

# TRASTORN OBSESSIVOCOMPULSIU

*Miriam Morales, Llanos Artigao i Maribel Ahuir*

*Hospital Universitari Mútua de Terrassa*

## Funcionament

Respecte al funcionament del trastorn obsessiu-compulsiu, Anholt i Kalanthroff (2013) plantegen una explicació alternativa a les clàssiques cognitivoconductuals. Proposen que les conductes de comprovació s'expliquen per un dèficit en les funcions executives, en concret, en la resposta d'inhibició. Els pacients amb TOC es regeixen per hàbits (establint associacions i estímul-resposta inflexibles). Fins i tot proposen reanomenar el trastorn com a "compulsiu-obsessiu", tenint en compte que, segons aquesta teoria, les obsessions o símptomes d'ansietat serien una conseqüència, més que un precursor de les compulsions.

En la mateixa línia, Clair et al. (2013) volen provar quina influència té l'ansietat generada per l'obsessió i la capacitat mnèsica en les comprovacions compulsives del TOC. Obtenen que el nivell d'ansietat associat a l'estímul disparador de l'obsessió no influencia el nombre de comprovacions realitzades. Així, entenen les comprovacions no tant com una estratègia d'afrontament, sinó com un comportament automatitzat.

Destaquem també l'estudi valencià de García-Soriano i Belloch (2013) que analitza les diferències en les variables distrès, interferència, interpretacions i estratègies de neutralització (en pacients amb TOC i població normal) en funció de les diferents dimensions simptomàtiques. Els resultats suggereixen que obsessions de diferents continguts temàtics generen similar interferència i malestar emocional. No obstant això, el contingut de les obsessions influeix en la varietat d'interpretacions disfuncionals emprades i en la freqüència d'ús d'estratègies de control. En concret, obtenen que les obsessions de tipus supersticiós són interpretades més disfuncionalment, mentre que les de contaminació són avaluades de forma menys disfuncional en comparació a d'altres subtipus.

## Comorbiditat

Aquest any destaquem un estudi que intenta definir les característiques clíniques del TOC pur. A l'estudi brasiler de Torres et al. (2013b), d'un total de 955 pacients amb TOC, només 74 (7,7%) presentaven un TOC pur; aquest grup minoritari es caracteritza per presentar-se més en dones, amb una menor gravetat de símptomes ansiosos i depressius, menys antecedents d'ideació suïcida i menor ús de psicoteràpia. Molts pacients amb TOC eviten o retarden consultar amb un professional per por, vergonya o desconeixement del trastorn, i així, molts individus busquen assistència només quan presenten altres símptomes associats. D'aquesta forma, és més probable que consulti el pacient amb TOC i comorbiditat associada que aquell amb un trastorn pur.

Un altre estudi brasiler de la mateixa autora, Torres et al. (2013a), investiga la prevalença de trastorn de pànic amb agorafòbia en una mostra de 1000 pacients amb TOC així com les seves implicacions en el tractament. El 20.2% de la mostra havia presentat algun episodi de trastorn de pànic amb agorafòbia al llarg de la seva vida. Aquest subgrup eren subjectes de major edat, de predomini femení, casades i amb fills. Tenien puntuacions més elevades en les dimensions agressives i sexual-religioses, així com en depressió i ansietat general. Conclouen que seria necessària l'aplicació de tractaments més individualitzats.

Respecte la comorbiditat amb trastorns del comportament alimentari, Simpson et al. (2013) proposen un programa de tractament multimodal en 56 pacients diagnosticats de TOC i TCA. Aquest programa de tractament inclou estratègies d'exposició i prevenció de resposta per ambdues patologies. També inclou un pla de dietes supervisades, tractaments psicofarmacològics i suport social. Aquests pacients van ser avaluats durant 5 anys i van obtenir millores significatives en la gravetat del TOC, del TCA, així com en les mesures de depressió.

Pel que fa a la comorbiditat amb trastorns de personalitat, Dèttore, Pozza i Coradeschi (2013) apliquen una teràpia intensiva en 49 pacients ingressats per tal de poder millorar les resistències al tractament quan es dona el doble diagnòstic de TOC i trastorn de personalitat. El tractament va consistir en 5 setmanes de sessions diàries (4h, dues al matí i dues a la tarda) d'exposició i

prevenció de resposta. Els resultats indiquen una millora significativa respecte a la obtinguda en tractament ambulatori en format setmanal.

## **Avaluació**

Pel que fa a l'ús i interpretació de les escales d'avaluació específiques pel TOC, Farris, McLean, Van Meter, Simpson i Foa (2013) desenvolupen un punt de tall a l'Y-BOCS per definir el benestar després del tractament. Per això estudien les relacions entre les puntuacions de les escales Clinical Global Impression (CGI), Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire, Social adjustment scale-self-report i la Y-BOCS. Conclouen que mentre una puntuació post-tractament a la Y-BOCS menor o igual a 14 seria la millor predictora de remissió, una puntuació igual o menor a 12 seria la millor predictora de benestar, que inclouria remissió de símptomes, bona qualitat de vida i un bon funcionament adaptatiu.

## **Tractament**

Williams, Mugno, Franklin i Faber (2013) fan una revisió molt interessant on contempen per una part la fenomenologia i per altra el tractament del TOC amb Exposició amb Prevenció de Resposta (EPR) en base a la seva dimensió simptomàtica. Expliquen que la dimensió neteja/ordre ha estat la més estudiada en la literatura i que aquesta presenta bona resposta a la EPR, malgrat que la preocupació per la contaminació pot ser més resistent quan existeix l'emoció de fàstic. En canvi, assenyalen que la dimensió de simetria i ordre ha estat poc estudiada de manera específica, alhora que refereixen que aquest quadre s'acompanya de major simptomatologia dissociativa, de trauma i de pensaments suïcides. Suggereixen que el tractament de la dimensió de pensaments inacceptables seria el més llarg i que hi jugaria un paper clau l'exposició en imaginació i l'entrenament en estratègies de prevenció de rituals mentals. Finalment, assenyalen la importància i necessitat d'aplicar les troballes específiques de tractament i la manca actual de manuals aplicats amb exemples concrets i detallats.

Ponniah, Magiati i Hollon (2013) fan una revisió sobre l'efectivitat dels tractaments psicològics on consideren diverses orientacions. Així doncs inclouen 45 estudis del Pubmed i PsycInfo. Troben que la TCC i la Teràpia Cognitiva (TC) són efectives i específiques pel TOC, mentre que teràpies que no inclouen l'exposició i els experiments conductuals com la teràpia d'acceptació i compromís, l'entrevista motivacional com adjuvant, la saciació i l'EMDR les consideren com a probablement eficaces. Troben poc suport empíric per al maneig d'estrès i per a la teràpia psicodinàmica. Finalment, suggereixen que seria interessant saber quina teràpia pot ser més efectiva en funció de la manifestació simptomàtica del TOC.

Volem incloure aquest any en tractament el paper dels familiars per emfatitzar la influència dels aspectes relacionals sobre l'evolució del trastorn. Per una banda, l'article de Boeding et al. (2013) tracta la funció de les parelles dels pacients en diferents aspectes del trastorn, de manera que avaluen a 20 parelles respecte a la seva acomodació als símptomes, abans i després d'un tractament cognitivoconductual de 16 sessions. Els autors conclouen que l'acomodació als símptomes per part de la parella representa una dinàmica amb efectes significatius en la relació, de manera que s'associa amb major gravetat de símptomes, amb l'empitjorament de la relació i amb pitjors resultats de la intervenció psicològica.

Per la seva part, Abramowitz et al. (2013), conscients de que la relació i la forma d'interacció amb la parella pot millorar el pronòstic dels pacients amb TOC, avaluen l'efectivitat d'una intervenció cognitivoconductual pilot de parella amb 21 parelles durant 16 sessions. Al finalitzar el tractament obtenen milloria en símptomes TOC, en la relació de parella i en depressió, mantenint-se la milloria en disminució de símptomes a l'any.

## **Neurobiologia**

Enguany, investigadors del nostre estat, han publicat diversos articles sobre aspectes genètics i neurobiològics del TOC.

Entre ells destaca un estudi liderat per Alonso et al. (2013a) que intenta relacionar les creences disfuncionals del TOC (sobreimportància/necessitat de

control de pensaments, perfeccionisme, intolerància a la incertesa, hiperresponsabilitat i sobreestimació del dany) amb l'herència genètica. Els resultats indiquen que la interacció entre els gens *Compt* i *Bdnf* tenen una relació significativa amb la hiperresponsabilitat/sobreestimació del dany i amb la sobreimptància/necessitat de control de pensaments. Aquesta interacció entre funció dopaminèrgica i neurotròfica dels gens podria estar influenciant les creences disfuncionals.

Seguint amb el tema de les creences disfuncionals, també Alonso et al. (2013b) estudien com aquestes tenen una possible relació amb el volum del lòbul temporal anterior. Mitjançant una ressonància magnètica, la Y-BOCS i l'Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44) realitzada en un total de 80 pacients (30 individus sans i 50 subjectes amb TOC), observen com el volum del lòbul temporal anterior dels subjectes amb TOC és menor que en pacients diagnosticats de TOC. A més, aquesta diferència de volum correlaciona amb major disfuncionalitat de les creences en els pacients de TOC vs individus sans.

Hi ha dos estudis més de neuroimatge, un francès, liderat per Morgiève et al. (2013) que estudia els canvis hemodinàmics cerebrals en pacients diagnosticats de TOC i que reben una TCC. Sembla que aquesta produeix canvis hemodinàmics en el còrtex orbitofrontal i en el còrtex cingular anterior durant les sessions d'exposició i especialment en les sessions inicials.

L'altre és un estudi multicèntric (Olatunji et al., 2013) que estudia la relació entre els correlats neuronals i la millora que obtenen 11 pacients hospitalitzats i sotmesos a TCC (24 sessions individuals). El grup de pacients amb TOC eren del subtipus contaminació. Van trobar una correlació positiva entre activació en zones cerebrals (com temporal anterior i amígdala) i resposta durant el tractament. Al final del tractament també es va donar una disminució significativa en les puntuacions de la Y-BOCS.

## Referències

- Abramowitz, J.S., Baucom, D.H., Boeding, S., Wheaton, M.G., Pukay-Martin, N.D., Fabricant, L.E., Paprocki, C., & Fischer, M.S. (2013). Treating obsessive-compulsive disorder in intimate relationships: a pilot study of couple-based cognitive-behavior therapy. *Behav Ther*, 44(3), 395-407.
- Alonso, P., López-Solà, C., Gratacós, M., Fullana, M.A., Segalàs, C., Real, E., Cardoner, N., Soriano-Mas, C., Harrison, B.J., Estivill, X., & Menchón, J.M. (2013a). The interaction between Comt and Bdnf variants influences obsessive-compulsive-related dysfunctional beliefs. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 321-327.
- Alonso, P., Orbegozo, A., Pujol, J., López-Solà, C., Fullana, M.A., Segalàs, C., Real, E., Subirà, M., Martínez-Zalacaín, I., Menchón, J.M., Harrison, B.J., Cardoner, N., & Soriano-Mas, C. (2013b). Neural correlates of obsessive-compulsive related dysfunctional beliefs. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 47, 25-32.
- Anholt, G.E. & Kalanthroff, E. (2013). Letter to the Editor: Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: a review. *Current Psychiatry Reports*, 15(12), 416.
- Boeding, S.E., Paprocki, C.M., Baucom, D.H., Abramowitz, J.S., Wheaton, M.G., Fabricant, L.E., & Fischer, M.S. (2013). Let me check that for you: symptom accommodation in romantic partners of adults with Obsessive-Compulsive Disorder. *Behav Res Ther*, 51(6), 316-322.
- Clair, A.H., N'diaye, K., Baroukh, T., Pochon, J.B., Morgiève, M., Hantouche, E., Falissard, B., Pelissolo, A., & Mallet, L. (2013). Excessive checking for non-anxiogenic stimuli in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 28(8), 507-513.
- Dèttore, D., Pozza, A., & Coradeschi, D. (2013). Does time-intensive ERP attenuate the negative impact of comorbid personality disorders on the outcome of treatment-resistant OCD? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 411-417.

- Farris, S.G., McLean, C.P., Van Meter, P.E., Simpson, H.B., & Foa, E.B. (2013). Treatment response, symptom remission, and wellness in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 74(7), 685-690.
- García-Sorianom G. & Bellochm A. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: differences in distress, interference, appraisals and neutralizing strategies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(4), 441-448.
- Morgiève, M., N´Diaye, K., Haynes, W.I.A., Granger, B., Clair, A, Pelissolo, A., & Mallet, L. (2013). Dynamics of psychotherapy-related cerebral haemodynamic changes in obsessive compulsive disorder using a personalized exposure task in functional magnetic resonance imaging. *Psychological Medicine*. [epub ahead of print]
- Ponniah, K., Magiati, I., & Hollon, S.D. (2013). An update on the efficacy of psychological therapies in the treatment of obsessive-compulsive disorder in adults. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 2(2), 207-218.
- Torres, A., Ferrao, Y., Shavitt, R.G., Diniz, J.B., Costa, D., Conceiçao de Rosario, M., Miguel, E., & Fontenelle, L. (2013a). Panic Disorder and Agoraphobia in OCD patients: Clinical profile and possible treatment implications. *Comprehensive Psychiatry*. [epub ahead of print]
- Torres, A.R., Shavitt, R.G., Torresan, R.C., Ferrão, Y.A., Miguel, E.C., & Fontenelle, L.F. (2013b). Clinical features of pure obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 1042-1052.
- Simpson, H.B., Wetterneck, C.T., Cahill, S.P., Steinglass, J.E., Franklin, M.E., Leonard, R.C., Weltzin, T.E., & Riemann, B.C. (2013). Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder Complicated by Comorbid Eating Disorders. *Cogn Behav Ther*, 42(1), 64-76.
- Williams, M.T., Mugno, B., Franklin, M., & Faber, S. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology*, 46(6), 365-376.