

# TERÀPIA COGNITIVOCONDUCTUAL EN LES FASES PRIMERENQUES DELS TRASTORNS PSICÒTICS

*Olga Puig (a) i Anna Sintes (b)*

*(a) Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil. CIBERSAM. SGR1119.*

*Hospital Clínic de Barcelona*

*(b) Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil Sant Joan de Déu*

Com ja és habitual en el capítol de la TCC en les fases primerenques dels trastorns psicòtics, dividim la revisió dels articles en dues grans àrees: els estudis en primers episodis psicòtics (PEPs) per un costat, i els estudis en estats mentals d'alt risc per a la psicosi (EMARs) o subjectes amb alt risc clínic per a la psicosi (CHR de l'anglès Clinical High Risk; o bé UHR de l'anglès Ultra High Risk).

## INTERVENCIÓ PRECOÇ EN ELS PRIMERS EPISODIS PSICÒTICS (PEPs)

Tractaments integrals en PEPs: l'evolució dels pacients a llarg termini

El grup noruec de Hegelstad et al. (2013) continuen presentant resultats de l'estudi TIPS. Enguany presenten una nova anàlisi en 174 pacients centrat en identificar els signes primerencs de l'evolució als 10 anys. La meitat dels pacients havien assolit una remissió simptomàtica als 10 anys segons els criteris de Andreason et al. (2005), independentment de la branca del tractament (recordem que es tracta d'un estudi comparatiu de diferents regions de Noruega, amb i sense programes integrals de tractament precoç pels PEPs). El nivell de simptomatologia positiva a l'inici del tractament, concretament la severitat de les al·lucinacions, i la durada de la psicosi durant el primer any d'intervenció predeien significativament la no-remissió dels símptomes als 10 anys en ambdós grups. Els autors conclouen que, a la llum d'aquests resultats, caldria intensificar els esforços terapèutics tant farmacològics com de tractament psicològic en el tractament precoç de les al·lucinacions.

Per un altre costat, l'estudi OPUS de tractament integral precoç en PEPs també ens aporta dades sobre l'evolució a 10 anys en 304 pacients (Austin et al., 2013).

Utilitzant els mateixos criteris de remissió simptomàtica que en l'estudi anterior, en aquest cas el percentatge de pacients clínicament asimptomàtics és d'un 39%. Tenint en compte només la recuperació funcional, un 20% havien assolit un funcionament adequat independent de l'evolució simptomàtica. El percentatge de recuperació complerta, tenint en compte tant la remissió simptomàtica com la recuperació funcional, era d'un 14% de la mostra. En aquest estudi, l'edat més jove en el moment del reclutament i un menor nivell de símptomes negatius, tant en el moment basal com al cap d'un any de tractament, predeien la recuperació complerta als 10 anys. En aquest cas, els autors emfatitzen la importància del tractament precoç de la simptomatologia negativa i de les teràpies vocacionals dirigides a la reinserció laboral dels pacients per millorar els percentatges de recuperació en els PEPs. En aquest sentit, discuteixen el paper de la TCC, de les teràpies de rehabilitació cognitiva i de la combinació d'aquests dos abordatges com a eines terapèutiques potencialment adequades, malgrat calen més estudis controlats.

## **El tractament cognitivoconductual de la simptomatologia positiva (TCCp) en les fases inicials de la psicosi**

Sanford, Woodward, Lecomte, Leclerc i Wykes (2013) resumeixen en una carta a l'editor els resultats d'una anàlisi específicament dirigida a comprovar si la TCCp durant les fases primerenques de la psicosi també és eficaç en la modificació dels biaixos cognitius associats als deliris. Els autors confirmen la relació entre els canvis en els deliris i els canvis en el jumping to conclusions en 13 pacients amb un PEP després de 6 mesos de rebre el tractament (TCCp grupal). No obstant, una premissa prèvia per a que la TCCp sigui eficaç és l'adherència al tractament i és ben sabut que això no és sempre així. En un petit estudi, Gaynor, Dooley, Lawlor i Lawoyin (2013) ens mostren que aquells pacients amb un PEP que presenten menor simptomatologia negativa inicial i que obtenen puntuacions més elevades en un qüestionari d'idoneïtat a la TCC són els que millor s'adhereixen al tractament. En un altre estudi pilot, Raune i Law (2013) analitzen la viabilitat i aplicabilitat en 166 pacients amb un PEP de la TCCp grupal administrada en un format de mòduls flexible. Els mòduls són variables en funció dels símptomes del pacient (modificadors de l'estat d'ànim, deliris, al·lucinacions auditives actuals, al·lucinacions auditives en el passat i símptomes negatius) a part d'un mòdul de psicoeducació obligat per tots ells. Els

autors conclouen que aquest format flexible és especialment adient pels pacients amb un PEP atesa l'heterogeneïtat de símptomes en els primers episodis.

## **Fase de manteniment de les millores en els PEPs: el paper de les noves tecnologies**

Des d'Austràlia Alvarez-Jiménez et al. (2013) adrecen el repte del manteniment de les millores a llarg terme en els joves amb un PEP. Els autors presenten l'HORYZONS, un nou tractament incorporant les noves tecnologies. Es tracta d'una intervenció psicosocial basada en internet, específicament dissenyada per facilitar el manteniment dels beneficis obtinguts amb els programes d'intervenció precoç un cop el pacient està donat d'alta. Inclou la facilitació d'una xarxa social amb iguals, intervencions psicosocials interactives a nivell individual, i una plataforma online en la que participen tant pacients com psicòlegs clínics i treballadors socials. La plataforma inclou diversos mòduls d'intervenció psicosocial: psicoeducació, signes d'alerta d'una possible recaiguda, depressió, ansietat social i maneig de l'estrès. Els resultats de l'estudi pilot, amb 20 pacients, indiquen que la plataforma va ser altament acceptada i atractiva pels pacients. Una majoria del joves la van utilitzar regularment i en un 60% dels casos van completar com a mínim 3 dels mòduls d'intervenció psicosocial en un mes. Quant a resultats clínics, van trobar una reducció de la simptomatologia depressiva al cap d'un mes. Malgrat es tracta d'un estudi pilot, amb una mostra petita, avaluadors no cecs i un disseny no experimental, sens dubte es tracta d'una finestra a la que pot ser una modalitat del tractament de manteniment en pacients joves.

## **INTERVENCIÓ EN ELS ESTATS MENTALS D'ALT RISC PER A LA PSICOSI (EMARs)**

Estudis sobre l'eficàcia de la TCC per a la prevenció de la transició a psicosi  
Els californians Fisher, Loewy, Hardy, Schlosser i Vinogradov (2013), han presentat una revisió dels estudis sobre l'eficàcia de la teràpia cognitiva (TC) dels darrers 10 anys i posen de manifest que, malgrat la presència de dades molt heterogènies, als estudis més recents s'evidencien taxes de conversió menors (10-15%) a les descrites en els anteriors (40-50%) i que la TC ha mostrat eficàcia

per a induir una més ràpida millora dels símptomes positius. Pel que fa a l'elevada heterogeneïtat de les dades, apunten cap a factors de reclutament de les mostres (que inclouen des de subjectes amb risc a subjectes que han tingut experiències psicòtiques puntuals / incidentals), factors relacionats amb la fase específica (dins del risc) en la que es troben els pacients, i el nivell d'expertesa dels terapeutes que col·laboren en els estudis.

Van Der Gaag et al. (2013) han publicat també un treball de revisió sobre els assajos sobre prevenció de transició a psicosi. Analitzaren 10 estudis de seguiment a 12 mesos i 5 amb seguiments de 24 a 48 mesos. Malgrat que entre els diversos estudis la intervenció primerenca fou força heterogènia, la reducció del risc de transició fou del 54% en els estudis a 12 mesos i de 37% en els estudis de 24 a 48 mesos. Respecte del paper de la TCC en la reducció del risc, els autors troben 5 estudis que la posen a prova, i els 3 últims tenen un poder estadístic elevat, malgrat que el nombre necessari de pacients a tractar per a mostrar eficàcia és superior al que no utilitzen la TCC. Entre les conclusions dels autors destaca la de la conveniència d'oferir medicació antipsicòtica com a segona indicació, després d'un fracàs total o parcial de la TCC.

## **Treballs sobre aspectes clínics i tècnics de la TCC en EMARs i CHR-UHR**

Des de Manchester, Palmier-Claus, Dunn, Taylor, Morrison i Lewis (2013) ha publicat sobre la importància de les metacognicions com a moderadores de les reaccions afectives i simptomàtiques a l'estrès en subjectes amb UHR. Els autors han estudiat els autoinformes metacognitius de 27 subjectes i han trobat que les metacognicions sensibilitzen els subjectes als estressors socials i que una freqüent i forta autoconsciència cognitiva, i cognicions relacionades amb la necessitat de controlar els seus pensaments precedeix l'aparició d'algunes lucinacions.

També des del Regne Unit Pyle et al. (2013) han publicat un treball en el que avaluen en una mostra de gairebé 300 pacients el paper de l'autoestigmatització ("internalized stigma") en el desenvolupament de símptomes depressius, d'ansietat social i de malestar associat a les experiències psicològiques inusuals.

Destaca també la completa revisió presentada per Tiffin i Welsh (2013) sobre els tractaments basats en l'evidència per als trastorns de l'espectre de l'esquizofrènia i els estat mentals d'alt risc en nens i adolescents. Els anglesos revisen tota la literatura sobre avaluació i maneig dels EMARs des del 1970 fins al 2012. L'evidència analitzada suggereix que la majoria de joves amb EMARs, malgrat l'alt risc de desenvolupar simptomatologia psiquiàtrica, no desenvolupen psicosis de l'espectre de l'esquizofrènia a mig termini.

A més, tot i que els resultats dels assaigs clínics han estat inconsistents, els enfocaments psicosocials, així com la TCC, han mostrat que poden reduir el risc de transició i reduir la gravetat d'alguns símptomes, com a mínim a curt termini. No s'han trobat efectes perjudicials de les mateixes i sembla que, malgrat l'existència de poques recomanacions formals sobre el maneig d'aquests casos (a excepció de la International Early Psychosis Association Writing Group, 2005; NICE, 2013; de la RANZCP Clinical Practice Guidelines Team, 2005), un enfocament graduat seria el més indicat. Segons aquest, en primer lloc s'indica oferir avaluació, psicoeducació i altres intervencions poc específiques, així com una monitorització de l'estat mental; en un segon estadi, amb la persistència o agreujament dels símptomes, s'indicaria una intervenció de tipus TCC més específica i altres intervencions psicosocials; i en un tercer estadi, davant la resistència dels símptomes o la transició a psicosi, s'indicaria la reavaluació del cas i la introducció de medicació antipsicòtica.

### **Treballs sobre els aspectes subjectius del concepte de risc (o alt risc) i les preferències de clínics i pacients vers els tractaments**

En aquesta línia hi ha un interessant estudi en el que els canadencs Brummitt i Addington (2013) avaluen els tipus de tractaments que els pacients amb alt risc de psicosi consideren que són útils i en els que estarien disposats a participar. Els autors troben, en una mostra de 21 homes i 9 dones, amb una mitjana d'edat de 19 anys, una clara preferència per la TCC (63,3%) i la psicoeducació (també 63,3%). No obstant, cal esmentar que el rang de tractaments que aquests subjectes valoraven com a útils i que afirmaven acceptar era molt ampli.

En un altre treball, Byrne i Morrison (2013) avaluen l'experiència subjectiva de 10 joves en risc, mitjançant una tècnica d'entrevista semi-estructurada que

permetia analitzar els temes centrals que els pacients identifiquen com a temes treballats per les dues intervencions que realitzaren: la teràpia de monitorització millorada (“enhanced monitoring”), considerada una intervenció passiva, i la TCC, com a forma de tractament específic i actiu. Els autors trobaren que tant la intervenció orientada a la normalització i monitorització dels problemes, com la TCC, eren considerades per als joves com “una oportunitat per a parlar” i tenien efectes favorables en el seu estat, mentre que la TCC fou conceptualitzada pels 8 joves que la reberen com una intervenció per “aprendre a repensar les coses” (“learning to rethink things”) i, a més, identificaren dos subtemes específics lligats a la TCC: “treball dur” i “avançar”. Els autors conclouen que la TCC podria ajudar a reduir l’impacte negatiu de les experiències psicològiques inusuals, tant a mig com a llarg termini.

En aquesta línia destaca també la revisió no sistemàtica presentada per Welsh i Tiffin (2013), en la que analitzen les actituds de pacients i professionals vers el concepte d’alt risc i vers els potencials tractaments per als mateixos. Els autors han trobat que, malgrat l’existència de pocs estudis al respecte, el concepte d’alt risc té utilitat per als professionals de la salut mental i, pel que fa als pacients, l’escassa informació disponible actualment sembla que apunta vers una preferència dels usuaris pels tractaments psicològics.

A més, en aquesta línia els mateixos autors han publicat un article breu en el que posen de manifest la preferència dels adolescents amb estat mental d’alt risc per a la psicosi per rebre tractament de tipus psicoeducatiu (el 90% dels pacients), seguida de la TCC (72%), així com una diferència significativa entre els pacients amb EMARs i els que ja experimenten símptomes psicòtics francs (FEP), sent els segons els que més prefereixen la medicació (un 75% vs el 25% dels pacients amb estat mental d’alt risc).

Per últim, com a article destacat cal esmentar el que ha publicat Haglund, Cabaniss, Kimhy i Corcoran (2013) sobre un estudi de cas únic de TCC per a l’ansietat social a un jove de 20 anys amb EMAR. L’autora aplicà un programa manualitzat per a l’ansietat social, i en l’article descriu les adaptacions necessàries per tal d’assolir una bona vinculació amb aquest tipus de pacients, i també per a adaptar la TCC a les disfuncions cognitives i la suspicàcia pròpia de subjectes amb EMARs. En el mateix article, David Kimhy destaca els pocs

treballs en els que s'ha provat la utilitat de la TCC en subjectes en risc o bé amb símptomes atenuats i la necessitat de més estudis per tal d'esclarir quins són els factors claus relacionats amb la seva eficàcia, malgrat que entre els potencials mecanismes responsables destaca la millora dels mecanismes d'adaptació, el reforçament de les habilitats socials, l'increment en la capacitat per a manejar l'estrès diari, la reducció de l'auto-estigmatització i la disminució de l'exteriorització de l'afecte negatiu. Considerem un bon cas per a mostrar com les intervencions clàssiques en TCC es poden i s'han d'adaptar per tal d'ésser aplicables i eficaces per a problemes i poblacions diferents i més complexes com són els subjectes amb EMAR o CHR/UHR.

## Referències

- Alvarez-Jimenez, M., Bendall, S., Lederman, R., Wadley, G., Chinnery, G., Vargas, S., Larkin, M., Killackey, E., McGorry, P.D., & Gleeson, J.F. (2013). On the HORYZON: Moderated online social therapy for long-term recovery in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 143, 143–149.
- Austin, S.F., Mors, O., Secher, R.G., Hjorthøj, C.R., Albert, N., Bertelsen, M., Jensen, H., Jeppesen, P., Petersen, L., Randers, L., Thorup, A., & Nordentoft, M. (2013). Predictors of recovery in first episode psychosis: The OPUS cohort at 10 year follow-up. *Schizophrenia Research*, 150, 163-168. doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.031.
- Brummitt, K. & Addington, J. (2013). Treatment possibilities for individuals at clinical high risk of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 7, 155-161.
- Byrne, R.E. & Morrison, A.P. (2013). Young people at risk of psychosis: Their subjective experiences of monitoring and cognitive behaviour therapy in the early detection and intervention evaluation 2 trial. *Psychol Psychother*, Aug 24. [epub ahead of print]
- Fisher, M., Loewy, R., Hardy, K., Schlosser, D., & Vinogradov, S. (2013). Cognitive Interventions Targeting Brain Plasticity in the Prodromal and Early Phases of Schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*, 9, 435–463.

- Gaynor, K., Dooley, B., Lawlor, E., & Lawoyin, R. (2013). Predicting Uptake of Group CBT in a First-Episode Psychosis Cohort. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 105-110. doi: 10.1080/16506073.2013.858766.
- Haglund, M., Cabaniss, D., Kimhy, D., & Corcoran, C.M. (2013). A case report of cognitive behavioural therapy for social anxiety in an ultra-high risk patient. *Early Intervention in Psychiatry*, 8, 176-180.
- Hegelstad, W.V., Haahr, U., Larsen, T.K., Auestad, B., Barder, H., Evensen, J., Joa, I., Johannessen, J.O., Langeveld, J., Melle, I., Opjordsmoen, S., Rossberg, J.I., Rund, B.R., Simonsen, E., Vaglum, P., McGlashan, T., & Friis, S. (2013). Early detection, early symptom progression and symptomatic remission after ten years in a first episode of psychosis study. *Schizophrenia Research*, 143, 337–343.
- Palmier-Claus, J.E., Dunn, D., Taylor, H., Morrison, A.P., & Lewis, S.W. (2013). Cognitive-self consciousness and metacognitive beliefs: Stress sensitization in individuals at ultra-high risk of developing psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 26–41.
- Pyle, M., Stewart, S.L.K., French, P., Byrne, R., Patterson, P., Gumley, A., Birchwood, M., & Morrison, A.P. (2013). Internalized stigma, emotional dysfunction and unusual experiences in young people at risk of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. [epub ahead of print]. doi:10.1111/eip.12098.
- Raune, D. & Law, S. (2013). Pilot programme of modular symptom-specific group cognitive behaviour therapy in a ‘Real World’ early intervention in psychosis service. *Early Intervention in Psychiatry*, 7, 221-229. doi:10.1111/eip.12025.
- Sanford, N., Woodward, T.S., Lecomte, T., Leclerc, C., & Wykes, T. (2013). Letter to the editor: Change in jumping to conclusions linked to change in delusions in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 147, 207–208.
- Tiffin, P.A. & Welsh, P. (2013). Practitioner Review: Schizophrenia spectrum disorders and the at-risk mental state for psychosis in children and adolescents – evidence-based management approaches. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 54, 1155–1175.



- Van der Gaag, M., Smit, F., Bechdolf, A., French, P., Linszen, D.H., Yung, A.R., McGorry, P., & Cuijpers, P. (2013). Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophrenia Research*, 149, 56–62.
- Welsh, P. & Tiffin, P.A. (2013). Attitudes of patients and clinicians in relation to the at-risk state for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 7, 361–367.