

DEPRESSIÓ CRÒNICA

Joana Guarch i Domènech

Servei de Psiquiatria i Psicologia Clínica. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic Universitari de Barcelona

Pervivència de les “conjectures”, malgrat les evidències

Els tractaments psicològics per al Trastorn Distímic i la Depressió Crònica basats en el models de la Teràpia Cognitivoconductual (TCC) i de la Teràpia Interpersonal (IPT) compleixen els diferents criteris metodològics i estadístics per a ser considerats tractaments d'eficàcia i eficiència ben establerta. Tot i així, perduren les conjectures al voltant de la validesa de la seva superioritat i encara no s'ha superat l'efecte de l'anomenat “veredicta de l'ocell Dodo”: tots els tractaments funcionen! Què hi contribueix? Podria ser l'ambigüïtat “taxonòmica”, derivada de dos consideracions:

- 1.- la complexitat i heterogeneïtat del constructe Depressió Major
- 2.- la definició imprecisa del concepte “psicoteràpia” en sentit ampli, però també en una mateixa categoria de tractaments o models, com la TCC. Sovint en estudis de metanàlisi i RCT s'inclouen i es comparen en una mateixa “classe terapèutica” tècniques específiques de tractament i programes més complexos que incorporen una seqüència de procediments, comparant-se “les parts amb el tot”.

Segurament el fet que la TCC es defineixi com “una família d'intervencions amb una aproximació científica cap als trastorns psicològics, que incorpora una àmplia varietat de tècniques i de procediments” (Hofmann, Asmundson, & Beck, 2013) contribueix a aquesta ambigüïtat. I segurament també hi influeix que malgrat l'eficàcia i efectivitat un nombre considerable de pacients no responen al tractament.

Cada vegada més els estudis han de tenir en compte i corregir aquesta ambigüïtat dels conceptes, si no la validesa de les conclusions queda compromesa i pesen més les limitacions dels treballs que els resultats; així,

progressivament els estudis d'eficàcia han d'incorporar a l'anàlisi el tractament de variables que es demostren rellevants en el trastorn, i alhora l'efecte del tractament sobre aquestes variables (tant des del punt de vista sociodemogràfic, com psicopatològic, com clínic, com "mecanisme d'administració" i "dosi" del tractament psicològic i de resposta al tractament) per tal que les seves conclusions comportin significació clínica i permetin generalitzar els resultats.

La primera part de l'article de Baardseth et al. (2013), pàgines 395 a 399, planteja algunes d'aquestes consideracions i les discuteix, a partir de la revisió i re-anàlisi de dades d'una metanàlisi prèvia de Tolin et al. (2010). No subscriuim les seves conclusions en aquest primer apartat, posant en dubte la major eficàcia de la TCC respecte altres tipus de tractaments; els "verdictes" i les conclusions de vegades abusen de la interpretació parcial de les dades: no estem d'acord en utilitzar l'argument de mida de l'efecte i del nivell de significació de manera diferent segons la hipòtesi que preferim defensar. Però trobem interessants i recomanables de llegir les seves reflexions crítiques i creiem que les consideracions que s'hi fan representen un bon exemple de la necessitat de superar el debat sobre eficàcia i eficiència i centrar-nos ja en l'especificitat o efectivitat, amb l'objectiu de millorar la qualitat dels nostres tractaments.

L'especificitat de l'eficàcia dels tractaments psicològics per a la Depressió Crònica i el Trastorn Distímic s'aborda des de diferents perspectives:

a.- especificitat de les intervencions o dels tractaments aplicats a la cronicitat de la depressió:

Lamentablement, des de la meva consideració, en aquest apartat no hi ha informació gaire aclaridora per a superar l'ambigüitat. Malgrat que s'estudien algunes modalitats terapèutiques "ben curioses" i altres que encara estan pendents de confirmació, es poden extreure algunes consideracions d'interès en la pràctica clínica:

- Röhrich, Padopoulos i Priebe (2013) en un assaig clínic exploratori comparen la "body psychotherapy" amb la llista d'espera, i donat que obtenen resultats favorables en la reducció de símptomes ho proposen com un prometedor tractament per a la depressió crònica. La "body psychotherapy" és una combinació de diverses tècniques que, entre altres, van des de l'exercici físic per

a facilitar el “despertar sensorial” i incrementar el nivell d’activitat, passant per tècniques de comunicació no verbal per a mobilitzar els impulsos agressius i negatius i millorar l’autoregulació afectiva, i incorporant tècniques d’interpretació escènica per aplicar-les a experiències biogràfiques personals, identificar tendències autodestructives i ajudar els pacients a buscar respostes més constructives als seus problemes.

- Carter, McIntosh, Jordan i Porter (2013) publiquen un RCT comparant la Teràpia dels Esquemes de Young amb la TCC “clàssica” de Beck, i en base a dades de resposta, remissió i recuperació, no troben que la Depressió Crònica tingui cap impacte en els resultats al final del tractament, que altrament no difereixen entre ambdues modalitats.

- Kramer, Belz i Caspar (2013) revisant les dades d’eficàcia de la CBASP, amb una descripció molt precisa tant dels fonaments teòrics d’aquesta modalitat terapèutica com de la seva aplicació, consideren imprescindibles unes condicions específiques per a la seva aplicació a la Depressió Crònica: intervencions més llargues per sessió i per tractament, de mínim 20 sessions al llarg de mínim 6 mesos, i insisteixen en fer atenció als casos en què la cronicitat s’associa a experiències infantils traumàtiques.

- Omid, Mohammadkhani, Mohammadi i Zargar (2013), a l’Iran, en un estudi aleatoritzat, comparen la TCC amb la Mindfulness basada en la TCC (MBCT). La diferència entre ambdós “tractaments” és que l’experimental incorpora una tècnica que no és habitual en la TCC clàssica, i per la resta no difereixen. La crítica al treball és doble: tot i que justifica l’elecció de la combinació de la TCC amb una tècnica com la Mindfulness per validar el seu efecte específic sobre un dels elements més descriptius i característics del Trastorn Depressiu Crònic, segons els autors -les ruminacions o pensaments passius i repetitius-, finalment en els resultats no aporten dades sobre aquesta especificitat; i altrament, expliciten que la MBCT que s’aplica és un procediment manualitzat dissenyat per a pacients amb Trastorn Depressiu en remissió, però ells l’apliquen a pacients amb clínica activa.

b.- especificitat de les variables d’evolució i de resposta clínica: factors de risc i factors pronòstic relacionats amb la cronicitat

- En un treball prospectiu, Agosti (2013) estudia variables predictives de remissió en la depressió crònica, i identifica un llistat de condicions biogràfiques

i psicopatològiques que correlacionen amb la disminució de la probabilitat de remissió. Les més significatives són 3: història d'abús físic, comorbiditat amb trastorns d'ansietat –TAG i tr. de pànic-, i amb trastorn de personalitat del Cluster B. Una altra dada significativa derivada del seu treball prospectiu és que els pacients amb Depressió Crònica que han remès símptomes, en comparació a població general no clínica, segueixen presentant disfuncions a nivell físic (dolor i letargia) i menors nivells subjectius de salut i de benestar psicològic. Suggereix que tot i la remissió aplicant els criteris diagnòstics i les puntuacions en escales clíniques, els pacients mantenen considerable “disfòria residual” i que caldria que els tractaments prestessin atenció a aquesta especificitat.

- Dades semblants, derivades de l'estudi epidemiològic NESARC i analitzades de manera prospectiva en busca de factors predictius, són publicades per un equip de recercadors de Mallorca, entre altres adscripcions. Garcia-Toro et al. (2013) investiguen, en les dades obtingudes a l'avaluació inicial, la presència de característiques sociodemogràfiques i clíniques diferents en subjectes de la població general que compleixen criteris diagnòstics de Trastorn Depressiu Major de més de dos anys de duració i que als 3 anys de seguiment persisteixen amb la clínica (11,52%) en comparació als que han remès els símptomes. Troben que el risc de persistència de la cronicitat s'incrementa quan coincideixen algunes de les següents condicions:

- història d'abús sexual a la infància (a la discussió interpreten com aquesta variable esdevé factor de risc: consideren que els estressors en època de desenvolupament influencien la resposta futura a l'estrès perquè provoquen major reactivitat i disregulació fisiològica, la qual incrementa el risc per a diferents trastorns crònics i pot comportar resistència al tractament)

- història de psicopatologia familiar (problemes de conducta i problemes relacionats amb el consum d'alcohol), que repercuteix en dificultar el desenvolupament normal del mecanismes de coping, comportant major vulnerabilitat

- comorbiditat psiquiàtrica amb Tr. Distímic i Trastorns d'Ansietat (significativament, TAG)

- major severitat de la clínica (en base a la significació estadística en les següents variables: edat d'inici més jove, un curs amb major nombre d'episodis i major duració dels mateixos, major temps transcorregut fins a l'inici del primer tractament i alhora més buscadors de tractaments, en particular farmacològic, més assistències a serveis d'urgències i més ingressos psiquiàtrics)

- i pitjor qualitat de vida en base a puntuacions en una escala de Salut (SF-12).

c.- especificitat de les característiques clíniques. La nova classificació DSM-5.

Ni aquest és el context per a la revisió crítica dels nous criteris de classificació diagnòstica i dels canvis que incorpora el DSM-5, ni els meus coneixements són suficients per a pretendre-ho. De moment tot són expectatives per saber de quina manera les classificacions dimensionals incrementen el poder predictiu i explicatiu respecte els diagnòstics categorials i en quina mesura contribueix a la fiabilitat diagnòstica, a l'acord entre el judici dels clínics en la pràctica assistencial diària, les 14 subcategories que es deriven de la combinació d'especificadors de curs i de severitat i d'altres especificadors "sense codi" pel que fa als Trastorns Depressius –que se separen en un capítol a part dels Trastorns Bipolars i altres relacionats-.

Farem referència a l'article de Uher, Payne, Pavlova i Perlis (2013) en què revisen les implicacions dels canvis respecte el DSM-IV per a la pràctica clínica i la recerca. Pel que ens ocupa, el DSM-5 crea una nova categoria, el Trastorn Depressiu Persistent (TDP) que combina característiques del Trastorn Distímic amb la Depressió Crònica; els criteris per a TDP són els que al DSM-IV definien el Trastorn Distímic: es requereix humor depressiu, el sentiment de desesperança es considera amb independència de l'estat d'ànim, i ni la pèrdua d'interès i plaer, ni la pèrdua de pes, ni el retard en la motricitat ni l'agitació, ni els sentiments de culpa o ideació suïcida figuren entre les criteris diagnòstics. Aquesta nova especificació simptomàtica no està exempta de dificultats: alguns pacients malgrat la persistència temporal del seu estat depressiu no compliran els símptomes criteri de TDP i es classificaran en la categoria de Trastorn Depressiu Major (TDM); altrament, també podria ser que disminueixi la prevalença de TDM perquè tots els casos crònics formaran part d'aquesta nova categoria; i finalment, la relació entre TDM i TDP és força ambígua: ni la TDP forma part dels criteris d'exclusió pel diagnòstic de TDM ni al revés, podent donar-se una concurrència diagnòstica contradictòria. Per altra banda la combinació del Trastorn Distímic i la Depressió Crònica en una única categoria sembla que pot tenir significació clínica des del punt de vista terapèutic. Esperem que aquesta especificitat contribueixi a millorar la qualitat dels

tractaments, que és el nexa que relaciona tots els estudis revisats per aquest capítol.

Article destacat

Per fer una “up-date” ràpida, precisa i crítica, dels canvis que incorpora el DSM-5 en la classificació dels trastorns depressius, la lectura de l'article referit de Uher, Payne, Pavlova i Perlis (2013) és un bon recurs.

Malgrat que no s'ajusta del tot al tema del capítol, destaquem l'article de Dobson (2013), que de manera sintètica i concisa, i escrit com a comentari a l'article ja mencionat de Hofmann, Asmundson i Beck (2013), fa una reflexió sobre el tema de la diversitat de les teràpies cognitivoconductuals, incideix en la importància de conèixer els mecanismes que operen el canvi clínic (mediadors i moduladors), i considera interessant, amb l'obligatorietat de dades d'evidència, les aportacions de l'anomenada “tercera onada” d'intervencions cognitivoconductuals. Acabaré traduint un dels seus suggeriments: “potser els nous models de TCC seran més acceptats i proporcionaran millors resultats als pacients que presenten problemes més crònics; de fet aquests pacients necessiten aprendre a viure amb alguns aspectes del seu trastorn o del seu problema, sense renunciar a aconseguir un funcionament òptim”

Referències

- Agosti, V. (2013). Predictors of remissions from chronic depression: A prospective study in a nationally representative sample. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 463-467). <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013>
- Baardseth, T.P., Goldberg, S.B., Pace, B.T., Wislocki, A.P., Frost, N.D., Siddiqui, J.R., Lindemann, A.M., Kivlighan III, D.M., Laska, K.M., Del Re, A.C., Minami, T, & Wampold, B.E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33, 395-405.
- Carter, J.D., McIntosh V.V., Jordan, J., & Porter, R.J. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*, 151, 500-505.

- Dobson, K.S. (2013). The Science of CBT: Toward a Metacognitive Model of Change? *Behavior Therapy*, 44, 224-227.
- Garcia-Toro, M., Rubio, J.M., Gili, M., Roca, M., Jun, C.J., Liu, S-M., Bastianoni C., & Blanco C. (2013). Persistence of chronic major depression: A national prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 151, 306-312.
- Hofmann, S.G., Asmundson G.J.G., & Beck, A.T. (2013). The Science of Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44, 199-212.
- Kramer, U., Belz, M., & Caspar, F. (2013). Psychotherapy of chronic depression: contributions of CBASP by McCullough. *Encephale*, 39(2), 137-142.
- Omid, A., Mohammadkhani, P., Mohammadi, A., & Zargar, F. (2013). Iranian Red Crescent Medical Journal, 15 (2), 142-146. doi: 10.5812/ircmj.. 8018.
- Röhrich, F., Papadopoulos, N., & Priebe, S. (2103). An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. *Journal of Affective Disorders*, 151, 85-91.
- Uher, R., Payne, J.L., Pavlova, B., & Perlis, R.H. (2013). Major Depressive Disorder in DSM-5: implications of clinical practice and research of changes form DSM-IV. *Depression and Anxiety*, 0, 1-13.