra banda, MacPherson, MacKinaw-Koons, Leffler i Fristad (2016) en un estudi pilot avaluen l'eficàcia de la psicoteràpia psicoeducacional multifamiliar (Multi-family psychoeducational psychotherapy-MF-PEP). Mesuren la resposta al tractament tant en nens (amb diagnòstic de TB o Trastorn Depressiu i d'entre 7-12 anys) com en pares en una mostra de 41 famílies. La intervenció té una durada de 8 setmanes i amb un seguiment de fins a 12 mesos. Els resultats indiquen reducció dels símptomes de depressió, en nens però no en nenes, (mesurats pels pares a partir de Kiddie Depression Rating Scale-KDRS i Children Depression Inventory-CDIP) i millora de la gravetat dels símptomes maníacs (mesurats pels pares segons Kiddie Mania Rating Scale-KMRS i Children Mania Rating Scale-CMRS-P). S'incrementa, a més, el coneixement que els pares acaben tenint respecte els trastorns

afectius (segons The Understanding Mood Disorders Questionnaire-UMDQ). Aquest efecte és més gran entre pares que no havien fet intervencions prèvies. L'estudi manca de grup control.

De les intervencions amb més suport empíric, les basades en la Psicoeducació Familiar i Teràpia Cognitivo Conductual desconeixen els mecanismes que intervenen en el canvi. En aquest sentit, McPherson, Weinstein, Henry i West (2016) es proposen avaluar aquests mecanismes de la Child and Family Focused-Cognitive Behavioral Therapy (CFF-CBT) en un programa de 12 setmanes. La mostra està formada per 30 famílies, amb fills d'entre 7 i 13 anys, diagnosticats de TB I, TB II i TB no especificat i amb un grup control d'intervenció (de la mateixa durada però sense aplicar els mòduls específics de tractament) de 17 pacients. El tractament específic aconsegueix la reducció dels símptomes de mania (segons Child Mania Rating Scale-CMRS) i depressió (segons The Child Bipolar Depression Rating Scale-CBDRS) que es mantenen fins als 6 mesos de seguiment. Les variables que influeixen en la millora dels símptomes impliquen canvis en els pares: en habilitats parentals, especialment de flexibilitat (mesurades amb The Family Adaptability and Cohesion Scale-FACES) i en la capacitat d'afrontament dels pares (mesurat amb The Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales-FCOPES) especialment en la capacitat de reenquadrament positiu. Cap variable referida al nen/adolescent no és significativa. Conclouen, doncs, que els canvis observats en els nens/adolescents s'expliquen perquè es modifiquen les habilitats i la capacitat d'afrontament dels pares.

Referències bibliogràfiques

Cotton, S., Luberto, C.M., Sears, R.W., Strawn J.R., Stahl, L., Wasson, R.S., ... Delbello M.P. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for youth with anxiety disorders at risk for bipolar disorder: a pilot trial. *Early Intervention in Psychiatry, 10*(5), 426-434.

de la Serna, E., Vila, M., Sánchez-Gistau, V., Moreno, D., Romero, S., Sugranyés, G., ... Castro-Fornieles, J. (2016). Neuropsychological characteristics of child and adolescent

offspring of patients with bipolar disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 65,* 54-59.

de la Serna, E., Sugranyes, G., Sánchez-Gistau, V., Rodríguez-Toscano, E., Baeza, I., Vila, M., ... Castro-Fornieles, J. (2016). Neuropsychological characteristics of child and adolescent offspring of patients with schizophrenia or bipolar disorder. *Schizophrenia Research (epub ahead of print).*

Fristad, M.A., Wolfson, H., Algorta, G.P., Youngstrom, E.A., Arnold, L.E., Birmaher, B., ... Findling, R.L. (2016). Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Bipolar Disorder Not Otherwise Specified: Fraternal or identical twins? *Journal of Child and Adolescence Psychopharmacology, 26* (2), 138-146.

Hanford, L.C., Sassi, R.B., & Hall, G.B. (2016). Accuracy of emotion labeling in children of parents diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 194,* 226-233.
Hernández, M., Marangoni, C., Gran, M.C., Estrada, J., & Faedda, G.L. (2016). Parental reports of prodromal psychopathology in pediatric bipolar disorder. *Current Neuropharmacology,* 14 *(epub ahead of print)*

Hunt, J., Schwarz, Ch. M., Nye, P., & Frazier, E. (2016). Is there a bipolar prodrome among children and adolescents? *Current Psychiatry Reports, 18*(4), 35.

MacPherson, H.A., Weinstein, S.M., Henry, D.B., & West, A.E. (2016). Mediators in the randomized trial of child- and family- focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder. *Behaviour Research and Therapy, 85,* 60-71.

MacPherson, H.A., Mackinaw-Koons, B., Leffler, J. M., & Fristad, M.A. (2016). Pilot effectiveness of community-based multi-family psychoeducational psychotherapy for childhood mood disorders. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 5*(1), 43-59.

Passarotti, A. M., Trivedi, N., Dominguez-Colman, L., Patel, M., & Langenecker, S.A. (2016). Differences in real world executive function between children with pediatric bipolar disorder and children with ADHD. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 25*(3), 185-195.

Yen, S., Stout, R., Hower, H., Killam, M.A., Weinstock, L.M., Topor, D.R., ... Keller, M.B. (2016). The influence of comorbid disorders on the episodicity of bipolar disorder in youth. *Acta Pyshicatrica Scandinavia, 133,* 324-334.

1.2 TDAH EN LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA

Anna Huguet, Jose Ángel Alda i Anna Sintes
Servei de Psiquiatria i Psicologia de l'Hospital Sant Joan de Déu.

Introducció

El debat al voltant de si el TDAH existeix o no continua servit. Continuem trobant les dues posicions antagòniques, però en els últims anys hi ha hagut una recrudescència en les postures. Al gener del 2015 trobàvem a google més de 2 milions d'entrades introduint "El TDAH no existe", al desembre del 2016 en trobàvem uns 500.000. A favor de l'existència trobem la medicina basada en l'evidència, les guies de pràctica clínica, les classificacions diagnòstiques i les associacions d'afectats. No ens trobem tampoc davant d'una malaltia de moda, la prevalença del trastorn no ha augmentat des dels primers estudis publicats, situant-se en un 3,4% en l'últim metaanàlisis de prevalença mundial (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015). Tanmateix si observem el nombre d'articles publicats al pubmed des de l'any 2000 fins ara trobem un interès científic per cobrir els buits de coneixement no un creixement exponencial. En l'any 2016 trobem 1789 articles sota TDAH i nens i 151 revisions i 1054 articles i 84 revisions sota TDAH i adolescents, nombre de publicacions similars a les del 2015.

Neurobiologia

Els nens i adolescents amb TDAH mostren diferents patrons de comportament, un estudi recent suggereix que aquestes diferències poden explicar-se degut a les diferències en la connectivitat cerebral entre infants i adolescents en la xarxa neuronal per defecte (xarxa prefrontal mitjana, escorça cingulada posterior, lòbul parietal inferior, escorça temporal lateral) implicada principalment en la presa de decisions, la memòria episòdica, la cognició social i el processament emocional i la xarxa frontopariental que té com a funció principal el

processament atencional. Aquests resultats podrien ajudar a explicar perquè els símptomes d'hiperactivitat-impulsivitat disminueixen en el temps i els d'inatenció solen mantenir-se (Park, Kim, & Park, 2016).

Neuroquímica

No és estrany trobar nens amb TDAH i dèficit de ferritina. Un estudi aleatoritzat (Percinel, Yazici, & Ustundag, 2016) (200 nens amb TDAH/100 controls sans) suggereix que no hi ha diferències significatives en els paràmetres de ferro entre ambdós grups i tampoc entre les diferents presentacions de TDAH.

Comorbiditat

L'estudi de Vélez-Galarraga, Guillén-Grima, Crespo-Eguílaz i Sánchez-Carpintero (2016) avalua la prevalença dels trastorns de la son en infants amb TDAH i la seva relació amb els símptomes nuclears i la disfunció executiva. Els resultats suggereixen que en nens (<12 anys) els símptomes nuclears es relacionen, sense poder establir causalitat, amb la duració i qualitat de la son, observant-se insomni de conciliació i parasòmnies. S'observa menors trastorns de la son en pacients (<12 anys) amb tractament psicoestimulant, sent un dels efectes secundaris establerts en la medicació, aquests resultats indiquen que en alguns casos el tractament pot ajudar a millorar alguns aspectes de la son. No obstant en pacients adolescents i tractament psicoestimulant s'observa menys temps de son i un major nombre d'omissions en tasques de funcionament executiu. En definitiva l'estudi reflecteix la importància de promoure uns hàbits de la son saludables en aquesta població.

Diverses revisions avaluen la relació entre el TDAH i els trastorns de conducta alimentaria o els desordres alimentaris (Levin & Rawana, 2016; Nazar et al., 2016). Algun dels estudis de la revisió destaca que en ocasions el tractament psicoestimulant pot produir pèrdua de gana i

pes i contribuir al desordre, tanmateix algun altre estudi suggereix que pot generar símptomes d'afartament. Aquestes revisions suggereixen que els pacients amb TDAH tenen més probabilitats de manifestar un trastorn alimentari, així com que els infants i adolescents amb trastorn alimentari tenen un major risc de presentar TDAH com a patologia comòrbida. Per tant hauria de ser un dels aspectes a abordar durant el procés terapèutic.

Avaluació diagnòstica

Cada vegada pren més força la utilització de "Continuos Performance Tests" (CPT) com a suport diagnòstic. Un estudi aleatoritzat de Berger, Slobodin i Cassuto (2016 online/2017 publicat) amb 789 infants d'entre 7-12 anys (339 infants amb TDAH; 459 infants sans) suggereix que l'instrument MOXO-CPT, que inclou estímuls distractors visuals i auditius, és una eina útil en el suport diagnòstic. Els infants amb TDAH presten menys atenció als estímuls, responen d'una forma menys acurada mostrant dificultats en els temps de reacció i responen d'una forma més impulsiva i hiperactiva. La fiabilitat del instrument és excel·lent en l'índex d'inatenció, velocitat i hiperactivitat però pobre en l'índex d'impulsivitat, mostrant poca habilitat per distingir aquest paràmetre entre casos i controls. No obstant, pot ser una eina més de suport al diagnòstic clínic a tenir en compte i útil en un subconjunt de pacients, tanmateix els resultats obtinguts reflecteixen l'heterogeneïtat i complexitat del trastorn.

Tractament

Rajeh, Amanullah, Shivakumar i Cole (2016) a partir de la seva revisió sobre intervencions en el TDAH observem que principalment es divideixen en dos grups: tractament estimulant i teràpia cognitiu conductual. El tractament estimulant porta utilitzant-se per abordar el TDAH en nens uns 70 anys. La seva utilització suggereix beneficis en diferents símptomes i dèficits neuropsicològics. Se li atorguen millores en el rendiment acadèmic i en les funcions

executives, no obstant hi ha pocs estudis a llarg termini que valorin els beneficis en organització, planificació i funcionament executiu (Craig et al., 2015; Chan, Fogler, & Hammerness, 2016). Tanmateix un dels altres tractaments d'elecció farmacològics és l'atomoxetina. Hutchison, Ghuman, Ghuman, Karpov i Schuster (2016) realitzen una revisió suggerint que és eficaç per millorar els símptomes de TDAH i la patologia comòrbida ansiosa principalment, trobant-se resultats mixtos respecte a altres trastorns comòrbids.

Respecte a la intervenció psicològica amb major evidència científica i també més estudiada continua sent la intervenció cognitiu-conductual (Craig et al., 2015). Dins d'aquest paraigües trobem diferents estratègies d'intervenció i en ocasions les revisions no especifiquen les tècniques concretes utilitzades. Una de les estratègies proposades són les intervencions basades en habilitats d'organització (Bikic, Reichow, McCauley, Ibrahim, & Sukhodolsky, 2017) (online 2016) ja que molts dels infants amb TDAH a part de tenir problemes d'atenció, hiperactivitat i impulsivitat, presenten pobres estratègies d'organització i planificació. Aquest estudi meta-analític suggereix millores moderades en habilitats d'organització i planificació però poques millores en els símptomes d'inatenció i el rendiment acadèmic. Un altra intervenció que pren força en el tractament dels trastorns de salut mental infanto-juvenils i també en el TDAH és el mindfulness (Cairncross & Miller, 2016). Aquest metaanàlisi que inclou 10 estudis, principalment de pacients adults i adolescents, suggereix els possibles beneficis d'aquesta intervenció en els símptomes nuclears del trastorn. No obstant, els estudis publicats tenen limitacions metodològiques. Trobem a la literatura algun protocol publicat amb dissenys aleatoritzats i en la implementació d'aquesta intervenció en nens (Lo, Wong, Wong, Wong, & Yeung, 2016).

Una altra modalitat d'intervenció que pren força és el neurofeedback. No obstant els seus efectes clínics i neurofisiològics són incerts encara. Un estudi aleatoritzat (Geladé et al., 2016) (n=112) examina el poder d'espectre de l'electroencefalograma abans i després del

neurofeedback (30 sessions) en comparació amb tractament psicoestimulant (metilfenidat) (10 setmanes) i exercici físic (grup control aparellat en freqüència i duració). Els resultats suggereixen que tant el neurofeedback com el tractament psicoestimulant produeixen reduccions en ones theta durant la condició d'ulls oberts, resultats relacionats amb major reducció de símptomes nuclears. No obstant, en condicions de tasca només en el grup amb tractament psicoestimulant s'observa una reducció en ones alpha i tetha en comparació del grup control.

Un altre tractament que pren cada vegada més força, tot i que encara es requereixen estudis de major rigor metodològic, és l'exercici físic aeròbic. Els resultats obtinguts fins ara suggereixen millores en els símptomes clínics, en les funcions executives i en les habilitats motores inclús apunten que podrien millorar les dificultats de relació, els problemes conductuals i emocionals (Hoza, Martin, Pirog, & Shoulberg, 2016).

Evolució

Un estudi metaanalític (Rimestad, Lambek, Zacher, & Hougaard, 2016) que inclou 16 estudis i 1003 infants, proposa la formació en pares de nenes preescolars (2,5-6 anys) com una modalitat d'intervenció precoç eficaç per abordar el funcionament familiar, els problemes de conducta i els símptomes de TDAH.

Respecte a l'evolució del trastorn trobem un estudi longitudinal de cohorts Europeu (van Lieshout et al., 2016) que fa un seguiment de 6 anys amb una mostra de 347 pacients amb TDAH i una mitjana d'edat de 11.4 anys. S'observa que el 86,5% dels pacients manté el diagnòstic de TDAH. No obstant els trastorns comòrbids disminueixen considerablement (trastorn negativista desafiant: 58>31%; trastorn de conducta: 19>7%), només entre un 1-3% presentaven trastorns de l'estat d'ànim i d'ansietat. S'observa un augment de la prescripció de tractament farmacològic al llarg del temps (79-91%). Sis anys més tard pràcticament la meitat

dels subjectes (48,5%) mostres encara un deteriorament en el funcionament global. Es rellevant destacar que quan més petits són els infants, major severitat dels símptomes i major deteriorament global. L'estudi conclou que el tractament farmacològic no té un impacte altament beneficiós en la severitat dels símptomes nuclears o en el funcionament global. Aquests resultats suggereixen que el TDAH persisteix a l'adolescència produint un deteriorament familiar i social comportant importants factors de risc.

Per concloure, seguim observant buits de coneixement a molts nivells: etiologia, procés d'avaluació i intervenció que cal anar cobrint.

Referències bibliogràfiques

Berger, I., Slobodin, O., & Cassuto, H. (2016). OUP accepted manuscript. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *32*(1), 81–93.

Bikic, A., Reichow, B., McCauley, S. A., Ibrahim, K., & Sukhodolsky, D. G. (2016). Meta-analysis of organizational skills interventions for children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Psychology Review*, *52*, 108–123.

Cairncross, M., & Miller, C. J. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapies for ADHD: A Meta-Analytic Review. *Journal of Attention Disorders*.

Chan, E., Fogler, J. M., & Hammerness, P. G. (2016). Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents. *JAMA*, *315*(18), 1997.

Craig, S.G., Davies, G., Schibuk, L., Weiss, M.D., Hechtman, L., 2015. Long term effects of stimulant treatment for ADHD: what can we tell our patients? *Current Developmental Disorders Reports*, *2*, 1–9.

Geladé, K., Janssen, T. W. P., Bink, M., van Mourik, R., Maras, A., & Oosterlaan, J. (2016). Behavioral Effects of Neurofeedback Compared to Stimulants and Physical Activity in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *77*(10), e1270–e1277.

Hoza, B., Martin, C. P., Pirog, A., & Shoulberg, E. K. (2016). Using Physical Activity to Manage ADHD Symptoms:The State of the Evidence. *Current Psychiatry Reports*, *18* (12): 113.

Hutchison, S. L., Ghuman, J. K., Ghuman, H. S., Karpov, I., & Schuster, J. M. (2016). Efficacy of atomoxetine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in patients with common comorbidities in children, adolescents and adults: a review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, *6*(5), 317–334.

Levin, R. L., & Rawana, J. S. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder and eating disorders across the lifespan: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, *50*, 22–36.

Lo, H. H. M., Wong, S. Y. S., Wong, J. Y. H., Wong, S. W. L., & Yeung, J. W. K. (2016). The effect of a family-based mindfulness intervention on children with attention deficit and hyperactivity symptoms and their parents: design and rationale for a randomized, controlled clinical trial (Study protocol). *BMC Psychiatry*, *16*(1), 65.

Nazar, B. P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P., & Treasure, J. (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(12), 1045–1057.

Park, B., Kim, J., & Park, H. (2016). Differences in connectivity patterns between child and adolescent attention deficit hyperactivity disorder patients. In *2016 38th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC)* (Vol. 2016, pp. 1127–1130). IEEE.

Percinel, I., Yazici, K. U., & Ustundag, B. (2016). Iron Deficiency Parameters in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, *47*(2), 259–269.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(3), 345–365.

Rajeh, A., Amanullah, S., Shivakumar, K., & Cole, J. (2017). Interventions in ADHD: A comparative review of stimulant medications and behavioral therapies. *Asian Journal of Psychiatry*, *25*, 131–135.

Rimestad, M.L., Lambek, R., Zacher, H., & Hougaard, E. (2016). Short and long term effect of a parent training for prescholl children with or at risk of ADHD: a systematic review and meta-analysis. *Journal Attention Disorders*, *14*, epub ahead of print.

Van Lieshout, M., Luman, M., Twisk, J. W. R., van Ewijk, H., Groenman, A. P., Thissen, A. J. A. M., … Oosterlaan, J. (2016). A 6-year follow-up of a large European cohort of children with attention-deficit/hyperactivity disorder-combined subtype: outcomes in late adolescence and young adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *25*(9), 1007–1017.

Vélez-Galarraga, R., Guillén-Grima, F., Crespo-Eguílaz, N., & Sánchez-Carpintero, R. (2016). Prevalence of sleep disorders and their relationship with core symptoms of inattention and hyperactivity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Journal of Paediatric Neurology : EJPN : Official Journal of the European Paediatric Neurology Society*, *20*(6), 925–937.

1.3 ACTUALITZACIÓ EN ELS TRASTORNS DE L'ESPECTRE DE L'AUTISME

Noemi Balmaña, Helena Cachinero i Maria Teresa Ordeig
Hospital Universitari Mutua de Terrassa.

Introducció

El interès i nombre d'estudis al voltant de l'Autisme continua creixent de forma important, contribuint a enriquir el coneixement com la formació en el camp de la investigació (genètica, epigenètica...), clínica hospitalària, i àmbit de l'educació. A nivell estatal, el nombre de filiats a les Associacions de famílies amb fills amb TEA ha crescut exponencialment i, amb ella, les activitats d'oci, recurs terapèutic i formatiu que s'espera que reverteixi directament en una millora en la qualitat de vida dels pacients amb TEA com de les seves famílies.

En el present article s'han revisat els articles de major impacte en el darrer any i de contribució a avançar en la comprensió com intervenció en l'autisme.

Etiopatogènia i factors ambientals dels trastorns de l'espectre autista (TEA)

L'autisme és considerat el trastorn "més genètic", amb una elevada tassa de concordança en els germans que s'estima en els darrers estudis del 50-70% en monozigots (MZ) i del 31-36% en els dizigots, explicats per factors ambientals compartits durant la gestació.

Durant el darrer any, la enginyeria genètica ha permès fer estudis genètics i genòmics utilitzant nous anàlisis d'aproximació als complexos factors genètics de l'autisme. Mitjançant anàlisis complets del exoma o la identificació de variants en el número de copies de nucleòtids (CNV) en el genoma es vol observar els petits canvis genètics com de l'estructura cromosòmica que permeti entendre els diferents subtipus d'autisme, i ser més precisos en els tractaments futurs (Sanders et al., 2015). En aquesta línia s'ha calculat que un 30% de les persones amb TEA mostren alteracions que provenen de progenitors sans, anomenant-se

casos per alteracions *de novo* (Ruggieri & Arberas, 2016). El TEA es dóna més en els nens que nenes, amb una proporció que pot variar del 1,4 a 1, fins a 15'7 a 1, depenent de les mostres dels estudis, parlant-se d'un efecte protector femení davant el risc de desenvolupar TEA. Tanmateix, la menor diferència de prevalença es troba en els casos relacionats amb discapacitat intel·lectual associada, observant-se que les nenes estan més afectades. En aquests casos, els estudis genètics amb les dones TEA mostraven major càrrega d'elements genètics patològics. Això explicaria que els germans varons de nenes amb autisme tendeixen a mostrar un fenotip més greu respecte als germans de varons.

Pel que fa a la etiopatogenia, es parla de que en alguns casos, una alteració en un gen podria ser suficient per a causar un autisme, mentre que en altres casos és necessari més de 1000 gens. És a dir, que en ocasions la presentació clínica pot ser similar, tanmateix la seva etiologia molt variada. En l'article de Hervas (2016), l'autora ens descriu la variabilitat fenotípica que ens podem trobar en els diferents moments evolutius i de gènere; l'heterogeneïtat en el autisme relacionada amb la seva etiologia genètica, així com els factors relacionats amb la comorbiditat i els TEA.

Pel que fa als factors ambientals, l'exposició a la contaminació de l'aire pel trànsit, sembla tenir un paper important en etapes de gestació i vulnerabilitat en el sistema immunològic de la mare i posterior diagnòstic de TEA. En l'estudi de Becerra, Wilhelm, Olsen, Cockburn i Ritz (2013) a través de la comparació de dades oficials sobre contaminació aèria de Los Angeles en pacients diagnosticats de TEA i controls, els autors conclouen que existeix una associació entre l'exposició prenatal a la contaminació pel trànsit i el TEA. Resultats semblants obtenen Volk, Lurmann, Penfold, Hertz-Picciotto i McConnell (2013) i Von Ehrenstein, Aralis, Cockburn i Ritz (2014) en les seves corresponents recerques, trobant-se associacions similars en el cas de l'exposició a pesticides i altres productes químics durant la gestació.

També es parla de l'edat avançada dels dos progenitors, sent la del pare relacionada amb un increment de risc d'alteracions cromosòmiques, i s'inclou edats més joves en la de la mare (Hervas, 2016). Investigacions recents fan referència a una possible alteració en creixement cerebral (Kaushik & Zarbalis, 2016). Més concretament destaca un sobre-creixement en el nombre de neurones del còrtex prefrontal i l'amígdala, àrees relacionades amb l'aprenentatge emocional i la memòria de processament. Els autors senyalen que la megaencefàlia podria representar el punt de confluència entre els factors genètics i ambientals, els quals conformen els factors amb més evidència científica pel que fa al desenvolupament del TEA.

Pel que fa a la relació de dieta i TEA, aquest any s'ha volgut fer especial esmena donat que cada vegada són més les famílies en el camp de la clínica que demanen informació basada en l'evidència sobre la possible o no relació. Es parla de que un 80% dels casos de TEA presenten problemes gastrointestinals, que no pas de al·lèrgia. Això ha generat un major interès en els últims anys pel que fa la possible relació entre les alteracions en la microbiota i el desenvolupament del TEA. La microbiota és el conjunt de microorganismes (bactèries, virus, fons) que cohabiten a diferents parts del cos humà amb una funció de vegades comensalista i d'altres simbiòtica. En l'intestí dels nadons no hi ha microorganismes, i és en les primeres etapes de la vida que es va creant un tipus de flora a partir de la flora vaginal i gastrointestinal de la mare. La llet materna afavoreix un predomini de bifidobacteris en el lactant, i altres tipus de flora és la que es va construint quan el nen s'alimenta d'altres aliments. Alguns autors apunten que esdeveniments vitals primerencs que es donen en l'ambient uterí o ambient primerenc postnatal, com ara l'ús de fàrmacs, factors hormonals, immunològics o altres, s'han relacionat amb canvis epigenètics, és a dir, que acaben alterant l'expressió genètica i els han relacionat com a factors de risc ambiental en els TEA. Altres autors estudien concretament com els factors anteriors podrien alterar la composició de la microbiota i, conseqüentment, provocar problemes en el neurodesenvolupament com els que

presenta la població TEA. Parlen que té lloc una excessiva presència de bacteroidetes i proteobactèria en contraposició a la menor quantitat de firmicutes i actina bactèries en els subjectes diagnosticats de TEA, posant a prova el tractament amb pre i probiòtics per la simptomatologia TEA. No obstant, avui dia no hi ha dades suficientment per determinar la correlació entre aquests fets i el trastorn. Per a més aprofundiment en el tema, es recomana llegir a Berding i Donovan (2016) que fan un recull sobre les dades científiques que s'han obtingut en els darrers anys així com de possibles futures línies d'investigació al respecte.

Descripció clínica dels trastorns de l'espectre autista (TEA)

El DSM5 ofereix una perspectiva més dimensional dels Trastorns de l'Espectre de l'Autisme i amb ella, una presentació clínica més variada i complexa. Cada vegada més es parla dels diversos autismes i de la seva variabilitat fenotípica relacionats amb factors genètics, epigenètics i ambientals que interactuen (Hervás, 2016). És un trastorn del neurodesenvolupament, que afecta a la pragmàtica i cognició social, amb presència de conductes i/o interessos repetitius, de curs crònic i de interferència diferenciada segons el moment evolutiu. Els criteris més restrictius del DSM5, inclouen les alteracions sensorials dins la dimensió de les conductes repetitives, que expliquen sovint diagnòstics comòrbids i associats al quadre nuclear del TEA, com seria, els trastorns alimentaris, la desregulació emocional, els problemes atencionals i/o de inquietud motora.

La menor prevalença de nenes TEA en el grup d'alt funcionament ha suscitat en els darrers anys qüestionar-se si era perquè passaven desapercebudes al presentar una manifestació clínica diferent a la del gènere masculí, descrit en altres trastorns com ara el Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat i la discapacitat intel·lectual. Ruggieri i Arberas (2016) revisa els aspectes clínics i evolutius, la variabilitat clínica de les dones en relació als varons, i les possibles causes neurobiològiques i genètiques que justifiquen la major prevalença i les

diferències de expressió de gènere en els TEA. Explica que probablement la diferència pròpia de gènere que es troba en la població general, també estigui present en la població TEA, i els criteris de detecció i avaluació dels TEA estan dissenyats seguint el patró del sexe masculí. La noia amb TEA d'alt funcionament presenta major desenvolupament lingüístic, iniciació social, habilitats socials i de imitació, interessos socialment més acceptables culturalment (pintar, música, seguidores de personatges...), que poden "emmascarar" les greus dificultats de cognició social i empatia que presenten, no explicades per una discapacitat intel·lectual. Són un grup altament vulnerable a patir abusos i victimitzacions, depressió i intents de suïcidi, sense saber gestionar i demanar ajuda. Sembla que presenten major insight per a reconèixer i explicar el que els hi passa (amb l'auto qüestionari del *cociente del espectro autista*) en comparació amb el grup masculí, tot i que puntuaven menys amb les avaluacions de severitat de símptomes realitzades amb escales d'avaluació. Cada vegada més és detecta simptomatologia TEA en noies amb problemes alimentaris, com de disfòria de gènere. En els darrers anys caldrà està més alerta pel que respecte l'avaluació de simptomatologia alimentaria, disfòria de gènere, depressió i ansietat en nenes, realitzant diagnòstic diferencial amb un possible Trastorn de l'Espectre Autista o greus dificultats de cognició social i rigidesa com a diagnòstic o causa principal de les seves dificultats. L'èmfasi en aquest grup serà avaluar la qualitat, intensitat dels seus interessos i, sobretot, els dèficits de cognició social que "amaguen" sota un força bon contacte, iniciació social i expressió no verbal.

Intervenció en els TEA

Amb la investigació centrada en la detecció dels signes precoços o senyals d'alarma de TEA, és pretén començar a treballar en el període de plasticitat cerebral òptim del nen/a. Els programes d'estimulació van dirigits a produir canvis en els circuits neuronals que venen programats genèticament. Durant el període postnatal, primera infància i adolescència, la

plasticitat neuronal és un mecanisme en desenvolupament i refinament dels circuits i cal canviar la preferència motivacional centrada en objectes per la interacció amb les persones, sobretot des de les primeres etapes, que permeti activar les estructures cerebrals específicament dissenyades per a entendre com funciona el món social. L'any passat parlàvem de l'aproximació integradora del Mètode Denver (Rogers, 2014) com a primer programa manualitzat de intervenció primerenca en TEA amb resultats científicament validats i, aquest any, volem parlar del PACT (Parent-mediated communication-focused treatment) que ha presentat resultats molt interessants. És un programa de intervenció desenvolupat a la Universitat de Manchester per un equip multidisciplinar de psiquiatres, psicòlegs i logopedes experts en TEA. Està manualitzat i estructurat en sis estadis amb uns objectius clars: intervenir en els dèficits nuclears dels TEA que són la interacció i comunicació. La intervenció té la finalitat de incrementar la resposta dels pares als interessos i iniciacions del infant amb TEA, potenciar la atenció conjunta, la sincronia comunicativa pare/mare –fill, ampliar la comprensió del llenguatge i expandir el llenguatge verbal. Es segueix la mateixa progressió evolutiva de les primeres etapes del desenvolupament prelingüístic i primeres etapes del llenguatge verbal. Es tracta d'una intervenció guiada pel terapeuta però que els pares duen a terme a casa diàriament en sessions de 30 minuts i que després comparteixen amb el terapeuta que monitoritza els progressos i dóna "feedback" a través d'analitzar gravacions en vídeo del infant amb els seus pares per assegurar l'acompliment dels objectius i aprenentatges. La intervenció guiada té una durada limitada que no supera l'any i mig. Els primers estudis randomizats varen donar resultats prometedors i significatius amb disminucions significatives en la puntuació total del ADOS i efectes significativament positius en variables com la sincronicitat pare-infant, iniciacions comunicatives del infant i atenció compartida. El PACT es va aplicar a un grup de 77 nens entre 2 anys i 4 anys i 11 mesos afectats de TEA i el grup control el formaven un grup de 75

nens igualats per edat, sexe i severitat dels símptomes TEA que només rebien intervenció estandarditzada per TEA,

Aquests any, al Lancet 2016 han tornat a publicar resultats del seguiment 6 anys després de finalitzar la intervenció d'aquesta mostra inicial. Els efectes de la intervenció segueixen mantenint-se amb reduccions en les puntuacions del ADOS i millores en la comunicació social i disminució de comportaments repetitius.

Esperem que en els propers anys la recerca continuï progressant i traduint-se en una millora directa per la qualitat de vida de les famílies i persones amb TEA amb programes eficaços i eficients.

Referències bibliogràfiques

Posar, A., & Visconti, P. (2016). Autism in 2016: the need for answers. *Journal de Pediatria*, *93*(2),111-9.

Becerra, T. A., Wilhelm, M., Olsen, J., Cockburn, M., & Ritz, B. (2013). Ambient air pollution and autism in Los Angeles county, California. *Environmental Health Perspectives*, *121*(3), 380-386.

Berding, K., & Donovan, S. M. (2016). Microbiome and nutrition in autism spectrum disorder: current knowledge and research needs. *Nutrition Reviews*, *74*(12), 723-736.

Hervás, A. (2016). Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista. *Revista Neurología, 62*, S9-S14.

Kaushik, G., & Zarbalis, K. S. (2016). Prenatal neurogenesis in autism spectrum disorders. *Frontiers in chemistry*, *4*, 12.

Pickles, A., Le Couteur, A. S., Leadbitter, K., Salomone, E., Cole-Fletcher, R., Tobin, H., … Green, J. (2016). Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *The Lancet*; *388*(10059), 2501-2509.

Ruggieri, V. & Arberas, C. (2016). Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. *Revista Neurología, 62,* S21-S26.

Sanders, S. J., He, X., Willsey, A. J., Ercan-Sencicek, A.G., Samocha, K.E., Cicek, A.E., ... State, M.W. (2015). Insights into autism spectrum disorder genomic architecture and biology from 71 risk loci.. *Neuron; 87*(6), 1215-33.

Volk, H. E., Lurmann, F., Penfold, B., Hertz-Picciotto, I., & McConnell, R. (2013). Traffic-related air pollution, particulate matter, and autism. *JAMA psychiatry,70*(1), 71-77.

Von Ehrenstein, O. S., Aralis, H., Cockburn, M., & Ritz, B. (2014). In utero exposure to toxic air pollutants and risk of childhood autism. *Epidemiology; 25*(6), 851-858.

2. TRASTORNS D'ANSIETAT

2.1 TRASTORNS D'ANSIETAT: ASPECTES TRANSDIAGNÒSTICS

Miquel Tortella-Feliu
Universitat de les Illes Balears

Sobre la teràpia d'exposició

Començarem amb dos articles d'interès didàctic, el de Foa i McLean (2016) on es fa un recorregut històric i conceptual sobre la teràpia d'exposició en el tractament del trastorn obsessivocompulsiu i el trastorn per estrès posttraumàtic i el de Boettcher, Brake i Barlow (2016) sobre els orígens de l'exposició interoceptiva i sobre la seva extensió a la terapèutica a d'altres trastorns d'ansietat (TA) més ellà del trastorn d'angoixa. Mirant més el futur, Pittig, van den Berg i Vervliet (2016) presenta una proposta teòrica sobre com millorar l'aplicació de la teràpia d'exposició per incrementar-ne l'eficàcia, basant-se en els coneixements derivias de la recerca bàsica sobre extinció de la por. En un terreny proper, Patterson i van Ameringen (2016) ens ofereixen una revisió sistemàtica i metaanalítica sobre l'impacte de les estratègies adjuntives sobre l'eficàde la teràpia d'exposició per als TA resistents al tractament. A l'últim, tres estudis sobre el paper de les conductes de seguretat durant la teràpia d'exposició: un de metaanalític del qual no es pot concloure que la seva presència sigui sempre perniciosa en el marc del tractament dels TA (Meulders, Van Daele, Volders i Vlayen, 2016), i dos estudis individuals, un que també posa en dubte que sempre i tots els casos siguin perjudicials (Goetz, Davine, Siwiec i Lee, 2016) i l'altre en què es constata que interfereixen en els resultats de la teràpia d'exposició (Bakley i Abramowitz, 2016).

Eficàcia i efectivitat dels protocols transdiagnòstics en el tractament dels TA

Quant al **Protocol Unificat**, crec que paga la pena destacar, en primer lloc, la reimpressió del treball que pot ser considerat com l'impulsor de la nova onada de tractaments

transdiagnòstics, publicat pel grup de Barlow el 2003 (Barlow, Allen i Choate, 2016). A banda d'això, dos estudis menors, un de pilot, en què s'analitza el paper de l'ús de les estratègies d'atenció plena dins el protocol (Brake et al., 2016) i un altre en què s'hi analitza l'aplicabilitat, que sembla bona, a un context cultural prou diferent, com és el japonès (Ito et al., 2016). Finalment una sèrie de casos en què s'explora l'eficàcia preliminar del protocol unificat en el tractament del trastorn límit de personalitat comòrbid amb TA i/o depressius (Sauer-Zavala, Bentlye i Wilner, 2016)

En relació al **Wellbeing Course,** de dos estudis d'eficàcia publicats l'any que ens ocupa se'n deriva que aquest tractament transdiagnòstic, ja sigui aplicat per internet / guiat per terapeuta o aplicat individualment / en grup, presenta resultats equivalents, en la majoria d'índexs, als assolits per tractaments específics per a la terapèutica del trastorn d'ansietat social (Dear et al., 2016) i del trastorn d'angoixa (Flogiati et al., 2016). Quant a l'efectivitat, Hadjistavropoulos et al. (2016) descriuen que el Wellbeing Course aconsegueix reduccions simptomàtiques amb grandàries de l'efecte grans, sense que hi hagi diferències en funció que la intervenció sigui duita a terme a un centre especialitzat o dins la comunitat o si l'apliquen terapeutes experts o novells. Un darrer treball en presenta la versió en àrab i la seva aplicabilitat en aquesta comunitat (Kayrouz, Dear, Karin, Fogliati i Titov, 2016).

Pel que fa al **Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM),** hem sabut de dues publicacions. En la primera (Campbell-Sils et al., 2016) s'informa que un 58% de pacients, que abans no havien respost al tractament farmacològic per a diversos TA i que inicien tractament cognitivoconductual (TCC), responen aquesta darrera intervenció assolint, a més, una taxa del remissió del 46%. En la segona publicació (Jakubovski i Bloch, 2016) s'analitzen predictors de resultat d'aquest model d'intervenció per a diversos TA, assenyalant que la patologia que presenta pitjor resposta és el trastorn d'ansietat social. La presència de

depressió comòrbida i procedir d'un nivell socioeconòmic baix també prediuen una menor resposta a la intervenció.

En el marc del projecte **Improving Access to Psychological Treatment,** Delgadillo et al. (2016) analitzen l'impacte dels grups psicoeducatius, en una mostra molt àmplia de pacients amb diferents TA tractats als serveis comunitaris, en la reducció de la simptomatologia ansiosa. La intervenció s'associa amb reduccions simptomàtiques grans i equiparables a les obtingudes en els estudis d'eficàcia amb intervencions d'autoajut guiat.

Estudis de revisió i metaanàlisis per sobre els diversos tractaments transdiagnòstics per als TA.

Norton i Paulus (2016) presenten una revisió sintètica, d'indubtable interès didàctic, sobre l'origen i desenvolupament dels diversos tractaments transdiagnòstics per als TA des del 2004 fins al moment actual.

Una revisió sistemàtica i metaanàlisi dels TCC transdiagnòstics assistits per ordinador, que recull 17 estudis controlats aleatoritzats, la trobam a Newby, Twomey, Yuan-Li i Andrews (2016). Aquesta mena d'intervencions són clarament més eficaces, en la reducció de la simptomatologia ansiosa, que les condicions en llista d'espera (grandària de l'efecte gran) i un poc memnys en comparació a d'altres condicions actives o al tractament habitual (grandàries de l'efecte moderades o petites). A més, amb els pocs estudis publicats fins ara, quan es comparen amb tractaments adreçats a trastorns específics, les intervencions transdiagnòstiques obtenen resultats que en són equiparables.

Menció a banda per als entrenaments en la modificació de biaixos atencionals, que tanta empenta han rebut en els darrers anys. La revisió de Mogg i Bradley (2016) en destaca els resultats decebedors com a estratègia per a reducció de l'ansietat, malgrat que de la metaanàlisi de Price et al. (2016) encara se'n deriva un cert optimismes sobre la seva

capacitat de facilitar la remissió diagnòstica a diversos TA, tot i que sigui amb efectes entre petits i moderats.

Estudis de revisió i metanaanàlisis sobre TCC i tractaments farmacològics per a diversos TA trastorns específics.

En aquest apartat hi encabim, en primera instància, tres metaanàlisis encapçalades per Pim Cuijpers en què s'hi constata: (a) que la la TCC és eficaç per al tractament del trastorns d'angoixa, ansietat social i ansietat generalizada i de la depressió major, amb grandàries de l'efecte grans quan les comparances són amb controls amb llista d'espera, però prou menors respecte a d'altres tractaments actius (Cuipjers, Cristea, Weitz, Gentili i Berking, 2016); (b) que la TCC és igualment eficaç en la reducció de la simptomatologia ansiosa general en els trastorns d'angoixa, ansietat social i ansietat generalizada, llevat de quan es quantifica amb l'Inventari d'Ansietat de Beck on s'observen reduccions molt majors per al trastorn d'angoixa (Cuijpers et al., 2016) que per als altres dos trastorns i (c) que els pacients que reben TCC específica per als TA també presenten reduccions importants, fins i tot majors que en les manifestacions ansioses, en la simptomatologia depressiva i que són comparables en magnitud a les assolides quan la depressió és l'objectiu primari del tractament (Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders i Huibers, 2016).

Quant a estudis de revisió i de metaanàlisi sobre predictors de resultat de tractament, em sembla especial suggerent el de Lueken et al. (2016) sobre diversos biomarcadors (genètics, d'activitat cerebral i d'altres de fisiològics) com a predictors de resultat de la TCC i les intervencions farmacològiques en la terapèutica dels TA. De tots els analitzats, hi ha evidències que mostren que els resultats de tractament s'associen a determinats polimorfismes en els gens transportadors de serotonina, a l'activitat de l'escorça cingulada anterior i a la flexibilitat cardíaca. També és d'interès la revisió narrativa en què Lueken i Hahn (2016)

detallen els canvis en els processos neurals que segueixen el tractament psicològics per als TA i depressius i la seva relació amb els resultats de tractament.

A l'últim, fer esment a la revisió sistemàtica de Perna, Alciati, Riva, Micieli i Caldirola (2016) sobre els resultats a llarg termini dels tractaments farmacològic per als TA, de la qual en conclouen la seva utilitat.

Estudis de revisió i metaanàlisis sobre intervencions en infants i joves.

Bennett et al. (2016) presenten una compilació de revisions sistemàtiques sobre els resultats dels tractaments dels problemes d'ansietat en infants i joves de la qual, d'altres coses, se'n desprèn que la TCC, ja sigui individual o grupal o amb la participació o no dels pares. és clarament més eficaç que les condicions de control apssiu però els resultats ja no són tan consistents, i amb qualsevol cas menors, quan es compara a controls actius. Pel que fa a les intervencions centrades en la modificació de biaixos atencionals i/o cognitius es conclou que no són més eficaces que d'altres condicions de tractament actives i que no es pot determinar l'eficàcia dels tractaments combinats de TCC i inhibidors de la recaptació serotonina i/o de la noradreanalina, fàrmacs que en solitari es mostren superiors al placebo.

Garber et al. (2016) analitzen, en la seva metaanàlisi, els efectes creuats dels programes de prevenció i de tractament de l'ansietat i la depressió en joves. Així, informen que les tractaments adreçats primàriament a l'ansietat tenen efectes significatius tant en la reducció de l'ansietat com en la depressió, tot i que són majors per a l'ansietat, i que el mateix succeeix per al que tenen com a focus principal la depressió (reducció d'ambdós tipus de manifestacions, però majors en la simptomatologia depressiva). En canvi, pel que fa als programes de prevenció, es conclou que els adreçats a l'ansietat no tenen efectes sobre els símptomes depressius, tot i que sí per a l'ansietat - és a dir, que no hi ha efectes creuats- i que

els programes adreçats a la reducció de la simptomatologia depressiva no van seguits de reduccions significatives ni en les manifestacions depressives ni en les d'ansietat.

Referències bibliogràfiques

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders – republished article. *Behavior Therapy, 47*(6), 838-853.

Bennett, K., Manassis, K., Duda, S., Bagnell, A., Bernstein, G. A., Garland, E. J., . . . Wilansky, P. (2016). Treating child and adolescent anxiety effectively: Overview of systematic reviews. *Clinical Psychology Review, 50*, 80-94.

Blakey, S. M., & Abramowitz, J. S. (2016). The effects of safety behaviors during exposure therapy for anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical Psychology Review, 49*, 1-15.

Boettcher, H., Brake, C. A., & Barlow, D. H. (2016). Origins and outlook of interoceptive exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 53*, 41-51.

Brake, C.A., Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2016). Mindfulness-based exposure strategies as a transdiagnostic mechanism of change: An exploratory alternating treatment design. *Behavior Therapy, 47*(2), 225-238.

Campbell-Sills, L., Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Bystritsky, A., Sullivan, G., & Stein, M. B. (2016). Improving outcomes for patients with medication-resistant anxiety: Effects of collaborative care with cognitive behavioral therapy. *Depression and Anxiety, 33*(12),

Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry, 15*(3), 245-258.

Cuijpers, P., Cristea, I. A., Weitz, E., Gentili, C., & Berking, M. (2016). The effects of cognitive and behavioural therapies for anxiety disorders on depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 46*(16), 3451-3462.

Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R. M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., & Cristea, I. A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 43*, 79-89.

Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Fogliati, V. J., Sheehan, J., Johnston, L., . . . Titov, N. (2016). Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for social anxiety disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 42*, 30-44.

Delgadillo, J., Kellett, S., Ali, S., McMillan, D., Barkham, M., Saxon, D., . . . Lucock, M. (2016). A multi-service practice research network study of large group psychoeducational cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy, 87*, 155-161.

Foa, E. B., & McLean, C. P. (2016). *The efficacy of exposure therapy for anxiety-related disorders and its underlying mechanisms: The case of OCD and PTSD*

Fogliati, V. J., Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Sheehan, J., Johnston, L., . . . Titov, N. (2016). Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for panic disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 39*, 88-102.

Garber, J., Brunwasser, S. M., Zerr, A. A., Schwartz, K. T. G., Sova, K., & Weersing, V. R. (2016). Treatment and prevention of depression and anxiety in youth: Test of cross-over effects. *Depression and Anxiety, 33*(10), 939-959.

Goetz, A. R., Davine, T. P., Siwiec, S. G., & Lee, H.-J. (2016). The functional value of preventive and restorative safety behaviors: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review, 44*, 112-124.

Hadjistavropoulos, H. D., Nugent, M. M., Alberts, N. M., Staples, L., Dear, B. F., & Titov, N. (2016). Transdiagnostic internet-delivered cognitive behaviour therapy in canada: An open trial comparing results of a specialized online clinic and nonspecialized community clinics. *Journal of Anxiety Disorders, 42*, 19-29.

Ito, M., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Fujisato, H., Nakajima, S., . . . Ono, Y. (2016). Transdiagnostic and transcultural: Pilot study of unified protocol for depressive and anxiety disorders in japan. *Behavior Therapy, 47*(3), 416-430.

Jakubovski, E., & Bloch, M. H. (2016). Anxiety disorder-specific predictors of treatment outcome in the coordinated anxiety learning and management (CALM) trial. *Psychiatric Quarterly, 87*(3), 445-464.

Kayrouz, R., Dear, B. F., Karin, E., Fogliati, V. J., & Titov, N. (2016). A pilot study of a clinician-guided internet-delivered cognitive behavioural therapy for anxiety and depression among arabs in Australia, presented in both english and arabic languages. *Internet Interventions, 5*, 5-11.

Lueken, U., & Hahn, T. (2016). Functional neuroimaging of psychotherapeutic processes in anxiety and depression: From mechanisms to predictions. *Current Opinion in Psychiatry, 29*(1), 25-31.

Lueken, U., Zierhut, K. C., Hahn, T., Straube, B., Kircher, T., Reif, A., . . . Domschke, K. (2016). Neurobiological markers predicting treatment response in anxiety disorders: A systematic review and implications for clinical application. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 66*, 143-162.

Meulders, A., Van Daele, T., Volders, S., & Vlaeyen, J. W. S. (2016). The use of safety-seeking behavior in exposure-based treatments for fear and anxiety: Benefit or burden? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review,*

Mogg, K., & Bradley, B. P. (2016). Anxiety and attention to threat: Cognitive mechanisms and treatment with attention bias modification.

Newby, J. M., Twomey, C., Yuan Li, S. S., & Andrews, G. (2016). Transdiagnostic computerised cognitive behavioural therapy for depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 199*, 30-41.

Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders: Update on the science and practice. *Behavior Therapy, 47*(6), 854-868.

Patterson, B., & Van Ameringen, M. (2016). Augmentation strategies for treatment-resistant anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety, 33*(8), 728-736.

Perna, G., Alciati, A., Riva, A., Micieli, W., & Caldirola, D. (2016). Long-term pharmacological treatments of anxiety disorders: An updated systematic review. *Current Psychiatry Reports, 18*(3), 23.

Pittig, A., Van Den Berg, L., & Vervliet, B. (2016). The key role of extinction learning in anxiety disorders: Behavioral strategies to enhance exposure-based treatments. *Current Opinion in Psychiatry, 29*(1), 39-47.

Price, R. B., Wallace, M., Kuckertz, J. M., Amir, N., Graur, S., Cummings, L., . . . Bar-Haim, Y. (2016). Pooled patient-level meta-analysis of children and adults completing a computer-based anxiety intervention targeting attentional bias. *Clinical Psychology Review, 50*, 37-49. doi:10.1016/j.cpr.2016.09.009*Behaviour Research and Therapy, 87*, 76-108.

Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., & Wilner, J. G. (2016). Transdiagnostic treatment of borderline personality disorder and comorbid disorders: A clinical replication series. *Journal of Personality Disorders, 30*(1), 35-51.

2.2 TRASTORN DE PÀNIC

Miriam Morales, Helena Cachinero i Laura Jiménez
Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Fogliati, Dear, Staples i Terides (2016) publiquen un assaig clínic controlat aleatoritzat en què comparen l'eficàcia clínica relativa i l'acceptabilitat de la TCC transdiagnòstica administrada per internet (TD-TCC) en relació a la TCC específica pel trastorn de pànic (TP-TCC), quan es porta a terme tant en format guiat per un clínic (GC-TCC) com autoguiat (AG-TCC). Els autors defensen que l'estudi és el més gran a nivell de mostra (n=135) de tots els que s'han realitzat en l'actualitat per comparar l'eficàcia. Els resultats demostren que no hi han diferències significatives en el seguiment entre els grups TD-TCC y TP-TCC, ni entre els grups GC-TCC com AG-TCC. Per tant, l'estudi proporciona recolzament pels dos enfocs de tractament (TD-TCC/TP-TCC), i també per els dos formats de suport (CG-TCC/AG-TCC) en el tractament del TP.

L'assertivitat en el TP ha estat un tema poc estudiat, tot i així s'ha demostrat que la falta d'assertivitat predisposa als pacients amb TP a patir depressió, empitjorant el trastorn i el pronòstic. L'estudi de Levitan, Simoes, Sardhina i Nardi (2016) pretén avaluar l'assertivitat i les seves implicacions en el tractament. Administren l'escala d'assertivitat RATHUS, l'ASI, l'ACQ i el BSQ com a mesures d'ansietat. Els resultats indiquen que les manifestacions més greus de TP correlacionen amb menys assertivitat. Aquestes dades posen èmfasi en la importància de proporcionar tractament psicològic que abordi l'entrenament en habilitats socials pels pacients amb TP i agorafòbia amb baixa assertivitat.

L'estudi de Brown et al. (2016) compara els atacs de pànic que es produeixen en l'ansietat social i en el trastorn de pànic en termes de freqüència de símptomes, gravetat, nivell d'angoixa, deteriorament i correlats clínics. S'ha entrevistat a 404 participants mitjançant l'entrevista diagnòstica de trastorns d'ansietat (ADIS-IV-L).

Els resultats mostren que la naturalesa dels atacs en el trastorn de pànic són de tipus inesperat i es caracteritzen per un major número i gravetat de símptomes en comparació als de l´ansietat social.

També que la por a morir és l'únic símptoma que prediu diferencialment la presència d'un atac de pànic inesperat, per tant, és probable que aquest símptoma afavoreixi l'aparició dels atacs de pànic del trastorn de pànic.

Per últim, els autors troben que el grau de gravetat dels atacs de pànic del TP s'associa amb una varietat de característiques clíniques deficitàries, nivells elevats d'angoixa i deteriorament general.

La independència de l'Agorafòbia (AG) i el Trastorn de Pànic (TP) com a entitats diagnòstiques ha estat un tema de controvèrsia durant els darrers anys. D´altra banda, la intervenció terapèutica acostuma a ser la mateixa en les possibles combinacions d'aquestes dues entitats

L'estudi de Hoffart, A., Hedley, L. M., Svanøe, K., Langkaas, T. F., & Sexton, H. (2016) és pioner en aquesta àrea i pretén examinar i comparar a llarg termini l'evolució dels pacients amb TP + AG i pacients amb Agorafòbia sense Trastorn de Pànic, realitzant un seguiment als 20 anys. Van trobar que el trastorn de Personalitat evitatiu era més freqüent en el grup de Trastorn de Pànic amb Agorafòbia, trastorn associat a menor resposta terapèutica. Per tant, es va decidir mesurar si la presència d'aquest trastorn de personalitat també es relacionava amb pitjor evolució.

Els pacients van rebre un primer tractament estandaritzat d'exposició durant 5 setmanes, sense tractament farmacològic. El segon bloc de tractament, de 6 setmanes de durada va ser una teràpia psicodinàmica, adreçada a potenciar vulnerabilitats per desenvolupar agorafòbia i altres comorbilitats, així com per prevenir recaigudes. Pel que fa als resultats, aquests indiquen que TP+AG i AG conformen 2 entitats diagnòstiques diferenciades. Aquest estudi

també és consistent amb la superioritat de la teràpia d'exposició davant la teràpia psicodinàmica, tal i com recull la literatura científica prèvia. Els pacients amb TP+ AG obtenien millor resposta al tractament que el grup d'AG. No obstant, no es van trobar diferències estadísticament significatives en el seguiments dels 2 i 20 anys.

Greene, A i Eaton, N. (2016) realitzen el primer estudi que examina tant de forma conjunta com separada les comorbiditats presents en l'agorafòbia i el trastorn de pànic, a través d'un model transdiagnòstic. El seu estudi recolza la conceptualització diferenciada de les dues entitats i la nova classificació del DSM-5. Els autors proposen un model conformat per dos grans factors: internalització i externalització, essent el primer subdividit en distress (angoixa) i por.

El Trastorn de Pànic està primàriament associat amb el subfactor distress, cosa que suggereix que podria ser entès com un trastorn més similar al trastorn depressiu major, també inclòs en aquest subfactor. En canvi, l'agorafòbia estaria inclosa en el subfactor de por, compartint categoria amb altres fòbies. Quan es dóna la comorbiditat de TP + AG aquest també s'inclou dintre del grup de fòbies. Si es contempla el trastorn de pànic modelat o no per la presència d'AG, el constructe resultaria de la combinació tant del distress com de por. Els autors reconeixen que la seva troballa es contradictòria amb investigacions prèvies on es tractava ambdos diagnòstics de forma similar, com trastorns fòbics.

El present estudi recolza la idea de que les persones que pateixen TP sense evitacions agorafòbioques comparteixen més característiques amb trastorns emocionals com la preocupació i la disfòria. En canvi la Agorafòbia compartiria més trets amb els trastorns fòbics, com la fòbia social o especifiques, així com el neuroticisme de rerefons. Aquesta nova conceptualització obriria la porta cap a intervencions més específiques si intervencions futures corroboréssin aquests resultats.

Com és sabut, les guies clíniques recomanen la teràpia cognitiu-conductual com a primera

opció de tractament. No obstant, l'evidència no és tan sòlida en quant al manteniment del resultats a mig -llarg termini. Hoffart, A., Hedley, L. M., Svanøe, K., & Sexton, H. (2016) duen a terme una investigació que té com a objectiu comprovar si la teràpia cognitiva aconsegueix millors resultats en el seguiment i veure si una major reducció de creences catastròfiques durant el tractament i un augment de la sensació d'autoeficàcia i control de l'ansietat prediuen millors resultats en el seguiment a llarg termini.

26 subjectes d´una mostra total de 52 van ser assignats a la teràpia cognitiva i els altres 26 a la teràpia d´exposició de Williams. Es van realitzar seguiments a l'any, als dos anys i als 18 anys. La teràpia consistia en ambdós grups en psicoeducació sobre el model específic de tractament tractament. Els tractaments es van dur a terme segons els manuals de referència (Teràpia cognitiva de Clark i Salkovskis i Teràpia d´Exposició de Williams).

No es van trobar diferències significatives a llarg termini entre les dues intervencions. Sí es van trobar milloria significativa a favor de la teràpia cognitiva en el seguiment a 1 any, però aquesta diferència es dissol amb el pas del temps. Les dues intervencions són eficaces en quant a l'extinció de la por. La percepció d´autoeficàcia era major amb la teràpia d´exposició. Els resultats també reflexen que les creences catastrofistes de les sensacions corporals són un important factor mantenidor del trastorn de pànic amb agorafòbia, tot i que una de les mesures indica que la influència del tractament en quant a les cognicions catastrofistes s'atenua amb el pas del temps. Això podria indicar que processos d'aprenentatges diferents a la reavaluació de l'amenaça, com l'extinció, podrien tenir un pes important de cara al manteniment de la milloria a llarg termini.

En la línea de recerca dels pacients no responedors a teràpia psicològica d´orientació cognitiu-conductual, un grup d´investigadors catalans liderats per Martí Santacana i cols., 2016 han investigat la implicació genètica i ambiental d´aquestes persones, per tal de poder oferir a llarg termini teràpies personalitzades. L´objectiu és estudiar el gen BDNF com a

factor genètic i el maltractament infantil com a factor ambiental, per veure si aquests factors estàn associats a la diferent resposta a TCC per pacients amb TP. 97 pacients van realitzar TCC. Els autors van identificar dues respostes diferents (alta i baixa resposta) al la teràpia. En quant a resultats, van trobar que no hi havia clara significació entre resultat de la teràpia i gen BDNF ni amb la variable trauma infantil. Tampoc van trobar cap interacció entre ambdues variables.

Pel que fa la influència que tenen els esdeveniments vitals estressants en la vulnerabilitat dels trastorns emocionals, la literatura científica tracta d'esbrinar el pes concret d'estressors crònics en contraposició d'estressors aguts en el desenvolupament de psicopatologia. L'equip de Conway, C. C., Rutter, L. A., & Brown, T. A. (2016) en el seu estudi proposa aïllar estressors estables i examinar els seus efectes en el curs de la depressió i el trastorn de pànic. La mostra, conformada per 677 pacients diagnosticats amb un trastorn de l'esfera emocional van ser entrevistats en 3 moments diferents al llarg de 12 mesos. Van trobar que el 74% de la variància d'estrès vital era estable durant els seguiments portats a terme. Aquests estressors estables s'associen amb respostes refractàries en el curs del trastorn depressiu així com amb la presència de trastorn de pànic. Aquests resultats podrien evidenciar que una intervenció més específica que incidís sobre l'afrontament dels estressors podria obtenir millors resultats en el tractament dels trastorns emocionals.

Hi ha poques revisions actuals que comparin la eficàcia i acceptabilitat entre teràpia psicològica i psicofarmacològica malgrat ser les més utilitzades pel tractament de pànic amb o sense agorafòbia. Cochrane (Imai H, Tajika A, Chen P, Pompoli A, Furukawa TA, 2016) va creuar estudis de revisió trobats a Medline, Embase i PsycInfo.

Es van incloure un total de 16 estudis amb resultats a curt termini amb una mostra total de 996 pacients. No es van trobar diferències significatives entre teràpia i ISRS en termes d´eficàcia i acceptabilitat. Els mateixos resultats es van obtenir amb ATD tricíclics ó altres

tipus d´ATD. De la mateixa manera, no hi havia diferència entre teràpia psicològica i benzodiacepines ó entre teràpia i combinació d´ATD+Bz. Pel que fa a la comparació entre teràpies, les dades no són suficientment concloents pel que es fa pal.lesa la necessitat d´investigar la eficàcia a llarg termini.

Referències bibliogràfiques

Brown, L. A., LeBeau, R., Liao, B., Niles, A. N., Glenn, D., & Craske, M. G. (2016). A comparison of the nature and correlates of panic attacks in the context of Panic Disorder and Social Anxiety. *Disorder. Psychiatry Research*, *235*, 69-76.

Conway, C. C., Rutter, L. A., & Brown, T. A. (2016). Chronic environmental stress and the temporal course of depression and panic disorder: A trait-state-occasion modeling approach. *Journal of abnormal psychology*, *125*(1), 53

Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Fogliati, V. J., Sheehan, J., Johnston, L., R. Kayrouz, R. Dear, P. M. McEvoy, & Titov, N. (2016). Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for Social Anxiety Disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal Of Anxiety Disorders*, *42*, 30-44.

Greene, A. L., & Eaton, N. R. (2016). Panic disorder and agoraphobia: A direct comparison of their multivariate comorbidity patterns. *Journal of affective disorders*, *190*, 75-83.

Hoffart, A., Hedley, L. M., Svanøe, K., Langkaas, T. F., & Sexton, H. (2016). Agoraphobia With and Without Panic Disorder: A 20-Year Follow-up of Integrated Exposure and Psychodynamic Therapy. *The Journal of nervous and mental disease*, *204*(2), 100-107.

Hoffart, A., Hedley, L. M., Svanøe, K., & Sexton, H. (2016). Cognitive and guided mastery therapies for panic disorder with agoraphobia: 18-year long-term outcome and predictors of long-term change. *Clinical psychology & psychotherapy*, *23*(1), 1-13.

Levitan, M. N., Simoes, P., Sardinha, A. G., & Nardi, A. E. (2016). Agoraphobia Related to Unassertiveness in Panic Disorder. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, *204(5)*, 396-399.

Imai H, Tajika A, Chen P, Pompoli A, Furukawa TA (2016). Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews,Issue 10.* Art.No.:CD011170.

Santacana, M., Arias, B., Mitjans, M., Bonillo, A., Montoro, M., Rosado, S., Guillamat, R., Vallés, V., Pérez, V., Forero, C.G., Fullana, MA. (2016). Predicting Response Trajectories during Cognitive-Behavioural Therapy for Panic Disorder: No Association with BDNF Gene or Childhood Maltreatment. *Plos One 11 (6):*e0158224..

2.3 HIPOCONDRIA (TRASTORN D'ANSIETAT PER LA MALALTIA)

Isabel Mª Sánchez Díaz, Marta De Gracia De Gregorio i Jéssica Sánchez González
Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari de Bellvitge

Malgrat han passat més de tres anys des de la substitució al DSM-5 de la Hipocondria en dues noves entitats diagnòstiques, el Trastorn d'Ansietat per la Malaltia (TAM) i el Trastorn de Símptomes Somàtics (TSS), segueixen havent treballs que manifesten la limitada utilitat clínica de la nova classificació. Per una banda, per les seves ambigüitats en el diagnòstic (tots dos diagnòstics comparteixen una elevada ansietat per la salut com a criteri comú però només els símptomes somàtics són requerits al TSS) i per un altra, en el camp de la Medicina Psicosomàtica, al descuidar els factors psicològics (rol del estrès crònic, life events recents o primerencs, hàbits saludables, etc..) que modulen la vulnerabilitat a emmalaltir o que influeixen en el procés d'una malaltia (Cosci & Fava, 2016).

Enguany, des dels estudis de comorbilitat, es busca donar suport a l'ansietat per la malaltia com entitat diagnòstica (Hipocondria al DSM-IV i TAM al DSM-5). En aquest sentit, el treball de Scarella, Laferton, Ahern, Fallon i Barsky (2016) troben que en una mostra de 194 pacients amb diagnòstic DSM-IV de Hipocondria, el 35.1% el tenien com a únic diagnòstic i la resta presentaven una mitjana de 1.4 de trastorns psiquiàtrics comòrbids, en especial amb els Trastorns d'Ansietat. Per aquesta raó proposen que l'Ansietat per la Malaltia està més a prop, en la classificació, als Trastorns d'Ansietat que als Trastorns Afectius o als Trastorns Somatomorfos. Així mateix, s'informa que només un 2.9% dels pacients diagnosticats amb Hipocondria presenten un Trastorn de Personalitat (TP) comòrbid, suggerint que els TP no són una característica específica de la Hipocondria. No obstant, des d'una valoració dimensional, aquests pacients mostren trets paranoides, límits, depenents i evitatius comparats amb població general però no amb altres mostres clíniques (Weck, Nagel, Ritchberg & Neng, 2016).

Tractament psicològic

Sabem que la incorrecta interpretació dels símptomes corporals com a signes de malaltia greu, constitueix un factor clau en la exacerbació i manteniment de la hipocondria. Aquest símptoma d'atribució disfuncional condueix a un cercle viciós de por, augment de la vigilància física, major percepció de sensacions corporals i major comportaments de seguretat. La literatura es planteja si la teràpia cognitivoconductual pot canviar aquest estil d'atribució. L'estudi de Schwind i Neng (2016), varen comparar la Teràpia d'Exposició (TE), la Teràpia Cognitiva (TC) i una llista d'espera. Els tractaments actius varen tenir dotze sessions setmanals durant un període de tres mesos. Els resultats varen demostrar que, en comparació amb la llista d'espera, tant la TE com la TC varen canviar significativament les atribucions de símptomes disfuncionals després d'acabar els tractaments. Les autores expliquen que, tot i que la TE no inclou intervencions cognitives, aquesta pot canviar les atribucions disfuncionals de manera eficaç. Per tant, tant la TE com la TC produeixen canvis cognitius en els pacients. No obstant això, la TC comparat amb la TE, és més eficaç per canviar les atribucions somàtiques de malalties moderades i greus.

En general, la teràpia cognitivoconductual (TCC) ha demostrat ser molt eficaç en el tractament de la hipocondria (Schwind & Neng, 2016; Richtberg, Jakob, Höfling & Weck, 2016; Eilenberg, Hoffmann, Jensen & Frostholm, 2016). Donat que no tots els pacients responen al tractament, ja que aproximadament un terç no ho fan i no tots els pacients que responen aconsegueixen la remissió total, Richtberg et. al. (2016) varen estudiar la possible relació dels factors predictors en els resultats de la TCC. Varen trobar que els trastorns comòrbids, els nivells pretractament de psicopatologia general (com depressió i ansietat) i determinades variables sociodemogràfiques (com el sexe, el nivell educacional, l'estatus laboral i tenir fills) no són predictius dels resultats del tractament; coherent amb la literatura anterior. Aquests resultats posen de relleu que no existeix cap contraindicació per l'aplicació

de la TC i la TE pels pacients amb hipocondria, perquè els resultats del tractament no depenen d'aquestes variables. No obstant això, sí que varen trobar un important predictor i era el comportament interpersonal durant el període de sessions que varen tenir aquests pacients. És a dir, un comportament negatiu (o també anomenat "pacient resistent"), limita la capacitat de resposta de la TCC i prediu un pitjor desenllaç, així com alts nivells d'abandonament del tractament. Aquesta dada és important, ja que sovint hi ha dificultats interpersonals entre els pacients amb hipocondria.

D'altra banda, es poden considerar altres opcions de tractament, com la Teràpia Cognitiva basada en el Mindfulness (MBCT) i la Teràpia d'Acceptació i Compromís (ACT) (Eilenberg et. al. 2016). S'ha trobat que és ben acceptada pels pacients i redueixen significativament les preocupacions sobre les malalties. Aquests autors estableixen diferències entre la TCC i ACT respecte a com tractar l'ansietat per la malaltia. Mentre que la TCC utilitza l'empirisme lògic, l'exposició per les atribucions del símptoma, reestructura cognicions desadaptatives de la malaltia; ACT es basa en el contextualisme funcional i posa de relleu la funció de les experiències internes (pensaments sobre malaltia, sentiments i sensacions corporals experimentades) que són experimentades i regulades utilitzant l'acceptació, la voluntat i les estratègies de defusió. Ambdós enfocaments tenen per objectiu reduir les estratègies de control i evitació inadaptades; i augmentar la consciència sobre els cercles viciosos entre les preocupacions de malalties, ansietat i sensacions corporals. Un concepte central d'ACT és el de "flexibilitat cognitiva" (FC), que és la capacitat per reconèixer i adaptar-se a les diverses demandes situacionals en el moment present i la capacitat de promoure el canvi de comportament coherent amb els valors personals. La literatura ha indicat que la disminució per les preocupacions sobre la malaltia esta associat amb un augment de la FC. D'altra banda, el Mindfulness es considera un procés clau en ACT, amb el qual no es jutja l'experiència interna. A l'estudi de Eilenberg et. al. (2016), varen trobar que tant la FC com el Mindfulness

varen millorar significativament amb l'ACT de tipus grupal (ACT–G), respecte a la condició de control de llista d'espera.

Cibercondria

La cibercondria es un fenomen definit com un patró de comportament excessiu i repetitiu de comprovació de símptomes físics en Internet i que s'ha relacionat amb l'ansietat per la salut i conductes de re-asseguració (Doherty-Torstrick, Walton, & Fallon, 2016).

Els models cognitivoconductual sostenen que l'ansietat per la malaltia (abans hipocondria) es manté degut a les conductes de cerca de re-asseguració. Doherty-Torstrick, Walton i Fallon (2016), van estudiar població anònima que feia ús d'Internet per comprovar els seus símptomes físics amb l'esperança de reduir l'angoixa. Van trobar que les persones amb elevada ansietat per la malaltia experimentaven més ansietat durant i després de la comprovació online dels seus símptomes, i que aquest increment es trobava sobretot en persones més joves, que patien una malaltia (no crítica) i dedicaven moltes hores a aquesta conducta. A més, les persones amb elevada ansietat per la malaltia que utilitzaven internet, presentaven major deteriorament funcional. Les implicacions pràctiques d'aquests resultats suggereixen la necessitat de persuadir a aquestes persones per tal que evitin la conducta de comprovació en la cerca de informació relacionada amb la malaltia.

Els resultats d'investigacions prèvies, amb una metodologia transversal, han mostrat clarament una relació entre cercar informació online i un increment de l'ansietat però encara no s'ha determinat quina es la relació bidireccional entre ambdós variables. En aquesta línia, Poel, Baumgartner, Hartmann y Tanis (2016) han realitzat el primer estudi longitudinal tant en població clínica (diagnòstic de TAM) com en població general, per tal d'investigar aquest aspecte. Els resultats mostren que la cibercondria no és un fenomen exclusiu de persones amb ansietat per la malaltia, sinó que pot estar present en persones que inicialment presentaven

nivells normals d'ansietat per la malaltia però que després de contínues cerques d'informació online sobre la seva salut, veuen incrementada la seva ansietat fins arribar a presentar nivells d'ansietat per la malaltia patològics. Això, per una banda, posa de manifest que l'accés a informació sobre la salut en persones de la població general, es pot considerar un factor de risc per a desenvolupar ansietat per la malaltia i, per una altra, reforça troballes d'investigacions prèvies, de que les conductes de cerca de re-asseguració és un factor mantenidor de l'ansietat per la malaltia. No obstant, en aquest estudi no acabava de quedar clara la relació causal entre la ansietat per la salut i la cerca de informació (si l'increment en la cerca d'informació augmenta l'ansietat per la salut o l'elevada ansietat per la salut afavoreix la cerca de informació online) i es necessari seguir investigant al respecte.

Recentment s'especula sobre el fet de si la conducta de cercar informació online pròpia de la cibercondria és un component conductual de l'ansietat per la malaltia o una conducta neutralitzadora pròpia de simptomatologia obsessivo-compulsiva. Fergus i Rusell (2016) varen dissenyar un estudi per examinar la relació entre la cibercondria amb l'ansietat per la malaltia i els símptomes obsessius-compulsius. Els resultats no recolzen les investigacions prèvies que relacionaven la cibercondria amb els símptomes obsessius-compulsius i suggereixen que, tot i existir una relació entre aquests tres constructes, la cibercondria és independent de l'ansietat per la malaltia i dels símptomes obsessius-compulsius. Tot i així, és important que les futures investigacions expliquin quina és la relació de la cibercondria amb els símptomes obsessius per les implicacions clíniques que suposen.

Referències bibliogràfiques

Cosci, F., & Fava, G.A. (2016). The clinical inadequacy of the DSM-5 classification of somatic symptom and related disorders: an alternative trans-diagnostic model. *CNS Spectrums, 21,* 310-317.

Doherty-Torstrick, E.R., Walton, K. E., & Fallon, B.A. (2016). Cyberchondria: Parsing Health Anxiety From Online Behavior. *Psychosomatics 57,* 390-400.

Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J.S., & Frostholm, L. (2016). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 92,* 24-31.

Fergus, T.A., & Russell, L.H. (2016). Cyberchondria's Overlap with Health Anxiety and Obsessive-Compulsive Symptoms: An Examination of Latent Structure and Scale Interrelations. *Journal of Anxiety Disorders, 38,* 88-94.

Poel, F., Baumgartner, S., Hartmann, T., & Tanis, M. (2016). The curious case of cyberchondria: A longitudinal study on the reciprocal relationship between Health anxiety and online Health information seeking. *Journal of Anxiety Disorders, 43,* 32-40.

Richtberg, S., Jakob, M., Höfling, V., & Weck, F. (2016). Patient characteristics and patient behavior as predictors of outcome in Cognitive Therapy and Exposure Therapy for Hypochondriasis. *Journal of Clinical Psychology, 00,* 1-14.

Scarella, T.M., Laferton, J.A., Ahern. D.K., Fallon, B.A. & Barsky, A. (2016). The Relationship of Hypochondriasis to Anxiety, Depressive, and Somatoform Disorders. *Psychosomatics, 57 (2),* 200-207.

Schwind, J., & Neng, J. (2016). Changes in free symptom Attibutions in Hypochondriasis after Cognitive Therapy and Exposure Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 44,* 601-614.

Weck, F., Nagel, L.C., Richtberg, S., & Neng, M.B. (2016). Personality Disorders in Hypochondriasis: A comparison to Panic Disorders and Healthy Controls. *Journal of Personality Disorders, 30,* 1-10.

2.4 TRASTORN PER ESTRÈS POSTTRAUMÀTIC

Marta De Gracia, Cristina Rodríguez, Jéssica Sánchez i Nadine Riesco
Hospital Universitari de Bellvitge

L'extinció del dany de la por és un tipus d'aprenentatge que fa el cervell quan davant d'una repetida exposició no es dona la conseqüència aversiva, i per tant, es un mecanisme que es relaciona amb el desenvolupament de Trastorn d'Estrès Posttraumàtic (TEPT) (Zuj, Palmer, Lommen, i Felmingham, 2016). No tots els successos traumàtics tenen la mateixa probabilitat de provocar un TEPT, aquesta augmenta si la experiència traumàtica es pateix directament o es presencia, respecte de si es té coneixement del succés traumàtic de forma indirecte (May i Wisco, 2016). La percepció subjectiva del trauma, tot i no ser un criteri diagnòstic del DSM-5 (APA, 2013), és una variable decisiva en el desenvolupament de símptomes TEPT en persones que han viscut el trauma de manera directa (Larsen & Pacella, 2016).

Alguns estudis sobre factors de risc davant de certs esdeveniments potencialment estressants observen, per exemple, que els supervivents de càncer tenen major probabilitat de presentar símptomes TEPT si són joves d'ètnia no caucàsica, i en el moment més immediat de finalitzar el tractament (Swartzman, Booth, Munro, & Sani, 2016;Wu, Wang, Cofie, Kaminga, & Liu, 2016). Després de la mort d'un infant les mares tenen més probabilitat de desenvolupar TEPT respecte els pares. La gravetat del TEPT no està relacionada amb el moment de la mort del infant (Christiansen, 2017).

L'article de Paz Garcia-Vera, Sanz, & Gutierrez, (2016), que revisa com afecta un atac terrorista en funció de si es viu directa o indirectament, conclou que la remissió amb el temps dels símptomes TEPT, es dona en víctimes indirectes com el personal de suport però no en víctimes directes, familiars i amics dels afectats. No obstant això, els treballadors que donen suport, que tenen antecedents psiquiàtrics, història de trauma, major exposició, són un

col·lectiu especialment vulnerable ja que no presenten reducció dels símptomes amb el temps.

La intervenció precoç dels símptomes és important per la prevenció del TEPT, redueix l`estrés associat al succés traumàtic i mitiga el desenvolupament de símptomes (Qi, Gevonden, & Shalev, 2016). En aquest sentit, l'àmbit de la atenció primària és el lloc bàsic per la detecció precoç on es dona una rati de detecció que oscil·la entre 0 % i 52 %. Els pacients amb TEPT reporten nivells mes alts d'abús de substancies, símptomes somàtics, dolor, queixes per la salut, i utilització del serveis sanitaris en la atenció primària. Per millorar les ratis de detecció es recomana utilitzar un screening adequat amb psicoeducació. (Greene, Neria, i Gross, 2016).

Factors neurobiològics

Nombrosos estudis han investigat la neurobiologia del TEPT després d'haver acabat el trauma, però pocs han estudiat el TEPT sota amenaça constant; per això no se sap si aquestes persones presenten anomalies neurobiològiques similars. Això és el que van estudiar a la revisió de Fragkaki, Thomaes i Sijbrandij (2016), i no varen trobar diferències significatives en el volum de l'amígdala i el girus hipocampal entre el grup amb TEPT sota amenaça constant i els grups d'exposició a un trauma i el control sa. Tot i això, els autors creuen que encara no es poden treure conclusions sòlides. D'altra banda, la revisió dels estudis utilitzant la Ressonància Magnètica Funcional (fMRI) pel TEPT sota amenaça constant, sí que ha revelat una hiperactivació de l'amígdala i l'ínsula, així com una hipoactivació del còrtex prefrontal.

A l'estudi de Zandieh et al. (2016), van estudiar els canvis estructurals del cervell en persones amb TEPT degut a tortures, mitjançant el fMRI i la Tomografia per Emissió de Positrons (TEP), comparant-ho amb un grup control sa. Van concloure que en el grup de persones amb

TEPT, el volum de l'hipocamp esquerre era significativament més petit, tenien menys volum de matèria gris i menor expansió dels ventricles. També varen trobar diferències significatives en el lòbul frontal dret i el lòbul occipital esquerre. Aquestes troballes suggereixen que les persones sotmeses a tortura i que desenvolupen un TEPT, poden tenir influències perjudicials en estructures específiques del cervell.

D'altra banda, Wang i Young (2016) presenten una revisió del TEPT amb components immunològics. Expliquen que els estudis han indicat una relació entre alteracions immunes i TEPT després de l'exposició al trauma, tot i que puntualitzen que és improbable que la principal causa del trastorn sigui degut a alteracions immunològiques. En aquests sentit, han trobat que les persones tenien un augment de citoquines inflamatòries. Per exemple, en un estudi amb veterans de guerra amb TEPT, presentaven un augment de malalties autoimmunes com l'esclerosi múltiple, l'artritis reumatoide, lupus eritematós, malaltia inflamatòria intestinal, etc. En un altre estudi, van trobar que dones amb TEPT tenien nivells elevats de citoquines inflamatòries, però quan es varen recuperar del trastorn, aquestes van disminuir fins a nivells similars de dones sanes que no havien experimentat cap trauma.

Farmacoteràpia

Els estudis de Kelmendi et al. (2016) i Qi, Gevonden i Shalev (2016), han fet una revisió de diversos fàrmacs que s'administren a pacients amb TEPT. Els fàrmacs més comunament receptats són els antidepressius ISRS, ja que són relativament ben tolerats i segurs. Concretament, els que han demostrat millora de la simptomatologia del TEPT són la paroxetina i la sertralina. No obstant això, presenten una sèrie de deficiències com que l'aparició de l'efecte terapèutic triga setmanes en aparèixer, o bé poden tenir una resposta parcial, a més dels efectes secundaris. D'altra banda, s'ha objectivat que l'activitat hiperadrenèrgica sostinguda per la nit està relacionada amb la manca de son i els malsons. En

aquest sentit, el fàrmac Prazosina, antagonista adrenèrgic, ha demostrat un augment de la duració de la son, així com la disminució dels malsons relacionats amb el trauma. Un altre antagonista adrenèrgic, el Propranolol, si s'administra precoçment mentre els records del trauma encara s'estan formant poques hores després de l'esdeveniment traumàtic, pot impedir la seva consolidació. Respecte a les benzodiazepines (BZP), aquestes tradicionalment s'han receptat pel tractament del TEPT, però el seu ús està en declivi degut al seu potencial addictiu. Les BZP poden ser útils per l'insomni i l'ansietat, però no són eficaces per prevenir la dissociació, l'extinció de la por i, a més, pot reduir l'eficàcia de la teràpia d'exposició. De fet, guies clíniques han desaconsellat el seu ús pel TEPT perquè els riscos superen els beneficis i poden empitjorar la recuperació del trauma.

Intervencions psicològiques

El tractament adequat de persones afectades amb TEPT és important per aconseguir reduir els símptomes i recuperar el funcionament quotidià. En general, s'ha demostrat la eficàcia del tractament psicològic en el tractament d'adults amb TEPT i que, en particular, la teràpia d'exposició es considerada la intervenció de primera línea. A més, disposem d'altres teràpies psicològiques que s'han mostrat també eficaces: Teràpia de Processament Cognitiu (TPC), Reestructuració Cognitiva (RC), Teràpia de Exposició Narrativa (TEN) (Cusack et al; 2016) i EMDR (Cusack et al; 2016; Novo Navarro et al; 2016). Tanmateix, en la elecció de la intervenció s'ha de tenir en compte tant l'eficàcia demostrada com altres aspectes (acceptació del pacient, la disponibilitat de la intervenció en qüestió, el judici clínic, etc).

Tot i disposar d'un ampli ventall d'intervencions, la realitat és que poques persones que han experimentat un situació traumàtica reben tractament (dificultat d'accés als recursos de salut mental, estigma al reconèixer el problema, etc) i últimament s'està fent ús de les noves tecnologies amb l'objectiu de reduir els obstacles i facilitar l'accés als tractaments basats en

l'evidència. Per això és necessari avaluar si l'ús de recursos on-line són eficaços en el tractament del TEPT. En aquesta línia, Olthius et al (2016) suggereixen que les intervencions a distancia (contacte telefònic, videoconferència i material imprès junt a atenció telefònica) basades en els principis de la TCC són més eficaces que la llista de espera en la reducció de simptomatologia TEPT, la simptomatologia afectiva associada i millorar la qualitat de vida. Altres autors han avaluat específicament la eficàcia de la TCC aplicada per Internet (TCC-i). Kuester, Niemeyer y Knaevelsrud (2016) en un metanàlisis mostren dades preliminars sobre la eficàcia de la TCC-i en la reducció de símptomes i que la modalitat online és millor tolerada aconseguint reduir els abandonaments. També Sijbrandij et al (2016) conclouen que la TCC-i es més eficaç que la llista d'espera o el tractament habitual i una mica superior a intervencions psicoeducatives o de suport. A més, aquests autors troben que la TCC-i assistida per un terapeuta i amb almenys 8 sessions són més eficaces. Per tant, aquests estudis demostren que els tractaments a distància, i la TCC-i en particular, són eficaços i poden ser una alternativa prometedora a les intervencions tradicionals (cara a cara), però encara són necessàries més investigacions per optimitzar el seu ús i seleccionar els components més adients. Futures investigacions hauran de demostrar la eficàcia d'aquesta modalitat de intervenció en comparació a intervencions tradicionals. En aquesta línia, Olthius et al. (2016) conclou que la TCC assistida per videoconferència té efectes similars a la TCC tradicional en la milloria dels símptomes TEPT, però que la tradicional continua mostrant-se superior en els símptomes afectius associats i en manteniment a llarg termini.

Recentment, s'estan desenvolupant i avaluant la eficàcia de noves intervencions. Metcalf et al (2016) conclouen en la seva revisió sistemàtica que (1) la *acupuntura* s'ha mostrat superior a condicions controls i ha obtingut resultats comparables a la TCC, (2) la *teràpia de alliberació emocional* ha obtingut resultats comparables a la EMDR, (3) la *meditació basada en el mantra* combinat amb tractament habitual té més efecte sobre els símptomes que el

tractament habitual per si sol, i que (4) el *ioga* es superior a condicions de control. No obstant això, Duan-Porter et al (2016) suggereixen, en una revisió sistemàtica sobre l'aplicació del ioga en diversos trastorns, que en persones amb TEPT encara no es pot concloure que sigui beneficiós perquè no es disposa d'estudis amb suficient potència com per a detectar efectes. Finalment, recentment s'està utilitzant el *Neurofeedback* i ha demostrat en algunes investigacions que produeix canvis tant en la activitat com en la connectivitat cerebral i millora la simptomatologia (Reiter et al, 2016).

En conclusió, la eficàcia de la intervenció psicològica sembla estipulada, disposem de noves intervencions que encara necessiten més investigació i que la modalitat a distància o online sembla una alternativa útil per millorar l'atenció d'aquests pacients.

Article recomanat

L'article de Kindt i van Emmerik (2016) degut a la novetat en la comprensió sobre els mecanismes de la memòria i les noves possibilitats de tractament.

Referències bibliogràfiques

Christiansen, D. M. (2016). Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *51*, 60–74.

Cusack, K., Jonas, D.E., Forneris, C.A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J.C., Feltner, C., Brownley, K.A., Olmsted, K.R., Greenblatt, A., Weil, A. & Gaynes, B.N., (2016) Psychological Treatments for Adults with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, 43:128-41

Dixon, L. E., Ahles, E., & Marques, L. (2016). Treating Posttraumatic Stress Disorder in Diverse Settings: Recent Advances and Challenges for the Future. *Current Psychiatry Reports*, *18*(12). https://doi.org/10.1007/s11920-016-0748-4

Coeytaux, R. R., McDuffie, J. R., Goode, A. P., Sharma, P., Mennella, H., Nagi, A y William, J. W. (2016) Evidence Map of Yoga for Depression, Anxiety, and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Psysical Activity and Health*, 13: 281-288.

Fragkaki, I., Thomaes, K., & Sijbrandij, M. (2016). Posttraumatic stress disorder under ongoing threat: a review of neurobiological and neuroendocrine findings. *European Journal*

of Psychotraumatology, 7, 30915. 10.3402/ejpt.v7.30915

Greene, T., Neria, Y., & Gross, R. (2016). Prevalence, Detection and Correlates of PTSD in the Primary Care Setting: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *23*(2), 160–180.

Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Fearon, P., Lobo, S., McKinnon, A., Fraser, A., & Halligan, S. L. (2016). Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma ??? a meta-analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *57*(8), 884–898.

Hollifield, M., Gory, A., Siedjak, J., Nguyen, L., Holmgreen, L., & Hobfoll, S. (2016). The Benefit of Conserving and Gaining Resources after Trauma: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, *5*(11), 104.

Kelmendi, B., Adams, T., Yarnell, S., Southwick, S., Abdallah, C., & Krystal, J. (2016). PTSD: from neurobiology to pharmacological treatments. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 31858. 10.3402/ejpt.v7.31858

Kindt M, and Emmerik A. (2016). New avenues for treating emotional memory disorders: towards a reconsolidation intervention for posttraumatic stress disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. Vol. 6(4) 283–295

Kuester, A., Niemeyer, H. & Knaevelsrud, C., (2016), Internet-based interventions for posttraumatic stress: A meta-analysis of randomized controlled trials, Clinical Psychology Review; 43; 1-16

Larsen, S. E., & Pacella, M. L. (2016). Comparing the effect of DSM-congruent traumas vs. DSM-incongruent stressors on PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, *38*, 37–46.
May, C. L., & Wisco, B. E. (2016). Defining Trauma: How Level of Exposure and Proximity Affect Risk for Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *8*(2), 233–240.

Metcalf, O., Varker, T., Forbes, D., Phelps, A., Dell, L., DiBattista, A., Ralph, N. and O'Donnell, M (2016). Efficacy of Fifteen Emerging Interventions for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review. Journal of Traumatic Stress, 29: 88-92.

Novo Navarro, P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., García, F., Fernández, I., Pérez, V; y Amann., B.L., (2016). 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno de estrés postraumático. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (Barcelona)

Olthuis, J.A., Wozney, L, Asmundson, G., Cramm, H., Lingley-Pottie, P., & McGrath, P. J. (2016)Distance-delivered interventions for PTSD: A systematic review and meta-analysis. *J*ournal of Anxiety Disorders; 44: 9–26.

Paz Garcia-Vera, M., Sanz, J., & Gutierrez, S. (2016). A Systematic Review of the Literature on Posttraumatic Stress Disorder in Victims of Terrorist Attacks. *Psychological Reports*,

119(1), 328–359.

Qi, W., Gevonden, M., & Shalev, A. (2016). Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder After Trauma: Current Evidence and Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, *18*(2), 1–11.

Reiter, K., Andersen, S.B., y Carlsson, J. (2016) Neurofeedback Treatment and Posttraumatic Stress Disorder. Effectiveness of Neurofeedback on Posttraumatic Stress Disorder and the Optimal Choise of Protocol. The Journal of Nervous and Mental Disease; 204(2) 69-76.

Sijbrandij, M., Kunovski, I., y Cuijpers, P (2016). Effectiveness of internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety* 00: 1-9

Wang, Z., & Young, M.R. (2016). PTSD, a Disorder with an immunological Component. *Frontiers in Immunology*, *7*, 219.

Wu, X., Wang, J., Cofie, R., Kaminga, A. C., & Liu, A. (2016). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder among Breast Cancer Patients : A Meta-analysis, *45*(12), 1533–1544.

Zandieh, S., Bernt, R., Knoll, P., Wenzel, T., Hittmair, K., Haller, J., Hergan, K., & Mirzaei, S. (2016). Analysis of the Metabolic and Structural Brain Changes in Patients With Torture-Related Post-Traumatic Stress Disorder (TR-PTSD) Using 18F-FDG PET and MRI. *Medicine Journal*, *95*, 15.

Zuj, D. V., Palmer, M. A., Lommen, M. J. J., & Felmingham, K. L. (2016). The centrality of fear extinction in linking risk factors to PTSD: A narrative review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *69*, 15–35.

3. TRASTORNS AFECTIUS

3.1 DEPRESSIÓ CRÒNICA

Joana Guarch i Domènech i Patrícia Gavín i López
Servei de Psiquiatria i Psicologia Clínica. ICN. Hospital Clínic. Barcelona

Pels resultats de la majoria dels estudis revisats, sembla que la unificació de tots els trastorns depressius crònics en una única categoria diagnòstica segons DSM-V, ofereix dades menys disperses i més concretes sobre especificitats diverses lligades a la cronicitat. És el tema al que dediquem la revisió d'enguany.

Entenent les "peculiaritats" dels trastorns afectius unipolars crònics

1.- En relació a característiques del tractament psicològic

Morriss et al. (2016) estudien el benefici en termes d'eficàcia i cost-eficàcia, de fer el tractament, amb assignació aleatoritzada, en centres especialitzats de Salut Mental (branca de tractament "usual": visites psiquiàtriques i en alguns casos intervencions psicosocials diverses –CBT, counseling, suport d'infermeria...) o en Serveis Especialitzats en tractament de la Depressió (treball col·laboratiu entre psiquiatres i psicòlegs (TCC) durant 15 mesos; la TCC consisteix en sessions setmanals durant 10 mesos, cada 2-3 setmanes els dos mesos següents, i revisions mensuals durant 3 mesos posteriors en les que es decideix en cada cas si cal o no més seguiment). Segons resultats en dades de canvi simptomatològic (HDRS) i funcional (GAF), només troben diferències significatives entre els grups a l'avaluació a 18 mesos i en canvi al HDRS en el grup de serveis Especialitzats. L'increment del cost econòmic que comporta aquest context de tractament de moment no queda prou justificat clínicament, però la intenció dels autors és completar l'estudi i treure conclusions amb dades a 24 i 36 mesos.

La guia de l'European Psychiatric Association (Jobst et al. 2016) recomana el tractament combinat i menciona específicament la CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) com a tractament psicològic de primera elecció, en segon lloc la Teràpia Interpersonal i en tercer la TCC. Ens sorprèn aquesta afirmació respecte un tractament fonamentat en un model teòric sense suficient validesa interna ni externa, al nostre entendre, i sense estudis RCT amb altres tractaments de demostrada utilitat. De fet, la CBASP (McCullough, 2000) és un dels tractaments amb més publicacions els últims anys; va ser dissenyat específicament per la depressió major crònica i s'enfoca en la conducta interpersonal i les seves conseqüències, amb la premissa que les persones crònicament deprimides presenten dèficits en resolució de problemes socials i comunicació interpersonal.

A la meta-anàlisi de Negt et al (2016) s'estudia l'evidència de la CBASP i es conclou que és eficaç per la depressió crònica, superior al tractament habitual i a la teràpia interpersonal, similar als fàrmacs antidepressius, i la combinació d'ambdós és superior a la monoteràpia amb fàrmacs.

Forkmann, Brakemeier, Teismann, Schramm i Michalak (2016) comparen l'efecte dels tractaments en grup amb CBASP o amb teràpia cognitiva basada en el mindfulness (MBCT) amb el tractament habitual individual (psiquiàtric i psicològic) sobre un aspecte concret de la depressió crònica: la ideació suïcida. La conclusió varia segons el tipus d'instrument utilitzat en la medició de la ideació suïcida: l'avaluació del clínic (HAM-D), troba efecte positiu per ambdós teràpies, l'avaluació del propi pacient (BDI) només troba significació per la MBCT.

2.- En relació a dades associades al curs evolutiu: estudis naturalístics

Serra-Blasco et al. (2016) busquen marcadors neurobiològics predictors de resultats clínics a llarg termini combinant l'anàlisi de dades demogràfiques i clíniques amb dades de ressonància magnètica estructural. No troben variables demogràfiques, ni tampoc l'edat d'inici del trastorn ni el número d'episodis previs, que diferenciïn de manera significativa els grups de pacients amb Trastorn Depressiu Major: recuperació, remissió parcial, recurrència i

Depressió Crònica; sí troben variables clíniques que discriminen el grup crònic de la resta: severitat a la HDRS, major estabilitat del diagnòstic a 5 anys i prescripció de tricíclics, IMAOS o ansiolítics més alta. Demostren que l'addicció de dades de l'estructura cerebral obtingudes amb RNM a aquestes variables clíniques millora la predicció del curs de la malaltia: el volum del girus cingular anterior i del girus frontal anterior drets incrementen els models explicatius de la variància del diagnòstic de cronicitat en un 20%. Els autors confirmen el substrat biològic de la progressió de la malaltia i recomanen la pràctica de RNMs per pronosticar el curs evolutiu.

Klein i Kotov (2016) estudien factors pronòstics de depressió crònica comparant diverses dades clíniques al llarg de diverses avaluacions en un període de 10 anys formant grups empírics., seguint un procediment estadístic de la regressió força complex (spline regressions). Conclouen que els pacients amb altes puntuacions en cronicitat mantenen els resultats al llarg del temps, indicatiu d'estabilitat diagnòstica. Aquest grup de pacients, a més, mostra major associació comòrbida de diagnòstics d'ansietat i trastorn de personalitat, història familiar de distímia, i adversitats biogràfiques a la infància, han fet més intents autolítics i han estat hospitalitzats més vegades que tots els altres pacients dels grups No-Crònics durant 10 anys de seguiment de l'estudi. Pels autors la cronicitat no representa un contínuum de la malaltia depressiva sinó que té unes característiques qualitativament distintes i cal considerar el curs longitudinal de la malaltia per a una millor especificitat del tractament.

3.- En relació a "factors biogràfics": Correlats neurobiològics del maltractament

Diferents equips evidencien sense cap mena de dubte l'impacte del maltractament a la infància (ja sigui en forma d'abús o de negligència per la cura) com a factor de vulnerabilitat per diverses complicacions en la vida adulta, entre les quals un increment del risc a desenvolupar un trastorn depressiu i una predisposició a la cronicitat.

Hentze et al. (2016) estudien amb RMN funcional els efectes del maltractament a la infància en una mostra de pacients adults crònicament deprimits i sense tractament, durant la realització d'un exercici de "mentalització afectiva" basat en la Teoria de la Ment (ToM). Troben una correlació positiva entre activació de l'amígdala i experiència de maltractament i una correlació negativa entre activació de l'hipocamp/parahipocamp esquerre i la severitat de la clínica depressiva, i els autors conclouen que la hipereactivació de l'amígdala actua més com un mediador entre el maltractament i les funcions de mentalització que no com un correlat de la severitat de la depressió.

Quevedo, Scott, Smyda, Pfeifer i Malone (2016) estudien per neuroimatge un grup de pacients depressius joves (X=14,5 anys) agrupats segons que el maltractament sofert sigui per omissió o per comissió, o no n'hagin patit, i els comparen amb subjectes sans. Identifiquen hipoactivitat al còrtex dorsal cingulat anterior mentre realitzen una tasca d'avaluar informació auto-rellevant en positiu, cosa que no passa quan la informació processada és negativa. Discuteixen, en el treball, com aquesta troballa evidència per què els adolescents deprimits amb experiències passades de trauma tenen un risc elevat de desenvolupar i perpetuar un concepte negatiu de sí mateixos: Seguint la Teoria cognitiva de la depressió de Beck, els autors conclouen que aquest patró neuronal atípic en les estructures de la línia mitjana cortical anterior i el cos estriat en els adolescents deprimits que han experimentat un trauma, en relació als seus parells amb i sense depressió, suggereix que l'adversitat primerenca altera significativament el desenvolupament de l'auto-concepte i contribueix als patrons de cognició autodespreciatius associats a la depressió crònica.

4.- En relació a fenòmens psicològics

4a.- Autoestima i autoconcepte

Van Randenborgh, Pawelzik, Quirin i Kuhl (2016) intenten trobar diferències que suportin la utilitat de diferenciar l'inici prematur de l'inici posterior als 21 anys de la depressió crònica en comparació a pacients amb trastorn episòdic. Els autors diferencien entre *autoestima implícita* (basada en processos d'aprenentatge associatiu sensibles a l'humor, les autoavaluacions són inconscients i no intencionades i poc controlades per contexts socials) i *explícita* (afectada per l'experiència i la conducta i per processos d'aprenentatge i avaluacions conscients, basades en regles socials); els pacients que experimenten l'inici de la depressió en edats més primerenques tenen alterat l'aprenentatge de les actituds implícites. Demostren que l'autoestima implícita està diferencial i significativament afectada en els pacients amb depressió crònica d'inici precoç i afirmen que es pot entendre, en ells, com una propietat psicopatològica.

4.b.- Creences disfuncionals i estils interpersonals

Burrage, Green i Turner (2016) duen a terme un estudi multicèntric aleatoritzat, en context d'Atenció Primària, on analitzen les creences condicionals més freqüents en persones amb depressió resistent. Un 56% de la mostra de l'estudi correspon a pacients amb depressió crònica. Segons la teoria de Beck, les creences condicionals es caracteritzen per tenir el format de "Si... llavors...", consistint en l'expressió d'una demanda i una conseqüència, respectivament. Els resultats, extrets de les notes dels terapeutes, indiquen que les demandes més freqüents tenen a veure amb quatre temàtiques: 1) necessitat de complir alts estàndards, 2) posar les necessitats dels altres en primer lloc / necessitat d'aprovació, 3) alguns tipus d'estratègies d'afrontament i 4) ocultació del "verdader" jo. Pel que fa a les conseqüències,

emergeixen tres tipus de temes: 1) Defectuositat, 2) Respostes dels altres i 3) Control de les emocions.

Constantino et al. (2016) estudien, amb varis pacients amb depressió crònica en diferents condicions de tractament: CBASP, nefazodona o combinació d'ambdós, quins elements associats a l'aliança terapèutica són predictius de millors resultats. Conclouen que els canvis interpersonals que es produeixen durant la relació terapeuta-pacient són el mecanisme mediador entre l'aliança terapèutica i la milloria de la simptomatologia depressiva. Concretament, aquests canvis són la disminució en hostilitat i submissió, dos estils interpersonals comuns en pacients amb depressió crònica, i que s'ha vist que contribueixen al manteniment de la cronicitat.

4.c.- Dèficits socials i dificultats de comunicació

4.c.1.- Teoria de la ment o cognició social

El treball del grup de Hentze et al. (2016) també discuteix de manera interessant com el maltractament a la infància facilita el desenvolupament d'actituds disfuncionals i esquemes cognitius negatius que acompanyen interpretacions esbiaixades en situacions d'interacció social, i provoca deteriorament en el desenvolupament apropiat de les funcions de cognició social i pot explicar les característiques dificultats emocionals i de relació interpersonal en adults amb depressió crònica. Revisen diversos treballs empírics basats en la Teoria de la Ment que específicament parlen de l'alteració de les habilitats afectives (ToM afectiva): subdomini que defineix l'habilitat per a inferir, representar i atribuir estats mentals (emocions i humors) a altres persones; els pacients crònicament deprimits que han sofert maltractament es queden "encallats" en una perspectiva egocèntrica en situacions d'interacció social. Que les disfuncions en l'atribució emocional siguin atribuïbles al maltractament, té indicacions terapèutiques a favor de tractaments psicològics centrats en treballar la cognició social.

4.c.2.- Empatia i trets autistes

Domes et al. (2016), estudien la relació entre depressió i trets autistes, entenent aquests últims com una manifestació subclínica dels dèficits socials i dificultats de comunicació característics dels trastorns de l'espectre autista. Es comparen diferències entre depressió crònica i episòdica, envers controls sans. En ambdós tipus de depressió es troben més trets autistes i més dificultats per adaptar el punt de vista de l'altre, i, de manera significativament elevada, en la depressió crònica es troba més deteriorament de les habilitats socials i més malestar en les interaccions socials. No es troben diferències en empatia cognitiva en els diferents tipus de depressions. Això podria significar que les persones amb depressió crònica no tenen especial dificultat a l'hora d'inferir estats mentals i afectius en les altres persones, però sí que son menys capaços de gestionar el patiment o els estats negatius dels altres.

La informació que deriva de les conclusions de tots aquests treballs, de moment, només es pot considerar com a suggeriments pendents de confirmar, però potser en un futur en derivin indicacions terapèutiques concretes. En tot cas, és molt evident que els pacients amb depressió crònica presenten unes especificitats que segurament no podem obviar a l'hora d'entendre el trastorn i calgui completar o modificar els tractaments incorporant l'atenció a totes aquestes peculiaritats.

Referències bibliogràfiques

Constantino, MJ., Laws HB., Coyne AE., Greenberg RP., Klein DN., Manber R., Rothbaum BO., & Arnow BA. (2016). Change in patients' interpersonal impacts as a mediator of the alliance-outcome association in treatment for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*, 1135-1144.

Burrage, A. Green, S., & Turner, K. (2016). Conditional Beliefs of Primary-Care Patients with Treatment-Resistant Depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 44*, 513-526.

Domes, G., Spenthof, I., Radtke, M., Isaksson, A., Normann, C., & Heinrichs, M. (2016). Autistic traits and empathy in chronic vs. episodic depression. *Journal of Affective Disorders, 195,* 144-147.

Forkmann, T., Brakemeier, E-L., Teismann, T., Schramm, E., & Michalak, J. (2016). The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy added to Treatment as Usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. *Journal of Affective Disorders, 200,* 51-57.

Hentze, C., Walter, H., Schramm, E., Drost, S., Schoepf, D., Fangmeier, T., Mattern, M., Normann, C., Zobel, I., & Schnell, K.. (2016). Functional Correlates of childhood maltreatment and symptom severity during affective theory of mind tasks in chronic depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 250,* 1-11.

Jobst, A., Brakemeier, E.-L., Buchheim, A., Caspar, F., Cuijpers, P., Ebmeier, K.P., Falkai, P., Jan van der Gaag, R., Gaebel, W., Herpertz, S., Kurimay, T., Sabaß, L., Schnell, K., Schramm, E., Torrent, C., Wasserman, D., Wiersma, J., & Padberg, F. (2016). European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists, 33,* 18-36.

Klein, DN., & Kotov, R. 2016. Course of depression in a 10-year prospective study: Evidence for qualitatively distinct subgroups. *Journal of Abnormal Psychology, 125,* 337-348.

Morriss, R., Garland, A., Nixon, N., Guo, B., Jams, M., Kaylor-Hughes, C., Moore, R., Sampson, C., Sweeney, T., Dalgleish, T., & NIHR CLAHRC Specialist Mood Disorder Study Group. (2016). Efficacy and cost-effectiveness of a specialist depression service versus usual specialist mental health care to manage persistent depression: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry, 3,* 821-831.

Negt, P., Brakemeier, E-L., Michalak, J., Winter, L., Bleich, S. & Kahl, K. (2016). The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain and Behavior, 6.*

Quevedo, K., NG, R., Scott, H., Smyda, G., Pfeifer, JH., & Malone, S. (2016). The neurobiology of self-processing in abused depressed adolescents. *Development and Psychopathology,* 1-17.

Serra-Blasco, M., de Diego-Adeliño, J., Vives-Gilabert, Y., Trujols, J., Puigdemont, D., Carceller-Sindreu, M., Pérez, V., Álvarez, E., & Portella, MJ. (2016). Naturalistic course of major depressive disorder predicted by clinical and structural neuroimaging data: a 5-year follow-up. *Depression and Anxiety, 33,* 1055–1064.

Van Randenborgh, A., Pawelzik, M., Quirin, M., & Kuhl, J. (2016). Bad Roots to Grow: Deficient Implicit Self-Evaluations in Chronic Depression With an Early Onset. *Journal of Clinical Psychology, 72,* 580-590.

3.2 TRASTORN BIPOLAR

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

La recomanació de complementar el tractament farmacològic amb abordatges psicològics específics en el trastorn bipolar es recull en guies clíniques (Goodwin et al., 2016) i revisions sistemàtiques (Salcedo et al., 2016), encara que la qualitat d'alguns estudis és limitada (Oud et al., 2016) i un meta-anàlisi sobre teràpia cognitivoconductual (Ye et al., 2016) assenyalava que els beneficis sobre la prevenció de recaigudes s'objectivaven al cap de 6 mesos però desapareixien quan s'ampliava el seguiment. Tot i les recomanacions, una publicació centrada població italiana indicava que tan sols una minoria de pacients amb trastorn bipolar rebien tractament combinat (Barbato et al., 2016). Entre les limitacions d'aquest estudi destaca que la informació es deriva de bases de dades informatitzades centrades en l'atenció a l'àmbit públic, i la consideració, discutible i poc restrictiva, de qualsevol intervenció com a tractament psicològic. De totes maneres, posa de manifest la distància que sovint s'observa entre les recomanacions i la pràctica clínica.

En relació a l'adherència farmacològica, s'ha publicat una meta-anàlisi amb resultats favorables a la psicoteràpia en pacients amb trastorn bipolar (MacDonald et al., 2016); les intervencions més efectives contemplaven el treball amb l'educació, les creences i actituds. Els resultats eren més significatius quan, tot i ser intervencions més breus, l'adherència era una de les variables principals, i en comparar amb grups control que rebien tractament habitual sense components addicionals. Així es confirma en un estudi recent, centrat en la millora de l'adherència terapèutica a partir d'una intervenció psicoeducativa grupal de 10 sessions (Rahmani et al., 2016). Una revisió sobre el mateix tema assenyalava la utilitat de la psicoeducació, l'entrevista motivacional i l'abordatge cognitivoconductual (Levin et al., 2016).

La necessitat d'informació sobre la malaltia és una inquietud natural davant qualsevol diagnòstic. Amb una mostra de 1171 pacients amb trastorn bipolar provinents de 17 països diferents, es va observar que el 81% de la mostra utilitzava internet, el 78% havia buscat informació sobre trastorn bipolar. La incorporació de noves tecnologies com a complement pel tractament del trastorn bipolar és una àrea que avança amb celeritat. Una aplicació desenvolupada a Catalunya (SIMPLe), mitjançant l'ús de telèfons intel.ligents per monitoritzar l'estat d'ànim incorporant també missatges psicoeducatius personalitzats, va demostrar la seva factibilitat, acceptació i satisfacció entre els pacients que la van utilitzar (Hidalgo-Mazzei et al., 2016a). Una reflexió sobre "big data" permet albirar perspectives futures (Hidalgo-Mazzei et al., 2016b).

Un estudi aleatoritzat multicèntric portat a terme en Anglaterra va comparar l'evolució de pacients que van rebre psicoeducació grupal (n=153) amb un grup no estructurat de suport entre iguals (n=151), els dos grups comptaven amb 21 sessions de dues hores setmanals (Morriss et al., 2016). A la semana 96, 58% dels pacients del grup de psicoeducació havien patit un episodi en comparació al 65% del grup de suport, no va haver-hi diferències en el temps fins a nous episodis, excepte en relació als episodis maníacs. Una anàlisi posterior, controlant pel nombre d'episodis previs, va assenyalar que tan sols els pacients que havien presentat menor nombre d'episodis previs (1-7) es beneficiaven de la psicoeducació grupal. Aquest estudi reforça la importància de portar a terme una intervenció precoç i que els tractaments poden tenir un efecte diferent depenent de l'estadiatge de la malaltia (Vieta & Morilla, 2016). El paper de variables relacionades amb el curs de la malaltia com a moderadores de la resposta a la psicoteràpia està essent analitzat (Deckersbach et al., 2016). També els indicadors que poden orientar si un pacient amb depressió desenvoluparà o no un trastorn bipolar (Scott et al., 2016), aspecte que facilitaria la precisió diagnòstica i un abordatge terapèutic precoç i acurat. Un aspecte crucial per a la detecció precoç té a veure

amb la identificació de pròdroms. Un estudi prospectiu de 8 anys de duració va identificar l'ansietat, la labilitat afectiva i la simptomatologia maníaca com a predictors d'un primer episodi bipolar en població de risc (Hafeman et al., 2016). Una meta-anàlisi portada a terme per Van Meter (2016), assenyalava que els símptomes més comuns que precedien el primer episodi maníac eren augment de l'energia i de l'estat d'ànim, verborrea, taquipsiquia, reducció de la necessitat de son, irritabilitat, i hiperactivitat. La duració dels pròdroms, en el cas dels primers episodis, era de 27.1±23.1 mesos.

L'any 2016 també s'ha publicat una actualització sobre els tractaments centrats en la millora dels ritmes circadians i la regularitat d'hàbits, aspecte especialment important en el trastorn bipolar, tot i que les teràpies avaluades encara reflecteixen resultats poc consistents (Haynes et al., 2016).

En relació a l'àmbit familiar, una publicació repassa de forma exhaustiva tant l'impacte de la malaltia sobre els members de la família i el funcionament familiar, com l'impacte de la família sobre el curs de la malaltia, per posteriorment presentar una revisió sistemàtica de les intervencions familiars en trastorn bipolar (Reinares et al., 2016b). A més de ressaltar els beneficis, que sobre els cuidadors i sobre el curs de la malaltia té incorporar als familiars a l'abordatge terapèutic, s'analitzen els resultats dels estudis per tal de definir abordatges més personalitzats. La variabilitat en els abordatges (format, inclusió/exclusió del pacient, estat dels pacients, duració del tractament,…) fa que les conclusions siguin encara preliminars. Un altre estudi aprofundeix en el funcionament familiar quan un membre pateix un trastorn bipolar (Reinares et al., 2016a), analitzant una mostra de 82 pacients eutímics amb trastorn bipolar, 82 familiars cuidadors d'aquests pacients i 47 controls sans; tots van completar la Family Environment Scale. Els resultants van indicar un patró de correlacions moderat i un patró de mitjanes pràcticament idèntic entre pacients i familiars. En canvi, les diferències van ser estadísticament significatives entre pacients i controls en les subescales cohesió,

expressivitat, conflicte, orientació intelectual-cultural i orientació a activitats recreatives; l'escala organització va presentar una tendència a la significació. A més, hi havia una associació significativa entre les variables de gravetat de la malaltia i un pitjor funcionament familiar, remarcant la importància d'introduir intervencions que millorin el curs de la malaltia i de considerar l'abordatge familiar.

Alguns estudis publicats el 2016 han centrat l'atenció en la identificació de subtipus de pacients amb trastorn bipolar en base al perfil neuropsicològic. Mitjançat l'anàlisi de clústers, s'han detectat tres perfils neurocoginitius que es corresponen respectivament a grups de pacients amb un rendiment cognitiu normal, dèficits cognitius selectius, o dèficits cognitius en els diferents dominis avaluats (Bora et al., 2016; Sole et al., 2016; Jensen et al., 2016). Una observació molt replicada és la constatació que un pitjor rendiment cognitiu es tradueix en un pitjor funcionament psicosocial (Sole et al., 2016; Jensen et al., 2016). Una revisió repassa les diferents opcions farmacològiques i psicològiques avaluades per millorar el rendiment cognitiu, així com les limitacions metodològiques dels estudis existents i propostes futures (Miskowiak et al., 2016). Un constructe que s'està aplicant recentment a població amb trastorn bipolar és el de la reserva cognitiva. Tot i que els resultats poden estar condicionats per la definició i avaluació del constructe, alguns estudis indiquen que la reserva cognitiva condiciona el rendiment cognitiu i funcional de pacients amb primers episodis psicòtics (Amoretti et al., 2016) i en mostres especifiques de pacients amb trastorn bipolar (Anaya et al., 2016), suggerint que intervencions orientades a potenciar la reserva cognitiva podrien minimitzar els efectes de la malaltia sobre el funcionament cognitiu i funcional.

En relació a la rehabilitació funcional, s'ha publicat el seguiment a un any (Bonnin et al., 2016b) d'un assaig multicèntric en el qual van participar 239 pacients bipolars eutímics amb limitacions funcionals que van ser aleatoritzats en tres grups (21 sessions grupals de rehabilitació funcional, 21 sessions grupals de psicoeducació, o tractament habitual). La

rehabilitació funcional incloïa aspectes educatius sobre la cognició i entrenament en tècniques neurocognitives per treballar l'atenció, la memòria i les funcions executives, així com entrenament en habilitats de comunicació i resolució de problemes. En comparació amb el tractament habitual, el programa de rehabilitació funcional es va mostrar eficaç en la millora del funcionament dels pacients i, en contrast amb la falta de resultats significatius obtinguts al cap de 6 mesos en les mesures cognitives, el seguiment a l'any va detectar una millora en alguna mesura de memòria verbal. Resultats similars s'havien obtingut en un subanàli a 6 mesos que tan sols va utilizar la submostra de pacients que presentaven deteriorament cognitiu a nivell basal (n=188), mesurat a partir de dos desviacions estàndard per sota de la mitjana dels controls sans (Bonnin et al., 2016a). Paralel.lament, un grup holandès ha publicat un estudi pilot avaluant la factibilitat d'un programa de rehabilitació funcional més breu, que combinava sessions grupals i individuals, i que es va mostrar útil en la millora del funcionament psicosocial, concretament en els dominis d'autonomia i funcionament laboral (Zyto et al., 2016). Hi ha dos assajos independents en marxa que tenen dissenys consistents en la implementació de programes de rehabilitació cognitiva per ordinador amb mostres de pacients bipolars (Lewandowski et al., 2016; Strawbridge et al., 2016) dels que probablement es derivaran resultats interessants.

Referències bibliogràfiques

Amoretti, S., Bernardo, M., Bonnin, C. M., Bioque, M., Cabrera, B., Mezquida, G. et al. (2016). The impact of cognitive reserve in the outcome of first-episode psychoses: 2-year follow-up study. *Eur.Neuropsychopharmacol., 26,* 1638-1648.

Anaya, C., Torrent, C., Caballero, F. F., Vieta, E., Bonnin, C. M., & yuso-Mateos, J. L. (2016). Cognitive reserve in bipolar disorder: relation to cognition, psychosocial functioning and quality of life. *Acta Psychiatr.Scand., 133,* 386-398.

Barbato, A., Vallarino, M., Rapisarda, F., Lora, A., Parabiaghi, A., D'Avanzo, B. et al. (2016). Do people with bipolar disorders have access to psychosocial treatments? A survey in Italy. *Int.J.Soc.Psychiatry, 62,* 334-344.

Bonnin, C. M., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Balanza-Martinez, V., Sole, B., Torrent, C. et al. (2016a). Effects of functional remediation on neurocognitively impaired bipolar patients: enhancement of verbal memory. *Psychol.Med., 46,* 291-301.

Bonnin, C. M., Torrent, C., Arango, C., Amann, B. L., Sole, B., Gonzalez-Pinto, A. et al. (2016b). Functional remediation in bipolar disorder: 1-year follow-up of neurocognitive and functional outcome. *Br.J.Psychiatry, 208,* 87-93.

Bora, E., Veznedaroglu, B., & Vahip, S. (2016). Theory of mind and executive functions in schizophrenia and bipolar disorder: A cross-diagnostic latent class analysis for identification of neuropsychological subtypes. *Schizophr.Res., 176,* 500-505.

Deckersbach, T., Peters, A. T., Sylvia, L. G., Gold, A. K., da Silva Magalhaes, P. V., Henry, D. B. et al. (2016). A cluster analytic approach to identifying predictors and moderators of psychosocial treatment for bipolar depression: Results from STEP-BD. *J.Affect.Disord., 203,* 152-157.

Goodwin, G. M., Haddad, P. M., Ferrier, I. N., Aronson, J. K., Barnes, T., Cipriani, A. et al. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J.Psychopharmacol., 30,* 495-553.

Hafeman, D. M., Merranko, J., Axelson, D., Goldstein, B. I., Goldstein, T., Monk, K. et al. (2016). Toward the Definition of a Bipolar Prodrome: Dimensional Predictors of Bipolar Spectrum Disorders in At-Risk Youths. *Am.J.Psychiatry, 173,* 695-704.

Haynes, P. L., Gengler, D., & Kelly, M. (2016). Social Rhythm Therapies for Mood Disorders: an Update. *Curr.Psychiatry Rep., 18,* 75.

Hidalgo-Mazzei, D., Mateu, A., Reinares, M., Murru, A., del Mar, B. C., Varo, C. et al. (2016a). Psychoeducation in bipolar disorder with a SIMPLe smartphone application: Feasibility, acceptability and satisfaction. *J.Affect.Disord., 200,* 58-66.

Hidalgo-Mazzei, D., Murru, A., Reinares, M., Vieta, E., & Colom, F. (2016b). Big Data in mental health: a challenging fragmented future. *World Psychiatry, 15,* 186-187.
Jensen, J. H., Knorr, U., Vinberg, M., Kessing, L. V., & Miskowiak, K. W. (2016). Discrete neurocognitive subgroups in fully or partially remitted bipolar disorder: Associations with functional abilities. *J.Affect.Disord., 205,* 378-386.

Levin, J. B., Krivenko, A., Howland, M., Schlachet, R., & Sajatovic, M. (2016). Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder: A Comprehensive Review. *CNS.Drugs, 30,* 819-835.

Lewandowski, K. E., Sperry, S. H., Ongur, D., Cohen, B. M., Norris, L. A., & Keshavan, M. S. (2016). Cognitive remediation versus active computer control in bipolar disorder with psychosis: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 17,* 136.

MacDonald, L., Chapman, S., Syrett, M., Bowskill, R., & Horne, R. (2016). Improving medication adherence in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of 30 years of intervention trials. *J.Affect.Disord., 194,* 202-221.

Miskowiak, K. W., Carvalho, A. F., Vieta, E., & Kessing, L. V. (2016). Cognitive enhancement treatments for bipolar disorder: A systematic review and methodological recommendations. *Eur.Neuropsychopharmacol., 26,* 1541-1561.

Morriss, R., Lobban, F., Riste, L., Davies, L., Holland, F., Long, R. et al. (2016). Clinical effectiveness and acceptability of structured group psychoeducation versus optimised unstructured peer support for patients with remitted bipolar disorder (PARADES): a pragmatic, multicentre, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *Lancet Psychiatry, 3,* 1029-1038.

Oud, M., Mayo-Wilson, E., Braidwood, R., Schulte, P., Jones, S. H., Morriss, R. et al. (2016). Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *Br.J.Psychiatry, 208,* 213-222.

Rahmani, F., Ebrahimi, H., Ranjbar, F., Razavi, S. S., & Asghari, E. (2016). The Effect of Group Psychoeducation Program on Medication Adherence in Patients with Bipolar Mood Disorders: a Randomized Controlled Trial. *J.Caring.Sci., 5,* 287-297.

Reinares, M., Bonnin, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Colom, F., Sole, B., Jimenez, E. et al. (2016a). Family functioning in bipolar disorder: Characteristics, congruity between patients and relatives, and clinical correlates. *Psychiatry Res., 245,* 66-73.

Reinares, M., Bonnin, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Sanchez-Moreno, J., Colom, F., & Vieta, E. (2016b). The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clin.Psychol.Rev., 43,* 47-57.

Salcedo, S., Gold, A. K., Sheikh, S., Marcus, P. H., Nierenberg, A. A., Deckersbach, T. et al. (2016). Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: Current state of the research. *J.Affect.Disord., 201,* 203-214.

Scott, J., Marwaha, S., Ratheesh, A., Macmillan, I., Yung, A. R., Morriss, R. et al. (2016). Bipolar At-risk Criteria: An Examination of Which Clinical Features Have Optimal Utility for Identifying Youth at Risk of Early Transition From Depression to Bipolar Disorders. *Schizophr.Bull.*.

Sole, B., Jimenez, E., Torrent, C., del Mar, B. C., Torres, I., Reinares, M. et al. (2016). Cognitive variability in bipolar II disorder: who is cognitively impaired and who is preserved. *Bipolar.Disord., 18,* 288-299.

Strawbridge, R., Fish, J., Halari, R., Hodsoll, J., Reeder, C., Macritchie, K. et al. (2016). The Cognitive Remediation in Bipolar (CRiB) pilot study: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials, 17,* 371.

Van Meter, A. R., Burke, C., Youngstrom, E. A., Faedda, G. L., & Correll, C. U. (2016). The Bipolar Prodrome: Meta-Analysis of Symptom Prevalence Prior to Initial or Recurrent Mood Episodes. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry, 55,* 543-555.

Vieta, E. & Morilla, I. (2016). Early group psychoeducation for bipolar disorder. *Lancet Psychiatry, 3,* 1000-1001.

Ye, B. Y., Jiang, Z. Y., Li, X., Cao, B., Cao, L. P., Lin, Y. et al. (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: An updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry Clin.Neurosci., 70,* 351-361.

Zyto, S., Jabben, N., Schulte, P. F., Regeer, B. J., & Kupka, R. W. (2016). A pilot study of a combined group and individual functional remediation program for patients with bipolar I disorder. *J.Affect.Disord., 194,* 9-15.

4. TRASTORNS PSICÒTICS

4.1 TERÀPIA COGNITIVOCONDUCTUAL EN LA PSICOSI

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

Tractament dels símptomes obsessius en la psicosi

Un gran nombre d'usuaris amb trastorns psicòtics presenten símptomes obsessius i compulsius que són la causa d'un malestar molt significatiu. Així, al voltant del 10% de pacients amb esquizofrènia compleixen també criteris per ser diagnosticats de trastorn obsessivocompulsiu (TOC). I a més, aproximadament un terç dels casos apareixen després de la instauració del tractament farmacològic amb antipsicòtics de segona generació, que malgrat resultar útils en la reducció de la simptomatologia psicòtica tenen el TOC com a efecte no desitjat.

Tundo i Necci (2016) han realitzat un revisió sistemàtica de gran utilitat per tots els terapeutes que treballem amb usuaris amb psicosi i ens trobem davant el dilema de si aquests casos els hauríem de tractar amb la Teràpia Cognitivoconductual per la psicosi (TCCp). La revisió aplega les dades de 9 estudis controlats, 8 estudis de casos i 1 estudi de sèrie de casos. No són estudis d'alta qualitat metodològica, però permeten extraure algunes conclusions. La revisió indica que la TCCp és segura, és a dir no empitjora en cap cas els símptomes psicòtics. A més, és ben acceptada, amb una taxa d'abandonaments similar a la dels casos amb TOC sense psicosi. Però sobretot és una intervenció efectiva que indueix una reducció de la simptomatologia obsessiva que és similar a la que es troba amb pacients amb TOC sense psicosi que són tractats amb tractament farmacològic o TCC. D'altra banda, en pacients psicòtics la TCCp és efectiva tant per als trastorns obsessius tant si són induïts pel tractament farmacològic antipsicòtic com si no ho són. Per últim, els autors detecten alguns predictors de

escassa resposta a la TCCp per als símptomes obsessius comòrbids com l'abús d'alcohol i d'altres substàncies i la presència dels símptomes obsessius abans del debut del trastorn psicòtic. Per tant, a l'espera d'estudis de més qualitat, la revisió ens permet recomanar la pràctica de la TCCp per als símptomes obsessius en pacients amb trastorns psicòtics.

Tractament de l'estigma

Una de les pitjors conseqüències associades als trastorns psicòtics és l'experiència de l'estigma que afecta el funcionament social i l'autoconcepte de la persona. Els pacients amb psicosi pateixen els nivells més elevats d'estigma entre totes les malalties mentals i a més els pacients l'acaben internalitzant de forma que es tradueix en una mena "d'autoestigma". Resulta fàcil de comprendre que per combatre l'estigma necessitem produir canvis a escala social que estan fora de l'abast de la pràctica clínica. Però tot i això, podem fer alguna cosa des de la TCCp per ajudar a combatre l'estigma que pateixen els nostres pacients?

Un grup de autors del Regne Unit (Wood, Byrne, Varese i Morrison, 2016) han reflexionat sobre el tema a partir de la revisió sistemàtica dels estudis publicats sobre el tema. Recullen 12 estudis, 7 controlats i aleatoritzats, 3 estudis de cohorts i 2 estudis controlats. Troben diferents intervencions però la gran majoria inclouen TCC, psicoeducació i entrenament en habilitats socials. Realitzen una petita metanàlisi i apunten que quan la TCC es dirigeix als processos d'autoestigma es troba una certa milloria, tot i que no resulta estadísticament significativa. Ara bé, la TCC sembla millorar clarament l'autoeficàcia i la consciència de malaltia. Per tant, tot i que els resultats obtinguts són prometedors, necessitem més estudis i de més qualitat per arribar conèixer l'abast dels efectes de la TCC sobre els processos d'autoestigma.

Nombre òptim i nombre mínim de sessions

És un fet conegut que l'accés a la TCCp és inferior al desitjable sobretot per la manca de recursos als sistemes de salut. Per aquesta raó, gestors, investigadors i clínics es troben amb la necessitat i la pressió per trobar intervencions el més curtes i el més eficients possibles. Alguns autors (Hazell, Hayward, Cavanagh i Strauss, 2016) parlen de la TCCp de "baixa intensitat" i revisant els estudis publicats dient que la TCCp pot ser efectiva fins i tot amb menys sessions de les recomanades habitualment, que en la majoria de guies clíniques és al voltant de 16.

En un estudi del tot pertinent Lincoln, Jung, Wiesjahn i Schlier (2016) intentaren comprovar si era possible definir el nombre mínim de sessions necessàries per poder obtenir canvis significatius en la psicopatologia dels usuaris amb trastorns psicòtics. L'objectiu no és simplement establir el nombre òptim de sessions sinó que també intenta descobrir si hi ha un llindar mínim per garantir l'eficàcia del tractament. La majoria de guies clíniques recomanen fer al menys 16 sessions per a que la intervenció sigui eficaç però sorprenentment no hi ha gaire estudis que hagin comprovat directament aquesta data. Els autors investiguen aquesta recomanació analitzant la relació entre la "dosi" (nombre de sessions) de la teràpia i la resposta (millora dels símptomes) en un estudi longitudinal. Van aplegar una mostra de 58 pacients amb psicosi i els van aplicar 45 sessions de TCCp. Es van fer avaluacions respectivament després de la setmana 5, 15, 25 i 45. Aquestes avaluacions mesuraven símptomes positius, símptomes negatius, símptomes afectius, malestar associat als símptomes i les habilitats d'afrontament. Els resultats són clars i concloents. Troben una reducció significativa dels símptomes i una reducció del malestar associat als símptomes després de la sessió 15 i a més aquest canvi roman estable a partir d'aquest moment fins a l'última sessió. Ara bé, la freqüència de símptomes positius i negatius arriba al seu mínim després de la sessió 25. Per tant, els autors recolzen les recomanacions vigents que prescriuen un mínim de

16 sessions de TCCp per garantir la seva eficàcia. Tanmateix, per obtenir els millor resultats possibles, és a dir la dosi òptima de tractament és de 25 sessions.

Predictors de resposta

Sabem que la TCCp és una intervenció efectiva però com sovint passa als tractaments de salut mental un grup important d'usuaris, al voltant del 50%, es beneficien molt poc d'aquesta intervenció. Considerant l'escassedat de recursos i la necessitat de personalitzar els tractaments resulta de molta utilitat saber si existeixen factors que ens ajudin a predir quins usuaris es beneficiaran més d'aquesta intervenció. O'Keeffe, Conway i McGuire (2016) han revisat els estudis publicats i han aplegat 181 estudis que analitzaven predictors de resposta i seleccionen només 10, els que assoleixen la més alta qualitat metodològica, descartant la resta per no assolir els criteris metodològics exigits. L'anàlisi els permet enumerar uns factors que s'associen a un bon pronòstic: menys anys d'evolució de la malaltia, nivell educatiu més alt, gènere femení, més edat i major consciència de malaltia. També la presència de símptomes més greus s'associa a una millor resposta, però els autors creuen que aquest efecte hauria de ser estudiat amb més deteniment. A més de les utilitats esmentades abans, aquests factors de predicció poden ajudar a dirigir la recerca per millorar els tractaments dels grups que no responen tan bé a la TCCp.

Neuroimatge i TCCp

El treball més destacable podria ser el publicat per Mason, Peters, Dima, Williams i Kumari (2016). L'estudi aplega 38 pacients amb símptomes psicòtics positius i 20 controls sans. Tots els participants es sotmeten a una ressonància magnètica funcional (RMf) mentre fan una tasca de reconeixement d'emocions facials. Un grup segueix una TCCp reglada i l'altre no. Després d'un període de 6 a 8 mesos són avaluats altre cop amb una RMf en les mateixes

condicions. S'examina la connectivitat entre l'amígdala i l'escorça prefrontal dorsolateral durant les imatges d'amenaça social que hom suposa que estan a la base dels símptomes paranoides. Els pacients, abans del tractament, presenten un grau de connectivitat major que els controls sans entre l'amígdala, la insula i les àrees visuals. Aquestes diferències desapareixen després del tractament en el grup de TCCp que a més mostren un augment de la connectivitat entre l'escorça prefrontal dorsolateral i d'altres àrees com l'escorça cinglada anterior i la ventromedial. Aquestes troballes assenyalen que la TCCp reforça la connectivitat entre els sistemes cognitius superiors i els relacionats amb l'amenaça facilitant una apreciació dels estímuls més adaptativa.

Referències bibliogràfiques

Hazell, C.M., Hayward, M., Cavanagh, K., Strauss, C. (2016) A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis. *Clinical Psychology Review 45*, 183–192.

Lincoln T.M., Jung, E., Wiesjahn,M., Schlier, B. (2016) . What is the minimal dose of cognitive behavior therapy for psychosis? An approximation using repeated assessments over 45 sessions. *European Psychiatry 38*, 31–39.

Mason, L., Peters, E.R., Dima, D., Williams, S.C., Kumari, V. (2016). Cognitive Behavioral Therapy Normalizes Functional Connectivity for Social Threat in Psychosis. *Schizophrenia Bulletin 42*, 684–692.

O'Keeffe, J., Conway, R., McGuire , B. (2016) A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis. *Schizophrenia Research.* Tundo, A., Necci, R. (2016) Cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder co-occurring with psychosis: Systematic review of evidence. *World Journal of Psychiatry 22*, 449-455.

Wood, L., Byrne, R., Varese, F., Morrison, A.P. (2016) Psychosocial interventions for internalised stigma in people with a schizophrenia-spectrum diagnosis: A systematic narrative synthesis and meta-analysis. *Schizophrenia Research 176*, 291–303.

4.2 TERÀPIA COGNITIVOCONDUCTUAL EN LES FASES PRIMERENQUES DELS TRASTORNS PSICÒTICS

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

Respecte l'any anterior, durant el 2016 la producció de publicacions científiques sobre tractaments cognitiuconductuals (TCC) en fases primerenques dels trastorns psicòtics ha estat substancialment menor.

En l'estudi en estats mentals d'alt risc per a la psicosi (AR) trobem el treball d'Ising et al. (2016). Després de demostrar l'efectivitat del programa cognitiu-conductual CBTuhr per aquesta població als 18 mesos de seguiment, aquests autors van realitzar un nou assaig aleatoritzat controlat (RCT) per a valorar els efectes del mateix programa d'intervenció als 4 anys. Van incloure 196 pacients AR holandesos amb edats entre 14 i 35 anys, dels quals 113 van realitzar el seguiment durant aquest període. Es van proposar avaluar: l'efectivitat del CBTuhr per a prevenir un primer episodi psicòtic, la remissió de l'estatus d'alt risc, i la clínica i la funcionalitat dels que fan la transició a psicosis. Noranta-vuit pacients van ser inclosos al grup experimental en el que es portava a terme el programa estàndard (centrat en clínica ansiosdepressiva) i a més el programa CBTuhr; mentre que 103 pacients van ser assignats a la condició control (només rebien el tractament estàndard per AR). Al llarg d'aquest període es va avaluar la simptomatologia clínica afectiva i psicòtica, la funcionalitat i la qualitat de vida a través de diferents instruments, com ara BDI-2, el SOFAS o PBIQ-R. Els resultats permeten concloure que la TCC per a pacients AR redueix el risc de transició a psicosis en un 50%, i aquests efectes es mantenen als 4 anys. Malgrat la intervenció comporta la remissió de la simptomatologia d' AR, el funcionament social es mantenia afectat en la majoria dels participants i seguien patint símptomes positius, negatius, cognitius i ansietat aïllats, sense arribar a complir tot el quadre d'AR.

Quant a l'estudi en primers episodis psicòtics (PEP), Lee et al. (2016) analitzen la incidència de l'hospitalització i els factors associats al PEP en pacients amb edats de 25 a 55 anys de Hong Kong. S'ha constatat que, tot i la intervenció en AR amb programes ja coneguts com l'OPUS, EIPS o EPPIC, entre altres, la majoria de pacients que presenten PEP requereixen d'hospitalització. Per descriure l'estat de les persones amb PEP, van utilitzar diversos instruments incloent la PANSS, la DUP, la UKU, el RFS i el SOFAS. Els autors conclouen que la psicoeducació per a persones AR pot ser important per a la detecció primerenca de la psicosi i pot reduir la rehospitalització després d'un primer episodi, però no sembla que sigui suficient per a prevenir un primer episodi.

En l'àmbit català, amb motiu del IX Congreso Internacional i XIV Nacional de Psicologia Clínica (Santander, Novembre 2016), Pala et al. (2016) ens presentaren el seu estudi d'aplicació del programa d'intervenció precoç PIPE a pacients en fase inicial d'esquizofrènia atesos al centre de salut mental del Maresme. Van participar 62 pacients en un RCT simple cec (n = 27 assignats al grup control i n = 35 al grup PIPE). El programa PIPE incloïa teràpia cognitiva-motivacional individual i familiar, i tractament farmacològic habitual durant 12 mesos. Avaluadors externs van valorar canvis pre-postractament, als 18 mesos i 5 anys de seguiment, usant l'Escala de Símptomes Positius i Negatius, l'Escala Breu Valoració de Psiquiàtrica, l'escala d'Impressió Clínica Global i les recaigudes. Observaren majors efectes clínics significatius en els pacients tractats del grup PIPE, i a més, una reducció de les taxes de recaiguda i reducció del tractament farmacològic. En el mateix congrés, Estévez, Arnal i Gòmez (2016), presenten la ACT-Matrix, com una versió de la Teràpia d'Acceptació i Compromís (ACT) que permet als pacients comprendre l'essència d'aquesta tècnica i facilita la distinció entre les experiències sensorials directes i les mentals mitjançant senzills exercicis experiencials. A través dels exercicis, els subjectes prenen consciència de la impossibilitat d'exercir control tant sobre les experiències sensorials directes com les mentals, i se'ls

explica que allò que és controlable són les accions associades a aquestes experiències.

Per als interessats en «refrescar» conceptes estadístics, Fusar-Poli i Schultze-Lutter (2016) ens proporcionen una guia per al raonament probabilístic en relació al pronòstic del risc de conversió d'AR a psicosi, per a una millor comprensió de les mesures bàsiques que se n'usen (incidència acumulada, estimacions de Kaplan-Meier, sensibilitat i especificitat de corbes ROC, teorema de Bayes, etc). Els autors consideren que la predicció de la psicosi en pacients amb alt risc clínic (AR) s'ha convertit en un focus d'interès corrent principal de la clínica i de recerca a tot el món, i que les accions terapèutiques després de l'avaluació es basen en el raonament probabilístic de pronòstic i, per tant, cal refinar aquestes mesures perquè poden influir en el maneig del risc, especialment pel que fa a iniciar o interrompre el tractament.

Per a finalitzar, comentem l'article de revisió de Lewandowski (2016), on examina l'evidència de l'eficàcia de la remediació cognitiva en pacients amb inici recent d'esquizofrènia i en persones amb alt risc per a desenvolupar psicosi. Tot i que no es refereix concretament a la TCC, ens parla de l'interès creixent en la investigació i el potencial de col·laboració entre la neurociència i la tecnologia d'entreteniment digital per a desenvolupar nous tractaments efectius, i ens mostra algunes dades que considerem útils, a tenir en compte per a la TCC en aquests grups de pacients. Ens recorda que la majoria de pacients amb psicosi experimenta dèficits cognitius en més d'un domini (atenció, memòria...), sovint de magnitud substancial i que els pacients amb major potencial per a la plasticitat cerebral (AR o PEP) poden beneficiar-se tant o més que els pacients amb plasticitat presumiblement reduïda (per exemple en esquizofrènia o trastorns afectius crònics). Ens cita un estudi que demostra que el 100% de joves amb PEP usen ordinadors regularment, el 92% usen telèfons mòbils/smartphones, i el 83% usen jocs de consola, per a proposar que les eines de tractament usades a través de webs o accés mòbil, poden ser una excel·lent elecció per a persones joves amb PEP, millorant l'accés i l'adherència, ja que aquests joves comprenen la tecnologia,

poden tenir preferència per a participar usant plataformes que els són familiars i fàcilment accessibles, i a més poden reduir l'estigma del tractament perquè alguns programes poden assemblar-se als usats voluntàriament per moltes persones sanes.

Referències bibliogràfiques

Estevez LE, Arnal MP i Gómez J (2016). "Act-Matrix": una aproximación experiencial al modelo de teràpia de aceptación y comrpomiso en la intercención con paciente psicóticos. En: Ramiro, M.T. & Ramiro-Sánchez, T. (compiladoras). Libro de Actas del IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica. (p. 433). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). ISBN: 978-84-608-9266-3.

Fusar-Poli, P., & Schultze-Lutter, F. (2016). Predicting the onset of psychosis in patients at clinical high risk: practical guide to probabilistic prognostic reasoning. *Evid Based Mental Health, Feb;19(1):*10-5.

Ising, H. K., Kraan, T. C., Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R.M., Boonstra, N., Nieman D. H., Willebrands-Mendrik, M., van den Berg, D. P., Linszen, D.H., Wunderink, L., Veling W, Smit F i Van der Gaag M (2016). Four-Year Follow-up of Cognitive Behavioral Therapy in Persons at Ultra-High Risk for Developing Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial. *Schizophrenia Bulletin;42(5):* 1243-52.

Lee, E. H., Hui, C.L., Lin, J.X., Ching, E.Y., Li, S. P., Leung, W. G., Chang, W. C, Chan, S. K. & Chen, E. Y. (2016). Incidence of hospitalization and its associated factors in first-episode psychosis in Hong Kong. *Early Intervention in Psychiatry; 10(3):* 263-6.

Lewandowski, K. E.(2016). Cognitive Remediation for the Treatment of Cognitive Dysfunction in the Early Course of Psychosis. *Harvard Review of Psychiatry, Mar-Apr;24(2):*164-72.

Pala, C., Farriols, N., Cañete, J., Alonso, I., Fernández, M., Frías, S.A., Horta, A (2016). Psicoterapia en la fase inicial de la esquizofrenia. Resultados clínicos del programa PIPE a los 5 años. En: Ramiro, M.T. & Ramiro-Sánchez, T. (compiladoras). Libro de Actas del IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica. (p. 433). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). ISBN: 978-84-608-9266-3.

Veling, W., Smit, F. & Van der Gaag, M. (2016). Four-Year Follow-up of Cognitive Behavioral Therapy in Persons at Ultra-High Risk for Developing Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial. *Schizophrenia Bulletin;42(5)*:1243-52.

4.3 INTERVENCIÓ FAMILAR EN PSICOSI

Cristina Domènech Abella[1] i Esther Pousa Tomàs[2]
[1]Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Numància Salut Mental.
[2]Institut de Neuropsiquiatria i Addicccions. Hospital del Mar.

L'article més destacat de l'any 2016 és una revisió de William McFarlane, publicada a la revista Family Process (McFarlane, 2016). Es tracta d'un article de revisió molt complet i extens, de la mà d'un dels autors més reconeguts en intervenció familiar en psicosi, que analitza els origens i el desenvolupament d'aquestes intervencions després de 40 anys. L'autor es refereix al model d'intervenció familiar com a "Family Psychoeducation" (FPE). El terme psicoeducació pot donar lloc a confussió, i especifica que el terme FPE inclou elements cognitius, conductuals i de rehabilitació, i comparteix característiques amb la teràpia familiar estructural. El model d'intervenció familiar més usat actualment arreu del món seria un amalgama del propi model FPE (Anderson, Hogarty & Reiss, 1986), de la teràpia conductual familiar (Falloon, Boyd & McGill, 1984) i de la teràpia grupal multifamiliar (McFarlane, 2002). Aquests models presenten característiques comunes que són llistades en l'article: 1. En constrast amb la majoria de teràpies familiars, la familia no seria un objecte de teràpia sinó que els membres són vistos com agents terapèutics, assumint que la majoria d'ells necessiten informació i atenció per tal d'ajudar el seu familiar malalt. 2. Consideren que la manera com es relacionen els familiars amb la persona malalta pot tenir importants efectes, tant positius com negatius, en l'evolució clínica. 3. Combinen aspectes cognitius, conductuals, educatius, de comunicació i elements específicament terapèutics. 4. El responsable del tractament és un professional de salut mental. Forma part del pla de tractament específic pel pacient. 5. Es focalitza en en millorar l'evolució del pacient, però la millora dels familiars es considera essencial per a assolir aquest objectiu. 6. Són tractaments

específics per a cada diagnòstic (encara que a la pràctica hi ha models que inclouen diverses orientacions diagnòstiques).

McFarlane revisa els estudis d'eficàcia més importants apareguts en aquests anys, que demostren a grans trets que les intervencions familiars redueixen les recaigudes dels pacients amb esquizofrènia en un 50-60%, en comparació amb el tractament estàndard.

També apunten que en quan a l'eficacia del model, si bé inicialment es pretenia reduir l'emoció expressada (EE) com a mesura de prevenir la recaiguda del pacient, en els darrers anys s'ha focalitzat també en la milora del funcionament social i el benestar familiar. S'ha estudiat per què funciona el model, però malgrat els esforços realitzats en aquesta línea, continuen existint dubtes al respecte. Sembla clar que el component educatiu sol no promouria canvis (tret de millora del benestar familiar a curt plaç) (Dixon et al, 2011; McFarlane et al 1995) i no tindria efectes duradors sobre la situació clínica o funcional del pacient (Abramowitz & Coursey, 1989). Així els elements crítics per a promoure canvis, serien segons McFarlane, aquells dirigits a millorar el maneig de la malatia, incloent aspectes funcionals i de suport social (especialment en el format multifamiliar).

Un altre estudi rellevant aparegut en el 2016 és el del grup de Ince (Ince et al., 2016). Es tracta d'una revisió sistemàtica de la implementació de les intervencions psicològiques recomanades a UK per a l'esquizofrènia. Descriu els ratis d'implementació, els obstacles detectats i les estratègies de millora proposades. El National Institute for Clinical Excellence (NICE) es va crear per tal de proporcionar una guia amb objectiu de millorar els estàndards de tractament i reduir variacions en la provisió de serveis en el sistema de salut britànic (NHS). Al 2002 va aparéixer la guia 'Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care'. Fou la primera guia NICE produïda i la darerra revisió data del 2014. Aquesta guia i totes les revisions posteriors, inclouen recomanacions sobre teràpies psicològiques per a l'esquizofrènia, específicament

teràpia cognitiu-conductual (TCC) i intervencions familiars (IF), que es recomanen a tots els nivells d'atenció. Els primers anys existien escassos estudis d'implementació i d'anàlisi relacionat. L'article es proposa avaluar l'estat de la qüestió quinze anys després de la aparició de la guia. Per a fer-ho, planteja una revisió sistèmatica de la literatura, amb uns criteris d'inclusió estrictes per garantir una qualitat adequada. Inicialment, detecten 322 articles, dels que n'exclouen la majoria per no complir els criteris, i finalment resulten 26 articles. Només dos d'ells són assajos clínics randomitztas (Ince et al, 2015; Michie & Lester 2005). Desl 26 estudis inclosos, 11 exploren ratis d'implementació, 13 descriuen les barreres i 10 donen informació sobre estratègies de millora. Ratis d'implementació: varien del 4 al 100% per a la TCC i del 0 al 53% per a la IF. Els ratis varien substancialment d'un estudi a un altre, i és impossible determinar quina estimació és la més fiable. L'estudi amb la mostra més ampla (Healthcare Commission, 2007) parla d'una mitja d'implementació del 46.5% per a la TCC i del 53% per a la IF. No obstant, un estudi més petit però metodològicament de major qualitat (Haddock et al., 2014) suggereix implementacions de 6.95% per a la TCC i del 1.6% per a la IF; a més, evidencia la discrepància entre tractament ofert i el realment realitzat, que estaria en ratios del 5.35% i 1.15 %, respectivament. En base a això, els autors assenyalen dos punts; en primer lloc la necessitat d'un protocol estàndard per auditar les ratios d'implementació i fan suggeriments per a crear-lo. En segon lloc, apunten que continuen existint desigualtats en la provisió dels recursos, el que era un dels objectius a evitar segons la guia NICE. Pel que fa als obstacles a la implementació, destaquen en primer lloc els relacionats amb l'organització (12 articles ho analitzen). Fan referència especialment a la manca de recursos com a causa més freqüent. Altres causes serien: manca de temps dedicat a la teràpia, manca d'entrenament de professionals, pressió assistencial, demandes d'atenció a crisis, manca de personal, manca de coterapeutes en intervenció familiar i manca de sistemes d'informació sistemàtics per tal d'identificar usuaris afectes d'esquizofrènia. Les barreres

relatives a les actituds i creences dels professionals són identificades en 7 articles: creença de manca d'habilitats per a implementar teràpia, manca de clarificació sobre a qui se li ha d'oferir, valor percebut de les teràpies, etc. Per últim, 3 articles parlen dels obstacles relacionats amb els usuaris: manca d'adherència, actituds negatives dels familiars cap a la IF i usuaris excessivament medicats o simptomàtics per poder incloure a les teràpies. Pel que fa a les estratègies de millora de la implementació, 10 articles se n'ocupen. En general, l'estratègia més empreada és la formació mitjançant cursos específics de TCC o d'IF, així com mètodes empírics per a millorar l'adherència dels ususaris. Apunten que malgrat l'esforç formatiu es porta a terme adequadament i s'aconsegueixen bons nivells d'habilitats, un cop el terapeuta retorna al seu rol assistencial previ no és capaç d'implementar la tècnica apresa, probablement per la pressió assistencial.

Un article del grup de Gleeson (Glesson et al., 2016) proposa un sistema d'intervenció que faciliti la implementació, tenint en compte un dels obstacles més habituals descrit a dalt (organitzatiu). Es tracta d'una intervenció online anomenada "Altitudes", que integra xarxa social amb intervenció de professionals i iguals, amb un component psicoeducatiu. L'article avalua l'eficàcia del programa en termes de reduccio d'estrés en els cuidadors de pacients joves amb psicosi, en un periode de 6 mesos, amb resultats inicialment esperançadors però encara preliminars.

Lobban i Barrowclough també s'ocupen d'estudiar una de les posibles causes dels dèficits d'implementació del model: la manca d'un marc teòric clar. Partint d'un model de teràpia cognitiu-conductual interpersonal que inclou familiars de pacients amb psicosi, presenten un resum del marc teòric i de l'evidència que recolza cada punt. També es discuteixen les limitacions del mateix (Lobban & Barrowclough, 2016).

En relació a l'estudi de les estratègies de millora de la implementació, el darrer any s'ha publicat un article força rellevant, realitzat pel grup d'Edge (Edge et al., 2016), on participen

alguns dels autors més reconeguts en aquest camp del Regne Unit. En aquest pais, com ja s'ha esmentat, s'han evidenciat desigualtats en l'accés al serveis psicoterapèutics per a l'esquizofrènia. De totes, els afrocaribenys són l'ètnia més desafavorida en aquest punt i a més, la que presenta major incidència de psicosi. L'estudi avalua l'aplicabilitat d'una intervenció familiar adaptada culturalment per a aquests pacients i les seves families. Inclou 30 pacients i respectius familiars tractats en una intervenció d'un any de durada. Els resultats són favorables en termes d'evolució clínica dels pacients, funcionament, emoció expressada, estrés familiar, coneixement sobre la malaltia i costos econòmics, entre d'altres.

Un article del grup de Leff (Grácio et al., 2016) estudia els elements claus de les intervencions, un altre dels aspectes pendents de clarificar. Per fer-ho, analitzen un assaig clínic pioner en intervenció familiar en psicosi portat a terme per aquell equip fa 40 anys. En la discussió, apunten que les estratègies més usades en la intervenció eren, per ordre: asessorament sobre necessitats, entrenament en estratègies de maneig del pacient, consell i suport emocional. Amb menor freqüència s'utilitzava el treball de les emocions, especialment de la sobreprotecció, i de la comunicació amb tècniques de re-enquadrament. Apunten que el treball individual amb la familia al domicili pot augmentar els guanys del treball multifamiliar.

Un article publicat a Encephale (Leguay, 2016) revisa els diferents abordatges terapèutics i l'estat dels serveis sanitaris prestats als pacients afectes d'esquizofrènia a França, fent èmfasi en els èxits de les intervencions psicosocials, especialment familiars, i apuntant la baixa implementació d'aquestes tècniques al país veí.

Dins dels articles relacionats amb la intervenció familiar aplicada a subgrups específics, destaca uny més la literatura existent sobre intervenció en primers episodis, camp en el que continuament apareixen resuiltats d'eficàcia superiors inclós als esperats. En aquesta área, un article (Gupta & Bowie, 2016) s'ocupa d'estudiar les relacions entre cuidadors i sistema

familiar. Com a resultats, els familiars d'un pacient amb psicosi inicipient reporten més dificultats familiars (mesurat amb dimensions de cohesió i flexibilitat). Les avaluacions cognitives positives sobre la malaltia i les seves conseqüències són predictores de benestar i de funcionament familiar adaptatiu. Les avaluacions negatives s'associen fortament amb pitjor qualitat de vida del cuidador. Aquestes avaluacions són útils per a un millor disseny de les intervencions familiars en psicosi primerenca.

A Melbourne (Australia) un estudi (Leggatt & Woodhead, 2016) avalua la posada en funcionament d'un grup de suport mutu de familiars amb pacients en programa d'intervenció precoç. Reporten resultats positius en termes de benefici familiar. En aquesta línea els autors apunten que els pròxims anys aniran apareixent publicacions completant aquestes dades incipients.

A Hong Kong (Xina) s'avalua un programa d'intervenció familiar en format de solució de problemes de 5 mesos de durada, per a cuidadors de pacients amb primers episodis psicòtics (Chien WT et al, 2016). És un estudi rellevant que inclou 116 cuidadors, assignats aletatòriament a tractament estàndar o a grup d'intervenció. Reporten que el grup d'estudi mostra una millora del distrés familiar significativament superior, així com reducció en la gravetat clínica del pacient i també en la durada de les rehospitalitzacions, amb resultats que es mantenen fins als 12 mesos de seguiment.

Un altre estudi en aquesta línea és el publicat per l'equip de Gräno (Gräno et al., 2016), on comparen pacients amb alt risc de psicosi en tractament en un programa d'intervenció precoç basat en un model integratiu orientat a la familia i a la comunitat, versus pacients en tractament estàndard. Detecten que el grup d'intervenció presenta superior millora funcional i en alguns símptomes (depressió i desesperança). No obstant, no obtenen diferències entre els dos grups pel que fa a símptomes de risc psicòtic ni en ansietat.

Altres estudis d'avaluació de programes d'intervenció familiar en psicosi incipient serien el de Melton & Dykeman que avalua el programa "Family Aided Community Treatment" (FACT) després d'un any de la seva aplicació (Melton RP & Dykeman C, 2016) i el de Kane i coll.aboradors, on avaluen l'eficàcia del programa d'intervenció "NAVIGATE" per a primers episodis. En aquest darrer cas es tracta d'un programa molt més ampli i integral (no específicament familiar) a USA (Kane et al., 2016); el ressenyem per la rellevància de l'estudi i perquè inclou treball familiar, tot i que representa només una branca de tot el sistema multidisciplinar complet. Un altre programa d'atenció a psicosi incipient és el model finlandès "Open Dialogue", en el que s'inclou a familiars i pacients especialmente focalitzats en moments de crisi. El grup de Gordon publica els resultats d'un estudi d'adaptació d'aquest model a USA (Gordon et al., 2016).

Altres estudis interessants sobre intervenció familiar en primers episodis psicòtics són el de l'equip de Nilsen que explora els beneficis percebuts pels participants en un programa psicoeducatiu (Nilsen et al., 2016) i el del grup de Marvin (Marvin et al., 2016), que examina l'adherència i la competència de professionals formats per a l'aplicació d'un tractament familiar en aquest subgrup de pacients.

Per últim, aquest any disposem també d'estudis d'intervenció familiar en trastorns diferents de l'esquizofrènia. En aquest sentit, l'article de Miklowitz & Chung revisa l'estat de la qüestió sobre tractament familiar en trastorn bipolar trenta anys després dels seus inicis, i apunta linies de recerca futures (Miklowitz & Chung, 2016). El grup d'Aydin (Aydin el al., 2016) avalua l'oferta de tractament (amb especial atenció a la intervenció familiar) en pacients amb psicosi incipient i consum de cannabis actiu, atesos a una regió de Canadà i fa propostes de millora i implementació del servei.

Referències bibliogràfiques

Aydin C, Tibbo PG, Ursuliak Z (2016). Psychosocial interventions in reducing cannabis use in early phase psychosis: a canadian survey of treatments offered. *Canadian Jounal of Psychiatry 61* (6):367-72.

Chien WT, Thompson DR, Lubman DI, McCann TV (2016). A randomized controlled trial of clinician-supported problema-solving bibliotherapy for family caregivers of people with first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin 42*(6):1457-1466.

Edge D, Degnan A, Cotterill S, Berry K, Drake R, Baker J, Barrowclough C, Hughes-Morley A, Grey P, Bhugra D, Cahoon P, Tarrier N, Lewis S, Abel K (2016). Culturally-adapted family intervention (CaFI) for african-caribbeans diagnosed with schizophrenia and their families: a feasibility study protocol of implementation and acceptability (2016). *Pilot Feasibility Studies 3* (2):39.

Gleeson J, Lederman R, Herrman H, Koval P, Eleftheriadis D, Bendall S, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M (2017). Moderated online social therapy for carers of Young people recovering from first-episode psychosis: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials 18* (1):27.

Gordon C, Gidugu V, Rogers ES, DeRonck J, Ziedonis D (2016). Adapting open dialogue for early-onset psychosis into the U.S health care environment: a feasibility study. *Psychiatric Services 67* (11):1166-1168.

Grácio J, Gonçalves-Pereira M. Leff J. (2016). Key elements of a family intervention for schizophrenia: a qualitative analysis of an RCT. *Family Process 29*.

Gräno N, Karjalainen M, Ranta K, Lindgren M, Roine M, Therman S (2016). Community-oriented family-based intervention superior to standard treatment in improving depression, hopelessness and functioning among adolescents with any psychosis-risk symptoms. *Psychiatry Research 30*; 237:9-16.

Gupta M, Bowie CR (2016). Family cohesion and flexibility in early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry 7*.

Ince P, Haddock G, Tai S (2016). A systematic review of the implementation of recommended psychological interventions for schizophrenia: Rates, barriers, and improvement strategies. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 89*,324-350.

Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA, Addington J, Brunette MF, Correll CU, Estroff SE, Marcy P, Robinson J, Meyer-Kalos PS, Gottlieb JD, Glynn SM, Lynde DW, Pipes R, Kurian BT, Milller AL, Azrin ST, Goldstein AB, Severe JB, Lin H, Sint KJ, John M, Heissen RK (2016). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *American Journal of Psychiatry 1;*173(4):362-72.

Leggatt M, Woodhead G (2016). Family peer support work in an early intervention youth mental health service. *Early Intervention in Psychiatry 10* (5):446-51.

Leguay D (2016). Advocacy for the establishment of a comprehensive strategy to reduce the "burden" of schizophrenic disorders. *Encephale 42* (5):476-483.

Lobban F, Barrowclough C (2016). An interpersonal CBT framework for involving relatives in interventions for psychosis: evidence base and clinical implications. *Cognitive Therapy Reseach 40*;198-215.

Marvin SE, Miklowitz DJ, O'Brien MP, Cannon TD (2016). Family-focused therapy for individuals at clinical high risk for psychosis: treatment fidelity within a multisite randomized trial. *Early Intervention in Psychiatry 10* (2):137-43.

McFarlane W (2016). Family Interventions for schizophrenia and the psychoses: A review. *Family Process, 55* (3): 460-482.

Melton RP, Dykeman C (2016). Family aided community treatment for the treatment of early psychosis: a proof of concept study. *Community Mental Health Journal, 52* (6):623-30.

Miklowitz DJ, Chung b (2016). Family-focused therapy for bipolar disorder: reflections on 30 years of research. *Family Process 55* (3):483-99.

Nilsen L, Frich JC, Friis S, Norheim I, Rossberg JI (2016). Participants' perceived benefits of family intervention following a first episode of psychosis: a qualitative study. *Early Intervention in Psychiatry 10* (2):152-9.

5. TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

Maria Luque, Toñi Amaro, Natxo Garrido, Elisa Rial i Anna Garcia
Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària. Hospital Universitari Mútua Terrassa.

Com cada any, els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) han generat un gran nombre de publicacions científiques (més de 500), algunes de les quals fetes a casa nostra i per socis de la SCRITC. En destaquem les que considerem més significatives i comentem les conclusions més rellevants per si algú té interès després en aconseguir l'article sencer.

Tractament

La literatura segueix validant la Teràpia Cognitivoconductual (TCC) com a tractament eficaç per als TCA (Turner, Marshall, Wood, Stopa, & Waller, 2016), així com l'adaptació transdiagnòstica de la TCC, mostrant-se eficaç en població adulta i en adolescents, i tant en pacients ingressats com ambulatoris (Dalle Grave, El Ghoch, Sartirana, & Calugi, 2016).

Schreyer et al. (2016) presenten un estudi interessant amb pacients amb Anorèxia Nerviosa (AN) sobre els efectes que tenen les mesures coercitives aplicades a l'inici dels ingressos hospitalaris (principalment, la pressió que es fa sobre les pacients per tal que acceptin l'ingrés). Avaluen el grau de coerció percebuda pels pacients, i troben que no està relacionada amb l'evolució ponderal durant l'ingrés. Conclouen que les mesures coercitives no empitjoren l'evolució del TCA i es qüestionen si caldria utilitzar més sovint mesures coercitives de tipus legal (ingressos involuntaris). Sense dubte, un article que convida a la reflexió.

Salerno et al. (2016) presenten un model d'Intervenció Familiar (IF), l'*Experienced Carer Helping Others* (ECHO), que se centra en millorar les habilitats dels cuidadors en la gestió de la malaltia (adolescents amb AN) i la regulació emocional, reduint l'estrès i les respostes desadaptatives dels cuidadors principals. L'efecte a llarg termini (estudi de seguiment de dos

anys) és lleu-moderat (Magill et al., 2016).

Seguint amb la IF, Gelin, Cook-Darzens, Simon i Hendrick (2016) comparen dos models per a adolescents amb AN: la *Multiple Family-Based Treatment Model* (MFBT), d'una forta orientació cognitivoconductual, i la *Integrative Systemic Multiple Family Therapy* (IS-MFT), un model sistèmic integrador. Recomanen la MFBT per a pacients amb TCA d'inici recent i/o famílies amb bon funcionament i la IS-MFT en pacients més crònics i famílies disfuncionals.

Treasure i Nazar (2016) revisen diferents models d'IF, fent una especial incidència en les estratègies d'afrontament i maneig de la malaltia per part dels cuidadors i aporten un resum de les mesures i escales que s'utilitzen per examinar les seves necessitats. En aquesta línia, Quiles, Quiles, Pamies, Sepúlveda i Treasure (2016) han fet una validació en població espanyola de l'Escala d'Avaluació de les Conductes d'Acomodació i Permissivitat dels cuidadors de pacients amb TCA (AESED), que es donen per evitar el conflicte i l'estrès familiar però que afecten negativament l'evolució de la malaltia.

Garber et al. (2016) fan una revisió sistemàtica (1960-2015) dels abordatges de realimentació en adolescents i adults, mostrant una evidència creixent cap a enfocaments d'augment més ràpid de kcal en pacients hospitalitzades amb AN amb desnutrició lleu-moderada. La realimentació alta en calories no ha estat associada amb major risc de síndrome de realimentació. En pacients severament desnodrides l'evidència és insuficient encara i es desconeix l'impacte a llarg termini.

Finalment, darrerament s'han anat publicant articles sobre l'ús de l'Estimulació Magnètica Transcranial en pacients amb AN. Encara falten estudis controlats amb mostres grans, però de moment destaquem l'article de l'equip de l'*Institute of Psychiatry* de Londres on presenten una sèrie de casos amb 5 pacients greus i crònics a qui apliquen 20 sessions sobre l'àrea dorsolateral del còrtex prefrontal, i avaluen els canvis a nivell ponderal, de clínica de TCA i

de clínica afectiva, amb resultats positius (McClelland, Kekic, Campbell, & Schmidt, 2016).

Conseqüències mèdiques dels TCA

A l'*International Journal of Eating Disorders* s'han publicat una sèrie d'articles sobre els efectes negatius dels TCA en la salut física de les pacients. Així, en el cas de l'AN, Norris et al. (2016) fan una revisió sistemàtica de les complicacions gastrointestinals atribuïbles a la malaltia; Rosen et al. (2016) avaluen les disfuncions hepàtiques que es poden donar a l'AN severa; Moschos, Moustafa, Gonidakis i Papageorgiu (2016) presenten un estudi pilot, en el que s'avaluen les alteracions anatòmiques i funcionals de la retina, així com els canvis en el gruix coroïdal i Sachs, Harnke, Mehler i Krantz (2016) revisen de forma exhaustiva les complicacions cardíaques i la seva associació amb l'elevada mortalitat en AN, tot fent suggeriments de cara a la pràctica clínica per prevenir aquestes complicacions.

Kimmel, Ferguson, Zerwas, Bulik i Meltzer-Brody (2016) fan una revisió de les publicacions sobre les complicacions ginecològiques i obstètriques de les pacients amb TCA, i Mitchell (2016) presenta les complicacions mèdiques i la comorbiditat associada al Trastorn per Fartaneres (TF). Finalment, destaquem 2 articles molt complets que revisen les conseqüències mèdiques específiques de les conductes purgatives (Forney, Buchman-Schmitt, Keel, & Frank, 2016; Mehler & Walsh, 2016).

A més, destaquem una revisió exhaustiva de les complicacions mèdiques de l'AN i la Bulímia Nerviosa (BN), fent especial referència a què l'AN presenta la taxa més alta de mortalitat dels trastorns mentals (Westmoreland, Krantz, & Mehler, 2016). També volem ressenyar la revisió de Sachs i Mehler (2016) sobre les complicacions mèdiques de la BN i les propostes de tractament. Per últim, Solmi et al. (2016) presenten una metanàlisi amplíssima comparant les conseqüències a nivell de densitometria i fractures en AN, BN, Trastorn de la Conducta Alimentària no Especificat (TCANE) i subjectes sans, essent el grup d'AN el de major risc.

Per últim, Fitcher i Quadflieg (2016) analitzen les causes de mortalitat i les taxes estandarditzades de mortalitat (SMR) en AN, BN, TF i TCANE. Troben SMR elevades significativament per AN (5.35), BN (1.49) i TCANE (2.39). Únicament les pacients amb AN moren prematurament, per causes naturals relacionades amb el trastorn.

Aspectes clínics

En relació a l'edat d'inici de l'AN i la BN, Volpe et al. (2016) identifiquen una distribució normal bimodal en una mostra de 806 pacients sense observar diferències entre trastorns: inici primerenc i tardà (amb mitjanes de 16 i 24 anys, respectivament).

Nagl et al. (2016) descriuen la prevalença i curs natural de l'AN i la BN en una mostra comunitària durant 10 anys, destacant la importància de les intervencions de tipus preventiu per l'elevada prevalença de simptomatologia subclínica i el risc d'empitjorament i cronificació. En aquest sentit, volem destacar el treball de Sánchez-Carracedo et al. (2016) en el que s'ha comprovat l'efectivitat d'un programa de prevenció (MABIC) que ja havia mostrat la seva eficàcia en situacions de laboratori. Està basat en el model social cognitiu, en l'adquisició d'eines per saber generar i criticar missatges dels mitjans de comunicació respecte la bellesa i la teoria de la dissonància cognitiva. Els resultats mostren diferències significatives en alguns factors i els autors proposen canvis per millorar la resta de factors i el manteniment a llarg termini de les millores assolides.

Duarte, Ferreira i Pinto-Gouveia (2016) proposen i analitzen en una mostra clínica un model de trajectòria per als TCA. Aquet model associa la sobrevaloració del pes, la Imatge Corporal (IC) i l'alimentació amb la vergonya, mediatitzada per les comparacions socials negatives, basades en l'aparença física i l'autocrítica, controlant l'efecte dels símptomes depressius. Aquet model es confirma independentment de la condició clínica de la mostra, donant suport a l'adequació dels tractaments transdiagnòstics dels TCA.

En un estudi longitudinal de cohorts amb una àmplia mostra, Yao et al. (2016) relacionen el diagnòstic de BN amb un major risc de temptatives autolítiques, i el d'AN amb el de suïcidi consumat. No troben diferències de gènere, i el risc es manté en controlar la comorbiditat, motiu pel qual aquest risc no seria atribuïble a la clínica comòrbida sinó a la clínica TCA.

Les conductes suïcides en el TCA també s'han estudiat en relació amb la tipologia d'abús patit durant la infància. Gordon et al. (2016) ho estudien en una mostra de dones amb BN i conclouen que l'antecedent d'abús sexual o emocional durant la infància es relaciona amb conductes autolesives i temptatives autolítiques; aquesta relació està mediatitzada per l'afecte negatiu en el cas de les temptatives autolítiques, i per les dificultats en la regulació emocional en ambdues conductes. Pel que fa a l'abús físic, aquest es relaciona amb les temptatives autolítiques, relació que estaria mediatitzada per l'afecte negatiu. Pel que fa a les autolesions no suïcides en pacients amb TCA, Cucchi et al. (2016) han publicat el primer metanàlisi al respecte i conclouen que el 27% dels adolescents i joves adults amb TCA informen de la destrucció autoinflingida de forma directa i intencional, en absència d'intencionalitat letal i per motius socialment no punibles. Per tot això es fa recomanable l'exploració de la conducta suïcida en aquestes pacients.

Castellini, Lelli, Ricca i Maggi (2016) fan una revisió sistemàtica de les publicacions relacionades amb la sexualitat en pacients amb TCA. Descriuen 4 línies generals d'investigació: el rol de la pubertat, els abusos sexuals en la patogènesi dels trastorns, les disfuncions sexuals i l'associació entre orientació sexual i TCA.

Altres

Dunn i Bratman (2016) revisen les publicacions sobre Ortorèxia Nerviosa (obsessió patològica pel menjar considerat saludable), presentant una proposta de criteris diagnòstics per a la seva classificació. En algunes publicacions s'inclou en els "Trastorns

d'evitació/restricció de la ingesta d'aliments", però els autors defensen la seva consideració com una entitat separada.

Per últim, quant a l'avaluació, volem destacar l'estudi de Westwood et al. (2016) que fan la primera revisió sistemàtica de l'Autism Quotient (AQ) i la versió abreujada (AQ-10), autoinforme de cribratge de Trastorns de l'Espectre de l'Autisme (TEA) en AN. Els individus amb AN puntuen significativament més alt en mesures AQ però no arriben al punt de tall per TEA. L'AQ i l'AQ-10 poden ser utilitzats en AN per identificar individus que es podrien beneficiar d'una avaluació TEA més completa. Falten dades sobre l'impacte de la desnutrició en aquestes mesures.

Referències bibliogràfiques

Castellini, C., Lelli, L., Ricca, V., & Maggi, M. (2016). Sexuality in eating disorders patients: etiological factors, sexual dysfunction and identity issues. A systematic review. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation, 25*(2), 71-90.

Cucchi, A., Ryan, D., Konstantakopoulos, G., Stroumpa, S., Kaçar, A. Ş., Renshaw, S., Landau, S., & Kravariti, E. (2016). Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 46,* 1345–1258.

Dalle Grave, R., El Ghoch, M., Sartirana, M., & Calugi, S. (2016). Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update. *Current Psychiatry Reports, 18*(1), 2.

Duarte, C., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2016). At the core of eating disorders: Overvaluation, social rank, serf-criticism and shame in anorexia, bulimia and binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry, 66,* 123-131.

Dunn, T. M. & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors, 21,* 11-17.

Fitcher, M. & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders – Results of a large prospective clinical longitudinal study. *International journal of eating disorders, 49,* 391-401.

Forney, K. J., Buchman-Schmitt, J. M., Keel, P. K., & Frank, G. K. (2016). The medical complications associated with purging. *International Journal of Eating Disorders, 49*(3), 249-259.

Garber, A. K., Sawyer, S. M., Golden, R. M., Guarda, A. S., Katzman, D. K., Kohn, M. R., Le Grange, D., Madden, S., Shitelaw, M., & Redgrave, G. W. (2016). A systematic review of

approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 49*(3), 293-310.

Gelin, Z., Cook-Darzens, S., Simon, Y., & Hendrik, S. (2016). Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a follow-up study. *Eating and Weight Disorders, 21*(1), 19-30.

Gordon, K. H., Simonich, H., Wonderlich, S. A., Dhankikar, S., Crosby, R. D., Cao, L., Kwan, M. E., Mitchell, J. E., & Engel, S. G. (2016). Emotion Dysregulation and Affective Intensity Mediate the Relationship between Childhood Abuse and Suicide-Related Behaviors among Women with Bulimia Nervosa. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46*(1), 79–87.

Kimmel M. C., Ferguson, E. H., Zerwas, S., Bulik C. M., & Merzer-Brody, S. (2016). Obstetric and gynaecologic problems associated with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 49*(3), 260-275.

Magill, N., Rhind, C., Hibbs, R., Goddard, E., Macdonald, P., Arcelus, J., Morgan, J., Beecham, J., Schmidt, U., Landau, S., & Treasure, J. (2016). Two-year Follow-up of a Pragmatic Randomised Controlled Trial Examinig The Effect of Adding A carer's Skill Training Intervention in Patients with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review, 24*(2), 122-130.

McClelland J., Kekic, M., Campbell, I. C., & Schmidt, U. (2016). Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) treatment in enduring anorexia nervosa: a case series. *European Eating Disorders Review, 24*(2), 157-163.

Mehler, P.S. & Walsh, K. (2016). Electrolyte and acid-base abnormalities associated with purging behaviors. *International Journal of Eating Disorders, 49*(3), 311-318.

Mitchell, J.E. (2016). Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 49(3),* 319-323.

Moschos, M. M., Moustafa, G. A., Gonidakis, F., & Papageorgiou, C. (2016). Retinal and choroidal alterations in patients with anorexia nervosa without vision loss. *International Journal of Eating Disorders, 49*(4), 386-390.

Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and Young adults. *European Children and Adolescent Psychiatry, 25*, 903-918.

Norris, M.L., Harrison, M.E., Isserlin, L., Robinson, A., Feder, S., & Sampson, M. (2016). Gastrointestinal complications associated with anorexia nervosa: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders, 49*(3), 216-237.

Quiles, Y., Quiles, M. J., Pamies, L., Sepúlveda, A. R., & Treasure, J. (2016). The Spanish Validation of the Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders Among Carers: A Pilot Study. *European Eating Disorders Review, 24*(1), 62-68.

Rosen, E., Sabel, A. L., Brinton, J. T., Catanach, B., Gaudiani, J. L., & Mehler, P. S. (2016). Liver dysfunction in patients with severe anorexia nervosa. *International Journal of Eating*

Disorders, 49(2), 151-158.

Sachs, K. & Mehler, P. S. (2016). Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Eating and Weight Disorders, 21*(1), 13-18.

Sachs, K. V., Harnke, B., Mehler, P. S., & Krantz, M. J. (2016). Cardiovascular complications of anorexia nervosa: a systematic review. *International Journal of Eating Disorders, 49*(3), 238-248.

Salerno, L., Rhind, C., Hibbs, R., Micali, N., Schmidt, U., Gowers, S., Macdonals, P., Goddard, E., Todd, G., Tchanturia, K., Lo Coco, G., & Treasure, J. (2016). A longitudinal examination of dyadic distress patterns following a skills intervention for carers of adolescents with anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry, 25*(12), 1319-1347.

Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., López-Guimerà, G., Leiva, D., Puntí, J., Trepat, E., Pàmias, M., & Palao, D. (2016). The MABIC Project: An effectiveness trial for reducing risk factors for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy, 77*, 23-33.

Schereyer, C. C., Coughlin, J. W., Makhzoumi, S. H., Redgrave, G. W., Hansen, J. L., & Guarda, A. S. (2016). Perceived coercion in inpatients with Anorexia Nervosa: associations with illness severity and hospital course. *International Journal of Eating Disorders, 49*(4), 407-412.

Solmi, M., Veronese, N., Correll, C. U., Favaro, A., Santonastaso, P., Caregaro, L., Vancampfort, D., Luchini, C., De Hert, M., & Stubbs, B. (2016). Bone mineral density, osteoporosis, and fractures among people with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 133*(5), 341-351.

Treasure, J. & Nazar, B. P. (2016). Interventions for the Carers of Patients With Eating Disorders. *Current Psychiatry Reports, 18*(2), 16.

Turner, H., Marshall, E., Wood, F., Stopa, L., & Waller, G. (2016). CBT for eating disorders: The impact of early changes in eating pathology on later changes in personality pathology, anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy, 77*, 1–6.

Volpe, U., Tortorella, A., Manchia, M., Monteleone, A., Albert, U., & Monteleone, P. (2016). Eating disorders: What age at onset? *Psychiatry Research 238*, 225-227.

Westmoreland, P., Krantz, M. J., & Mehler, P. S. (2016). Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *American Journal of Medicine, 129*(1), 30-37.

Westwood, H., Eisler, I., Mandy, W., Leppaned, J., Treasure, J., & Thanturia, K. (2016). Using the Autism-Spectrum Qotient to Measure Autistic Traits in Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*(3), 964-977.

Yao, S., Kuja-Halkola, R., Thornton, L. M., Runfola, C. D., D'Onofrio, B. M., Almqvist, C., Lichtenstein, P., Sjölander, A., Larsson, H., & Bulik, C. M. (2016). Familial Liability for Eating Disorders and Suicide Attempts. *JAMA Psychiatry, 73*(3), 284–291.

6. ADDICCIONS

6.1 ENTREVISTA MOTIVACIONAL: STATE OF THE ART DESPRÉS DE 30 ANYS

Mònica Astals[1], Anna Massó[2] i Carlos Cedrón[2]
[1] Psicòloga Clínica. CAS Barceloneta-CAS Fòrum. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. PSMAR.
[2] Resident Psicologia Clínica. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. PSMAR.

Introducció:

Enguany es compleixen 30 anys des de l'aparició de l'entrevista motivacional (EM) en l'àmbit de la salut, i concretament, en el camp de les addiccions. Al llarg d'aquests anys, més de 15 milions de persones s'han format en aquest model i el nombre de publicacions ha augmentat de manera exponencial. La darrera revisió dels autors, resumeix la definició de l'EM com un estil d'assistència directa, col·laboradora, centrada en el pacient, orientada a un objectiu que pretén provocar un canvi en el comportament ajudant a explorar i resoldre ambivalències (Miller & Rollnick, 2009). L'EM està basada en el principi de l'ajuda terapèutica col·laborativa segons el qual es prioritza i respecta l'autonomia de la persona. El rol del terapeuta motivacional és més de facilitador que d'expert (Hall, Staiger, Simpson, Best & Lubman, 2016). La implementació del model ha sigut un avanç molt rellevant que alhora comporta un repte en l'actualitat: per una banda, definir uns paràmetres que permetin valorar el grau d'expertesa assolit pels professionals formats en el model.

Presentem el resum de l'article publicat recentment en motiu dels 30 anys de l'aplicació de l'EM en l'àmbit de la salut.

És suficient l'entrenament en Entrevista Motivacional per assolir els objectius que es pretenen des del model motivacional?

El mestratge en l'entrevista motivacional requereix un conjunt complex d'habilitats utilitzades amb flexibilitat i responent a cada moment al que diu el pacient; aquesta

complexitat es basa en adquirir noves habilitats i pràctiques terapèutiques (preguntes obertes, resums, escolta reflexiva, afirmacions) i suprimir els comportaments pràctics inconsistents amb l'essència de l'EM (donar consell, directivitat, confrontació, parlar enlloc d'escoltar). Per tal d'aconseguir un nivell competent en el maneig d'aquest tipus de tècnica, és fonamental dur a terme un entrenament exhaustiu basat en la guia, la retroalimentació continua i la supervisió (Miller et al., 2004).

Tot i que l'evidència de l'aprenentatge supervisat és quelcom ja investigat, dues qüestions relacionades romanen desconegudes: *1. L'entrenament en EM aconsegueix un canvi sostingut en la pràctica dels clínics? 2. Quin és l'impacte de l'entrenament en l'EM en els resultats dels pacients?* En aquesta direcció, i per tal de respondre a aquests interrogants, Hall et al. (2015) fa una revisió sobre el tema. Els autors han seleccionat 20 articles i revisions mitjançant diverses bases de dades (Medline Complete, PsycArticles, PsycINFO, CINAHL, EBSCOhost). Com a criteris d'inclusió, articles publicats entre els anys 1983-2013 que avaluessin de manera explícita els resultats de l'EM en el tractament dels trastorns per abús de substàncies (TUS) i la proporció de clínics que assoleixen un nivell de mestratge en EM; es varen excloure aquells estudis en que la població no presentava TUS.

Respecte els resultats extrets i en referència a la primera qüestió, es varen utilitzar diversos qüestionaris i es va fixar com a criteri de valoració de l'efectivitat de l'entrenament que el 75% dels clínics de l'estudi assolissin el nivell de mestratge en EM i, per tant, un canvi sostingut en la pràctica clínica. Únicament dos dels estudis el van assolir: 1. Martino et al. (2008) va obtenir que el 81% dels participants que havien rebut un entrenament escalonat havien aconseguit el mestratge a les 24 setmanes de seguiment; 2. Forsberg et al. (2010) va observar que el 100% dels participants havien aconseguit el mestratge després d'una supervisió continuada (Hall et al., 2015).

En quant a la segona qüestió, només tres estudis van reportar que hi havia hagut un impacte

de l'entrenament en EM sobre els resultats dels pacients. No obstant, els resultats obtinguts són confosos. Un d'aquests estudis no contemplava els criteris d'inclusió i exclusió ja que no media els resultats respecte l'ús de substàncies. A més a més, no es van trobar diferències pre- post entrenament i seguiment en termes de resposta dels pacients en les sessions. En un altre estudi sí que es van medir els resultats respecte l'ús de substàncies però no es va trobar diferències entre el grup experimental i el grup control. En el tercer estudi també es van medir els resultats respecte l'ús de substàncies però es van observar que aquests eren millors en aquells subjectes sense TUS.

Basant-se en els resultats obtinguts, Hall et al. (2015) plantegen que l'entrenament en EM és simple però no fàcil d'aprendre. Aquest requereix d'una pràctica, supervisió i feedback exhaustius de manera que, el mestratge només pot assolir-se quan la competència està monitoritzada i l'entrenament continua fins a la consecució del domini. S'ha de tenir present que, tot i ser un entrenament basat en l'evidència, no comporta necessàriament millors resultats en els pacients sinó que, hi ha molts altres factors a tenir en compte (bona definició de les tècniques, aptituds i actitud dels clínics entrenats i dels supervisors, clima organitzacional i recursos disponibles…). Tot i que la formulació de preguntes obertes, la utilització de resums, escolta reflexiva i afirmacions és la part integral o l'esperit de la pràctica de l'EM, les alternatives de mesura d'adherència a la tècnica utilitzades en el present estudi de Hall et al. (2015) poden sesgar la informació segons si es tracta d'un codi més o menys exhaustiu o si es té en compte l'estadi de preparació del pacient per a canviar el seu compromís. Una limitació important de la tècnica, destaca la baixa eficiència econòmica; la supervisió continuada i la guia exhaustiva de la seva pràctica requereix una inversió de recursos i una demora dels resultats positius considerable.

Què opinen els experts dels aspectes exposats a l'article?

Tal i com s'ha plantejat, l'estudi realitzat per Hall et al. (2016) posa de manifest la necessitat d'avaluar les habilitats assolides pels psicoterapeutes quan són entrenats en un nou model terapèutic, així com la importància d'avaluar els resultats obtinguts en base a la milloria dels subjectes. Respecte aquest darrer aspecte, destaquen tres problemes relacionats amb la tècnica.

Una primera crítica sorgeix de la pròpia definició de "competència" en el model. Els autors proposen un concepte basat en el que ells denominen "esperit motivacional" que estaria format tant per la competència o habilitats específiques així com per l'adherència a les tècniques (Apodaca, 2016); no obstant, la manera d'avaluar aquest constructe requereix de l'ús de jutges experts en la tècnica per a determinar si s'estan utilitzant les habilitats adequades i de manera consistent. (Dobson, 2016).

El segon problema prové del criteri utilitzat per a establir l'èxit de l'entrenament. Els autors estimen que, com a mínim, un 75% dels terapeutes han d'assolir el mestratge. Amb el mestratge els autors es refereixen que almenys 3 de cada 4 participants haurien de ser capaços de fer servir les tècniques pròpies de l'EM de manera correcta i de manera constant al llarg del temps. Mitjançant aquest criteri, escollit de manera arbitrària, únicament dos estudis han aconseguit el resultat esperat (Miller & Moyers, 2016).

Una tercera qüestió sorgeix de la desconnexió entre els assajos clínics aleatoritzats i la pràctica clínica diària (Rollnick & Ninagobat, 2016). La pràctica de l'EM es basa en una sèrie de valors i s'ha d'integrar dins del model de salut del servei, de manera que, s'hauria de plantejar quins canvis es podrien fer a nivell sistèmic per a implementar aquest model d'intervenció.

Per últim, apareix un nou problema derivat de l'anàlisi cost-benefici del model. Els estudis que van obtenir millor resultats requerien un entrenament intensiu, elevada supervisió i

feedbak. Aquest tipus d'entrenament en EM sembla reduir la pràctica del que és denominat com a "xat", discurs iniciat pel terapeuta no relacionat amb la demanda del pacient, que apareix freqüentment a les sessions terapèutiques (Carroll, 2016). No obstant, el cost de l'entrenament i la supervisió ha d'influir en els resultats dels clients, fent necessària una avaluació precisa de tot el procés. D'altra banda, una alternativa per a evitar l'elevat cost econòmic seria incentivar l'entrenament en EM des dels primers anys de formació dels terapeutes i contractar únicament aquells que demostrin un elevat domini en les habilitats necessàries (Miller & Moyers, 2016).

Conclusions:

L' EM ha demostrat ser un tipus d'intervenció eficaç especialment en l'àmbit de les addiccions. Per tal de valorar-ne la seva eficàcia, dues qüestions són rellevants: 1) la competència assolida pels terapeutes que fan l'entrenament en EM, i 2) l'impacte que genera l'aplicació d'aquesta tècnica en la majoria dels pacients.

Destacar els escassos estudis realitzats a dia d'avui sobre l'EM que reporten mesures sobre aquestes dues variables i considerar-ho com un aspecte a millorar en els propers estudis.

Les dades presentades mostren la necessitat d'implementar un entrenament exhaustiu mitjançant tècniques de supervisió i feedback per tal d'aconseguir un domini adequat de la tècnica, així com un seguiment de com a mínim 6 mesos per tal d'assegurar que les habilitats es mantenen en el temps. En aquest sentit, són necessaris més estudis cost - benefici per valorar si implementar aquest tipus d'intervenció resultaria eficient en l'àmbit de la salut pública.

Referències bibliogràfiques

Miller, W.R. & Rollnick, S. Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. (2009). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*, 129–140.

Hall, K., Staiger, P. K., Simpson, A., Best, D. & Lubman, D. I. After 30 years of dissemination, have we achieved sustained practice change in motivational interviewing? (2016). *Addiction, 111*, 1144–1150.

Dobson, K. (2016). Cautionary tales regarding the dissemination of motivational interviewing . *Addiction*, 111(7), pp.1152-1153.

Apodaca, T. (2016). Lessons learned about the dissemination of motivational interviewing.*Addiction*, 111(7), pp.1156-1157.

Carroll, K. (2016). Training in vain?. *Addiction*, 111(7), pp.1153-1154.

Hall, K., Staiger, P., Simpson, A., Best, D. and Lubman, D. (2016). Continuing the conversation: 30 years of motivational interviewing dissemination. *Addiction*, 111(7), pp.1158-1159.

Miller, W. and Moyers, T. (2016). Asking better questions about clinical skills training. *Addiction*, 111(7), pp.1151-1152.

Rollnick, S. and Gobat, N. (2016). Integrating MI into services: challenges and opportunities.*Addiction*, 111(7), pp.1157-1158.

Weisner, C. and Satre, D. (2016). A key challenge for motivational interviewing: training in clinical practice. *Addiction*, 111(7), pp.1154-1156.

6.2 TRACTAMENT PSICOLÒGIC DELS TRASTORNS PER CONSUM D'ALCOHOL

Xavier Gay Pascual i Amalia Gual de Torrella
Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Les publicacions del 2016 han estat abundants i, amb el propòsit de mantenir la continuïtat amb les revisions d'anys precedents, hem decidit organitzar els articles seleccionats en quatre àrees temàtiques: efectivitat de les intervencions breus, intervencions en patologia dual, aplicació de les noves tecnologies i, finalment, intervencions innovadores.

Iniciem el primer apartat constatant que, com ja és habitual en les revisions dels últims anys, es van publicant estudis sobre l'efectivitat de les Intervencions Breus (IB) en l'abordatge de les addiccions en l'àmbit de l'atenció primària. A Chambers et al. (2016) presenten un balanç de l'evidència acumulada sobre l'efectivitat de les IB, enteses com a intervencions d'una o escasses sessions de 5 – 10 minuts impartida principalment pel metge de primària i de naturalesa informativa – educativa. Els diferents metaanàlisi referenciats mostren que les IB han mostrat eficàcia en l'abordatge del consum d'alcohol de risc o de gravetat moderada, mentre que no ho són en aquells consumidors amb criteris de dependència greu a l'alcohol o consumidors d'altres substàncies com cànnabis, cocaïna o heroïna. Els autors presenten un Protocol d'estudi que proposa diferents intensitats de tractament dins del marc de les IB, les "tradicionals" d'una única sessió de 20 a 40 minuts, i les "potenciades" que oscil·larien entre 2 a 6 sessions de 20 a 40 minuts que incorporaria tècniques cognitiu – conductuals, motivacionals i de l'abordatge dels 12 passos. Un dels principals propòsits es valorar el benefici d'una intervenció enriquida o potenciada i poder establir clústers de pacients en funció del tipus de tractament del que es podrien beneficiar més. Haurem d'esperar als resultats publicats per valorar si milloren l'evidència demostrada de les IB fins el moment.

Entrant en el segon apartat, una part important de la literatura publicada incorpora l'estudi de l'alcoholisme i el Trastorn d'Estrès Posttraumàtic (TEPT). Són pocs els estudis que avaluïn els factors de pronòstic de la resposta terapèutica als tractaments combinats per a la dependència alcohòlica (DA) i el TEPT. En aquesta línea, en l'estudi pioner de Zandberg et al. (2016), duen a terme un assaig clínic de simple cec amb 165 pacients adults amb tots dos diagnòstics distribuïts aleatòriament en 4 grups de tractament: Naltrexona (NAL), NAL juntament amb exposició prolongada (EP), placebo i placebo juntament amb EP. Els 4 grups reben, a més, una teràpia de suport dirigida a l'abús d'alcohol (OH). Conclouen que factors no específics com el trauma associat al combat, la sensibilitat a la ansietat així com la raça blanca es relacionen amb una pitjor resposta terapèutica. A més, observen que la EP aporta beneficis addicionals quan la gravetat del TEPT és de moderada a severa i amb simptomatologia depressiva de moderada a severa. En canvi, la NAL aporta un major benefici per aquells pacients amb una DA més prolongada en el temps. Destacar que un dels majors inconvenients de l'estudi és la alta taxa d'abandonament del tractament (32%) per part dels pacients. En aquesta línea, l'estudi de Zandberg, Rosenfield, Alpert, McLean i Foa (2016) tracta d'identificar aquells factors de mal pronòstic de cara a l'adherència terapèutica i la relació entre el patró de canvi en els símptomes i l'abandonament del tractament. Els resultats suggereixen que tant la tipologia de trauma com l'evolució dels símptomes al llarg del temps són importants predictors d'abandonament. Més concretament, traumes menys associats al TEPT (accidents i successos no relacionats amb l'abús sexual, dany físic o guerra), ràpides millories en la simptomatologia del TEPT o millories molt lentes en pacients amb una simptomatologia inicial moderada a greu són factors de mal pronòstic de cara a l'adherència terapèutica. Kaczkurkin, Asnaani, Alpert i Foa (2016), indaguen en la teoria que postula que la gravetat dels símptomes del TEPT es relaciona amb la major presencia de craving en el pacient amb DA i examinen la diferència que es produeix en aquets símptomes

(TEPT i craving) en relació al tractament rebut (NAL, NAL+EP, placebo i placebo+EP). Els resultats de l'estudi suggereixen que la combinació de EP + NAL obté majors beneficis que cada un d'ells per separat en la reducció del craving. Amés, s'ha vist que els canvis produïts en el craving al llarg del temps estan moderats per la gravetat dels símptomes TEPT. Això donaria suport a la teoria inicial, suggerint que una reducció en els símptomes TEPT pot ser beneficiosa per a la reducció del craving en aquets pacients.

Encetem el tercer apartat, el que fa referència a l'ús de les noves tecnologies en el camp de la intervenció psicològica, destacant l'estudi de Zill et al. (2016), que presenten un Protocol d'estudi, on segons els propis autors, és pioner en l'elaboració d'una aplicació per a mòbils i altres dispositius anomenada Vorvida, que aporta com a element distintiu respecte a precedents aplicacions, que interactua amb l'usuari com un "expert" simulant un diàleg en funció de les demandes o preguntes d'aquest. Adreçat a consumidors de risc i/o dependents d'alcohol, el contingut és ampli i el programa, segmentat en quatre mòduls, opera amb un ampli rang de diferents tècniques de l'espectre cognitiu – conductual incloent procediments de l'entrevista motivacional. Presenten un estudi amb el grup control (llista d'espera o tractament usual) i el grup experimental, aleatoritzats, i amb mesures de seguiment a tres i sis mesos. Els mateixos autors no pretenen substituir abordatges més tradicionals "cara a cara", sinó incrementar l'accessibilitat a tractaments ben establerts a aquell gran GAP de potencials pacients que no cerquen ajuda ja sigui per raons d'estigmatització, d'escassa motivació o de dificultats d'accessibilitat. L'estudi presenta limitacions com un biaix en la selecció de la mostra, l'absència d'un diagnòstic realitzat per un professional (tan sols mesures d'avaluació autoinformada (AUDIT)) i, en la nostra opinió, la selecció d'un punt de tall més baix del que la literatura recomana per l'AUDIT.

La quarta i última àrea temàtica fa referència a intervencions innovadores, apartat que enguany es centra especialment amb l'estudi de la naturalesa del craving, dels processos implicats i de nous paradigmes per al seu abordatge. Els següents autors (Noel et al. (2016) centren la seva recerca en la Hipòtesi de la inhibició automàtica i els processos d'aprenentatge associatiu, processos subjacents en la capacitat de poder inhibir el impuls de consumir precipitat per l'exposició a estímuls associats a l'alcohol que han esdevinguts estímuls condicionats. Segons investigacions publicades, les persones amb dependència alcohòlica presentarien dèficits en aquests processos, fenomen que dificultaria desenvolupar un control inhibitori davant el impuls de consumir i reduiria l'efectivitat de l'entrenament cognitiu. A partir de modificar un paradigma desenvolupat per l'estudi dels processos de control inhibitori de respostes automàtiques, comproven que, aquells pacients que recentment han finalitzat un procés de desintoxicació alcohòlica, presenten dita capacitat preservada, de tal manera que obre la porta a noves recerques, ara ja centrades, en aquells procediments destinats al seu entrenament cognitiu. Justament en la línia d'aquest entrenament cognitiu, tal i com hem anat recollint en anteriors revisions, s'han publicat estudis que, a diferència d'abordatges més tradicionals, intenten presentar estratègies per afrontar el craving des d'un abordatge que cerca modificar el seu substrat, entès com a un procés d'aprenentatge reforçat per diferents mecanismes de condicionament estimular, de tal manera que el craving pot ser el·licitat per una àmplia varietat d'estímuls. Els autors Schneider et al. (2016) avaluen si una tècnica novedosa, anomenada "Association Splitting" (traduïda com Dissociació d'associacions), creada per un altre grup de treball (Moritz & Jelinek, 2011), pel tractament dels pensaments intrusius en els Trastorns obsessius compulsius i estesa als trastorns de la conducta alimentària, obtenint bons resultats, podria ser efectiva en la reducció del craving. A diferència de tècniques que intenten modificar el biaix atencional, article ja comentat en anys anteriors (Eberl et al. 2013), la Dissociació d'associacions tracta de reduir el craving

enfortint l'associació d'alcohol amb estímuls neutres o positius i així debilitar les associacions preexistents entre alcohol i estímuls disparadors. Existeix un manual detallat de l'aplicació de la tècnica pel tractament dels pensaments intrusius en diferents idiomes a https://clinical-neuropsychology.de/association-splitting-method-for-reducing-obsessive-thoughts que convidem a consultar. Malauradament, aquest estudi pioner, no troba un benefici afegit de l'aplicació d'aquesta tècnica conjuntament a un programa de tractament estàndard (TCC) en quant a la reducció del craving. Tot i així, degut als bon resultats en altres àrees ja esmentades els autors especulen sobre els errors comesos en el disseny i aplicació de la tècnica, presentant noves línies per comprovar-ne l'eficàcia.

Per últim, ens fem ressò d'una publicació a la secció, cartes a l'editor de l'American Journal of Psychiatry, dels autors, Lubarsky i Avery (2016), presenten la seva experiència d'aplicar una intervenció basada en la "Dignitiy Therapy" (DT), desenvolupada en el camp dels malalts pal·liatius, a l'àmbit de l'alcoholisme a través d'un cas únic. Expliquen, de forma molt abreujada, el procediment habitual de la DT consistent en una intervenció psicoterapèutica a curt termini on el pacient genera un document, amb l'ajuda del clínic, que traspassarà als seus éssers estimats i que contindrà detalls sobre la seva vida, aprenentatges de vida i declaracions d'afecte. Entre els beneficis observats, estan els individuals, com ajudar a reparar el sentir del jo deteriorat, donar sentir a un passat d'addicció i desenvolupar un futur sense identitats addictives, així com els interpersonals, principalment reparant les relacions deteriorades amb els familiars i éssers estimats

Referències bibliogràfiques

Chambers, J.E., Brooks, A. C., Medvin, R., Metzger, D.S., Lauby, J., Carpenedo, C. M., Favor, K. E., & Kirby, K. C. (2016). Examining multi‑session brief intervention for substance use in primary care: research methods of a randomized controlled trial. *Addiction Science & Clinical Practice,*18, 11:8.

Lubarsky, K. E., & Avery, J. D. (2016) Dignity Therapy for Alcohol Use Disorder. American *Journal of Psychiatry, 173*, 1

Moritz, S., & Jelinek, L. (2011). Further evidence for the efficacy of association splitting as a self – help technique for reducing obsessive thoughts. *Depression and anxiety, 28*, 574–581

Noel, X., Brevers, D., Hanak, C., Kornreich, Ch., Verbanck, P., & Verbruggen, F. (2016). On the automaticity of response inhibition in individuals with alcoholism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 51*, 84-91.

Kaczkurkin, A.N., Asnaani, A., Alpert, E., & Foa, E.B. (2016). The impact of treatment condition and lagged effects of PTSD symptom severity and alcohol use on changes in alcohol craving. *Behaviour Research and Therapy,79,* 7-14.

Schneider, B. C., Moritz, S., Hottenrott, B., Reimer, J., Andreou, C., & Jelinek L. (2016). Association Splitting: a randomized controlled trial of a new method to reduce craving among inpatients with alcohol dependence. *Psychiatry Research, 238*, 310–317

Zandberg, L., Rosenfield, D., Alpert, E., McLean, C.P., & Foa, E.B (2016). Predictors of dropout in concurrent treatment of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Rate of improvement matters. *Behaviour Research and Therapy, 80*, 1-9.

Zandberg, L., Rosenfield, D., McLean, C.P., Powers, M.B., Asnaani, A., & Foa, E.B (2016). Concurrent Treatment for Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Dependence: Predictors and Moderators of Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84(1)*, 43-56.

Zill, J. M., Meyer, B., Topp, J., Daubmann, A., Härter, M., & Dirmaier, J. (2016). Vorvida: study protocol of a randomized controlled trial testing the effectiveness of Internet-based self-help program for the reduction of alcohol consumption for adults. *Bio Med Central Psychiatry, 29,* 16:19

6.3 TRACTAMENT PSICOLÒGIC DELS TRASTORNS PER CONSUM DE COCAÏNA

Xavier Gay Pascual
Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Enguany tornen a ser escasses les investigacions sobre tractaments psicològics per els trastorns relacionats amb el consum de cocaïna. Entre les publicacions, destaquen aquelles centrades en la potenciació dels tractaments de tipus cognitiu conductual (TCC) amb tractament farmacològic, com el de Chopin et al. (2016) que defensa a través de la bibliografia referenciada i del seu estudi de cas únic (tenint en compte les enormes limitacions metodològiques d'aquest tipus d'estudis), que l'administració de proponolol dos hores abans del inici de la sessió de tractament de tipus cognitiu conductual podria atenuar o bloquejar el impacte emocional dels records de craving de cocaïna induïts per estímuls. Segons aquests autors, aquesta atenuació de la reactivitat vegetativa i emocional associada al craving permetria un major aprenentatge de les habilitats entrenades en el si de la teràpia i una major probabilitat de mantenir l'abstinència. Metodològicament molt superior és la investigació que presenten els següents autors a Carrol et al. (2016), on comparen si una intervenció basada en un tractament cognitiu conductual estàndard (TCC) es podria beneficiar d'una intervenció potenciada, ja sigui agregant un tractament farmacològic amb disulfiram, una intervenció basada en Maneig de Contingències (MC) o bé la combinació de totes dues. Per sorpresa dels autors, la condició TCC més disulfiram i maneig de contingències (MC) no es mostra significativa, així com tampoc la condició TCC més disulfiram, mentre que l'adició de Maneig de contingències a la condició TCC és l'única que resulta efectiva de forma significativa. L'estudi posa en evidència la inexistència d'efectes sumatius en la combinació de les dos condicions i en l'agregació de tractament psicofarmacològic. El tractament en MC consisteix en un programa progressiu de premis

(entrades de cinema, cupons de descompte,etc), en funció de l'adherència als controls d'orina i a l'assistència a les sessions de tractament, arribant una mitjana de 400 euros per individu.

Per últim, a Ersche et al. (2016) desenvolupen una hipòtesi explicativa sobre l'addició a la cocaïna, en termes de processos d'aprenentatge desviats o alterats, i desenvolupen un paradigma d'estudi per contrastar-ho. Entenen que la conducta de consumir en el seu inici seria una conducta dirigida a metes, on hi hauria una consciència ja sigui del desig de trobar gratificació (apetitiu) o bé d'evitar desconfort (evitatiu), però, que amb la repetició, aquest control sobre la conducta dirigida a metes es deterioraria i el consum acabaria derivant en un hàbit precipitat per estímuls independentment de qualsevol meta. Els resultats que obtenen avalen, de forma parcial, les presumpcions dels autors. Pel que fa al processos d'aprenentatge apetitius (paradigma de reforçament positiu) observen que els addictes a cocaïna segueixen, a diferència dels controls sans, donant la mateixa resposta quan el premi ja havia estat devaluat (en una primera fase tenia un valor i en una segona fase el valor es devaluava de forma notable), fet que interpreten com una evidència dels dèficits en els processos d'aprenentatge i en concret en el control de la conducta dirigida a metes. Mentre que, en els processos d'aprenentatge evitatiu, no es va poder confirmar el que els autors esperaven, en concret que, davant estímuls aversius que en una segona fase ja havien estat devaluats en intensitat (mateix procediment en dos fases, però en quant la intensitat aversiva de l'estímul), els consumidors mantinguessin la mateixa resposta evitativa. Per contra van observar que els consumidors presentaven dèficits persistents en evitar conseqüències aversives (insensibilitat a les conseqüències negatives), consistent amb les teories sobre el mal funcionament de la dopamina en els processos d'aprenentatge. En quant a l'aplicació clínica d'aquestes troballes, indican que aquest pacients no respondrien a intervencions punitives i que el tractament s'hauria de centrar en l'entrenament d'hàbits desitjables que substitueixen els de consum i protegir-los de les conseqüències negatives que s'equivoquen en evitar. Aquestes

conclusions, potser orienten a posar més esforços en la teràpia a treballar en la recuperació o la creació d'espais, relacions o metes que suposin gratificació i menys en la consciència o confrontació de les conseqüències negatives del consum ja que sembla que presentarien una marcada insensibilitat al respecte.

Referències bibliogràfiques

Carroll K. M., Nicha Ch., Petryb N. M., Eagana D. A., Shia J M., & Ball S. A. (2016). A randomized factorial trial of disulfiram and contingency management to enhance cognitive behavioral therapy for cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 160,* 135–142.

Chopin M. V., Peretti Ch. S., Gisquet-Verrier P., Hoffmann Ch., Belaïd A., & Chouinard G. (2016). Cocaine Use Disorder Treated with Specific Cognitive Behavioral Therapy and Adjunctive Propranolol. *Psychotherapy and Psychosomatics, 85,* 61–63

Ersche1 K. D., Gillan C. L., Jones P. S., Williams G. B., Ward L. H. B., Luijten M., Wit S., Sahakian B. J., Bullmore E. T., & Robbins T. W. (2016). Carrots and sticks fail to change behavior in cocaine addiction. *Science, 352,* 1468–1471.

6.4 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 2016, es manté obert el debat sobre si les conductes repetitives i excessives s'han d'entendre com una addicció o com un problema de descontrol d'impulsos.

Grant i Chamberlain (2016) publiquen una article que posa de relleu aquesta manca de consens. Els autors revisen com s'han entès les "addiccions conductuals" en la última versió del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM) i en la Classificació Internacional de Malalties (CIM). El DSM-5 considera que el joc patològic (jugar a jocs d'atzar) es l'únic trastorn amb suficient semblança amb les addiccions a substàncies per justificar la seva inclusió en la mateixa categoria de Trastorns Addictius. Però altres trastorns com, l'addicció a internet o la conducta sexual compulsiva han trobat recolzament científic per a la seva inclusió com a trastorn, però no com un trastorn addictiu. Per altra banda, el Grup de Treball de la CIM-11, recomana que hi hagi una categoria de Trastorns del Control d'Impulsos, que inclogui ludopatia, cleptomania, piromania, trastorn sexual compulsiu i trastorn explosiu intermitent. Però altres trastorns com l'ús d'Internet i la compra compulsiva, no han trobat suficient evidència científica que recolzi la seva inclusió com a trastorns independents.

Addicció a Internet, Xarxes socials i Videojocs

Sovint els estudis sobre addiccions conductuals utilitzen el terme addicció a Internet de forma general, sense concretar quin tipus d'aplicació d'internet es la que genera el problema de descontrol. Això es important perquè no totes les aplicacions son utilitzades per els mateixos usuaris ni tenen el mateix potencial addictiu. En aquest sentit volem destacar l'estudi de

Schou et al. (2016) on, a partir d'una gran mostra (N= 23.533), troben que l'addicció a xarxes socials esta relacionada amb el gènere femení, el ser solter, jove, i presentar Trastorn per dèficit d'Atenció (TDAH), Trastorn Obsessiu-Compulsiu (TOC) i ansietat, mentre que l'addicció a Videojocs (VJs) s'associa a ser home, solter, jove, amb TDAH, TOC i depressió. Les diferencies en el gènere reflexen l'interès de les dones per activitats que impliquen interacció social i cooperació i els homes per activitats que impliquen competició. Per altra banda, en la connexió a xarxes socials la motivació principal es la necessitat de afiliació social, mentre que en el cas de l'ús de VJs ho es assolir l'èxit i el reconeixement, o l'evasió del món real. A nivell clínic, els addictes a les xarxes socials presenten més simptomatologia ansiosa, mentre que els addictes a VJs presenten mes simptomatologia depressiva, aquesta diferència s'explica perquè el joc es una conducta que pot servir per evadir-se del malestar. Els autors conclouen que, com que les dues activitats s'associen a variables diferents, el concepte d'addicció a internet no te sentit.

L`ús de VJs es el tema que més volum d'articles ha generat durant l'any 2016, però no disposem de consens sobre com classificar el seu ús problemàtic, ni tampoc hi ha acord sobre la nomenclatura o terminologia per referir-nos a aquest trastorn **(**Kaptsis, King, Delfabbro & Gradisar, 2016).

Lemmens i Hendriks (2016), a partir d'una mostra de 2442 subjectes, troben que el temps dedicat a jugar online esta més correlacionat amb l'Addicció a VJs que el temps dedicat a jugar a VJs *offline*. Pel que fa al tipus dels VJ, els temps dedicat a VJs de Rol i de Disparar, tant online com *offline*, correlaciona positivament amb l'Addicció a VJs, però la correlació era major si es jugaven online. També troben que la popularitat del joc i l'addicció no necessàriament estan relacionades. Els jocs de Puzzles i d'Acció, son ambdós molt populars però poc relacionats amb l'addicció, mentre que els jocs de Rol no son tant populars, però si que estan fortament relacionats amb l'addicció. Per tant conclouen que els VJs online tenen

un major poder addictiu que els VJs *offline*. En aquesta línia, Lukavská, Hrabec i Chrz (2016) també identifiquen els MMORPG's (Massively Multiplayer Online Role-Playing Games) com els de major potencial addictiu. En aquest article fan un anàlisi de la relació entre els hàbits de joc amb MMORPG's i els símptomes d'ús problemàtic.

Finalment, destaquem l'article de Lee, Lee i Choo (2016) que, seguin el model de Blaszczynski i Nower (2002) sobre subtipus de jugadors patològics, proposen un model teòric sobre tipus de jugadors de VJs. Identifiquen 3 subtipus de jugadors: els *impulsius/agressius* (amb dèficits en el control executiu, dificultats per controlar l'agressivitat, preferència per jocs de Disparar i sovint presenten de forma comòrbida TDAH o trastorns de conducta), els *emocionalment vulnerables* (utilitzen els VJs per regular estats afectius negatius, sovint presenten comorbiditat amb depressió, ansietat i baixa autoestima) i els *condicionats socialment* (utilitzen el VJs per estar en contacte amb altres persones). Dins d'aquest últim tipus diferencien aquells individus amb tendència a ser evitatius i, per tant, els VJs els hi permeten estar en contacte amb altres persones sense el risc i la incomoditat que suposen els contactes cara a cara, de els que son més narcisistes i els VJs els servirien per gratificar les seves necessitats de ser admirats i valorats. Tot i que els autors destaquen la falta d'estudis empírics que validin l'existència d'aquests subtipus, consideren que poden ser útils, tant per al diagnòstic com per al tractament d'aquests pacients.

Addicció al mòbil

L'ús del telèfon mòbil ha augmentat exponencialment en els últims 10 anys. Segons l'informe de la Comissió Nacional de Mercats i Competència (CNMC, 2016), a Espanya el nombre de línies de telefonia mòbil es situa entorn els 50 milions i l'edat a la que s'adquireix el primer mòbil ha anat disminuint, així actualment un 30% dels nens de 10 anys tenen mòbil, i aquest percentatge augmenta fins el 70% als 12 anys i 83% als 14 anys. Una dada alarmant

es que l'edat a la que els nens tenen els primers contactes amb mòbils es entre els 2-3 anys (amb els mòbils dels pares).

Sobre l'ús excessiu del mòbil s'han publicat 11 articles durant el 2016. De tots ells, destaquem una revisió que publica De-Sola Gutiérrez, Rodríguez de Fonseca i Rubio (2016), on conclouen que falta consens sobre la conceptualització, el diagnòstic i la comorbiditat psiquiàtrica de l'ús excessiu del mòbil. Actualment no queda clar quins son els límits entre el que es considera un ús normal i un ús patològic del mòbil, ni si la comorbiditat psiquiàtrica es causa o conseqüència del problema. Els autors conclouen que, tant si l'ús excessiu del mòbil es considera una addicció com si no, es evident que el seu ús genera problemes, no tant en termes econòmics, sinó més en termes psicològics (sentiment de soledat quan no es té el mòbil o no es té connexió, ús perillós del mòbil en situacions o contextos determinats com conduint i constants interrupcions a la feina, a casa, o a classe, interferint en el rendiment de la persona). Però, cal una actitud prudent a l'hora de plantejar la seva inclusió en els manuals diagnòstics. Els autors també destaquen que l'ús del mòbil i de l'ordinador son dues conductes diferents amb motivacions i perfils diferents. Mentre els usuaris de l'ordinador tenen un ampli rang d'edat i tendeixen a ser més homes que dones, amb tendència a la introversió i l'aïllament social, els usuaris del mòbil tendeixen a ser més joves, de gènere femení i amb tendència a la extraversió. Tot i aquestes diferencies, les dues conductes s'associen a baixa autoestima i elevat neuroticisme.

Compra compulsiva (CC)

Maraz, Urbán i Demetrovics (2016) publiquen un meta-anàlisi sobre prevalença, situant les xifres entorn el 5% en població general. Destaquen, però, xifres majors entre mostres de estudiants universitaris (8,3%) o en mostres especifiques de compradors (16,2%). Els autors també posen de relleu l'elevada heterogeneïtat en les xifres.

Destaquem també dos estudis del grup de Granero et al. En un primer estudi, a partir d'una mostra de 3324 subjectes, troben que els subjectes amb CC, respecte els subjectes amb altres addiccions conductuals (addicció al sexe, als VJ, a internet i jocs d'atzar), eren principalment dones, amb un nivell educatiu alt i puntuacions elevades en Recerca de Novetat, Evitació del Dany, Dependència de la Recompensa, persistència i cooperació (Granero et al., 2016a). I un altre estudi on identifiquen 3 clusters de CC, d'una mostra de 110 pacients: a) *Homes compradors* (presenten elevada prevalença de Joc Patològic (JP) comòrbid i puntuació baixa en Dependència de la Recompensa), b) *dones amb poca disfuncionalitat* (actives a nivell laboral, elevat nivell educatiu, edat d'inici tardana de les CC, baixes puntuacions en Evitació del Risc i elevada Persistència, Autodirecció i Cooperació) i c) *dones disfuncionals* (edat d'inici de les CC molt jove, elevat nivell de psicopatologia comòrbida, elevada Evitació del Risc i baixa Autodirecció) (Granero et al., 2016b)

Finalment, sobre tractament, s'han publicat dues revisions. Per una banda, Soares, Fernandes i Morgado (2016), revisen 21 articles sobre tractament farmacològic i conclouen que hi ha resultats positius però poc concloents amb citalopram y escitalopram, però no hi ha evidència suficient per destacar cap fàrmac per al tractament de CC. Per altra banda, Hague, Hall i Kellett (2016), revisen 29 estudis sobre tractament psicològic i conclouen que la teràpia grupal d'orientació cognitivoconductual es la mes eficaç per reduir els símptomes. Tot i això, conclouen que les limitacions metodològiques dels estudis no permeten establir conclusions fermes.

Referències bibliogràfiques

Blaszczynski A, Nower L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487-99.

Comisión Nacional de los Mercados y de la Competencia (CNMC). *Evolución del numero de líneas de telefonía móvil en España. Nota mensual diciembre 2016*. Madrid: Ministerio de Industria, Energía y Turismo de España (2016).

De-Sola Gutiérrez J, Rodríguez de Fonseca F, Rubio G. (2016). Cell-Phone Addiction: A Review. *Frontiers in psychiatry*, 24, 175.

Granero R, Fernández-Aranda F, Mestre-Bach G, Steward T, Baño M, Del Pino-Gutiérrez A, Moragas L, Mallorquí-Bagué N, Aymamí N, Gómez-Peña M, Tárrega S, Menchón JM, Jiménez-Murcia S. (2016a). Compulsive Buying Behavior: Clinical Comparison with Other Behavioral Addictions. *Frontiers in psychology*. 15, 914.

Granero R, Fernández-Aranda F, Baño M, Steward T, Mestre-Bach G, Del Pino-Gutiérrez A, Moragas L, Mallorquí-Bagué N, Aymamí N, Goméz-Peña M, Tárrega S, Menchón JM, Jiménez-Murcia S. (2016b). Compulsive buying disorder clustering based on sex, age, onset and personality Traits. *Comprehensive psychiatry*, 68, 1-10.

Grant JE, Chamberlain SR. (2016). Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectrums*, 21, 300-3.

Hague B, Hall J, Kellett S. (2016). Treatments for compulsive buying: A systematic review of the quality, effectiveness and progression of the outcome evidence. *Journal of behavioral addictions*, 5, 379-94.

Kaptsis D, King DL, Delfabbro PH, Gradisar M. (2016). Withdrawal symptoms in internet gaming disorder: A systematic review. *Clinical psychology review* 43, 58-66.
Lee SY, Lee HK, Choo H. (2016). Typology of Internet gaming disorder and its clinical implications. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 20, [Epub ahead of print].

Lemmens JS, Hendriks SJ. (2016). Addictive Online Games: Examining the Relationship Between Game Genres and Internet Gaming Disorder *Cyberpsychology, behavior and social networking* 19, 270-6.

Lukavská K, Hrabec O, Chrz V. (2016). The Role of Habits in Massive Multiplayer Online Role-Playing Game Usage: Predicting Excessive and Problematic Gaming Through Players' Sensitivity to Situational Cues. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 19, 277-82.

Maraz A, Urbán R, Demetrovics Z (2016). Borderline personality disorder and compulsive buying: A multivariate etiological model. *Addictive behaviors*. 60, 117-23.
Schou Andreassen C, Billieux J, Griffiths MD, Kuss DJ, Demetrovics Z, Mazzoni E, Pallesen S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of addictive behaviors*, 30, 252-62.

Soares C, Fernandes N, Morgado P. (2016). A Review of Pharmacologic Treatment for Compulsive Buying Disorder. *CNS Drugs*, 30, 281-91.

6.5 ACTUALITZACIONS EN EL TRASTORN DE JOC: REVISIÓ EXHAUSTIVA PUBLICACIONS 2016

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

El Trastorn de Joc (TJ), així anomenat des de la publicació de la darrera edició del DSM-5 (APA, 2013), és una addicció comportamental que desperta cada vegada més interès en la comunitat científica. Així, l'any 2016 es varen publicar un total de 359 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.

Avaluació

En relació a les mesures d'avaluació, s'han adaptat i validat diverses escales, inventaris i qüestionaris a diferents poblacions, entre els quals destaquen: *The Gambling Follow-up Scale, Self-Report version (GFS-SR)* (Galetti i Tavares, 2016), *the Short Questionnaire for Family Members-affected by addiction (SQFM-AA)* (Buchner, Koytek, Fischer, Wodarz, i Wolstein, 2016), *the Rapid Screener for Problem Gambling (RSPG)* (Challet-Bouju et al., 2016), *the Gambling Motives Questionnaire-Revised* (Myrseth i Notelaers, 2016), *the Gambling Pathways Questionnaire (GPQ)* (Nower i Blaszczynski, 2016), *the stock addiction inventory (SAI)* (Youn, Choi, Kim, i Choi, 2016) i *the Impulsive-Compulsive Behaviours (ICB) Checklist*.

Epidemiologia

La prevalença del TJ en el món és del 0.1%-5.8% (Calado i Griffiths, 2016), mentre que a Europa oscil·la entre 0.12%-3.4% (Calado i Griffiths, 2016) i de 0.15-6.6% (Grall-Bronnec et al., 2016). Alhora, és més comú en homes casats i de major edat (més de 65 anys), mentre

que la prevalença de joc problemàtic o de risc és més elevada en homes solters i d'edat mitjana (46-64 anys). Pel que fa als adolescents, a Espanya, González-Roz et al. (2016) observen una prevalença del 4% de joc de risc i del 1.2% de joc problemàtic i a Europa entre el 0.2%-12.3% (Calado, Alexandre, i Griffiths, 2016).

Internet i noves tecnologies

Diversos autors han establert comparacions entre jugadors presencials i jugadors *online*, observant una freqüència de joc més elevada en aquest segon grup, tot i que amb sessions de joc més breus, així com una major tendència a involucrar-se en múltiples tipus de joc (Barrault i Varescon, 2016; Elton-Marshall, Leatherdale, i Turner, 2016). En la mateixa línia, Blaszczynski et al. (2016) suggereixen que els jugadors mixtes presenten major severitat del TJ, així com nivells més elevats de consum d'alcohol durant els episodis de joc. Finalment, James et al. (2016) destaquen la rellevància del joc mitjançant dispositius mòbils, tenint en compte el fàcil accés que se'n té, així com el potencial que aquests ofereixen perquè l'usuari obtingui una experiència de joc més completa a la que pot tenir mitjançant un ordinador.

Factors de risc

Savvidou et al. (2016) demostra que la impulsivitat (a través de l'UPPS-P) és la única característica amb capacitat predictiva pel que fa a la severitat del joc (a més impulsivitat, major severitat del trastorn). Destacar també el paper que actualment està adquirint el *marketing* i la publicitat en el joc, especialment entre nens i adolescents (que mai com fins ara havien estat exposats a una publicitat tant massiva del joc d'aposta) (Deans, Thomas, Daube, Derevensky, i Gordon, 2016; Gainsbury, King, Russell, i Delfabbro, 2016). Segons alguns autors, és possiblement aquest mitjà, el responsable del creixement exponencial de les apostes esportives (Hing, Russell, Vitartas, i Lamont, 2016).

Tractament

La teràpia cognitivoconductual (TCC) es continua mostrant eficaç pel que fa al tractament del TJ (Raylu, Oei, Loo, i Tsai, 2016). No obstant això, combinar una breu intervenció de *Mindfulness*, també pot ser un complement útil per la TCC tradicional, amb l'objectiu d'abordar les rumiacions associades al joc (Chung et al., 2016) i millorar la qualitat de vida (McIntosh, Crino, i O'Neill, 2016). El tractament a través d'Internet seria positiu per la flexibilitat, anonimat i confidencialitat de la intervenció (Chebli, Blaszczynski, i Gainsbury, 2016). D'altra banda, Gay et al. (2016) descriuen els resultats de l'aplicació repetitiva d'una sola sessió d'estimulació magnètica transcranial (rTMS) sobre el còrtex prefrontal dorsolateral esquerre, amb l'objectiu de reduir el *craving* dels jugadors. Per últim, els resultats de l'estudi de Jiménez-Murcia et al. (2016) evidencien que l'associació amb la dependència a l'alcohol redueix els resultats de la TCC.

Comorbilitat

El TJ és una categoria diagnòstica heterogènia que s'associa a múltiples trastorns psiquiàtrics. S'han observat elevades taxes de prevalença amb trastorns per consum de substàncies, trastorns de l'estat d'ànim i d'ansietat (Chinneck, Mackinnon, i Stewart, 2016), TDAH (Dai, Harrow, Song, Rucklidge, i Grace, 2016; Fatseas et al., 2016; Retz, Ringling, Retz-Junginger, Vogelgesang, i Rösler, 2016), trastorns de personalitat (Brown, Oldenhof, Allen, i Dowling, 2016), alcohol (Del Pino-Gutiérrez et al., 2016; Flórez et al., 2016; Josephson, Carlbring, Forsberg, i Rosendahl, 2016; Loo, Shi, i Pu, 2016; Skaal, Sinclair, Stein, i Myers, 2016), cocaïna, (Dufour et al., 2016; Kober et al., 2016; Ren et al., 2016), i altres substàncies (Afifi, Nicholson, Martins, i Sareen, 2016; Dąbrowska, Moskalewicz, i Wieczorek, 2016; Kim, Salmon, Wohl, i Young, 2016; Studer et al., 2016), així com addiccions comportamentals (James i Tunney, 2016; Konkolÿ Thege, Hodgins, i Wild, 2016). Finalment, altres estudis associen el TJ amb el risc de suïcidi, i s'ha estimat que les persones diagnosticades del TJ

presenten 3.4 vegades més probabilitats de fer un intent autolític (Guillou-Landreat et al., 2016).

Article més rellevant

Fauth-Bühler, M., Mann, K., i Potenza, M. N. (2016). Pathological gambling: a review of the neurobiological evidence relevant for its classification as an addictive disorder. *Addiction Biology*. https://doi.org/10.1111/adb.12378

De cara a l'onzena edició de la ICD-11, es planteja el debat sobre la classificació diagnostica més apropiada pel TJ. Diversos autors, destaquen la impulsivitat/compulsivitat de la conducta de joc, i postulen continuar amb la mateixa classificació com a trastorn del control de l'impuls, mentre que d'altres argumenten que les noves evidències, especialment neurobiològiques, justifiquen la inclusió del TJ dins la categoria d'Addiccions a Substàncies i Trastorns Relacionats (com en el DSM-5). Aquest article, examina troballes importants en relació al TJ, amb l'objectiu d'aportar més informació en aquest debat. Es revisen especialment els dèficits cognitius i els mecanismes neurobiològics subjacents al TJ i als trastorns per ús de substàncies i s'estableixen paral·lelismes entre ambdós trastorns. En aquest sentit, els investigadors analitzen l'existència de característiques diagnòstiques similars, altes taxes de comorbiditat, implicació dels circuits de recompensa cerebral i afectació de les mateixes estructures associades a àrees prefrontals i de l'estriat ventral. Els autors conclouen que el pes de les evidències empíriques justifiquen plenament el canvi de classificació diagnòstica, tal i com s'ha fet en el DSM-5 (APA, 2013).

Referències bibliogràfiques

Afifi, T. O., Nicholson, R., Martins, S. S., i Sareen, J. (2016). A Longitudinal Study of the temporal relation between problem gambling and mental and substance use disorders among young adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *61*(2), 102–111.

APA. (2013). *DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edn). Arlington, America: American Psychiatric Association.

Barrault, S., i Varescon, I. (2016). Online and live regular poker players : Do they differ in impulsive sensation seeking and gambling practice ? *Journal of Behavioral Addictions*, *5*(1), 41–50.

Blaszczynski, A., Russell, A., Gainsbury, S., i Hing, N. (2016). Mental Health and Online, Land-Based and Mixed Gamblers. *Journal of Gambling Studies*, *32*(1), 261–275.

Brown, M., Oldenhof, E., Allen, J. S., i Dowling, N. A. (2016). An Empirical Study of Personality Disorders Among Treatment-Seeking Problem Gamblers. *Journal of Gambling Studies*, *32*(4), 1079–1100.

Buchner, U. G., Koytek, A., Fischer, U. C., Wodarz, N., i Wolstein, J. (2016). Psychometric Evaluation of the German Version of the Short Questionnaire for Family Members - Affected by Addiction SQFM-AA (Gambling). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *66*(3–4), 155–162.

Calado, F., Alexandre, J., i Griffiths, M. D. (2016). Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *Journal of Gambling Studies*, 1–28.

Calado, F., i Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *Journal of Behavioral Addictions*, *5*(4), 592.

Challet-Bouju, G., Perrot, B., Romo, L., Valleur, M., Magalon, D., Fatséas, M., … Hardouin, J.-B. (2016). Harmonizing Screening for Gambling Problems in Epidemiological Surveys – Development of the Rapid Screener for Problem Gambling (RSPG). *Journal of Behavioral Addictions*, *5*(2), 239–250.

Chebli, J. L., Blaszczynski, A., i Gainsbury, S. M. (2016, December). Internet-Based Interventions for Addictive Behaviours: A Systematic Review. *Journal of Gambling Studies*.

Chinneck, A., Mackinnon, S. P., i Stewart, S. H. (2016). Investigating possible reciprocal relations between depressive and problem gambling symptoms in emerging adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, *61*(2), 93–101.

Chung, T., Noronha, A., Carroll, K. M., Potenza, M. N., Hutchison, K., Calhoun, V. D., … Ewing, S. W. F. (2016). Brain Mechanisms of Change in Addiction Treatment: Models, Methods, and Emerging Findings. *Current Addiction Reports*, *3*(3), 332–342.

Dąbrowska, K., Moskalewicz, J., i Wieczorek, Ł. (2016). Barriers in Access to the Treatment for People with Gambling Disorders. Are They Different from Those Experienced by People with Alcohol and/or Drug Dependence? *Journal of Gambling Studies*, 1–17.

Dai, Z., Harrow, S.-E., Song, X., Rucklidge, J., i Grace, R. (2016). Gambling, Delay, and Probability Discounting in Adults With and Without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *20*(11), 968–978.

Deans, E. G., Thomas, S. L., Daube, M., Derevensky, J., i Gordon, R. (2016). Creating symbolic cultures of consumption: an analysis of the content of sports wagering advertisements in Australia. *BMC Public Health*, *16*(1), 208.

Del Pino-Gutiérrez, A., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Tárrega, S., Valdepérez, A., Agüera, Z., … Jiménez-Murcia, S. (2016). Impact of alcohol consumption on clinical aspects of gambling disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*.

Dufour, M., Nguyen, N., Bertrand, K., Perreault, M., Jutras-Aswad, D., Morvannou, A., … Roy, É. (2016). Gambling Problems Among Community Cocaine Users. *Journal of Gambling Studies*, *32*(3), 1039–1053.

Elton-Marshall, T., Leatherdale, S. T., i Turner, N. E. (2016). An examination of internet and land-based gambling among adolescents in three Canadian provinces: results from the youth gambling survey (YGS). *BMC Public Health*, *16*(1), 277.

Fatseas, M., Alexandre, J.-M., Vénisse, J.-L., Romo, L., Valleur, M., Magalon, D., … Grall-Bronnec, M. (2016). Gambling behaviors and psychopathology related to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in problem and non-problem adult gamblers. *Psychiatry Research*, *239*, 232–238.

Fauth-Bühler, M., Mann, K., i Potenza, M. N. (2016). Pathological gambling: a review of the neurobiological evidence relevant for its classification as an addictive disorder. *Addiction Biology*.

Flórez, G., Saiz, P. A., Santamaría, E. M., Álvarez, S., Nogueiras, L., i Arrojo, M. (2016). Impulsivity, implicit attitudes and explicit cognitions, and alcohol dependence as predictors of pathological gambling. *Psychiatry Research*, *245*, 392–397.

Gainsbury, S. M., King, D. L., Russell, A. M. T., i Delfabbro, P. (2016). Who Pays to Play Freemium Games? The Profiles and Motivations of Players Who Make Purchases Within Social Casino Games. *Journal of Behavioral Addictions*, *5*(2), 221–230.

Galetti, A. M., i Tavares, H. (2016). Development and validation of the Gambling Follow-up Scale, Self-Report version: an outcome measure in the treatment of pathological gambling. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (ahead).

Gay, A., Boutet, C., Sigaud, T., Kamgoue, A., Sevos, J., Brunelin, J., i Massoubre, C. (2016). A single session of repetitive transcranial magnetic stimulation of the prefrontal cortex reduces cue-induced craving in patients with gambling disorder. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *41*, 68–74.

González-Roz, A., Fernández-Hermida, J. R., Weidberg, S., Martínez-Loredo, V., i Secades-Villa, R. (2016). Prevalence of Problem Gambling Among Adolescents: A Comparison

Across Modes of Access, Gambling Activities, and Levels of Severity. *Journal of Gambling Studies*, 1–12.

Grall-Bronnec, M., Caillon, J., Humeau, E., Perrot, B., Remaud, M., Guilleux, A., … Bouju, G. (2016). Gambling among European professional athletes. Prevalence and associated factors. *Journal of Addictive Diseases*, *35*(4), 278–290.

Grant, J. E., i Chamberlain, S. R. (2016). Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectrums*, *21*(4), 300–303.

Guillou-Landreat, M., Guilleux, A., Sauvaget, A., Brisson, L., Leboucher, J., Remaud, M., … Grall-Bronnec, M. (2016). Factors associated with suicidal risk among a French cohort of problem gamblers seeking treatment. *Psychiatry Research*, *240*, 11–18.

Guo, K., Youssef, G. J., Dawson, A., Parkes, L., Oostermeijer, S., López-Solà, C., … Yücel, M. (2016). A psychometric validation study of the Impulsive-Compulsive behaviours Checklist: A transdiagnostic tool for addictive and compulsive behaviours. *Addictive Behaviors*, *67*, 26–33.

Hing, N., Russell, A., Tolchard, B., i Nower, L. (2016). Risk factors for gambling problems: An analysis by gender. *Journal of Gambling Studies*, *32*(2), 511–534.

James, R. J. E., O'Malley, C., i Tunney, R. J. (2016, October 18). Understanding the psychology of mobile gambling: A behavioural synthesis. *British Journal of Psychology*.

James, R. J. E., i Tunney, R. J. (2016). The need for a behavioural analysis of behavioural addictions. *Clinical Psychology Review*, *52*.

Jiménez-Murcia, S., Del Pino-Gutiérrez, A., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Hakänsson, A., Tárrega, S., … Menchón, J. M. (2016). Treatment outcome in male Gambling Disorder patients associated with alcohol use. *Frontiers in Psychology*, *7*(MAR), 465.

Josephson, H., Carlbring, P., Forsberg, L., i Rosendahl, I. (2016). People with gambling disorder and risky alcohol habits benefit more from motivational interviewing than from cognitive behavioral group therapy. *PeerJ*, *4*, e1899.

Kim, H. S., Salmon, M., Wohl, M. J. A., i Young, M. (2016). A dangerous cocktail: Alcohol consumption increases suicidal ideations among problem gamblers in the general population. *Addictive Behaviors*, *55*, 50–55.

Kober, H., Lacadie, C. M., Wexler, B. E., Malison, R. T., Sinha, R., i Potenza, M. N. (2016). Brain Activity During Cocaine Craving and Gambling Urges: An fMRI Study. *Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *41*(2), 628–637.

Konkolÿ Thege, B., Hodgins, D. C., i Wild, T. C. (2016). Co-occurring substance-related and behavioral addiction problems: A person-centered, lay epidemiology approach. *Journal of Behavioral Addictions*, *5*(4), 1–9.

Leppink, E. W., Blum, A. W., Chamberlain, S., i Grant, J. E. (2016). Neurocognitive and clinical correlates of gambling behavior based on mode of gambling. *Annals of Clinical*

Psychiatry : Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists, *28*(4), 232–238. Retrieved from

Leppink, E. W., Redden, S. A., Chamberlain, S. R., i Grant, J. E. (2016). Cognitive flexibility correlates with gambling severity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, *81*, 9–15.

Loo, J. M. Y., Shi, Y., i Pu, X. (2016). Gambling, drinking and quality of life: Evidence from Macao and Australia. *Journal of Gambling Studies*, *32*(2), 391–407.

Mallorquí-Bagué, N., Fagundo, A. B., Jimenez-Murcia, S., De La Torre, R., Baños, R. M., Botella, C., … Fernández-Aranda, F. (2016). Decision making impairment: A shared vulnerability in obesity, gambling disorder and substance use disorders? *PLoS ONE*, *11*(9), e0163901.

McIntosh, C. C., Crino, R. D., i O'Neill, K. (2016). Treating Problem Gambling Samples with Cognitive Behavioural Therapy and Mindfulness-Based Interventions: A Clinical Trial. *Journal of Gambling Studies*, *32*(4), 1305–1325.

Myrseth, H., i Notelaers, G. (2017). Is the Gambling Motives Questionnaire really three-dimensional? A proposition of a four-dimensional Gambling Motives Questionnaire - Revised. *Addictive Behaviors*, *65*, 68–73.

Nower, L., i Blaszczynski, A. (2017). Development and validation of the Gambling Pathways Questionnaire (GPQ). *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *31*(1), 95–109.

Raylu, N., Oei, T. P. S., Loo, J. M. Y., i Tsai, J.-S. (2016). Testing the Validity of a Cognitive Behavioral Model for Gambling Behavior. *Journal of Gambling Studies*, *32*(2), 773–788.

Ren, Y., Fang, J., Lv, J., Hu, X., Guo, C. C., Guo, L., … Liu, T. (2016). Assessing the effects of cocaine dependence and pathological gambling using group-wise sparse representation of natural stimulus FMRI data. *Brain Imaging and Behavior*, 1–13.

Savvidou, L. G., Fagundo, A. B., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Claes, L., Mallorquí-Baqué, N., … Jiménez-Murcia, S. (2017). Is gambling disorder associated with impulsivity traits measured by the UPPS-P and is this association moderated by sex and age? *Comprehensive Psychiatry*, *72*, 106–113.

Skaal, L., Sinclair, H., Stein, D. J., i Myers, B. (2016). Problem Gambling Among Urban and Rural Gamblers in Limpopo Province, South Africa: Associations with Hazardous and Harmful Alcohol Use and Psychological Distress. *Journal of Gambling Studies*, *32*(1), 217–230.

Studer, J., Baggio, S., Mohler-Kuo, M., Simon, O., Daeppen, J. B., i Gmel, G. (2016). Latent class analysis of gambling activities in a sample of young swiss men: Association with gambling problems, substance use outcomes, personality traits and coping strategies. *Journal of Gambling Studies*, *32*(2), 421–440.

Temcheff, C. E., Paskus, T. S., Potenza, M. N., i Derevensky, J. L. (2016). Which Diagnostic Criteria are Most Useful in Discriminating Between Social Gamblers and Individuals with Gambling Problems? An Examination of DSM-IV and DSM-5 Criteria, *32*(3), 957–968.

van Timmeren, T., Jansen, J. M., Caan, M. W. A., Goudriaan, A. E., i van Holst, R. J. (2016, September 9). White matter integrity between left basal ganglia and left prefrontal cortex is compromised in gambling disorder. *Addiction Biology*, p. n/a.

Youn, H., Choi, J.-S., Kim, D.-J., i Choi, S.-W. (2016). Development and validation of a stock addiction inventory (SAI). *Annals of General Psychiatry*, *15*(1), 16.

Zhou, Z., Zhou, H., i Zhu, H. (2016). Working memory, executive function and impulsivity in Internet-addictive disorders: a comparison with pathological gambling. *Acta Neuropsychiatrica*, *28*(2), 92–100.

Zois, E., Kiefer, F., Lemenager, T., Vollstädt-Klein, S., Mann, K., i Fauth-Bühler, M. (2016, January 15). Frontal cortex gray matter volume alterations in pathological gambling occur independently from substance use disorder. *Addiction Biology*, pp. 1–11.

7. DISFUNCIONS SEXUALS MASCULINES I FEMENINES

7.1 DISFUNCIONS SEXUALS FEMENINES

Gemma Mestre-Bach[1,2] i Borja Farré-Sender[1]
[1]Servei de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Universitari Dexeus.
[2]Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari de Bellvitge.

Sexualitat i Disfuncions Sexuals Femenines

El present capítol se centra en la literatura del 2016 referent a les Disfuncions Sexuals Femenines (DSF) contemplades al Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-5; APA, 2013), és a dir, el Trastorn Orgàsmic Femení, el Trastorn de l'Interès/Excitació Sexual Femení i el Trastorn de Dolor Genito-Pèlvic/Penetració.

En referència al Trastorn Orgàsmic Femení, un estudi de Rowland i Kolba (2016) pretén identificar predictors de les dificultats orgàsmiques en dones mitjançant l'avaluació de múltiples paràmetres, com els problemes d'excitació, els nivells d'angoixa i la latència de l'orgasme. Tant les dificultats en l'excitació i la lubricació com l'edat de les participants varen predir la dificultat per arribar a l'orgasme. Atenent al grup que va referir dificultats orgàsmiques, les dones amb problemes d'excitació presentaven també majors problemes per a aconseguir l'orgasme, tot i que no van diferir de la resta en quant a latència d'orgasme o nivells d'angoixa.

Tenint en compte el Trastorn de l'Interès/Excitació Sexual Femení, és important fer menció a l'editorial de Clayton i Kim (2016), atès que pretén rebatre mites referents al Desig Sexual Hipoactiu Femení. Es tracta d'una DSF que ha originat discrepàncies a la comunitat científica, donat que alguns autors argumenten que l'absència de desig sexual femení no és una patologia, sinó l'afany de la indústria farmacèutica per a patologitzar la conducta sexual. Els autors rebaten tals arguments mitjançant una perspectiva psicobiològica, suggerint que els

apropaments terapèutics s'han d'adaptar als diversos perfils presentats per les dones amb aquesta DSF.

Finalment, pel que fa al Trastorn de Dolor Genito-Pèlvic/Penetració, caldria destacar un estudi de Pâquet et al. (2016) en el que s'avalua la percepció d'injustícia que les parelles experimenten al veure afectada la seva vida sexual a conseqüència d'aquesta DSF. Tot i que aquest factor ha estat explorat en d'altres trastorns, com el Dolor Crònic, es tracta del primer estudi quantitatiu que ho avalua en aquesta població diana. A més, s'investiga l'associació entre la percepció d'injustícia i el dolor, la satisfacció sexual, l'angoixa sexual i la depressió en ambdós membres de la parella. Els autors reporten que majors nivells d'injustícia percebuda s'associen a major angoixa sexual i elevats nivells de depressió, tant en les dones com en les seves parelles. Tanmateix, no es troba una associació significativa entre la injustícia percebuda i la satisfacció sexual en el cas de les dones. La injustícia percebuda tindria, per tant, efectes intra-individual que haurien de ser contemplats a fi de millorar l'eficàcia terapèutica de les DSF.

Prevalença

Una revisió elaborada pels membres de la Quarta Consulta Internacional de Medicina Sexual del 2015 (McCabe et al., 2016), suggereix que la DSF més prevalent en l'actualitat és el Trastorn de l'Interès/Excitació Sexual. Tot i així, els autors destaquen que les dades han de ser interpretades amb precaució, atenent a l'elevada variabilitat metodològica existent entre estudis. En la mateixa línea, Nappi et al. (2016) destaquen un estudi basat en l'Enquesta Nacional de Salut i Vida Social (NHSLS), el més citat actualment, el qual estableix que als Estats Units, la prevalença general de DSF és del 43%, en dones d'entre 18 i 59 anys.

A part de les revisions mencionades, s'han realitzat altres estudis de prevalença en poblacions concretes. D'una banda, en població fèrtil s'ha trobat una prevalença del 55.55%, destacant la

franja d'edat dels 26 als 30 anys, atès que és la que presenta major prevalença (Mishra et al., 2016). Pel que fa a prevalença de DSF durant l'embaràs, s'han descrit percentatges d'entre 66,7% i 87% respectivament (Küçükdurmaz et al., 2016; Monteiro et al., 2016). Convé destacar també una prevalença de DSF del 41% en dones premenopàusiques (McCool et al., 2016). Finalment, en el cas de població postmenopàusica, Czajkowska, Lew-Starowicz, i Szymańska (2016) observen un 33,3% de problemes d'interès i excitació sexual i un 15,4% de dolor genito-pèlvic en població d'entre 60 i 70 anys.

Factors de Risc i Comorbiditat

D'una banda, és ben sabut que diversos fàrmacs solen alterar la funció sexual, tant femenina com masculina. A fi d'aprofundir en aquesta associació, Shetageri, Bhogale, Patil, Nayak, i Chate (2016) analitzen els afectes adversos dels fàrmacs psicotròpics, antipsicòtics i antidepressius mitjançant un estudi transversal, trobant que més de la meitat de pacients a les que se'ls havia administrat un fàrmac psicotròpic presentaven DSF. Paral·lelament, Nazree et al. (2016) estudien a l'associació entre gens, DSF i trastorn depressiu major tractat amb inhibidors selectius de la recaptació de serotonina.

D'altra banda, enguany s'han publicat gran quantitat d'estudis que avaluen exhaustivament l'associació entre les DSF i d'altres problemàtiques clíniques, tals com la migranya (Bond et al., 2017; Solmaz et al., 2016), l'obesitat (Rabiepoor, Khalkhali, & Sadeghi, 2017; Steffen et al., 2017), el càncer (Male, Fergus, & Cullen, 2016; Shandiz et al., 2016), l'esclerosi múltiple (Winder et al., 2016) o la fibromialgia (Kayhan et al., 2016), entre d'altres.

En la mateixa línea, el nombre d'investigacions centrades en l'associació entre problemes psicosocials actuals de gran rellevància i les DSF ha incrementat notablement. Concretament, s'han estudiat detingudament les conseqüències sobre la funció sexual femenina que pot tenir el fet d'haver experimentat un procés de victimització, especialment haver patit abús físic,

sexual i psicològic. Un exemple n'és l'estudi de Nault et al. (2016) el qual evidencia que aquelles pacients que amb un historial de *bullying* presentaven majors percentatges de disparèunia. Per la seva part, López et al. (2016), mitjançant un estudi transversal multicèntric, observen que aquelles dones que havien patit abusos sexuals durant la infantesa presentaven una major prevalença de DSF, així com una menor satisfacció sexual percebuda, majors dificultats d'excitació i més dificultats comunicatives amb la parella.

D'altres problemes socials abordats han estat la influència sobre la població femenina de factors ambientals, com el treball (Valenzuela-Peters, Contreras-García, i Manriquez-Vidal, 2016), i de factors socioculturals com la igualtat de gènere (Brandon & Morgentaler, 2016).

Avaluació

En referència a l'avaluació de les DSF, ha augmentat el nombre d'instruments psicomètrics en els darrers anys. D'una banda, Carpenter et al. (2016) tenen com a objectiu central la creació d'una versió reduïda psicomètricament sòlida del mateix instrument per a ser administrada a dones peri i postmenopàusiques que experimenten fogots. El FSFI de 9 ítems resultant permet avaluar la funció sexual d'aquesta població quan es tracta d'una problemàtica secundària. En la mateixa línea, Dargie, Holden, i Pukall (2016) desenvolupen un instrument diagnòstic eficaç per a l'avaluació, el diagnòstic, la formulació de tractament, i el seguiment dels Trastorns de Dolor Gènito-Pèlvic/Penetració, el Vulvar Pain Assessment Questionnaire (VPAQ). Aquests inclou ítems per a l'avaluació de les característiques del dolor, el funcionament tant emocional com cognitiu, la funció física, les habilitats d'afrontament, i factors associats a aquesta DSF. Finalment, Sharma i Kalra (2016) suggereixen diverses eines diagnòstiques per a l'avaluació d'aquests trastorns, tals com el Derogatis Sexual Function Inventory, el Sexual Function Questionnaire o el Female Changein Sexual Function Questionnaire, destacant la necessitat d'una adequada i completa

avaluació que inclogui una exhaustiva anamnesi, així com un examen físic general i local detallat.

Tanmateix, gran part dels estudis s'han centrat en l'ús d'aquestes eines diagnòstiques en poblacions diana diverses. Un exemple n'és la publicació de White, Sangha, Lucas, i Wiseman (2016), l'objectiu de la qual és analitzar l'efectivitat de qüestionaris com el SABIS-G, el EORTC QLQ CX-24, el SVQ o el GLQ, entre d'altres, en pacients amb càncer endometrial. Els autors conclouen que l'FSFI és l'instrument que presenta major robustesa per a avaluar dificultats sexuals associades al tractament d'aquesta malaltia en qüestió.

Tractament

Durant el darrer any, han estat publicats un seguit d'estudis referents a l'abordatge de les diverses DSF. Pel que fa al tractament psicològic, s'ha realitzat una revisió de la literatura, l'objectiu de la qual és avaluar l'efectivitat d'intervencions mitjançant Internet, destacant la necessitat d'una major protecció dels usuaris, donat el risc d'un autodiagnòstic erroni, així com la manca actual de difusió d'aquestes intervencions fora del context d'investigació (Lankveld, 2016). Tanmateix, diversos estudis pretenen analitzar conjuntament l'eficàcia de la teràpia psicològica i la farmacològica. Per un costat, Omidi, Ahmadvand, Najarzadegan i Mehrzad (2016) estableixen una comparació entre la teràpia cognitivo-conductual (TCC) i el sidenafil, observant una major eficàcia del fàrmac. Tot i així, la TCC sembla ser més influent en l'augment dels nivells de satisfacció sexual i satisfacció marital. D'altra banda, Sabetnejad, Assarian, Omidi i Najarzadegan (2016) suggereixen la TCC com a alternativa a la fluoxetina en població amb trastorn obsessiu compulsiu. En aquest assaig clínic aleatoritzat, el grup que va rebre TCC, presentà una millora estadísticament significativa de la funció sexual, en les fases de desig, excitació i orgasme. Finalment, pel que fa a l'abordatge exclusivament farmacològic, han estat revisades diverses alternatives. Alguns exemples en

són els estrògens (Santoro, Worsley, Miller, Parish, & Davis, 2016) o la testosterona (Montero & Sánchez, 2016) per a les DSF, així com la flibanserina, en la reducció de simptomatologia pròpia del Trastorn d'Interès Sexual/de l'Excitació Femenina (Sang, Kim, & Kim, 2016).

Referències bibliogràfiques

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bond, D. S., Pavlović, J. M., Lipton, R. B., Graham Thomas, J., Digre, K. B., Roth, J., … Wing, R. R. (2017). Sexual Dysfunction in Women With Migraine and Overweight/Obesity: Relative Frequency and Association With Migraine Severity. *Headache, 57*(3), 417–427.

Brandon, M., & Morgentaler, A. (2016). Male and Female Sexual Dysfunction in a Rapidly Changing Cultural Environment: Addressing Gender Equality versus Equivalence in the Bedroom. *Sexual Medicine Reviews, 4*(2), 96–102.

Carpenter, J. S., Jones, S. M. W., Studts, C. R., Heiman, J. R., Reed, S. D., Newton, K. M., … Shifren, J. L. (2016). Female Sexual Function Index Short Version: A MsFLASH Item Response Analysis. *Archives of Sexual Behavior, 45*(8), 1897–1905.

Clayton, A. H., & Kim, D. H. (2016). Hypoactive Sexual Desire Disorder: Separating Fact from Fiction. *CNS Spectrums, 21*(1), 9–11.

Czajkowska, K. B., Lew-Starowicz, Z., & Szymańska, M. (2016). The prevalence of sexual activity, and sexual dysfunction and behaviours in postmenopausal woman in Poland. *Przeglad Menopauzalny = Menopause Review, 15*(3), 156–164.

Dargie, E., Holden, R. R., & Pukall, C. F. (2016). The Vulvar Pain Assessment Questionnaire inventory. *Pain, 157*(12), 2672–2686.

Kayhan, F., Kucuk, A., Satan, Y., İlgün, E., Arslan, Ş., & İlik, F. (2016). Sexual dysfunction, mood, anxiety, and personality disorders in female patients with fibromyalgia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12*, 349.

Küçükdurmaz, F., Efe, E., Malkoç, Ö., Kolus, E., Amasyalı, A. S., & Resim, S. (2016). Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among Turkish pregnant women. *Turkish Journal of Urology, 42*(3), 178–183.

Lankveld, J. Van. (2016). Internet-Based Interventions for Women's Sexual Dysfunction. *Current Sexual Health Reports, 8*, 136–143.

López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Cobo, J., … Fernández, M. I. (2017). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria, 31*(3): 220-219.

Male, D. A., Fergus, K. D., & Cullen, K. (2016). Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, *10*(1), 66–74.

McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., … Segraves, R. T. (2016). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, *13*(2), 144–152.

McCool, M. E., Zuelke, A., Theurich, M. A., Knuettel, H., Ricci, C., & Apfelbacher, C. (2016). Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sexual Medicine Reviews*, *4*(3), 197–212.

Mishra, V. V, Nanda, S., Vyas, B., Aggarwal, R., Choudhary, S., & Saini, S. R. (2016). Prevalence of female sexual dysfunction among Indian fertile females. *Journal of Mid-Life Health*, *7*(4), 154–158.

Monteiro, M. N., Lucena, E. E. de S., Cabral, P. U., Queiroz Filho, J., Queiroz, J., & Gonçalves, A. K. (2016). Prevalence of Sexual Dysfunction among Expectant Women. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetricia : Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades de Ginecologia E Obstetricia*, *38*(11), 559–563.

Montero, a A., & Sánchez, C. I. (2016). Disfunción sexual femenina : opciones de tratamiento farmacológico. *Anales de Pediatría*, *42*(5), e33–e37.

Nappi, P. R. E., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M., Tiranini, L., & Martini, E. (2016). Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*, *94*, 87–91.

Nault, T., Gupta, P., Ehlert, M., Dove-Medows, E., Seltzer, M., Carrico, D. J., … Sirls, L. (2016). Does a history of bullying and abuse predict lower urinary tract symptoms, chronic pain, and sexual dysfunction? *International Urology and Nephrology*, *48*(11), 1783–1788.

Nazree, N. E., Mohamed, Z., Reynolds, G. P., Mohd Zain, S., Masiran, R., Sidi, H., … Zainal, N. Z. (2016). Association of brain-derived neurotrophic factor valine to methionine polymorphism with sexual dysfunction following selective serotonin reuptake inhibitor treatment in female patients with major depressive disorder. *Asia-Pacific Psychiatry*, *8*(4), 260–268.

Omidi, A., Ahmadvand, A., Najarzadegan, M. R., & Mehrzad, F. (2016). Comparing the effects of treatment with sildenafil and cognitive-behavioral therapy on treatment of sexual dysfunction in women: a randomized controlled clinical trial. *Electronic Physician*, *8*(5), 2315–2324.

Pâquet, M., Bois, K., Rosen, N. O., Mayrand, M.-H., Charbonneau-Lefebvre, V., & Bergeron, S. (2016). Why Us? Perceived Injustice is Associated With More Sexual and Psychological Distress in Couples Coping With Genito-Pelvic Pain. *The Journal of Sexual Medicine*, *13*(1), 79–87.

Rabiepoor, S., Khalkhali, H. R., & Sadeghi, E. (2017). What kind of sexual dysfunction is most common among overweight and obese women in reproductive age? *International Journal of Impotence Research*, *29*(2), 61–64.

Rowland, D. L., & Kolba, T. N. (2016). Understanding Orgasmic Difficulty in Women. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(8), 1246–1254.

Sabetnejad, Z., Assarian, F., Omidi, A., & Najarzadegan, M. R. (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy and fluoxetine on sexual function of women with obsessive compulsive disorder: A double-blind randomized controlled trial. *Electronic Physician*, *8*(11), 3156–3163.

Sang, J. H., Kim, T.-H., & Kim, S. A. (2016). Flibanserin for Treating Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Journal of Menopausal Medicine*, *22*(1), 9–13.

Santoro, N., Worsley, R., Miller, K. K., Parish, S. J., & Davis, S. R. (2016). Role of Estrogens and Estrogen-Like Compounds in Female Sexual Function and Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, *13*(3), 305–316.

Shandiz, F. H., Karimi, F. Z., Rahimi, N., Abdolahi, M., Anbaran, Z. K., Ghasemi, M., … Kheirabadi, A. N. (2016). Investigating Sexual Function and Affecting Factors in Women with Breast Cancer in Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP*, *17*(7), 3583–3586.

Sharma, J., & Kalra, B. (2016). Female sexual dysfunction: Assessment. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, *66*(5), 623–626.

Shetageri, V. N., Bhogale, G. S., Patil, N. M., Nayak, R. B., & Chate, S. S. (2016). Sexual Dysfunction among Females Receiving Psychotropic Medication: A Hospital-based Cross-sectional Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *38*(5), 447–454.

Solmaz, V., Ceviz, A., Aksoy, D., Cevik, B., Kurt, S., Gencten, Y., & Erdemir, F. (2016). Sexual dysfunction in women with migraine and tension-type headaches. *International Journal of Impotence Research*, *28*(6), 201–204.

Steffen, K. J., King, W. C., White, G. E., Subak, L. L., Mitchell, J. E., Courcoulas, A. P., … Huang, A. J. (2017). Sexual functioning of men and women with severe obesity before bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *13*(2), 334–343.

Valenzuela-Peters, R., Contreras-García, Y., & Manriquez-Vidal, C. (2016). Influence of the type of work shift in Female Sexual Function Index of healthcare sector female workers. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, *210*, 39–44.

White, I. D., Sangha, A., Lucas, G., & Wiseman, T. (2016). Assessment of sexual difficulties associated with multi-modal treatment for cervical or endometrial cancer: A systematic review of measurement instruments. *Gynecologic Oncology*, *143*(3), 664–673.

Winder, K., Linker, R. A., Seifert, F., Deutsch, M., Engelhorn, T., Dörfler, A., … Hilz, M. J. (2016). Neuroanatomic Correlates of Female Sexual Dysfunction in Multiple Sclerosis. *Annals of Neurology*, *80*(4), 490–498.

7.2 DISFUNCIONS SEXUALS MASCULINES.

Borja Farré-Sender[1] i Gemma Mestre Bach[1, 2]
[1] Sevei de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Universitari Dexeus.
[2] Department de Psiquiatria, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL.

Enguany hem seleccionat treballs que durant el 2016 es van publicar sobre disfuncions sexuals masculines i teràpia cognitivoconductual. En la recerca prèvia segueixen sent abundants les publicacions sobre tractament farmacològics, sobretot per la disfunció erèctil i els correlats mèdics subjacents.

Comencem parlant d'un treball (Althof, 2016) que revisa la teràpia psicològica per l'ejaculació precoç (EP). Es distingeixen abordatges amb el problema segons la seva naturalesa, i on el tractament psicològic per als homes i llurs parelles inclou l'adquisició d'habilitats i tècniques específiques, però sense deixar de banda altres qüestions com l'autoestima, l'ansietat de rendiment i les variables associades al conflicte interpersonal. Els estudis de resultats sobre l'eficàcia de la psicoteràpia (sola) són difícils d'interpretar i comparar degut, segons els autors, a problemes de disseny (manca de grups de control, baix tamany de la mostra o la manca de seguiment). No obstant això, els pocs estudis que superen aquests *obstacles* suggereixen que la intervenció psicològica ofereix als homes i les parelles una opció de tractament prometedora. La combinació de fàrmacs amb psicoteràpia és la intervenció més exitosa per al EP (primària o secundària) oferint una eficàcia superior als fàrmacs sols. Els autors ho interpreten al fet que els homes i les seves parelles aprenen habilitats específiques, aborden els problemes intrapsíquics, interpersonals i cognitius que precipiten i mantenen la disfunció.

El següent estudi, molt interessant, revisa el paper que, sobre l'aparició i el manteniment de l'ejaculació precoç (EP) i la disfunció erèctil (DE), exerceixen els problemes d'atenció cognitiva (Giuri et al. 2016). Concretament investiguen sobre la possible contribució dels estils de pensament i les estratègies de control per al desenvolupament i manteniment de la

DE i l'EP. Els autors van plantejar la hipòtesi que aquests estils de processament podrien constituir una síndrome d'atenció cognitiva específica a aquests trastorns, sostinguts per creences particulars metacognitives. S'administrà una entrevista semiestructurada a 11 participants per tal d'avaluar les seves creences metacognitives i els processos d'atenció cognitius. Els resultats suggereixen que els individus amb DE i PE adopten una sèrie d'estratègies atencionals cognitives dirigides a millorar el seu rendiment sexual, i donen suport tant les creences metacognitives positives com negatives sobre aquestes respostes de pensament. En general, els seus patrons cognitius i d'atenció empitjoren els estats interns negatius, hi ha una reducció de l'excitació sexual i obstaculitzen el funcionament sexual.

Els factors psicològics, interpersonals i socioculturals juguen un paper important en la vulnerabilitat a desenvolupar una preocupació sexual, en el desencadenament de l'aparició d'una dificultat sexual i en el manteniment de la disfunció sexual a llarg termini. Brotto et al. (2016) se centren en els aspectes psicològics i interpersonals de la funció sexual en (dones i) homes després d'una revisió crítica de la literatura des de 2010 fins al 2016. Els resultats desvetllen una escassa literatura per aclarir els factors de desenvolupament específics que donen forma al desenvolupament de la identitat de gènere, l'orientació i la sexualitat. Per contra, els estudis han demostrat consistentment la interdependència de la funció sexual amb la parella (la disfunció d'una parella sovint contribueix a l'aparició de problemes en el funcionament sexual i / o la satisfacció sexual de l'altra). Tanmateix, fan la recomanació al personal sanitari a explorar els estils de vincle dels pacients, les experiències de la infància (inclòs l'abús sexual), l'inici de l'activitat sexual, la personalitat, els esquemes cognitius, possibles problemes d'infertilitat així com les expectatives en l'àmbit sexual. També s'ha de incloure l'avaluació de la depressió, l'ansietat, l'estrès, el consum de substàncies i l'estrès posttraumàtic (i els seus corresponents tractaments mèdics) per descartar comorbilitat (causa o conseqüència) en el trastorn sexual. Com a requeriment en l'avaluació inicial en persones de

mitjana edat i d'edat avançada amb problemes sexuals, proposen incloure l'avaluació de malalties físiques i mentals que tenen lloc habitualment en aquestes etapes. Respecte a tècniques específiques, fan èmfasi en la distracció cognitiva com a contribuent important als problemes de resposta sexual en homes i dones, tot observant més eficàcia per a l'excitació genital que per l'excitació subjectiva.

Hem volgut incloure un estudi amb factors psicosomàtics, com és el dolor genital, ja que la literatura hi fa molta referència. Pereira, Oliveira i Nobre (2016), davant la freqüent associació trobada entre el dolor genital masculí i la disfunció sexual, i donat que alguns estudis suggereixen que està influenciada per factors cognitius (tot i que amb poca evidència de com aquests factors discriminen dolor genital masculí d'altres problemes sexuals), exploren les diferències en el funcionament sexual i la percepció subjectiva dels coneixements durant l'activitat sexual entre homes amb dolor genital, homes amb disfunció sexual i homes sexualment sans. Un total de 134 homes comprenen la mostra dividits en tres grups en funció del seu estat clínic i adaptat per a les variables demogràfiques de la funció sexual (IIEF) i pensaments durant l'activitat sexual (SMQ). Els resultats van mostrar que els homes amb dolor i els homes amb disfuncions sexuals genitals van reportar nivells significativament més baixos de satisfacció general en la seva vida sexual, en comparació amb els homes sense problemes de salut sexual. A més, els homes amb dolor i homes amb disfuncions sexuals genitals presentaren significativament més pensaments de fracàs i anticipació negativa en comparació amb els homes sexualment sans. Aquests resultats emfatitzen el paper de les cognicions negatives com un factor comú associat amb el dolor i disfuncions sexuals masculines, el que suggereix que el dolor genital ha de ser considerat com un problema sexual i les intervencions clíniques subjacents han de incloure tècniques de teràpia cognitivoconductual.

Per si algú ho trobava a faltar, farem menció al tractament amb fàrmacs per les disfuncions sexuals. Més que res perquè Huo et al. (2016) revisen l'eficàcia dels tractaments amb testosterona (recomanats sovint per a la salut cardiovascular, la funció sexual, debilitat muscular o caquèxia, problemes amb l'estat d'ànim, etc…) sense trobar evidencia de cap benefici real. Aquesta mena d'estudis són importants ja que la indefensió de moltes persones que pateixen és aprofitada per venedors de fàrmacs *miraculosos* sense cap evidencia de la seva eficàcia. Els autors van realitzar una revisió sistemàtica de 156 assaigs controlats aleatoris en què la testosterona es va comparar amb el placebo per a una o més d'aquestes condicions. Es van incloure estudis en bases de dades bibliogràfiques entre 1 gener 1950 i 9 d'abril de 2016. Els estudis amb múltiples variables rellevants es van incloure en tots els quadres pertinents. El resum és que els suplements de testosterona no van mostrar benefici en el risc cardiovascular, la funció sexual, l'estat d'ànim o problemes de comportament. Els estudis que van examinar amb criteris clínics de valoració cardiovascular no afavoreixen la teràpia amb testosterona sobre el placebo. Tanmateix, la testosterona és ineficaç en el tractament de la disfunció erèctil i els assaigs controlats no van mostrar un efecte consistent sobre la libido. Els suplements de testosterona augmenten, això sí, considerablement la força muscular, però no tenen efectes beneficiosos sobre la funció física. La majoria dels estudis sobre els criteris de valoració relacionats amb l'estat d'ànim o el benestar psicològic no van trobar cap efecte beneficiós en el tractament amb testosterona.

Referències bibliogràfiques

Althof, S.E. (2016). Psychosexual therapy for premature ejaculation. *Translational Andrology and Urology, 5* (4): 475–481.

Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosembaum, T., Abdo, C., Byers, E.S., …Wylie, K. (2016). Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine, 13* (4): 538–571.

Giuri, S., Caselli, G., Manfredi, C., Rebecchi, D., Granata, A., Ruggiero, G.M., …Veronese, G. (2017). Cognitive Attentional Syndrome and Metacognitive Beliefs in Male Sexual Dysfunction: An Exploratory Study. *American Journal of Men's Health, 11 (3):* 592-599.

Huo, S., Scialli, A.R., McGarvey, S., Hill, E., Tügertimur, B., Hogenmiller, A., … Fugh-Berman, A.(2016). Treatment of Men for "Low Testosterone": A Systematic Review. *PLoS One, 11* (9): e0162480.

Pereira, R., Oliveira, C.M., Nobre, P. (2016) Sexual Functioning and Cognitions During Sexual Activity in Men With Genital Pain: A Comparative Study. *Journal of Sex and Marital Therapy, 42* (7): 602–15.

8. TRASTORNS DE LA PERSONALITAT

8.1 TRASTORNS DE LA PERSONALITAT

Miguel Gárriz, Carlos Cedrón i Anna Massó
Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut MAR. Barcelona

Classificació y diagnòstic

Un dels focus principals d'interès de la recerca en l'àmbit general dels trastorns de la personalitat (TP) es centra en els últims anys en l'organització i classificació d'aquests.

Després d'un llarg procés de revisió, la classificació oficial dels TP en el DSM–5 es va mantenir pràcticament sense canvis en relació amb el DSM–IV (APA, 2013). El Grup de Treball en Personalitat i Trastorns de Personalitat (GTPTP) del DSM-5 va proposar un model híbrid dimensional-categorial. Aquest model consta en primer lloc d'una avaluació dels dèficits en diverses dimensions de funcionament de la personalitat (Identitat, Autodirecció, Intimitat i Empatia), que determinarien la presència i severitat del TP (Criteri A). En segon lloc, s'avaluen cinc dominis de trets de personalitat patològics (Afectivitat negativa, Desvinculació, Antagonisme, Desinhibició i Psicoticisme) que es divideixen en 25 facetes i que permeten la caracterització dels pacients (Criteri B). Finalment, identifica sis tipus de TP, cadascun definit per un patró específic de dèficits i trets. Aquest model híbrid no va ser acceptat pel Consell Assessor de l'APA, que va mantenir la taxonomia del DSM–IV, i el model híbrid es va incloure finalment com a model alternatiu en la Secció III del manual ("Mesures i models emergents") amb l'objectiu d'estimular la recerca.

En línia amb les expectatives generades, l'any 2016 han seguit apareixent nombrosos estudis en relació al model alternatiu. D'entre els estudis publicats, un bon nombre d'ells analitzen de diferents maneres les relacions entre el model híbrid o algun dels seus components i altres models de personalitat normal o patològica. Morey, Benson i Skodol (2016) examinen les relacions entre les categories de TP oficials en el DSM–IV/DSM–5, i les diferents facetes i

dimensions presents en la secció III del DSM–5, trobant que aquestes ofereixen una bona caracterització de les categories tradicionals, encara que ens recorden que les categories oficials no tenen perquè ser el *goldstandard* per a la consecució d'una taxonomia més adequada. En aquest sentit, Fowler et al. (2016), i Simms i Calabrese (2016) troben que els cinc dominis de personalitat proposats en el Criteri B del model alternatiu del DSM–5 incrementen la validesa a l'hora de predir la psicopatologia i la discapacitat funcional respecte al Model dels Cinc Grans i respecte a les categories oficials de TP.

Una altra línia de recerca examina l'estructura en dues capes que separa els trets que avaluen el funcionament de la personalitat (Criteri A) dels trets que avaluen l'estil (Criteri B). Aquests estudis conclouen que les dimensions de funcionament (Criteri A) no incrementen la validesa respecte a les dimensions estilístiques (Criteri B) en la predicció de les categoria tradicionals (Anderson & Sellbom, 2016; Bastianssen et al., 2016) ni tampoc milloren substancialment la predicció en un ampli conjunt de resultats clínics i biogràfics (Gutiérrez, Gárriz, Peri, Vall, & Torrubia, 2016), per la qual cosa aquesta separació podria estar afegint complexitat al model sense suposar una millora real.

Són nombrosos també els estudis publicats en 2016 en relació al Personality Inventory for DSM–5 (PID–5; Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2013), instrument dissenyat per avaluar les cinc dimensions i 25 facetes del Criteri B del model alternatiu del DSM–5. En una revisió sobre les propietats psicomètriques d'aquest instrument, Al-Dajani, Gralnick, i Bagby (2016) conclouen que les propietats psicomètriques observades fins ara són bones encara que es necessiten més estudis sobre la seva utilitat clínica, la seva relació amb altres models en poblacions clíniques, i la seva validesa de criteri, així com millores en el control dels biaixos de resposta (Keeley, Webb, Peterson, Roussin, & Flanagan, 2016; McGee et al., 2016). A més, la fiabilitat i la utilitat clínica del PID–5 ha estat estudiada per primera vegada en una mostra clínica d'adolescents, observant-se bones propietats

psicomètriques, associacions significatives amb els símptomes de TP avaluats mitjançant entrevista semiestructurada, i associacions amb l'historial de temptatives autolítiques (Somma et al., 2016). Per últim, la versió d'aquest instrument en castellà ha mostrat bones propietats psicomètriques en un estudi realitzat a Catalunya amb adults en una àmplia mostra clínica i de població general (Gutiérrez et al., 2017).

D'altra banda, la proposta que ve elaborant el Grup de Treball per a la revisió dels TP de la futura Classificació Internacional de Malalties en la seva versió 11 (CIM–11), que veurà la llum en 2018, assumeix un plantejament únicament dimensional amb un model que contrasta amb el model híbrid alternatiu del DSM–5 per la seva menor complexitat. L'èmfasi d'aquesta proposta ve posat en una dimensió àmplia i global de severitat del TP. Aquesta dimensió ofereix major senzillesa que els nivells de funcionament de la personalitat (Criteri A), que serien el seu equivalent en el model alternatiu del DSM–5, evitant a més la utilització de conceptes psicodinàmics (Krueger, 2016). Al costat d'aquesta dimensió de severitat, la proposta per la CIM–11 defineix cinc amplis dominis de personalitat: Afecte negatiu, Desvinculació, Disocial, Desinhibició i Anancàstic. Els quatre primers són similars als que trobem en el model alternatiu del DSM–5, mentre que el domini del Psicoticisme del DSM–5 ve substituït per l'Anancàstic (Mulder, Horwood, Tyrer, Carter, & Joyce, 2016). Finalment, en la proposta per la CIM–11 no es contempla la utilització de categories, per la qual cosa l'aprovació d'aquesta significaria l'arribada de l'esperat canvi de paradigma cap a un model purament dimensional (Widiger & Oltmanns, 2016).

Intervenció i tractament

La investigació en l'àmbit de la intervenció en els TP és encara escassa excepte per al Trastorn Límit de la Personalitat. Prova d'això és que no existeixen encara tractaments psicoterapèutics que hagin assolit el màxim estatus d'eficàcia dins de la classificació de

tractaments de l'APA per a cap altre trastorn de la personalitat (Keefe, Webb, & DeRubeis, 2016).

Beck, Broder i Hindman (2016), han dut a terme una revisió sistemàtica sobre l'eficàcia de la teràpia cognitivoconductual en els diferents tipus de TP. A més a més, realitzen una comparació amb altres modalitats terapèutiques com són la teràpia basada en esquemes (TBE), que atorga una gran importància als esquemes primerencs i a la relació terapèutica en el procés de tractament, i la teràpia dialèctica–conductual (TDC), més centrada en la regulació emocional. Els autors destaquen la necessitat d'una major investigació respecte a aquestes teràpies en TP específics i posen l'èmfasi en la investigació dirigida a la prevenció.

D'altra banda, s'han dut a terme estudis en els que s'ha investigat el TP com a diagnòstic comòrbid amb altres patologies. S'ha tractat de diferenciar quines tècniques poden ser més eficaces al abordar un pacient que presenta comorbiditat així com descobrir si la comorbiditat disminueix l'eficàcia del tractament.

Keefe et al. (2016) han publicat un estudi en el que avaluen l'eficàcia diferencial dels diferents components de la teràpia cognitivoconductual del trastorn depressiu major en funció de la presència d'un TP comòrbid. Conclouen que l'utilització de tècniques focalitzades en les creences centrals en estadis inicials de la teràpia són particularment útils en el cas d'existir un TP comòrbid a la depressió major, com se senyala des del model de la TBE. Van trobar que utilitzar aquestes mateixes tècniques als inicis de la teràpia no és eficaç en pacients sense diagnòstic de TP. S'emfatitza, per tant, la necessitat d'investigar l'ús de tècniques diferencials en funció de la configuració diagnòstica.

Lana et al. (2016) han realitzat un interessant estudi amb població catalana en el que es comparen pacients amb TP greu amb i sense diagnòstic de trastorn per ús de substàncies (TUS), i la seva resposta diferencial a un tractament psicoterapèutic especialitzat. S'argumenta que existeix un elevat percentatge de pacients que compleixen criteris per

ambdós diagnòstics i que habitualment aquests són exclosos dels assajos clínics. Mitjançant un programa intensiu de tractament basat en la TDC i la Teràpia basada en la Mentalització (TBM), es van obtenir resultats significatius en ambdós grups tant al final de la teràpia com als tres anys de seguiment. Es conclou de l'estudi que els pacients amb un TP greu poden beneficiar-se d'aquesta teràpia psicològica independentment de si tenen diagnosticat un TUS. Per últim, al llarg dels estudis publicats al 2016 es recalca la necessitat d'incrementar el número d'investigacions en TP específics així com l'ús de tècniques dirigides a aspectes específics d'aquests trastorns. En aquest mateix sentit, alguns autors advoquen per desmantellar els tractaments eficaços amb l'objectiu de descobrir els seus components més importants i poder oferir teràpies més focalitzades (Ali & Findlay, 2016).

Referències bibliográfiques

Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2016). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM–5 (PID–5): Current status and future directions. *Journal of Personality Assessment, 98*(1), 62-81.

Ali, S., & Findlay, C. (2016). A review of NICE guidelines on the management of Borderline Personality Disorder. *British Journal of Medical Practitioners, 9*(1): a909.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5).* American Psychiatric Pub.

Anderson, J. L., & Sellbom, M. (2016). Evaluating the DSM–5 Section III Personality Disorder Impairment Criteria. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advanced online publication. DOI: 10.1037/per0000217.

Bastiaansen, L., Hopwood, C. J., Van den Broeck, J., Rossi, G., Schotte, C., & De Fruyt, F. (2016). The twofold diagnosis of personality disorder: How do personality dysfunction and pathological traits increment each other at successive levels of the trait hierarchy? *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 7*(3), 280-292.

Beck, J., Broder, F., & Hindman, R. (2016). Frontiers in cognitive behaviour therapy for personality disorders. *Behaviour Change, 33*(02), 80-93.

Fowler, J. C., Patriquin, M. A., Madan, A., Allen, J. G., Frueh, B. C., & Oldham, J. M. (2016). Incremental validity of the PID-5 in relation to the five factor model and traditional polythetic personality criteria of the DSM-5. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. Advanced online publication. DOI: 10.1002/mpr.1526.

Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., ... & Krueger, R. F. (2017). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment, 24*(3), 279-289.

Gutiérrez, F., Gárriz, M., Peri, J. M., Vall, G., & Torrubia, R. (2016). How temperament and character affect our career, relationships, and mental health. *Comprehensive Psychiatry, 70,* 181-189.

Keefe, J., Webb, C., & DeRubeis, R. (2016). In cognitive therapy for depression, early focus on maladaptive beliefs may be especially efficacious for patients with personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(4), 353-364.

Keeley, J. W., Webb, C., Peterson, D., Roussin, L., & Flanagan, E. H. (2016). Development of a Response Inconsistency Scale for the Personality Inventory for DSM–5. *Journal of Personality Assessment, 98*(4), 351-359.

Krueger, R. F. (2016). The future is now: Personality disorder and the ICD-11. *Personality and Mental Health, 10*(2), 118-119.

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2013). *The Personality Inventory for DSM–5 (PID–5)–Adult (Full version).* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Lana, F., Sánchez-Gil, C., Adroher, N., Pérez, V., Feixas, G., Martí-Bonany, J., & Torrens, M. (2016). Comparison of treatment outcomes in severe personality disorder patients with or without substance use disorders: a 36-month prospective pragmatic follow-up study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12*, 1477-1487.

McGee Ng, S. A., Bagby, R. M., Goodwin, B. E., Burchett, D., Sellbom, M., Ayearst, L., … & Baker, S. (2016). The effect of response bias on the Personality Inventory for DSM–5 (PID–5). *Journal of Personality Assessment, 98*(1), 51-61.

Morey, L. C., Benson, K. T., & Skodol, A. E. (2016). Relating DSM-5 Section III personality traits to Section II personality disorder diagnoses. *Psychological Medicine, 46*(03), 647-655.

Mulder, R. T., Horwood, J., Tyrer, P., Carter, J., & Joyce, P. R. (2016). Validating the proposed ICD-11 domains. *Personality and Mental Health, 10*(2), 84-95.

Simms, L. J., & Calabrese, W. R. (2016). Incremental validity of the DSM-5 Section III Personality Disorder Traits with respect to psychosocial impairment. *Journal of Personality Disorders, 30*(1), 95-111.

Somma, A., Fossati, A., Terrinoni, A., Williams, R., Ardizzone, I., Fantini, F., ... & Ferrara, M. (2016). Reliability and clinical usefulness of the personality inventory for DSM-5 in clinically referred adolescents: A preliminary report in a sample of Italian inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 70*, 141-151.

Widiger, T. A., & Oltmanns, J. R. (2016). The ICD-11 proposals and field trials. *Personality and Mental Health, 10*(2), 120-122.

8.2 ACTUALITZACIONS EN EL TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT

Natàlia Calvo Piñero[1,2,3,4], Benjamín Lara Castillo[5], Marian Pozuelo[1,2,4], Marc Ferrer Vinardell[1,2,3, 4]

[1] Psychiatry Department. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Barcelona, Spain.
[2] Psychiatry, Mental Health and Addictions Group. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, Spain.
[3] Psychiatry and Legal Medicine Department, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, Spain.
[4] Grup TLP Barcelona, Barcelona, Spain.
[5] Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, Spain.

Introducció

El Trastorn Límit de la Personalitat (TLP) és un trastorn mental greu, crònic i amb una elevada prevalença en l'entorn clínic (15-20%). Debuta en l'adolescència o en l'edat adulta precoç i evoluciona al llarg de la vida causant una important afectació del funcionament psicosocial. Caracteritzat per una notable variabilitat fenotípica intra i interpersonal, són rellevants la desregulació emocional, la impulsivitat agressiva, la identitat difusa i les relacions interpersonals alterades. Resulten habituals les conductes autolesives en un context d'intolerància a emocions negatives i les temptatives suïcides, amb una taxa de suïcidi consumat d'entre el 8 i el 10%. La comorbiditat amb altres trastorns psiquiàtrics és més la norma que l'excepció i, amb alguns trastorns com el Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (TDAH) o el Trastorn per Ús de Substàncies (TUS), s'hi estableix una interacció que condiciona l'evolució del TLP i del trastorn comòrbid (Gunderson, 2011).

Les investigacions dels darrers anys consideren el TLP com un trastorn lligat al neurodesenvolupament, amb clínica nuclear similar i consistent com la de l'adult en l'etapa de l'adolescència, sent les autolesions una de les conductes que més faciliten la identificació d'aquells potencials casos de TLP en aquest moment evolutiu. Malgrat tot, és necessari la presència d'altres criteris com ara la identitat difusa i les actituds paranoides en la relació interpersonal, els quals han mostrat una bona capacitat per discriminar la presència o absència

d’un possible diagnòstic de TLP en l’adolescent. A més, és necessari que la psicopatologia es mantingui de manera més o menys constant durant un mínim d’un any, que no hi hagi altres categories diagnòstiques que expliquin millor la clínica i que tingui una repercussió funcional. Actualment es disposa d’evidències a favor de l’estabilitat dels trets de personalitat patològica i disfuncional i de la seva evolució cap a formes més complexes ja des d’aquest període evolutiu (Winsper et al., 2016).

La complexitat del trastorn s’evidencia per l’important nombre d’investigacions científiques, fet que subratlla que es tracta d’una entitat nosològica que rep una especial atenció per part de la comunitat científica. En aquest sentit, és el Trastorn de la Personalitat (TP) que ha generat més publicacions en el darrer any, amb l’objectiu de continuar augmentant el cos de coneixement que faciliti la prevenció i la detecció primerenques, així com els abordatges terapèutics que resultin més eficaços i que millorin la seva evolució.

Etiologia

Un dels aspectes més estudiats han estat els factors etiològics i mantenidors del TLP, els quals continuen sent força desconeguts. Els models etiològics actuals es centren en la possible existència de determinants biològics, psicològics i socials, tot i que fins el moment no es disposa encara de suficient suport empíric que confirmi de forma clara la relació concreta de factors que permeti establir amb certesa un model d’unifinalitat. En base a l’evidència disponible s’assumeix un model etiopatogènic de diàtesi – estrès, amb una vulnerabilitat biològica i uns factors ambientals que incideixen en moments crítics del procés maduratiu.

Un nombre considerable d’estudis treballen en la idea subjacent de l’existència de factors neurobiològics que expliquin el trastorn. En aquesta línia, algunes troballes assenyalen que la inestabilitat emocional estaria associada a una alteració en la xarxa inhibidora fronto-límbica, concretament en l'activació/desactivació disfuncional de l'amígdala, afectant les tasques de

regulació emocional (Baczkowski et al., 2016; Soloff, Abraham, Ramaseshan, Burgess & Diwadkar, 2016). D'altres assenyalen l'existència d'alteracions focals de la substància blanca, principalment en el sistema límbic i el cos callós, com a possible mecanisme etiològic d'una maduració cerebral anòmala en el desenvolupament de TLP (Gan et al., 2016).

La investigació en els factors de risc pel desenvolupament del trastorn és on es concentra una part important de treballs en el darrer any. En continuïtat amb estudis previs, les dades reforcen la importància de l'associació entre experiències vitals traumàtiques viscudes en la infància i/o adolescència (més concretament abús infantil, físic, sexual i emocional), i clínica TLP, més concretament en relació a les conductes autolítiques (temptatives suïcides i autolesions) (Cackowski, Neubauer & Kleindienst, 2016; Kaplan et al., 2016). En aquest sentit, s'ha observat com l'experiència de traumes emocionals pot anar associat a un major risc de desenvolupar un TLP en nens i adolescents TDAH, en relació a aquells que no han viscut aquests tipus de traumes (Ferrer et al., 2016). Alguns treballs indiquen que l'establiment de vincles afectius disfuncionals i els ambients invalidants semblen tenir un paper determinant (Bo & Kongerslev, 2016; Frias, Palma, Farriols, Gonzalez & Horta, 2016; Ghiasi, Mohammadi & Zarrinfar, 2016; Infurna et al., 2016; Scott, Zalewski, Beeney, Jones & Stepp, 2016). Per últim, s'ha continuat investigant la interacció gen-ambient analitzant l'efecte modulatori de traumes de la infància sobre l'expressió de variants genètiques de l'eix Hipotàlam-Hipòfisi-Suprarrenal (Martin-Blanco et al., 2016).

Clínica i diagnòstic

Com ja s'ha dit, el TLP és un trastorn lligat al desenvolupament que resulta d'una interacció entre vulnerabilitat biològica per l'aparició de trets de personalitat disfuncionals i la vivència d'experiències generadores d'estrès durant la infància (Crowell, Beauchaine i Linehan, 2009). És per aquest fet que noves línies d'investigació aposten per la seva identificació en

fases primerenques i per la detecció i el diagnòstic precoç en aquest període de la vida, fet que augmentaria les possibilitats d'intervenció i evolució més favorable.

Estudis recents intenten identificar alguns dels components clínics del TLP, com la desregulació emocional, les conductes d'agressivitat i les autolesives en fases primerenques, o les conductes suïcides en fases avançades, per tal de poder definir amb major exactitud el perfil seu clínic (Soloff et al., 2016; Tucker et al., 2016).

Tanmateix, nous instruments diagnòstics que resultin més fiables i vàlids en el diagnòstic categorial i dimensional del trastorn es continuen desenvolupant (Kogan-Goloborodko, Brugmann, Repple, Habel & Clemens, 2016). En aquest sentit, i seguint la proposta de model diagnòstic híbrid dimensional – categorial de la secció III del DSM-5 pel TLP (i pels TPs en general) s'està reunint evidència empírica a favor de la utilitat del Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) per l'avaluació de la part B d'aquest model alternatiu. Recentment, el PID-5 ha estat validat en castellà i aplicat a mostres clíniques TLP (Calvo et al., 2016).

La comorbiditat del TLP amb altres trastorns continua sent objecte d'estudi degut al que implica, tant a nivell de major complexitat simptomatològica, com per a un pronòstic evolutiu negatiu (Lowenstein, Purvis, & Rose, 2016; Palomares et al., 2016). En aquest sentit, els estudis assenyalen el Trastorn per Ús de Substàncies (TUS) com un dels que poden incrementar la gravetat del TLP (Barral et al., 2016), a més de que el propi TLP empitjora el pronòstic del TUS.

Tractament

El tractament del TLP és un dels reptes més difícils amb què s'enfronta la psiquiatria i la psicologia. Diferents tractaments psicològics manualitzats basats en l'evidència, especialment el Teràpia Dialètico-Conductual (DBT) (Linehan, 1993), la Teràpia basada en la Mentalització (MBT) (Fonagy & Bateman, 2007), la Teràpia basada en Esquemes (Young, 1990) i la Psicoteràpia Focalitzada en la Transferència (TFP) (Clarkin, Yeomans & Kernberg,

2007), segueixen sent estudiats per tal d'analitzar la seva eficàcia en el maneig del pacient (Bo et al., 2016; Fassbinder, Schweiger, Martius, Brand-de Wilde i Arntz, 2016). No obstant, tot i l'interès que suposa, algunes de les revisions publicades assenyalen encara la manca general d'estudis sobre l'eficàcia d'aquestes en mostres grans de pacients TLP. Aquest fet és explicat per alguns investigadors mitjançant diferents factors, com l'elevat cost de les intervencions psicoterapèutiques que limita l'accés d'un major nombre de pacients, la manca de tractaments dissenyats de forma individualitzada en funció del predomini de símptomes i/o en la necessitat d'adaptar les teràpies a diferents entorns clínics i grups d'edat, entre d'altres limitacions (Landes, Chalker & Comtois, 2016; Reeves-Dudley, 2016).

Finalment, alguns treballs assenyalen noves propostes terapèutiques a partir de la combinació d'algunes de les psicoteràpies que han mostrat major suport empíric, concretament, la DBT, la MBT, la TFP i el Maneig Psiquiàtric General (GPM) per tal de fer un enfoc integrador en l'abordatge de TLP (Choi-Kain, Albert & Gunderson, 2016). Com que cadascuna d'elles ofereix una formulació diferent del trastorn i disposa de les seves pròpies estratègies, caldria fer un ús estructurat d'aquestes segons la clínica psicopatològic a abordar. Així, es recomana inicialment una aplicació de la DBT en el tractament de les conductes més destructives i en les crisis. Una vegada el pacient està més estable, es suggereix un treball psicològic més profund en relació a les emocions connectades amb el vincle i els patrons interpersonals (MBT). Mentre que el tractament DBT pot continuar com un mitjà per millorar l'autoconsciència i l'autodomini, és possible canviar-ho amb una modalitat més centrada en la relació interpersonal com la TFP. Un cop els símptomes greus han remès, i el pacient ha recuperat un cert nivell d'adaptació funcional en la comunitat mitjançant rehabilitació, el GPM pot oferir una modalitat d'atenció de baixa intensitat i freqüència, per assolir l'estabilitat i el manteniment dels canvis terapèutics.

Es pot concloure que, tot i l'existència d'un ampli cos científic basat en l'evidència i desenvolupat fins ara en l'estudi del TLP, continua sent un repte de futur la recerca dels factors etiològics del trastorn, en noves estratègies en el diagnòstic clínic, en les modalitats psicoterapèutiques a partir d'estudis controlats aleatoritzats i en nous dissenys d'aquestes, que permetin validar la seva eficàcia a partir de l'atenció integral del pacient TLP .

Referències bibliogràfiques

Baczkowski, B. M., van Zutphen, L., Siep, N., Jacob, G. A., Domes, G., Maier, S., ... & Arntz, A. (2016). Deficient amygdala–prefrontal intrinsic connectivity after effortful emotion regulation in borderline personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1-15.

Barral, C., Daigre, C., Bachiller, D., Calvo, N., Ros-Cucurull, E., Gancedo, B., ... & Roncero, C. (2016). Severity factors associated with the Borderline Personality Disorder among Substance Use Disorders in outpatient sample in Spain. *Journal of Addictive Diseases*, 1-4.

Bo, S., & Kongerslev, M. (2016). Self-reported patterns of impairments in mentalization, attachment, and psychopathology among clinically referred adolescents with and without borderline personality pathology. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *4*(1), 4.

Bo, S., Sharp, C., Beck, E., Pedersen, J., Gondan, M., & Simonsen, E. (2016). First Empirical Evaluation of Outcomes for Mentalization-Based Group Therapy for Adolescents With BPD. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, Recuperado de http://dx.doi.org/10.1037/per0000210.

Cackowski, S., Neubauer, T., & Kleindienst, N. (2016). The impact of posttraumatic stress disorder on the symptomatology of borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *3*(1), 7.

Calvo, N., Valero, S., Sáez-Francàs, N., Gutiérrez, F., Casas, M., & Ferrer, M. (2016). Borderline Personality Disorder and Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Dimensional personality assessment with DSM-5. *Comprehensive Psychiatry*, *70*, 105-111.

Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., & Gunderson, J. G. (2016). Evidence-based treatments for borderline personality disorder: implementation, integration, and stepped care. *Harvard Review of Psychiatry*, *24*(5), 342-356.

Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. (2006) *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. Washington, DC (US): American Psychiatric Press.

Crowell, S. E, Beauchaine, T. P, Linehan M. M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin, 135*(3), 495-510.

Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in Psychology, 7*.

Ferrer, M., Andión, Ó., Calvo, N., Ramos-Quiroga, J. A., Prat, M., Corrales, M., & Casas, M. (2016). Differences in the association between childhood trauma history and borderline personality disorder or attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses in adulthood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1-9.

Fonagy P, Bateman A. (2007) Mentalizing and borderline personality disorder. *J Ment Health*.16, 83-101.

Frias, A., Palma, C., Farriols, N., Gonzalez, L., & Horta, A. (2016). Anxious adult attachment may mediate the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder. *Personality and Mental Health, 10*(4), 274-284.

Gan, J., Yi, J., Zhong, M., Cao, X., Jin, X., Liu, W., & Zhu, X. (2016). Abnormal white matter structural connectivity in treatment-naïve young adults with borderline personality disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *134*(6), 494-503.

Ghiasi, H., Mohammadi, A., & Zarrinfar, P. (2016). An Investigation into the Roles of Theory of Mind, Emotion Regulation, and Attachment Styles in Predicting the Traits of Borderline Personality Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*, *11*(4), 206.

Gunderson, J. G. (2011). Borderline Personality Disorder. *The New England Journal of Medicine, 364*, 2037-42.

Infurna, M. R., Fuchs, A., Fischer-Waldschmidt, G., Reichl, C., Holz, B., Resch, F., ... & Kaess, M. (2016). Parents' childhood experiences of bonding and parental psychopathology predict borderline personality disorder during adolescence in offspring. *Psychiatry Research*, *246*, 373-378.

Kaplan, C., Tarlow, N., Stewart, J. G., Aguirre, B., Galen, G., & Auerbach, R. P. (2016). Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. *Comprehensive psychiatry*, *71*, 86-94.

Kogan-Goloborodko, O., Brügmann, E., Repple, J., Habel, U., & Clemens, B. (2016). Experimentally Assessed Reactive Aggression in Borderline Personality Disorder. *PloS one*, *11*(11), e0166737.

Landes, S. J., Chalker, S. A., & Comtois, K. A. (2016). Predicting dropout in outpatient dialectical behavior therapy with patients with borderline personality disorder receiving psychiatric disability. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *3*(1), 9.

Linehan M. (1993) *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY (US): Guilford

Lowenstein, J., Purvis, C., & Rose, K. (2016). A systematic review on the relationship between antisocial, borderline and narcissistic personality disorder diagnostic traits and risk of violence to others in a clinical and forensic sample. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *3*(1), 14.

Martin-Blanco, A., Ferrer, M., Soler, J., Arranz, M.J., Vega, D., Calvo, N., … & Pascual, J. C. (2016). The role of hypothalamus-pituitary-adrenal genes and childhood trauma in borderline personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 266(4), 307-316.*

Palomares, N., McMaster, A., Díaz-Marsá, M., de la Vega, I., Montes, A., & Carrasco, J. L. (2016). Multiple cluster axis II comorbidity and functional outcome in severe patients with borderline personality disorder. *Actas espanolas de psiquiatria*, *44*(6), 212.

Reeves-Dudley, B. (2016). Borderline Personality Disorder Psychological Treatment: An Integrative Review. *Archives of Psychiatric Nursing*. *31*(1), 83-87.

Scott, L. N., Zalewski, M., Beeney, J. E., Jones, N. P., & Stepp, S. D. (2016). Pupillary and affective responses to maternal feedback and the development of borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 1-16.

Soloff, P. H., Abraham, K., Ramaseshan, K., Burgess, A., & Diwadkar, V. A. (2016). Hyper-modulation of brain networks by the amygdala among women with Borderline Personality Disorder: Network signatures of affective interference during cognitive processing. *Journal of Psychiatric Research*. *88*, 56-63.

Soloff, P. H., Abraham, K., Burgess, A., Ramaseshan, K., Chowdury, A., & Diwadkar, V. A. (2016). Impulsivity and aggression mediate regional brain responses in Borderline Personality Disorder: An fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. *260*, 76-85.

Tucker, R. P., Lengel, G. J., Smith, C. E., Capron, D. W., Mullins-Sweatt, S. N., & Wingate, L. R. (2016). Maladaptive Five Factor Model personality traits associated with Borderline Personality Disorder indirectly affect susceptibility to suicide ideation through increased anxiety sensitivity cognitive concerns. *Psychiatry Research*, *246*, 432-437.

Winsper, C., Lereya, S. T., Marwaha, S., Thompson, A., Eyden, J. & Sing, S. P. (2016). The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *44*, 13-24.

Young J. (1990) *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schemafocused Approach*. Sarasota, FL (US): Professional Resource Exchange.

9. ALTRES AREES

9.1 NEUROIMATGE EN PSICOLOGIA CLÍNICA. EVIDÈNCIA DE L'EFICÀCIA DE LA TERÀPIA COGNITIU-CONDUCTUAL AMB NEUROIMATGE

Joan Deus
Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona.
Unitat de Recerca en Ressonància Magnètica (URRM)- Hospital del Mar-Parca Salut Mar.

La importància de l'eficàcia d'una intervenció psicològica queda reflectida pel fet històric que l'any 1993 un Comitè de la Divisió 12 (Psicologia Clínica) de l'Associació Americana de Psicologia (APA), específicament creat per a tal efecte, comencés a establir els criteris per avaluar l'eficàcia dels tractaments psicològics pels trastorns mentals (Martínez-González i Piqueras-Rodríguez, 2010). De fet, actualment, un dels principals propòsits de la Psicologia Basada en l'Evidència és la de poder aplicar i establir la millor intervenció terapèutica possible i disponible per a cada pacient (Moriana i Martínez, 2011). Per aquesta fita es recorre a aquells tractaments psicològics amb suport empíric, l'eficàcia dels quals és avalada pel grau en què la recerca científica recolza la seva utilitat per a un trastorn mental (APA, 2006). Sintèticament, s'assumeix que un tractament és eficaç quan provoca canvis psicològics mesurables en el sentit esperat i de forma superior als de la no intervenció o altres tractaments disponibles (Álvarez, Rodríguez, Hermida & Vázquez, 2003; Moriana & Martínez, 2011). Habitualment, la Psicologia Clínica i la Psiquiatria han utilitzat com a mètode estàndard de recerca per tal d'objectivar el canvi, i la potencial eficàcia de la intervenció psicològica, diferents proves psicomètriques en detriment d'altres mesures objectives com les tècniques de neuroimatge (Martínez-González & Piqueras-Rodríguez, 2010).

El sorgiment i ampli desenvolupament de les tècniques de neuroimatge en les tres últimes dècades, especialment la Ressonància Magnètica (RM) cranial, ha possibilitat l'estudi *in vivo* dels canvis estructurals i funcionals de les malalties mentals (Linden, 2006; Pearlson & Calhoun, 2007). Des de l'inici de les neurociències en psicopatologia, s'ha reconegut que la clau per la

comprensió dels mecanismes neurobiològics subjacents als trastorns mentals resideix en el coneixement de la seva anatomia i la fisiologia cerebral (Costa i Silva, 2013; Pearlson & Calhoun, 2007). Així, les tècniques de neuroimatge són eines que permeten explorar, avaluar i mesurar canvis en el volum, forma, funció i connectivitat en diverses patologies mentals (Costa i Silva, 2013; Pearlson & Calhoun, 2007). No obstant, encara no està establert la manera en com la neuroimatge pot ser una eina clínica rutinària i complementària que permeti obtenir dades per utilitzar-les en el procés diagnòstic o en les decisions terapèutiques farmacològiques i psicològiques (Pearlson i Calhoun, 2007). Tot i així, la utilització de les tècniques de neuroimatge per demostrar l'eficàcia de les intervencions terapèutiques psicològiques en els trastorns mentals, i com a recurs objectiu complementari, suposa un importantíssim avanç en la recerca de la Psicologia Basada en l'Evidència (Martínez-González & Piqueras-Rodríguez, 2010). Aquestes eines permeten explorar i conèixer la potencial neuroplasticitat del Sistema Nerviós Central subjacent als canvis terapèutics i aporten dades dels correlats neurobiològics de manteniment i reducció de símptomes (Barsaglini, Sartori, Bennetti, Pettersson-Yeo, & Mechelli, 2014; Beauregard, 2014; Mason, Peters & Kumari, 2016). Totes aquestes noves dades haurien de permetre al psicòleg clínic seleccionar el millor recurs terapèutic psicològic per un trastorn mental concret (Linden, 2006), que majoritàriament són diferents tècniques incloses en la Teràpia Cognitiu-Conductual (TCC) (Martínez-González & Piqueras-Rodríguez, 2010).

Canvis Cerebrals en els Trastorns Afectius desprès de la Teràpia Cognitiu-Conductual

La etiologia multifactorial dels trastorns afectius és àmpliament acceptada (Ferrari & Villa, 2016), si be actualment és reconegut que certes alteracions estructurals i funcionals de regions cerebrals específiques són la base de l’expressió simptomàtica dels trastorns afectius (Ferrari & Villa, 2016; Porcu et al., 2016). Aquest ampli coneixement neurofisiopatològic dels trastorns afectius també ha de permetre reconèixer la potencial eficàcia de la TCC i plantejar si aquests efectes poden ser

neurobiològicament identificables, bàsicament, amb neuroimatge funcional (Franklin, Carson & Welch, 2016). Es raonable pensar que els tractaments psicològics puguin produir més canvis d'activació i connectivitat funcional amb subtils canvis estructurals, si be existeixen evidències de que la TCC pot incrementar el volum de substància gris de l'escorça prefrontal dorsolateral (EPFDL) en pacients amb fatiga crònica (van Der Schaaf et al., 2015), dada no estudiada en els trastorns afectius (Franklin et al., 2016). Segons una recent revisió sistemàtica de Franklin et al. (2016) s'identifiquen sols 10 treballs que complien els seus criteris d'inclusió i que estudien l'eficàcia de la TCC amb neuroimatge, demostrant canvis funcionals després d'aplicar la TCC i, per tant, el seu efecte neurobiològic. Cinc estudis fan servir la RM funcional (RMf) amb tasques de processament emocional d'imatges o paraules, 3 la Tomografia per Emissió de Positrons en estat de repòs, un la Tomografia per Emissió Monofotònica de la captació dels receptors de serotonina i un la RM-espectroscòpia enregistrant els nivells del GABA a l'escorça occipital. Cap estudi va fer servir la RM cranial estructural. Resumidament, l'ús de la TCC, i millora de l'estat afectiu, indueix canvis funcionals en l'escorça cingulada anterior (ECA), l'escorça cingulada posterior (ECP), l'escorça ventrolateral prefrontal (EVLPF), l'escorça órbitofrontal (EOF) i el circuit amígdala/hipocamp. Específicament, els resultats demostren que després de la TCC s'objectiva una disminució de l'activitat de l'ECA tant en repòs com en el processament de paraules negatives i un increment quan és processen paraules positives i expressions facials negatives. L'ECP redueix la seva activitat funcional tant en repòs com quan es processa expressions facials de tristesa. També s'objectiva una hipofuncionalitat en repòs de l'EOF i EVLPF esquerre amb un increment funcional quan els pacients han de valorar imatges agradables. Finalment, es constata un decrement de l'activitat funcional de l'amígdala tant en repòs com en el processament d'expressions facials de tristesa i una hiperactivitat del hipocamp en repòs. Les regions cerebrals implicades en els canvis funcionals després d'aplicar la TCC formen part del sistema límbic, component emocional i mnèsic, i hi han estructures neocorticals implicades en la

regulació cognitiva de les emocions. Aquestes dades suggereixen que la TCC millora l'estat afectiu al incrementar l'eficiència d'un circuit neural prefrontal dorsal-límbic implicat en el control cognitiu i regulació amb esforç o conscient dels estats afectius (Franklin et al., 2016; Miller & Cohen, 2001).

Canvis de la Connectivitat Funcional després d'una Teràpia Cognitiu-Conductual

Hi ha un creixent coneixement que les alteracions de la connectivitat, funcional i/o estructural, entre diferents regions cerebrals són responsables de l'inici i manteniment de certs trastorns mentals (Buckholtz & Meyer-Lindenberg, 2012). Mason et al. (2016) recopilen un total de 15 articles, el 86% fan referència a trastorns d'ansietat i publicats majoritàriament en els 2 últims anys, on 12 treballs amb TCC objectiven una forta evidència de que la connectivitat funcional pot predir l'efecte de la psicoteràpia i que l'eficàcia d'aquesta implica la modificació de connexions funcionals que generen la simptomatologia. No han trobat cap estudi sobre la connectivitat estructural. Sis dels estudis revisats, fonamentalment en els trastorns d'ansietat, indiquen que la major sincronia de la connectivitat funcional prefrontal-límbica davant del processament afectiu prediu significativament el resultat de la TCC, resultant en una major reducció funcional de l'amígdala. Tanmateix, es troba que el pacients ansiosos responen millor a la TCC, mostrant una reducció de l'activitat funcional de la ínsula, quan hi ha un increment de la connectivitat ínsula-ECAdorsal (sistema inhibitori endogen). En relació a la intra-connectivitat prefrontal hi han 2 estudis que constatant que l'increment de la connectivitat funcional de l'escorça prefrontal dorsolateral amb la regió prefrontal ventral permet augmentar la eficiència de la TCC. Això pot suggerir que les connexions prefrontals són especialment claus en la regulació cognitiva de les emocions (Mason et al., 2016).

Conclusions

La neuroimatge funcional no invasiva ha demostrat, en pocs estudis de les 2 últimes dècades, ser una potent eina per objectivar canvis neurals induïts per la TCC en certs trastorns psicopatològics i majoritàriament d'ansietat (Barsaglini et al., 2014; Mason et al., 2016). Els resultats mostren que en funció del trastorn mental estudiat l'ús de la TCC comporta be la normalització dels patrons funcional anormals observats pre-tractament, be el reclutament addicional de certes regions cerebrals que no mostraven un patró funcional alterat prèvia TCC (compensació), o la combinació ambdós processos (Barsaglini et al., 2014; Franklin et al., 2016). Tanmateix, l'efecte cerebral de la TCC és comparable al constatat amb la farmacoteràpia en alguns dels trastorns mentals estudiats (Barsaglini et al., 2014; Linden et al., 2006; Mason et al., 2016), si be els dos tractaments tenen circuits neurals d'actuació divergents (Franklin et al., 2016). És possible que els efectes de la TCC impliqui l'increment de l'activitat funcional de certes regions prefrontals que regulen cognitivament les emocions (circuit de dalt-abaix), mentre que la farmacoteràpia redueix l'activació de les estructures límbiques (circuit abaix-a dalt) (Franklin et al., 2016; Linden, 2006; Quidé, 2012).

Referències Bibliogràfiques

Álvarez, M.P., Rodríguez C.F., Hermida, J.R.F., & Vázquez, I.A. (2003). *El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 17-34). Madrid, España: Editorial Pirámide.

APA. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61(4), 271-285.

Barsaglini, A., Sartori, G., Benetti, S., Pettersson-Yeo, W., & Mechelli, A. (2014). The effects of psychotherapy on brain function: a systematic and critical review. *Progress in Neurobiology*, 114, 1-14.

Beauregard, M. (2014). Functional neuroimaging studies of the effects of psychotherapy. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(1), 75-81.

Buckholtz, J.W., & Meyer-Lindenberg, A. (2012). Psychopathology and the human connectome: toward a transdiagnostic model of risk for mental illness. *Neuron*, 74(6), 990-1004.

Ferrari, F., & Villa R.F. (2016). The neurobiology of depression: an integrated overview from biological theories to clinical evidence. *Molecular Neurobiology*, [Epub ahead of print]

Franklin, G., Carson, A.J., & Welch, K.A. (2016). Cognitive behavioural therapy for depression: systematic review of imaging studies. *Acta Neuropsychiatrica*, 28(2), 61-74.
Costa i Silva, J.A. (2013). Personalized medicine en psychiatry: new technologies and approaches. *Metabolism*, 62(Suppl 1), S40-S44.

Linden, D.E. (2006). How psychotherapy changes the brain--the contribution of functional neuroimaging. *Molecular Psychiatry*, 11(6), 528-538.

Mason, L., Peters, E., & Kumari, V. (2016). Functional connectivity predictors and mechanisms of cognitive behavioural therapies: A systematic review with recommendations. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(4), 311-321.

Martínez-González, A.E., & Piqueras-Rodríguez, J.A. (2010). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos afectivos y de ansiedad mediante neuroimagen funcional. *Revista Neurología (Barcelona)*, 50(3),167-178.

Miller, E.K., & Cohen, J.D. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neuroscience*, 24:167-202.

Moriana, J.A., & Martínez, V.A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100.

Pearlson, G.D., & Calhoun, V. (2007). Structural and functional magnetic resonance imaging in psychiatric disorders. *Can J Psychiatry*, 52, 158-66.

Porcu, M., Balestrieri, A., Siotto, P., Lucatelli, P., Anzidei, M., Suri, J.S., Zaccagna, F., Argiolas, G.M., & Saba, L. (2016). Clinical neuroimaging markers of response to treatment in mood disorders. *Neuroscience Letters*, S0304-3940(16), 30757.

Quidé, Y., Witteveen, A.B., El-Hage, W., Veltman, D.J., & Olff, M. (2012). Differences between effects of psychological versus pharmacological treatments on functional and morphological brain alterations in anxiety disorders and major depressive disorder: a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(1),626-44.

van Der Schaaf, M.E., Schmits, I.C., Roerink, M., Geurts, D.E.M., Toni, I., Roelofs, K., De Lange, F.P., Nater, U.M., van der Meer, J.W.M., & Knoo, H. (2015). Investigating neural mechanisms of change of cognitive behavioural therapy for chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15,144.

9.2 LA REHABILITACIÓ DE DELINQÜENTS ADULTS

Antoni Forcadell
Psicòleg Centre Penitenciari Obert de Girona

La rehabilitació de delinqüents adults és un camp molt ampli i per tant els estudis sobre la rehabilitació de delinqüents poden ser molt diversos. Dins d'aquest camp podem trobar tant estudis sobre l'avaluació dels factors de risc de reincidència i de les necessitats d'intervenció com d'avaluació de diverses estratègies de intervenció. Tots aquests estudis prenen en consideració tant variables de l'entorn com individuals. Aquesta revisió s'ha limitat als estudis publicats en el 2016 que s'han centrat en l'avaluació i modificació de variables individuals i que a criteri de l'autor tenien més interès.

La desistència delictiva

Cada cop dins de la criminologia està agafant més importància els estudis sobre la desistència delictiva. A diferència dels estudis sobre reincidència que avaluen els factors associats al fet de tornar a delinquir, els estudis sobre la desistència avaluen els factors associats al fet d'abandonar la carrera delictiva. Certament encara no hi ha consens en relació al concepte de desistència. Així alguns autors consideren desistència com el moment a partir del qual la persona ja no fa cap altre delicte. I d'altres en canvi conceptualitzen la desistència com un procés cap el abandonament del comportament delictiu. Tampoc hi ha consens sobre el nombre d'anys que han de transcórrer per a considerar que el subjecte ha abandonat la carrera delictiva (Rodermon, Kruttschnitt, Slotboom i Biljeved, 2016). Normalment, els estudis de desistència delictiva es basen en la mesura del temps de supervivència; és a dir, del període de temps entre la finalització de la condemna o la intervenció i el primer nou delicte.

Des dels estudis dels Glueck (Glueck i Glueck, 1950) la desistència s'ha explicat a partir de la teoria del *Control social informal*, això és que els lligams com la parella, la feina o el servei militar actuaven com a ganxos que mantenien al subjecte allunyat del comportament antisocial. Però en els darrers anys diversos autors (Giordano, Schroeder i Cernkovich, 2007; Maruna i Roy, 2007; Paternoster i Bushway, 2009) han donat més rellevància en el procés de la desistència als aspectes cognitius. En el 2016 han aparegut dos articles les dades dels quals confirmen la teoria de Paternoster; el qual situa un canvi en la percepció de la pròpia identitat com a element clau del procés d'abandonament de la carrera delictiva.

Paternoster, Bachman, Kerrison, O'Connell i Smit. (2016) fan el seguiment durant un període entre 12 i 18 anys de les detencions sofertes per 1250 homes i dones delinqüents toxicòmans que havien sortit de presó. Troben que el temps de supervivència fins la primera nova detenció no estava associat amb les variables següents: haver fet un tractament en una comunitat terapèutica, tenir feina ni estar casat. En canvi, si varen observar una associació positiva amb el fet de ser un *addicte reformat.* Consideraven com a addicte reformat a aquells subjectes que es definien com addictes abans de sortir en llibertat i com no addictes quan portaven un temps en llibertat. Els autors valoraven aquest canvi com una mesura de transformació de la identitat. Aquesta associació no s'observava en les altres tres possibilitats de combinacions en com es definien en relació a l'addicció abans i després de sortir en llibertat.

Bachman, Kerrison, Paternoster, O'Connell i Smith (2016) entrevisten en diversos períodes a 304 dels subjectes de la mateixa mostra de l'estudi anterior. Observen que en més del 80% dels que desisteixen s'havia produït una transformació de la identitat en el sentit que no es sentien iguals que abans i que tenien por de tornar a ser el que eren (aquesta por es anomenada *feared self* en la teoria de Paternoster). A més aquesta transformació era prèvia a la inserció laboral o l'establiment d'una relació de parella.

Els autors dels dos estudis descrits consideren que les intervencions cognitiu conductuals i la entrevista motivacional són les millors eines per a afavorir la transformació de la identitat associada a la desistència. En canvi, podem hipotetitzar que probablement les mesures d'hipercontrol (registres d'agressors sexuals per exemple) i la tendència punitiva que està configurant-se en molts estats occidentals poden actuar com a obstacles en aquest procés.

Estudis sobre violència dins de la parella

Dins de la literatura anglosaxona no s'utilitza la denominació de violència de gènere; sinó que es parla de violència dins de la parella (*intimate partner violence).* Una conseqüència d'aquesta diferencia de denominació es que els estudis acostumen a incloure tant a homes agressors coma dones agressores. Tot i que sempre el gènere masculí es el que aporta una major proporció d'agressors : 78% en Bouffard i Zedaker (2016) i en l'estudi de Ouellet, Pare, Boivin i Leclerc (2016) el 85% de les agressions registrades eren d'homes cap a una dona.

En aquest any curiosament han aparegut tres estudis sobre la proporció de subjectes amb trajectòria antisocial generalitzada (generalistes) entre els subjectes que han protagonitzat fets violents contra la parella (VDP). En els tres estudis es fa referencia als pocs estudis sobre la violència dins de la parella; la qual cosa contrasta amb la rellevància social del tema.

Els tres estudis malgrat utilitzen mostres força diferents coincideixen en trobar un rellevant percentatge de subjectes generalistes entre els subjectes VDP.

L'estudi d'Ouellet et al. (2016) destaca per l'amplitud de la mostra ja que recull totes les intervencions fetes durant 10 anys per VDP per la policia en un municipi del Quebec. Així recullen una mostra de 38191 sospitosos i 38566 víctimes. Troben que la probabilitat de

protagonitzar un fet VDP és un 16% més alta si el sospitós tenia antecedents per qualsevol fet delictiu diferent de la VDP. En canvi, el fet de tenir antecedents per VDP només augmenta la probabilitat d'un fet d'aquest tipus en un 5%.

Hilton i Eke (2016) en una mostra de 93 homes que havien motivat la intervenció de la policia per haver estat físicament violents amb la parella o haver-la amenaçat de mort troben que el 37% tenien registres policials per fets anteriors o posteriors (en un seguiment de 7 anys) per fets diferents a la VDP.

Bouffard i Zedaker (2016) avaluen la història de detencions prèvies d'una mostra de 730 subjectes processats en un jutjat especialitzat en violència domèstica. Troben que en el subgrup d'homes el 47,8% tenia història prèvia de detencions per fets diferents de la VDP i el 47,3% per fets VDP.

Els resultats d'aquests estudis coincideixen amb un dels pocs estudis anteriors sobre aquest tema. Piquero, Brame, Fagan i Moffitt (2016) va trobar que el 60% de sospitosos de VDP tenien detencions prèvies per altres tipus de delictes.

Aquests resultats mostrarien que els homes que protagonitzen VDP no serien un grup homogeni caracteritzat, com normalment es considera, per mantenir creences i comportaments masclistes; sinó que hi ha una percentatge important que serien subjectes de creences i comportaments antisocials generalitzats. En aquest subgrup probablement la violència contra la parella seria un més dels comportaments antisocials dels que protagonitzen habitualment.

Els autors d'aquests estudis conclouen que aquestes dades podrien ser una explicació de l'habitual baixa efectivitat dels programes d'intervenció adreçats a homes VDP ja que

probablement el subgrup d'antisocials generalistes respondria millor als programes adreçats a aquest tipus de delinqüents que als programes específics per a homes VDP.

Aquesta situació també queda constatada en la revisió de Sordi (2016) sobre els programes de rehabilitació per agressors de violència de gènere (programes VIGE) realitzats als centres penitenciaris espanyols. Aquesta revisió recull dos estudis on també van constatar les dues tipologies d'agressors descrites i en un d'ells els autors recomanaven fer intervencions separades per a cada una de les tipologies.

En relació als tractaments per agressors de violència de gènere farem referència al treball de Ferrer, Ferreiro, Navarro i Bosch (2016) sobre la percepció dels professionals implicats en els programes VIGE fets tant en medi penitenciari com comunitari i a la revisió esmentada de Sordi (2016). Ambdós estudis mostren com aquests programes s'han generalitzat de manera molt rellevant a Espanya. No obstant, aquesta ampla generalització de la seva aplicació no ha donat lloc de moment a una avaluació rigorosa de la seva eficàcia. Tot i això, el treball de Ferrer et al. (2016) deixa constància que els professionals es mostren satisfets amb el funcionament d'aquests programes (satisfacció mitjana de 7,45 sobre 10).

Creences i valors procriminals

Hi ha força evidència científica que mostra l'associació de determinades creences i determinats valors amb el risc de delinquir. A continuació es mostren dos estudis que contribueixen a augmentar aquesta evidència i un altre sobre un programa adreçat a la modificació de les cognicions procriminals.

Goossen, Sevä i Larsson (2016) varen estudiar la relació entre els valors de la teoria dels Valors Humans Bàsics de Schwartz (1992) i els delictes de coll blanc; en concret tres tipus de

delictes: evasió d'impostos, frau a assegurances i suborn. L'estudi va consistir en l'anàlisi de les dades obtingudes en 14 països en l'Enquesta Social Europea de 2014 (25868 enquestats). Varen trobar una relació clara i en el sentit esperat des de la teoria de Schwartz (1992) i els dos primers tipus de delictes. Pel que fa al suborn les relacions eren menys concloents. Aquestes dades confirmen els resultats dels pocs estudis previs sobre la relació entre valors i delictes de coll blanc i encoratgen a l'aplicació de programes de desenvolupament del raonament moral per la prevenció de la reincidència en aquest tipus de delictes.

Walters (2016) porta a terme un metanàlisis en relació als estudis que han avaluat la relació entre la *Criminal Sentiments Scale* (CSS) (Gendreau, Grant, Leipciger i Collins, 1979) i la reincidència. Aquesta és una de les escales més utilitzades per avaluar les actituds procriminals i té tres sub-escales: Actituds cap a la Llei, la Justícia i la Policia, Tolerància cap a la violació de la llei i Identificació amb els delinqüents. Walters (2016) va trobar que les puntuacions en la CSS prediuen la reincidència de manera moderada (mida de l'efecte de 0,17, amb un rang de 0 a 0,28). Resultats similars va trobar per cada una de les sub-escales.

Simourd, Olver i Brandenburg (2016) varen avaluar l'eficàcia en termes de reincidència del *Criminal Attitude Program* (CAP). Com el seu nom indica és un programa adreçat a la modificació de les actituds procriminals que consta de 15 mòduls i té una durada de 44 hores. Els resultats mostren un nivell significativament més baix d'actituds procriminals en les mesures post tractament. També es va observar que els que van completar el programa van reincidir un 7% menys que els que no el van completar. Aquests resultats són prometedors; però caldria una avaluació més acurada metodològicament que evites l'efecte d'haver completat o no el tractament.

Referències Bibliogràfiques

Bachman, R., Kerrison, E., Paternoster, R., O'Connell i Smith, L. (2016) Desistance for a long-term drug-involved sample of adult offenders: the importance of Identity Transformation. *Criminal Justice and behavior, 43, 164-186.*

Bouffard L.A. i Zedaker S.B. (2016) Are Domestic Violence Offenders Specialists? Answers from Multiple Analytic Approaches. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 53, 788-813.*

Ferrer Pérez, A., Ferreiro Basurto, V., Navarro Guzman, C. i Bosch Fiol, E. (2016) Programas de intervención con maltratadores en España: la perspectiva de los/as profesionales. Psychosocial Intervention , 25, 159–168.

Gendreau, P., Grant, B. A., Leipciger, M., i Collins, C. (1979). Norms and recidivism rates for the MMPI and selected experimental scales on a Canadian delinquent sample. *Canadian Journal of Behavioural Science, 11*, 21-31.

Giordano, P.C., Schroeder, R.D., i Cernkovich, S.A. (2007) Emotions and crime over the life course: A neo-meadian perspective on criminal continuity and change. *American Journal of Sociology, 112, 1603-1661.*

Glueck, S. i Glueck, E. (1950) *Unraveling juvenile delinquency.* New York: Commonwealth Fund.

Goossen, M., Sevä, I.J. i Larsson, D. (2016) Basic human values and white-collar crime: Findings from Europe. *European Journal of Criminology,13, 434–452.*

Hilton, N.Z. i Eke, A.W. (2016) Non-Specialization Of Criminal Careers Among Intimate Partner Violence Offenders. Criminal Justice and behavior, 43, 1347-1363.

Maruna, S. i Roy, K. (2007) Amputation or reconstruction? Notes on the concept of "knifing of" and desistance of crime. *Journal of Contemporary Criminal Justice, 23, 104-124.*

Ouellet, F., Pare P.-P., Boivin R. i Leclerc, C. (2016) The Impact of Known Criminals on the Proportion and Seriousness of Intimate Partner Violence Incidents. *International Criminal Justice Review, 26, 5-20.*

Paternoster, R., Bachman, R, Kerrison, E., O'Connell i Smith, L. (2016) Desistance from crime and identity. An empirical test of survival time. *Criminal Justice and behavior, 43, 1204-1224.*

Paternoster, R. i Bushway, S. (2009) Desistance and "feared self". Toward an identity theory of criminal desistance. *The journal of criminal Law and criminology, 99, 1103-1156.*

Piquero, A. R., Brame, R., Fagan, J., i Moffitt, T. E. (2006). Assessing the offending activity of criminal domestic violence suspects: Offense specialization, escalation, and de-escalation evidence from the Spouse Assault Replication Program. *Public Health Reports, 121, 409-424.*

Rodermon, E., Kruttschnitt, C., Slotboom, A-M. I Biljeved, C. CJH (2016) Female desistance: A review of the literature. *European Journal of Criminology, 13, 3-28.*

Sordi, B. (2016) Programas para agresores de violencia de género en prisión: ¿De qué evidencia disponemos?. *Revista Española de Investigación Criminológica, 13, 1-30.*

Schwartz, S.H. (1992) Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. *Advances in Experimental Social Psychology,* 25, 1–65.

Simourd D.J., Olver, M.E. i Brandenburg, B. (2016) Changing Criminal Attitudes Among Incarcerated Offenders: Initial Examination of a Structured Treatment Program. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 60, 1425–1445.*

Walters, G.D. (2016) Predicting Recidivism With the Criminal Sentiments Scale. A Meta-Analysis of a Putative Measure of Criminal Thought Content. Criminal Justice and Behavior , 43, 1159–1172.

9.3 BIOMARCADORS COMPLEXOS DELS TRASTORNS EMOCIONALS

Alejandro de la Torre Luque i Xavier Bornas Agustí
Universitat de les Illes Balears

Cada vegada ens trobem més estudis científics amb una clara intenció de considerar els fenòmens físics i psicosocials des de la perspectiva de la complexitat, és a dir menys reduccionista del que era habitual. En aquest sentit, quan parlem de biomarcadors complexos ens referim a característiques com la invariància d'escala o l'entropia, que ens indiquen propietats dels sistemes biològics ocultes als plantejaments més tradicionals. Un exemple paradigmàtic el trobem en el sistema cardíac, del qual tradicionalment se'n ha avaluat la freqüència (batecs per minut) o la variabilitat; avui sabem, però, que és essencial per exemple investigar el seu caràcter fractal.

En el camp dels trastorns emocionals (trastorns caracteritzats per alteracions en l'estat afectiu i anímic, com són els trastorns de l'estat de l'ànim i els trastorns d'ansietat; veure Barlow, Allen, & Choate, 2004) fa ja força anys de la publicació dels primers treballs examinant la complexitat dels sistemes fisiològics implicats (Pezard et al., 1996; Tiihinen et al., 1997). Amb el pas del temps, descobriments en diferents camps de la fisiologia i la medicina (una petita síntesi de diferents troballes en les ciències de la salut es pot consultar en West, 2006) han creat més consciència de la valuosa contribució de les mesures no lineals (és a dir, adreçades a la complexitat) quant a la identificació de biomarcadors d'aquests trastorns, com per exemple la naturalesa multiescalar de la regulació cardíaca o les dinàmiques cerebrals, o l'existència de patrons autosimilars en el funcionament de les xarxes cerebrals (Ivanov, Chen, Hu, & Stanley, 2004; Werner, 2010).

Tot i aquesta major consideració de com d'informatives poden ser les mesures no lineals en persones que pateixen un trastorn emocional, difícilment es poden treure conclusions clares i concises dels resultats dels estudis científics, en part perquè encara no són molt nombrosos i,

sobre tot, perquè estan publicats de forma molt dispersa (revistes de Psicologia, de Fisiologia, de Neurociències, de Medicina, de Física, etc.). Per això, cal que es realitzin estudis amb metodologia de feina robusta i sistemàtica que permetin obtenir conclusions integradores i amb suficient base empírica.

El treball que passarem a comentar, *Complexity and nonlinear biomarkers in emotional disorders: A meta-analytic study* (de la Torre-Luque, Bornas, Balle, & Fiol-Veny, 2016) s'ha publicat a *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (factor d'impacte = 8.58). L'estudi mira de fer una síntesi dels treballs que exploren mesures no lineals (moltes descrites a Bornas, 2016) en individus amb trastorns emocionals publicats fins ara i pretén extreure conclusions integradores d'aquests treballs mitjançant l'ús d'una metodologia de feina ben consolidada i robusta com és la meta-anàlisi (Sánchez-Meca & Botella, 2010). Per fer-nos una idea, la meta-anàlisi, com a estudi de revisió de la literatura científica, té un doble avantatge: d'una banda segueix la metodologia robusta pròpia de la revisió sistemàtica però d'altra incorpora metodologia estadística per extreure conclusions fiables i basades en l'evidència empírica.

Principis dels sistemes complexos

En el treball es planteja inicialment la idea que des de la perspectiva teòrica dels sistemes dinàmics (*Nonlinear Dynamical Systems* theory, NDS) s'ha fet servir termes com "no lineal" o "complexitat" per a referir-se a diverses propietats dels sistemes fisiològics i emocionals humans (fractalitat, sensibilitat a les conditions inicials, etc.). Posteriorment, es descriuen les dues premisses bàsiques que la NDS estableix per als sistemes fisiològics i emocionals (veure Goldberger et al., 2002): a) els sistemes fisiològics són complexos i no es poden entendre del tot descomposant-los en components més simples; b) els sistemes més alterats són aquells que reflecteixen menys complexitat (també la baixa complexitat és senyal d'envelliment). Aleshores, i tenint en compte aquestes premisses, es parteix de la hipòtesi general que els

sistemes fisiològics d'individus amb trastorns emocionals mostraran menys complexitat que els sistemes de participants sans. A més a més, es pretenia analitzar el paper de determinats factors a l'hora de considerar els nivells de complexitat de clínics i controls (tipus de mesures no lineals usades, sistemes fisiològics estudiats, etc.).

Cada vegada més interès en l'estudi no lineal dels trastorns emocionals

La revisió de la literatura en la meta-anàlisi partia de cerques en 12 bases de dades i una mostra inicial de gairebé 6000 articles. Els resultats de la meta-anàlisi són forçat interessants a la vegada que sorprenents si seguim la lògica anteriorment exposada.

Es van trobar 58 articles (gairebé el 90% dels treballs publicats des del 2000) que estudiaven mesures no lineals en individus amb trastorns emocionals: 12 estudis en individus amb trastorns d'ansietat, 10 en individus amb trastorn bipolar, 34 en individus amb trastorns depressius; un estudi amb totes tres mostres de trastorns emocionals (Moon et al., 2013) i un altre amb mostra ansiosa i depressiva (Baumert et al., 2009).

Segons els resultats de la meta-anàlisi, les mesures més usades en els estudis eren de tipus informacional (les quals descriuen el grau d'irregularitat d'un senyal amb el pas del temps; exemple, mesures d'entropia) i invariant (mesures de propietats que no varien amb el pas dels temps, com fractalitat, dimensionalitat, etc.; destaquen les mesures dels exponents d'escala, el màxim exponent de Lyapunov, etc.). Els principals sistemes estudiats han estat el cardíac, el cerebral (mitjançant electrofisiologia o neuroimatge), el respiratori, neuroendocrí de l'estrès (cortisol, etc.), el motor, etc.

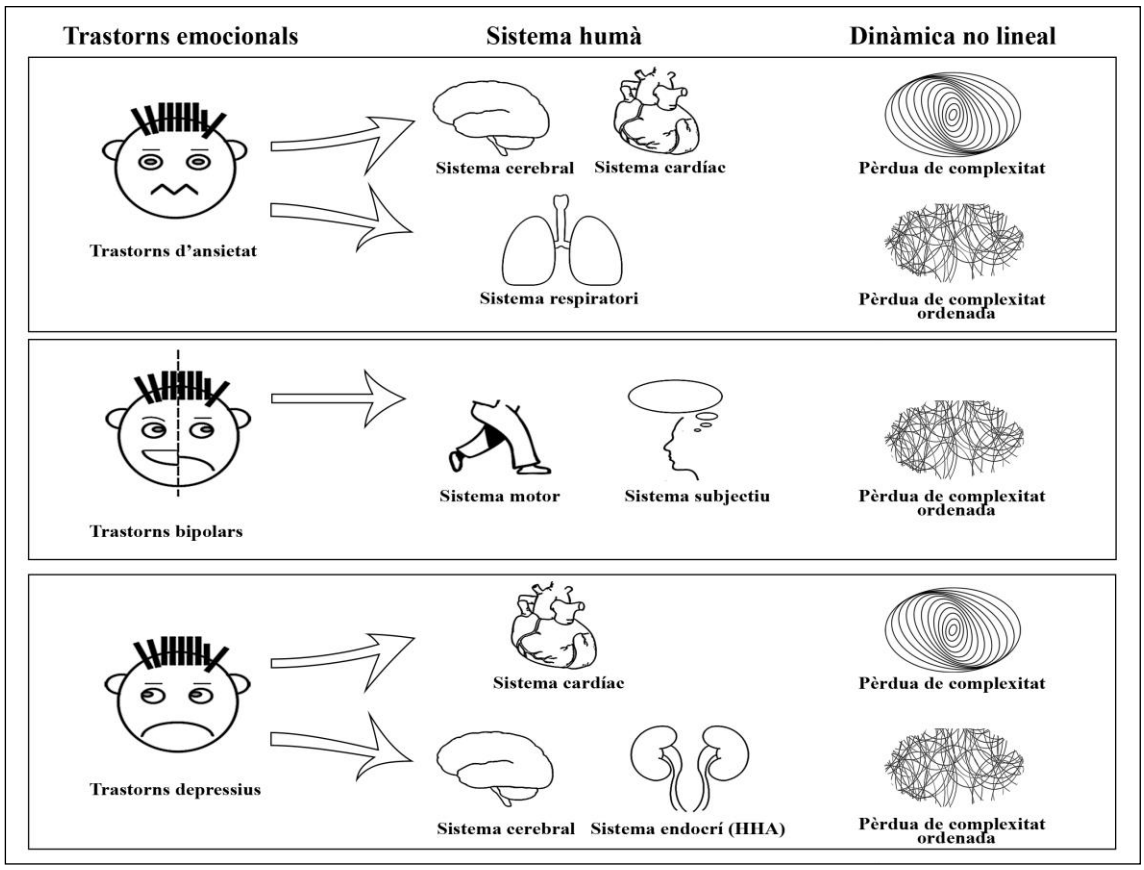
Si considerem els resultats per trastorns, hauríem de dir que és imprescindible considerar el sistema avaluat en el cas dels trastorns d'ansietat. Els estudis amb sistemes cardíacs i cerebrals van mostrar una pèrdua de complexitat en individus clínics en comparació amb individus sans (principalment amb mesures invariants). Però hi ha alguns estudis analitzant el

sistema respiratori d'individus amb pànic que van trobar un augment destacable de la complexitat. En el cas dels estudis en trastorn bipolar, no es va poder extreure conclusions clares per l'absència d'un nombre significatiu d'estudis. No obstant això, la tendència dels estudis en sistemes subjectiu i motor apunten a major complexitat especialment quan un episodi maníac s'està apropant o està present. Finalment, els estudis analitzats en la meta-anàlisi amb individus patint trastorns depressius assenyalen una pèrdua de complexitat quan s'estudiava el sistema cardíac, però un augment de la complexitat quan s'estudiava les dinàmiques cerebrals i endocrines (sistema hipotàlem-pituitari-adrenal).

Complexitat o pèrdua de complexitat en els trastorns emocionals

Sembla que els resultats trobats a la meta-anàlisi van una mica en contra del que s'esperava (veure la Figura 1). N'hi ha alguns que van en la línia que una pèrdua de complexitat és indicador de simptomatologia. Però n'hi ha d'altres que troben major complexitat com a senyal de trastorn. En aquest sentit, cal considerar que l'estudi dels sistemes humans és força recent i les teories de partida han de ser reformulades per adaptar-se al camp d'aplicació. Yang i Tsai (2013) varen estendre una mica els supòsits de la NDS aplicats al camps dels trastorns psiquiàtrics indicant que no sempre una pèrdua de la complexitat es relaciona amb símptoma o trastorn. Ells parlaven d'una *pèrdua de complexitat ordenada* o tendència a l'aleatorietat característica quan hi ha certs símptomes o problemes patològics (ideació paranoide, mania, etc.). Algunes mesures no lineals (la majoria de mesures derivades de l'entropia) no permeten detectar una tendència a l'aleatorietat més enllà d'una major irregularitat (molt sovint relacionat amb major complexitat). D'altra banda, Schuldberg (2015) parlava d'un altre concepte clau: la *variabilitat òptima* d'un sistema fisiològic, és a dir el nivell adequat de complexitat (ni més ni menys) d'un sistema fisiològic sa (veure també Bornas i de la Torre-Luque, 2017).

Figura 1. Conclusions principals de la meta-anàlisi per trastorns estudiats.



Nota. HPA = Eix hipotàlem-pituïtari-adrenal.

Amb aquestes dues recents aportacions a l'estudi de les dinàmiques no lineals dels sistemes fisiològics d'individus amb trastorns emocionals resulta més fàcil emmarcar la pèrdua de complexitat ordenada en el sistema respiratori d'individus amb pànic com un altre marcador de la inestabilitat respiratòria trobada en aquests individus (Grassi et al., 2013); o la pèrdua de complexitat ordenada en trastorns bipolars abans d'arribar un episodi maníac (o dintre de l'episodi) com un senyal de la pèrdua de l'estabilitat emocional (Bauer et al., 2011); o la pèrdua de complexitat ordenada de les dinàmiques cerebrals d'individus amb trastorns depressius en relació als dèficits inhibitoris a nivell molecular, que possibiliten una activitat neuronal dispersa (Croarkin, Levinson, & Daskalakis, 2011).

Com a conclusió, l'article pot servir com a una primera aproximació integradora sobre com la NDS permet extreure marcadors valuosos per diagnosticar i detectar canvis patològics en els diferents sistemes fisiològics que es veuen afectats quan un trastorn emocional està present. Tot i que cal fer més investigació, investigadors i clínics ja tenen un marc de referència per orientar noves línies de feina i desenvolupament clínic i pràctic.

Referències bibliogràfiques

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, *35*, 205-230.

Bauer, M., Glenn, T., Alda, M., Grof, P., Sagduyu, K., Bauer, R., ... Whybrow, P. C. (2011). Comparison of pre-episode and pre-remission states using mood ratings from patients with bipolar disorder. *Pharmacopsychiatry, 44*, S49-S53.

Baumert, M., Lambert, G. W., Dawood, T., Lambert, E. A., Esler, M. D., McGrane, M., & Nalivaiko, E. (2009). Short-term heart rate variability and cardiac norepinephrine spillover in patients with depression and panic disorder. *American Journal of Physiology: Heart Circulation Physiology, 297*, H649-H674.

Bornas, X. (2016). *Psicopatologia i caos (2na ed)*. Madrid: Bubok.

Bornas, X., & de la Torre-Luque, A. (2017). The thin line between Health and disease: a matter of dynamical variability. *Fractal Geometry and Nonlinear Analysis in Medicine and Biology, 2*(2): 1.

Croarkin, P. E., Levinson, A. J., & Daskalakis, Z. J. (2011). Evidence for GABAergic inhibitory deficits in major depressive disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 35*, 818-825.

De la Torre-Luque, A., Bornas, X., Balle, M., & Fiol-Veny, X. (2016). Complexity and nonlinear biomarkers in emotional disorders: a meta-analytic study. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 68*, 410-422.

Goldberger, A. L., Amaral, L. A., Hausdorff, J. M., Ivanov, P. C., Peng, C. K., & Stanley, H. E. (2002). Fractal dynamics in physiology: alterations with disease and aging. *Proceedings of the National Academy of Sciences of United States of America, 19*, 2466-2472.

Grassi, M., Caldirola, D., Vanni, G., Guerreiro, G., Piccinni, M., Valchera, A., & Perna, G. (2013). Baseline respiratory parameters in panic disorder: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 146*, 173-185.

Ivanov, P. C., Chen, Z., Hu, K., & Stanley, H. E. (2004). Multiscale aspects of cardiac control. *Physica A, 344*, 685-704.

Moon, E., Lee, S.-H., Kim, D.-H., & Hwang, B. (2013). Comparative study of heart rate variability in patients with schizophrenia, bipolar disorder, post-traumatic stress disorder, or major depressive disorder. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 11*, 137-143.

Pezard, L. Nandrino, J.-L., Renault, B., el Massioui, F., Allilaire, F., Muller, J., ... Martinerie, J. (1996). Depression as a dynamical disease. *Biological Psychiatry, 39*, 991-999.

Sánchez-Meca, J., & Botella, J. (2010). Revisiones sistemáticas y meta-análisis. Herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo, 31*, 7-17.

Schuldberg, D. (2015). What is optimum variability? *Nonlinear Dynamics in Psychology and Life Sciences, 19*, 553-568.

Tiihinen, J., Kuikka, J., Rasanen, P., Lepola, U., Koponen, H., Liuska, A., ... Karhu, J. (1997). Cerebral benzodiazepine receptor binding and distribution in generalized anxiety disorder: a fractal analysis. *Molecular Psychiatry, 2*, 463-471.

Werner, G. (2010). Fractals in the nervous system: conceptual implications for theoretical neuroscience. *Frontiers in Physiology, 1*, 15.

West, B. J. (2006). *Where medicine went wrong: rediscovering the path to complexity*. Singapur: World Scientific Publishing.

Yang, A. C., & Tsai, S.-J. (2013). Is mental illness complex? From behavior to brain. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 45*, 253-257.

9.4 LA TERÀPIA D'ESQUEMES

Jordi Cid Colom.
Psicòleg Clínic. Coordinador Programes. Direcció Assistencial. Xarxa de Salut Mental i Addiccions de les Comarques Gironines. Institut d'Assistència Sanitària. Edifici Til·lers. Parc Hospitalari Martí i Julià.

La tendència que hem observat en els estudis de resultats la Teràpia d'Esquemes (TE) del darrer any són estudis on es busquen alternatives d'intervenció en aquelles persones que no responen a les intervencions de la TCC en els trastorns de l'Eix I, i un altre grup d'estudis de la TE en grup (TEG) per als Trastorns de Personalitat. Donat el volum d'estudis, aquest any ens centrarem la revisió d'aquests estudis. A la bibliografia trobareu els estudis més rellevants del model de conceptual de TE, i on s'utilitzen els Qüestionaris d'Esquemes (QE) com a mesura de cognició per a caracteritzar la psicopatologia.

1. Estudis de resultats de la Teràpia d'Esquemes

En els Trastorns de la Personalitat, Doyle, Tarrier, Shaw, Dunn & Dolan (2016) realitzen un assaig clínic exploratori de la viabilitat d'implementar la TE en una població de pacients amb trastorn de la personalitat en un gran hospital de seguretat a Anglaterra. Van participar 63 pacients, que van ser assignats a dues condicions TE (n=29) i Tractament habitual (TAU, n=34), que presentaven trastorns de la personalitat greus. En aquest cas, dos terços de la mostra obtenien una puntuació superior al punt de tall de Psicopatia del PCL de Hare 61.9% (n= 39). L'avaluació a través de l'administració de l'escala SCID-II mostrava que un 68.3% (n = 43) de la mostra tenia un diagnòstic de TP Antisocial, la resta de mostra de TP Límit; en canvi un 57.1% (n = 36) reberen més de dos diagnòstics. A nivell de tractament, es realitza una sessió de TE a la setmana durant un període de 18 mesos. El tractament TAU van ser grups d'habilitats per delinqüents sexuals, i participació en activitats ocupacionals, d'oci i

laborals. Els resultats no van mostrar efectes significatius en les mesures de la ira (Escala de Novaco de Ira), impulsivitat (Qüestionari d'impulsivitat de Barrat), esquemes (QEY versió curta de 75 ítems) i estil interpersonal (Gràfic de les relacions interpersonals en ambients d'habitatge tancats). A excepció d'un resultat significatiu en l' augment significatiu en l'esquema Imperfecció/vergonya en el grup de TE, que es difícil d'interpretar. Conclouen que malgrat no obtenen resultats favorables a la TE, emfatitzen que els assajos futurs necessiten garantir la preparació del terapeuta, el control dels tractaments habituals (TAU), reclutar mostres més grans, tenir en compte el desgast direcció i proporcionar un tractament més intensiu.

Renner, Arntz, Peeters, Lobbestael & Huibers (2016) busquen l'efectivitat de TE individual en la depressió crònica, plantejant un disseny de sèrie de casos únics amb una línea base múltiple. 25 pacients van rebre un tractament que constava de tres fases. Una primera fase de línea base, on estaven en llista d'espera entre 6-24 setmanes, que es utilitzada com a condició control de no tractament. Una segona fase, de 12 setmanes d'avaluació dels símptomes i dels esquemes. Una tercera, de tractament de 65 sessions individuals de TE. La mesura de canvi principal va ser Qüestionari de Depressió de Beck (BDI-II), que s'avaluà al inici, al final, i un cop per setmana durant tot el tractament i el Qüestionari Breu de la Severitat de la Depressió (QIDS de Rush et al., 2003). Els resultats mostraren un tamany de l'efecte alt quan comparaven la primera fase *de no tractament* amb la tercera fase *de tractament* (Cohen's d BDI-II=1.30; Cohen's d QIDS = 1.22). Destacar que la una taxa de pèrdues va ser d'un 20 % i es va produir en tots els casos abans de començar la fase de tractament. Dels 20 pacients que van quedar, un 40% van respondre al tractament (disminució d'un 50% de la puntuació del BDI-II entre l'avaluació basal i l'avaluació final de la fase d'intervenció), un 35% es va observar una remissió de la depressió (definida amb una puntuació mitjana de sis o menys en el QIDS al final de la fase d'avaluació en comparació amb la basal), i un 67% es consideren

recuperats definida com l'absència del diagnòstic DSM-IV de depressió avaluat amb l'entrevista SCID-I al final del tractament. En conclusió, malgrat la mostra petita i la manca de grup control, els resultats son favorables al ús de la TE en la depressió crònica, la qual cosa si es confirmen els resultats en futurs estudis, pot ser una alternativa de tractament psicològic.

Thiel et al. (2016) realitzen un estudi sobre l'acceptació i l'eficàcia d'un tractament hospitalari de 12 setmanes per a persones amb un TOC que no responen a TCC, on utilitzen la TE per augmentar la resposta de l'exposició i la prevenció de resposta. Van participar 10 pacients diagnosticats de TOC que *no van respondre a tractament*, definit com obtenir una milloria de menys d'un 25% en la comparació pre-post de l'Escala Yale-Brown, ja fos en un tractament de TCC de mínim sis mesos o a un tractament farmacològic d'elecció amb ISSR (Inhibidors Sel.lectius Recaptació Serotonina). El tractament rebut va ser de dues sessions de teràpia individual de 50 minuts. La teràpia tenia tres fases, (a) una introductòria de tres setmanes amb tres objectius, fer una història completa, explicar els components de l'exposició, prevenció de resposta i la TE, i fer una jerarquia de situacions per a l'exposició graduada i la primera sessió d'exposició; (b) una segona fase de sis setmanes de tractament, on es realitzava una exposició graduada començant per la situació menys angoixant, i una conceptualització dels modes d'esquemes, de les situacions que generen malestar emocional i dels problemes interpersonals. A continuació, a mesura que s'anaven fent les sessions d'exposició, en les altres sessions s'aplicaven estratègies d'intervenció basades en la reparentització limitada en la relació terapèutica, i progressivament anaven introduint les diferents tècniques cognitives, emocionals i conductuals de canvi de la TE. A mode d'exemple les emocions que sorgien durant les sessions d'exposició eren tractades amb tècniques d'imaginació per reescriure els records associats als esquemes i modes d'esquemes

(c) finalment la tercera fase de dues setmanes consistia en generalitzar l'aprés a casa i a la vida quotidiana, emfatitzant les estratègies de prevenció de recaigudes, i també la continuïtat del tractament a nivell comunitari. El tractament coadjuvant fou un grup psicoeducatiu de 90 minuts i teràpia ergonòmica. Els resultats mostraven una bona acceptació de la combinació dels tractaments, amb una puntuació de 9 en una escala de satisfacció de 0 a 10. També van trobar una reducció significativa en les mesures principals de tractament, a l'Escala d'Obsessions i Compulsions de Yale-Brown (Cohen's $d_{\text{Y-BOCS pre-post}}$: d = 1.29), al Inventari d'Obsessions i Compulsions (Cohen's $d_{\text{OCI-R pre-post}}$: d¼1.53)., i al Qüestionari de Depressió de Beck (Cohen's $d_{\text{BDI-II pre-post}}$: d=1.48). Aquests resultats es mantenien estables en els sis mesos de seguiment. Per últim, la meitat dels pacients que havien respòs a altres tractaments van respondre al tractament, amb una reducció simptomàtica del 35%, mesurada per l'escala Yale-Brown.

McIntosh et al. (2016), presenten un estudi per a la ingesta compulsiva on compara tres tractaments TCC tradicional, i dues versions augmentades de la TCC, la primera amb TE que es centra en les experiències primerenques de la vida com a aspecte fonamental en la història del trastorn de l'alimentació; i la TCC centrada en la gana, que emfatitza el paper de reconèixer i respondre a la gana en els afartaments. Van participar 112 dones amb un transdiagnòstic DSM-IV d'afartaments de menjar que van ser assignades a l'atzar als tres tractaments. La teràpia va consistir en sessions setmanals durant sis mesos, seguit per sessions mensuals durant sis mesos més. En relació al grau de compliment del tractament, per als primers sis mesos la TCC tradicional i la TE va ser del 88% (n=33 respectivament) i del 5% (n=27) per a la TCC centrada en la gana. En les sessions mensuals va disminuir el grau de compliment en els tres tractaments: 76% (n=29) per a la TE, 71% (n=29) per a la TCC tradicional i 69% (n=23) per a la TCC centrada en la gana.

Els resultats mostraren que no es van trobar diferències entre els tres grups de tractament en el resultat primari que va ser la freqüència dels afartaments. Tampoc en les altres mesures secundaries tals com altres aspectes conductuals i psicològics del trastorn de l'alimentació, i àrees de funcionament. En els tres tractaments van mostrar millores en els afartaments, altres símptomes TCA i el seu funcionament general, però la mides de l'efecte van ser moderades.

Per acabar aquest punt, us recomanem una revisió sistemàtica dels estudis de tractament realitzats amb TE pels trastorns mentals, on intenten esbrinar si el resultats d'aquests estudis mostren canvis a nivell dels esquemes i/o símptomes (Taylor, Bee, & Haddock, 2016). El resum seria que hi ha evidència per afirmar que la TE canvia els símptomes i els esquemes en els trastorns de personalitat, però no s'observa aquesta evidència en els altes trastorns mentals.

2. Terapia de Esquemes en Grup per als Trastorns de Personalitat

La Teràpia d'Esquemes en grup (TEG) és més que una adaptació de la TE individual, on s'ha introduït un conjunt de tècniques especifiques e intervencions per incrementar els efectes del tractament (Farrell i Shaw, 2012). Recordem breument, els objectius de la TEG són donar eines i empoderar al *Mode d'Esquemes de l'Adult Sa* per a que pugui cuidar *el Nen Vulnerable* i regular les emocions relacionades amb *Mode del Nen Impulsiu*, limitar els *Modes d'Esquemes dels Pares* i modificar els *Modes d'Afrontament Disfuncionals* per altres més adaptatius. Per assolir aquests objectius planteja tres fases, una primera de vinculació i regulació emocional, una segona de identificar els modes d'esquemes i treball de canvi d'aquests modes, i la tercera fase d'autonomia. La seva duració pels TP Límit i greus és de dos anys, amb dues modalitats. La primera, TEG dos cops per setmana (121 sessions grupals en total) i 18 sessions individuals de suport. La segona, una sessió TEG i de TE individual un

cop per setmana (63 sessions individuals i 63 grupals). En aquests moments, els estudis que s'estan fent estan adaptant els protocols a diferents trastorns, modalitats o entorns (comunitària, hospitalització i hospital de dia) e intentant reduir la durada del tractament.

Schaap, Chakhssi & Westerhof (2016) estudien l'efecte de la TE de grup en el marc d'un programa de tractament especialitzat d'un any per a TP en una unitat d'hospitalització per a pacients que no responen a tractament en altres serveis (CSM, hospital de dia, etc). El disseny de l'estudi és naturalista, prospectiu, amb avaluació pre-, post- i seguiment als 6 mesos de tractament. Presenten els resultats d'una sèrie de 65 pacients admesos al programa durant dos anys, amb un diagnòstic principal en el 80% dels casos de TP. El programa de tractament era d'hospitalització durant 5 dies a la setmana i permisos de cap de setmana. Els components del programa eren TEG dos sessions setmanals d'una hora i 25 minuts. Els altres components del programa foren (a) quatre sessions de tècniques específiques de TE (5 hores setmana); (b) altres teràpies amb una sessió setmanal d'una hora i 25 minuts d' Art teràpia, teràpia del moviment, psicodrama i musico-teràpia (5 hores setmana); (c) serveis socials i farmacoteràpia, 30 minuts a la setmana i (d) Milieu therapy o teràpia ambiental proveïda per infermeria que incloïa supervisió de les activitats de la vida diària, adherència al programa de tractament i teràpies, i planificació del cap de setmana. La taxa d'abandonaments del programa va ser d'un 35%. No obstant això, van calcular els resultats en funció d'un anàlisis per intenció de tractar, on en els resultats s'inclouen tots els pacients que han estat assignats a cada grup de tractament independentment de que completin o no el tractament. D'aquests destaquem una millora en la mesura principal de símptomes de distress emocional (mesurat BSI, Cohen's d =0.83), i en les mesures secundàries d'esquemes: disminució dels esquemes (QEY, versió curta Cohen's d= 1.16), augment dels modes d'esquemes adaptatius (QME, Cohen's d= 1.52), menys modes d'esquemes desadaptatius (QME, Cohen's d= 1.04), i menys estils d'afrontament desadaptatius, sobretot d'evitació (QEY Cohen's d= 1.08), i de sobre-

compensació (Cohen's d= 0.57). Aquests resultats es mantenien en el seguiment als 6 mesos. Per últim, la proporció de pacients que van acabar el tractament amb un canvi clínic significatiu va ser d'un 36,8% (n=14) i als 6 mesos de seguiment va ser d'un 30% (n=9) mesurat pel BSI.

Fassbinder et al. (2016) estudien la viabilitat de realitzar dins dels sistema d'atenció a la salut mental d'Alemanya un tractament per al TP Límit greus, amb alta comorbilitat, freqüents hospitalitzacions i que no han respòs a altres tractaments amb TE. L'estudi inclou 10 pacients amb aquestes característiques van ser inclosos en un programa de TE, que va consistir en una sessió de teràpia individual (TE) i de grup (TEG) de freqüència setmanal durant un any. Es van avaluar la gravetat del TP Límit, la psicopatologia general, el funcionament psicosocial, qualitat de vida, la felicitat, els esquemes i modes d'esquemes, i els dies d'hospitalització al inici de tractament, als 6 mesos, als 12 mesos, i als 36 mesos amb entrevistes semi-estructurades i qüestionaris. Els resultats van mostrar una disminució significativa en la severitat dels símptomes del TLP, la gravetat dels símptomes, els esquemes i modes d'esquemes específics del TP Límit, i també en els dies d'hospitalització. Així també, es va observar una milloria funcional, de la qualitat de vida, i de la felicitat percebuda. En conclusió, resultats interessants que mostren uns primers indicis de viabilitat de l'aplicació de la TE en TP greus en entorns públics d'atenció a la salut mental.

Roelofs et al. (2016) presenten un estudi naturalista de la TE aplicada a adolescents amb TP o trets desadaptatius. En aquest estudi van participar quatre pacients menors de 18 anys atesos a un CSMIJ, que realitzaven una sessió de TEG a la setmana, que es complementava amb dues sessions individuals durant el període d'un any. Els pares dels adolescents també participaven en un grup de pares diferent del dels adolescents. A nivell de resultats, tots els pacients mostraven canvis a nivell dels modes d'esquemes durant la teràpia però el canvi de modes era diferent per a cada pacient, al igual que la intensitat del canvi. D'altra banda, quan es

comparaven les valoracions pre- i post- teràpia s'observaven canvis positius en qualitat de vida, símptomes de psicopatologia, esquemes i modes d'esquemes. Per últim, destacar que també van mesurar el nivell de canvi en els esquemes i en els modes d'esquemes dels pares dels pacients. Els pares van aprendre a ser conscients del seus propis esquemes, i com i quan els seus modes d'esquemes xoquen amb els modes d'esquemes dels seu fills. I van poder aprendre a actuar com un entrenador a la regulació de les emocions dels seus fills. Aquest aspecte emfatitza la importància de tenir els pares involucrats en la teràpia.

Per últim, Baljé et al. (2016) presenten el disseny d'un estudi de comparació a dues teràpies psicològiques grupals, TE vs TCC per pacients amb un diagnòstic de Trastorn d'Ansietat Social i TP Evitatiu. És un assaig clínic multicèntric, on s'assignarà al atzar a les dues condicions experimental TE vs CBT, de 30 sessions i de 9 mesos de duració.

Referències Bibliogràfiques

Baljé, A., Greeven, A., van Giezen, A., Korrelboom, K., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2016). Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: study protocol for a randomized controlled trial. Trials, 17(1), 487.

Doyle, M., Tarrier, N., Shaw, J., Dunn, G., & Dolan, M. (2016). Exploratory trial of schema-focussed therapy in a forensic personality disordered population. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 27(2), 232-247.

Farrell, J. M. & Shaw, I. A. (2012). Group schema therapy for borderline personality disorder—A step-by-step treatment manual with patient workbook. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. Frontiers in Psychology, 7.

Fassbinder, E., Schuetze, M., Kranich, A., Sipos, V., Hohagen, F., Shaw, I., ... & Schweiger, U. (2016). Feasibility of group schema therapy for outpatients with severe borderline personality disorder in Germany: A pilot study with three year follow-up. Frontiers in Psychology, 7.

McIntosh, V. V., Jordan, J., Carter, J. D., Frampton, C. M., McKenzie, J. M., Latner, J. D., & Joyce, P. R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled

trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. Psychiatry research, 240, 412-420.

Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2016). Schema therapy for chronic depression: results of a multiple single case series. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 51, 66-73.

Roelofs, J., Muris, P., Wesemael, D., Broers, N. J., Shaw, I., & Farrell, J. (2016). Group-Schematherapy for Adolescents: Results from a Naturalistic Multiple Case Study. Journal of Child and Family Studies, 25(7), 2246-2257.

Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. K., ... Keller, M. B. (2003). The 16 Item quick inventory of depressive symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression.Biological Psychiatry, 54, 573-583.

Schaap, G. M., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016). Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. Psychotherapy, 53(4), 402.

Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2016). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.

Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, A. K., Hertenstein, E., ... & Voderholzer, U. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive–compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 52, 59-67.

9.5 MINDFULNESS

Elisabet Casellas , Cristina Carmona i Joaquim Soler
Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. CIBERSAM. Barcelona, Espanya.

"*Mindfulness"* és la traducció anglesa del terme pali "sati", que implica consciència, atenció i record (Siegel et al., 2009). Kabat-Zinn (2003), introductor del mindfulness a l'àmbit clínic d'occident, el defineix com <<l'estat de consciència que emergeix al prestar atenció en el moment present, intencionadament i sense jutjar, a l'experiència que es desplega moment a moment>>.

A continuació s'exposen, resumidament, els principals estudis publicats durant aquest últim any sobre les intervencions basades en mindfulness en la pràctica clínica.

Teràpia cognitiva basada en mindfulness (MBCT):

Kuyken et al. (2016) publiquen a la revista JAMA Psychiatry un metanàlisis de dades individuals de pacients (IPD) en el que compilen els resultats de 9 assajos clínics aleatoritzats amb un total de 1258 pacients amb depressió recurrent. Els autors refereixen que la MBCT s'associa a una reducció significativa del risc de recaiguda a les 60 setmanes de seguiment, en comparació amb aquells que van rebre tractament habitual i que els resultats no estan mediats per les variables sociodemogràfiques de la mostra. L'estudi assenyala que els efectes protectors de la MBCT són comparables als de la teràpia cognitiva o la interpersonal i una vegada més mostren que el benefici de la MBCT és major com major és el risc de recaiguda de la depressió.

En aquesta línia, Segal i Walsh (2016) conclouen en una revisió que la MBCT és eficaç en la prevenció de recaigudes i la resolució dels símptomes residuals en pacients amb depressió recurrent. Els autors especulen que els beneficis diferencials de la MBCT respecte altres psicoteràpies podrien ser el resultat de l'entrenament en habilitats de meditació conscient que

informen sobre la regulació de l'afecte i que són fàcilment incorporades a les rutines diàries. Kearns et al. (2016) hipotitzen, en aquest sentit, que la relació entre la MBCT i la prevenció de recaigudes en depressió podria estar mediada per la variable "rumiació". En el seu estudi, 203 participants amb 3 o més episodis previs de depressió, completen mesures de mindfulness, rumiació i nombre de recaigudes depressives durant un període de seguiment de 2 anys. Mentre que les puntuacions elevades en mindfulness prediuen una disminució en la rumiació i la recaiguda depressiva, la relació entre mindfulness i recurrència depressiva no està mediada per la rumiació, tot i que sí apareix una tendència cap a la significació.

En una altra línia, la MBCT s'ha aplicat de forma adaptada a d'altres problemes psicològics com són els trastorns sexuals.

Paterson, Handy i Brotto (2016) publiquen un estudi pilot en el qual s'entrenen 26 pacients amb trastorn de l'interès/excitació femenina en un programa de MBCT adaptat que inclou aspectes de la teràpia sexual. En comparació amb la línia basal, les pacients van reportar milloria significativa en el desig sexual, la funció sexual general i el malestar associat amb el sexe, independentment de les expectatives del tractament, durada de la relació sentimental o durada del trastorn. L'estat d'ànim depressiu i el mindfulness van mediar en la milloria de la funció sexual.

La MBCT està aplicant-se també en població infanto-juvenil: Cotton et al. (2016) presenten un assaig pilot amb 10 joves amb trastorns d'ansietat que presenten risc de trastorn bipolar i s'entrenen en un programa MBCT de 12 setmanes adaptat per a joves (MBCT-C). Els resultats mostren una disminució dels nivells d'ansietat (auto-reportats i reportats pel clínic) i una milloria de la regulació emocional dels pacients post-intervenció.

Teràpia de reducció del estrès basada en mindfulness (MBSR):

Durant aquest darrer any s'han publicat articles que exposen intervencions basades en mindfulness dirigides a poblacions amb elevada activació autonòmica, tals com subjectes amb trastorn d'estrès post-traumàtic (TEPT).

Stephenson, Simpson, Martinez i Kearney (2016), han estudiat l'associació entre els canvis en les diferents facetes del mindfulness (observació, descripció, actuació amb consciència, no-jutjar i no-reactivitat a l'experiència interna) i la variació de les diferents àrees simptomàtiques del TEPT com a efecte de la participació d'un programa MBSR en 113 veterans de guerra. L'augment en mindfulness va associar-se significativament amb la reducció de la simptomatologia TEPT, específicament en les facetes d'actuació conscient i no-reactivitat. Tanmateix, l'augment en puntuació mindfulness es relacionava consistentment amb la disminució de les següents àrees simptomàtiques del TEPT: l'hiper-arousal i l'anestèsia afectiva.

Kelly i Garland (2016) han desenvolupat una adaptació del MBSR (TI-MBSR) per a dones víctimes de violència interpersonal en un assaig clínic pilot controlat i aleatoritzat. L'entrenament en MBSR durant 8 setmanes inclou psico-educació específica del trauma, pràctiques d'auto-compassió així com la detecció de pautes d'afrontament disfuncionals. 23 participants van ser aleatoritzades al grup TI-MBSR i 22 van formar part del grup control (llista d'espera). Els resultats mostren una disminució significativa de la simptomatologia TEPT, depressiva i de l'aferrament ansiós en les participants del grup control. Els minuts de pràctica setmanal de mindfulness van predir la milloria del TEPT.

En relació a les malalties mèdiques, Cherkin et al. (2016) publiquen un assaig clínic aleatoritzat en el que avaluen l'eficàcia del MBSR versus la Teràpia cognitiu-conductual (TCC) o el tractament habitual (TH) en una mostra de 342 pacients amb dolor crònic

d’esquena. Els resultats mostren una milloria significativa tant en el grup TCC com en el de MBSR respecte el TH, sense trobar diferències significatives entre la TCC i el MBSR.

Pel què fa a l’àmbit oncològic, un assaig clínic aleatoritzat amb 322 supervivents de càncer de mama (BC), publicat per Lengacher et al. (2016), mostra una milloria de la simptomatologia ansiosa, la por a la recurrència i la fatiga en aquelles pacients sota entrenament adaptat de MBSR-(BC) respecte aquelles en la condició de tractament habitual. Els autors assenyalen que aquelles pacients amb majors nivells d’estrès a la línia basal són les que més es beneficien del programa MBSR (BC).

Johns et al. (2016), en un assaig clínic aleatoritzat, comparen els resultats del MBSR amb la psico-educació a l’hora d’abordar la fatiga relacionada amb el càncer en 71 supervivents de càncer de mama i colorectal. Els resultats post-intervenció no mostren diferències significatives entre la psico-educació i MBSR per la interferència de la fatiga tot i que es detecta una tendència cap a la significació a favor de la MBSR. Pel què fa a la vitalitat, aquesta mostra una milloria moderada en el grup MBSR, així com la reducció del dolor post-intervenció. En els dos grups es produeix una milloria de la simptomatologia depressiva, de l’ansiosa i de l’insomni post-intervenció i es manté als 6 mesos de seguiment. Els autors assenyalen que tant MBSR com la psico-educació apareixen com a estratègies eficaces per l’abordatge de la fatiga relacionada amb el càncer.

Considerant els resultats descrits en conjunt, es suggereix, tal i com assenyalen Hervás, Cebolla i Soler (2016), que les intervencions basades en mindfulness són un grup d’intervencions eficaces i potencialment aplicables a un ampli ventall de problemes relacionats amb la salut.

Referències bibliogràfiques:

Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Cook, A. J., Anderson, M. L., Hawkes, R. J., ... & Turner, J. A. (2016). Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: A randomized clinical trial. *Jama*, *315*(12), 1240-1249.

Cotton, S., Luberto, C. M., Sears, R. W., Strawn, J. R., Stahl, L., Wasson, R. S., ... & Delbello, M. P. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for youth with anxiety disorders at risk for bipolar disorder: a pilot trial. *Early intervention in psychiatry*, *10*(5), 426-434.

Hervás, G., Cebolla, A. & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud, 27,* 115-124.

Johns, S. A., Von Ah, D., Brown, L. F., Beck-Coon, K., Talib, T. L., Alyea, J. M., … Giesler, R. B. (2016). Randomized controlled pilot trial of mindfulness-based stress reduction for breast and colorectal cancer survivors: effects on cancer-related cognitive impairment. *Journal of Cancer Survivorship*, *10*(3), 437-448.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 144–156.

Kelly, A., & Garland, E. L. (2016). Trauma-Informed Mindfulness-Based Stress Reduction for Female Survivors of Interpersonal Violence: Results From a Stage I RCT. *Journal of clinical psychology*, *72*(4), 311-328.

Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., ... & Segal, Z. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry*, *73*(6), 565-574.

Kearns, N. P., Shawyer, F., Brooker, J. E., Graham, A. L., Enticott, J. C., Martin, P. R., & Meadows, G. N. (2016). Does rumination mediate the relationship between mindfulness and depressive relapse?. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *89*(1), 33-49.

Lengacher, C. A., Reich, R. R., Paterson, C. L., Ramesar, S., Park, J. Y., Alinat, C., ... & Jacobsen, P. B. (2016). Examination of broad symptom improvement resulting from mindfulness-based stress reduction in breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Journal of clinical oncology*, *34*(24), 2827-2834.

Paterson, L. Q. P., Handy, A. B., & Brotto, L. A. (2016). A Pilot Study of Eight-Session Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adapted for Women's Sexual Interest/Arousal Disorder. *Journal of Sex Research (in press).*

Segal, Z. V., & Walsh, K. M. (2016). Mindfulness Based Cognitive Therapy for Residual Depressive Symptoms and Relapse Prophylaxis. *Current opinion in psychiatry*, *29*(1), 7.

Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? Where did it come from?. In *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 17-35). Springer New York.

Stephenson, K. R., Simpson, T. L., Martinez, M. E., & Kearney, D. J. (2016). Changes in Mindfulness and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Veterans Enrolled in Mindfulness-Based Stress Reduction. *Journal of clinical psychology (in press).*

9.6 TERÀPIA DIALÈCTICA CONDUCTUAL

Cristina Carmona, Elisabet Casellas i Joaquim Soler
Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. CIBERSAM. Barcelona, Espanya.

Durant el darrer any, el nombre de publicacions amb l'objectiu de mostrar l'efectivitat de la Teràpia Dialèctica Conductual (TDC, Linehan 1993) ha estat menor que en els anys anteriors, probablement perquè la TDC ja ha demostrat ser suficientment efectiva per a una gran varietat de trastorns (principalment trastorns caracteritzats per la desregulació emocional). Davant d'aquest panorama cal destacar que en canvi, últimament estan augmentant les publicacions relatives a altres aspectes de la TDC com per exemple estudis amb l'objectiu de trobar els possibles mecanismes d'acció, inclusió de tècniques addicionals, estudis per a saber a quines poblacions es pot generalitzar, com garantir la fidelitat dels terapeutes al model i també estudis per a conèixer els factors associats a l'abandonament de la teràpia.

Predictors de canvi de la TDC

Algunes propostes innovadores sobre els predictors de canvi o mecanismes d'acció de la TDC són els següents:

Distracció: Wilks, et al. (2016) presenten un potent estudi que investiga la distracció com la principal estratègia de regulació emocional (de la TDC). Per a fer-ho miren si hi ha canvis neurals durant la realització d'una tasca de distracció sota inducció emocional, i comparen un grup de pacients amb Trastorn Límit de Personalitat (TLP) després de fer TDC amb un grup de TLP que no fa TDC i amb un grup de controls sans. Els resultats mostren que els pacients amb TLP que fan TDC tenen un decrement en el lòbul parietal inferior dret (quan fan distracció amb imatges negatives) i aquest decrement correlaciona amb millores en la severitat de símptomes TLP. Amb aquests resultats plantegen que els individus que fan TDC possiblement utilitzen la distracció davant d'estímuls negatius per tal de disminuir l'impacte

emocional d'aquests.

Dissociació: Kleindienst, et al. (2016) utilitzen un estudi previ (Bohus et al, 2013) el qual avalua l'eficàcia d'una variant de TDC per a pacients amb trauma després d'abús sexual infantil (DBT-PTSD), i fan un anàlisi per a mirar si la millora de la simptomatologia d'estrès posttraumàtic estava relacionada amb el grau de dissociació durant les sessions. Kleindienst et al. (2016) es basen en la idea que l'eficàcia de molts components de la DBT-PTSD depèn del processament d'informació i de records emocionals, i aquests poden estar influïts per l'estat de dissociació. Després de l'anàlisi observen que els pacients amb baix estat de dissociació durant el tractament tenen més probabilitats de tenir una millora significativa, és a dir que la dissociació durant les sessions de tractament pot reduir l'èxit de la teràpia DBT-PTSD.

Regulació d'emocions i efectivitat interpersonal: Altres mecanismes de canvi que s'han proposat són la regulació d'emocions i l'efectivitat interpersonal. Lenz, Del Conte, Hollenbaugh y Callendar (2016) veuen que en un grup d'adolescents (n=66) el canvi en regulació d'emocions i d'efectivitat interpersonal era gran predictor de disminució de simptomatologia tan ansiosa com depressiva després de fer TDC.

Pràctica d'habilitats: I per últim per a respondre a la pregunta de si és la pràctica d'habilitats el que prediu millores o són processos comuns a altres psicoteràpies, Barnicot, Gonzalez, McCabe i Priebe (2016) es plantegen explorar quin factor va més associat a la reducció d'autolesions, si és el grau de pràctica d'habilitats pròpies de la TDC o són altres processos comuns a diferents models terapèutics (aliança terapèutica, credibilitat del tractament i autoeficàcia). Per a fer-ho avaluen cada dos mesos la pràctica d'habilitats, i els següents factors comuns: l'aliança terapèutica, la credibilitat del tractament i l'autoeficàcia, en un grup d'individus amb TLP (n=70) que fan TDC durant un any. Els resultats de l'anàlisi indiquen per una banda que els participants que menys van practicar les habilitats tenien més

probabilitat d'abandonar, i per altra banda que l'elevada pràctica i l'elevada autoeficàcia estaven relacionades (independentment) amb una disminució de les autolesions, suggerint que la pràctica d'habilitats és més predictor d'una millora simptomatològica que altres factors comuns a altres teràpies com l'aliança terapèutica o la credibilitat del tractament.

Inclusió de tècniques addicionals en el model de TDC

En un estudi aleatoritzat de Feliu-Soler et al. (2016), s'avalua en una mostra petita de pacients amb diagnòstic de TLP (N=32) i que participen en l'entrenament d'habilitats de la TDC l'eficàcia d'incorporar 3 sessions dedicades a desenvolupar autocompassió, després d'haver completat el mòdul de mindfulness. Els resultats senyalen que la inclusió d'un entrenament en autocompassió augmenta el grau d'acceptació en comparació amb únicament entrenar mindfulness.

Generalització de poblacions

Fins fa poc la majoria d'investigacions que s'havien realitzat de TDC eren amb pacients amb un trastorn concret o amb pacients que reunien uns criteris d'inclusió específics. Aquest darrer any s'han realitzat estudis més ecològics amb l'objectiu d'adaptar la TDC a poblacions més heterogènies.

Adolescents no suïcides: Cook i Gorriaz (2016) fan un metanàlisis per a avaluar l'efectivitat de la TDC en adolescents que realitzen autolesions sense intencionalitat suïcida, i en adolescents amb simptomatologia depressiva. En la revisió troba 12 estudis que avaluen depressió i 6 que avaluen autolesions no suïcides trobant un efecte significatiu gran per a les autolesions ($g = 0.81$, 95% CI = 0.59–1.03); i petit per la depressió ($g = 0.36$, 95% CI = 0.30–0.42).

Individus amb poca vinculació: La recerca suggereix que la majoria d'individus que es suïciden no han estat en contacte amb els serveis de salut mental durant l'any previ a la seva mort. Per a ajudar a aquest tipus de població l'equip de la Linehan ha dissenyat una intervenció breu (d'una sessió) en la qual s'ensenyen les habilitats de la TDC a individus que no estan vinculats a cap sistema de salut mental. Aquest 2016 Ward-Ciesielski, Jones, Wielgus, Wilks y Linehan han publicat un article on expliquen l' estudi que estan duent a terme: l'estudi consisteix en un assaig aleatoritzat on comparen una sessió breu de TDC amb una sessió breu de relaxació. Les variables resultats primàries són: ideació suïcida, desregulació emocional i la utilització d'habilitats; i les variables secundàries són: depressió, ansietat, autoeficàcia i utilització del tractament. L'estudi va començar al 2012, la fase de camp ja ha acabat, durant el 2016 s'han estat analitzant les dades i s'espera que properament es difondran els resultats.

Diversitat racial en Trastorn per Afartaments (TA): S'han realitzat diversos assajos mostrant l'efectivitat de la TDC per al TA, tanmateix la majoria de mostres han estat dones adultes de raça blanca. Per a suplir aquest forat Mazzeo et al. (2016) fan un estudi aleatoritzat de 45 noies joves (de 13 a 17 anys) de diverses races a un programa basat en TDC (Linking Individuals Being Emotionally Real, LIBER8) o a un programa de maneig del pes; obtenint en ambdós grups una reducció de distorsions cognitives, de restricció dietètica i de menjar com a resposta a l'afecte negatiu. Així doncs el KIBER8 ha provat ser viable i satisfactori per a noies adolescents de diversitat racial amb TA.

Elevat nivell educatiu: Un altre estudi publicat és el de Uliaszek, Rashid, Williams i Gulamani (2016) el qual aleatoritza a 54 estudiants universitàries que busquen ajuda psicològica a TDC o a un Tractament basat en Psicologia Positiva (TBPP). Tot i no trobar diferències significatives en les variables avaluades (depressió, ansietat, desregulació

emocional i benestar) observa que en el grup de TDC la mida de l'efecte és gran (i en el grup de TBPP és petit).

Mares amb poques habilitats de regulació emocional: Martin, Roos, Zalewski, Cummins (2016) proposen fer una adaptació de la TDC per a millorar l'estil parental en mares amb poques habilitats de regulació emocional. Tot i que de moment només s'ha impartit en una mostra de 4 mares, els resultats són prometedors.

Familiars d'individus amb trastorn emocional: Ja és sabut per una banda que els familiars d'individus amb problemes poden estar afectats a nivell psicològic, i per altra banda que els familiars poden ser una important font de recursos tant logístics com emocionals per a la millora dels individus amb problemes. El 2016 l'equip de la Linehan (Wilks et al., 2016) va publicar els primers resultats sobre la viabilitat d'un entrenament en TDC de 6 mesos per a familiars de persones amb trastorns emocionals. Els primers resultats suggereixen que l'entrenament en habilitats de la DBT pot ser efectiu per a millorar un gran ventall de dominis clínics com desregulació emocional, estrès percebut, estrès del cuidador, problemes interpersonals i actitud familiar.

Adherència del terapeuta a la TDC

Hi ha un acord universal que la pràctica basada en evidencia requereix supervisió, tan per a mantenir la fidelitat com assegurar que s'imparteix amb qualitat. S'ha observat que amb el temps tant la qualitat com l'adherència al model terapèutic poden declinar, per això és necessària una supervisió continuada. El problema està en que els mètodes de supervisió (supervisió demorada, sessions filmades, etc.) requereixen molts recursos i molt temps tant pels terapeutes com pels supervisors. Un original mètode de supervisió que ja s'havia mostrat eficaç és el mètode BITE (Bug in the eye) (Klitzke y Lombardo, 1991) el qual està basat en la supervisió directa i amb el feedback. El mètode BITE requereix d'un supervisor

que observi les sessions a través d'una càmera i que doni feedback i consells a temps real a través d'una pantalla que hi ha darrera la cadira del pacient. D'aquesta manera el terapeuta (alumne) pot llegir els comentaris i incorporar el feedback rebut in situ.

Carmel, Villatte, Rosenthal, Chalker i Comtois (2016) proposen que com que TDC és un tractament basat en evidència pot beneficiar-se d'aquesta supervisió, i publiquen un estudi de supervisió de 8 psiquiatres en formació de TDC. Les terapeutes es van aleatoritzar a supervisió usual o a supervisió amb el mètode BITE. Al final de la supervisió van observar que ambdós tipus de supervisions van ser acceptades tant pel terapeuta com pels pacients, ja que contràriament a l'esperat no van trobar el sistema BITE ni invasiu ni estressant. A part els terapeutes que van utilitzar el mètode BITE van puntuar més alt en la tasca de "formulació de cas en DBT" suggerint una millor adhesió al model de DBT.

Utilitzant també el mètode BITE Rizvi, Geisser i Finnegan (2016) publiquen un estudi de cas en el qual es tracta a una pacient dona amb diagnòstic de TLP mitjançant 25 sessions de TDC (individual). El sistema BITE es va implementar de les sessions 12 a la 17 i l'adherència es va avaluar a totes les sessions. Els resultats indiquen que l'adherència a TDC va incrementar amb la implementació del BITE. Coincidint amb l'estudi de Carmel et al. (2016) tant el terapeuta com la pacient van trobar la supervisió BITE acceptable i poc intrusiva, i el terapeuta a més va dir que li va ajudar a augmentar la confiança a fer DBT.

Avaluació de la pràctica d'habilitats

Nova validació de la Ways of Coping Checklist (DBT-WCCL): Al 2010 Neacsiu, Rizvi, Vitaliano, Lynch i Linehan van crear i validar una eina anomenada Dialectical Behavior Therapy Ways of Coping Checklist (DBT-WCCL) per a examinar la pràctica d'habilitats de la TDC. Fins fa poc la DBT-WCCL només havia estat validada amb individus amb TLP. Durant el 2016 Stein, Hearon, Beard, Hsu i Björgvinsson realitzen i publiquen una avaluació

psicomètrica de l'escala amb pacients amb altres diagnòstics (T. Depressiu, T. Fòbics, T. Obsessius –Compulsius, etc.), obtenint propietats psicomètriques semblants a la mostra original de TLP, mostrant bona validesa de constructe, validesa convergent i discriminant.

Abandonament

I per últim comentarem un estudi sobre l'abandonament ja que reduir-lo ha estat sempre un repte, sobretot tenint en compte les elevades taxes d'abandonament en individus amb TLP (alguns estudis suggereixen que pot arribar a ser del 58%).

Landes, Chalker, i Comtois (2016) es plantegen esbrinar quins factors poden predir l'abandonament, i examinen els següents factors: edat, educació, nivell de malestar, nivell de no acceptació, i mòdul de la TDC en el qual comencen. En el seu estudi tenen un abandonament del 51,8%, i els resultats de la regressió mostren que edat menor, alts nivells de malestar i alts nivells de no acceptació estan significativament associats amb l'abandonament, en canvi el mòdul de TDC pel qual comencen no.

Així doncs, com hem dit al principi cada cop tenim més evidència sobre l'efectivitat de la TDC en diferents tipus de poblacions, i no només això, sinó que les eines destinades a millorar tan la teràpia com altres aspectes relatius a l'abandonament o a l'adherència dels terapeutes no para de créixer, i esperem properament tenir encara més resultats prometedors.

Referències bibliogràfiques

Barnicot, K., Gonzalez, R., McCabe, R., & Priebe, S. (2016). Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *52*, 147-156.

Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., ... & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, *82*(4), 221-233.

Carmel, A., Villatte, J. L., Rosenthal, M. Z., Chalker, S., & Comtois, K. A. (2016). Applying technological approaches to clinical supervision in dialectical behavior therapy: A randomized feasibility trial of the bug-in-the-eye (BITE) model. *Cognitive and Behavioral Practice*, *23*(2), 221-229.

Cook, N. E., Gorriaz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self –injury and depression among adolescents: preliminary meta –analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health, 21* (2), 81-89.

Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Elices, M., Martín-Blanco, A., Carmona, C., Cebolla, A., ... & Soler, J. (2016). Fostering Self-Compassion and Loving-Kindness in Patients With Borderline Personality Disorder: A Randomized Pilot Study. *Clinical psychology & psychotherapy.*

Kleindienst, N., Priebe, K., Görg, N., Dyer, A., Steil, R., Lyssenko, L., ... & Bohus, M. (2016). State dissociation moderates response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, *7*.

Klitzke, M. J., & Lombardo, T. W. (1991). A" Bug-in-the-Eye" Can Be Better Than a" Bug-in-the-Ear" A Teleprompter Technique for On-Line Therapy Skills Training. *Behavior Modification*, *15*(1), 113-117.

Landes, S. J., Chalker, S. A., & Comtois, K. A. (2016). Predicting dropout in outpatient dialectical behavior therapy with patients with borderline personality disorder receiving psychiatric disability. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *3*(1), 9.

Lenz, A. S., Del Conte, G., Hollenbaugh, K. M., & Callendar, K. (2016). Emotional Regulation and Interpersonal Effectiveness as Mechanisms of Change for Treatment Outcomes Within a DBT Program for Adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, *7*(2), 73-85.

Martin, C. G., Roos, L. E., Zalewski, M., & Cummins, N. (2016). A Dialectical Behavior Therapy Skills Group Case Study on Mothers With Severe Emotion Dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice*.

Mazzeo, S. E., Lydecker, J., Harney, M., Palmberg, A. A., Kelly, N. R., Gow, R. W., ... & Latzer, Y. (2016). Development and preliminary effectiveness of an innovative treatment for binge eating in racially diverse adolescent girls. *Eating behaviors*, *22*, 199-205.

Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., Vitaliano, P. P., Lynch, T. R., & Linehan, M. M. (2010). The dialectical behavior therapy ways of coping checklist: development and psychometric properties. *Journal of clinical psychology*, *66*(6), 563-582.

Rizvi, S. L., Yu, J., Geisser, S., & Finnegan, D. (2016). The Use of "Bug-in-the-Eye" Live Supervision for Training in Dialectical Behavior Therapy: A Case Study. *Clinical Case Studies*, *15*(3), 243-258.

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.

Uliaszek, A. A., Rashid, T., Williams, G. E., & Gulamani, T. (2016). Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, *77*, 78-85.

Ward-Ciesielski, E. F., Jones, C. B., Wielgus, M. D., Wilks, C. R., & Linehan, M. M. (2016). Single-session dialectical behavior therapy skills training versus relaxation training for non-treatment-engaged suicidal adults: a randomized controlled trial. *BMC psychology*, *4*(1), 13.

Wilks, C. R., Valenstein-Mah, H., Tran, H., King, A. M., Lungu, A., & Linehan, M. M. (2016). Dialectical Behavior Therapy Skills for Families of Individuals With Behavioral Disorders: Initial Feasibility and Outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice*.