

# Introducció a la TCC per al Trastorn Obsessiu-Compulsiu

***scritc***

ACMB, gener-2014

M.A. Fullana

mafr@copc.cat

In the 1950s, OCD was seen as a form of 'madness' and practitioners were told that people would have a psychotic breakdown if they were prevented from performing their compulsive behaviour.

# MODIFICATION OF EXPECTATIONS IN CASES WITH OBSESSIONAL RITUALS

V. MEYER

Academic Department of Psychiatry Middlesex Hospital Medical School, London

*(Received 6 May 1966)*

## TREATMENT AND RESULTS

### *Case 1*

At the outset the patient was withdrawn from all drugs and put under continuous supervision by nursing staff. In order to make the supervision easier and more effective, the taps in her room were turned off and a strict control over her cleansing agents exerted.

Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas.  
Director: Prof. JUAN J. LÓPEZ IBOR.  
Catedrático de Psiquiatría.  
Madrid.

**LA MONOCLORIMIPRAMINA EN ENFERMOS PSIQUIATRICOS  
RESISTENTES A OTROS TRATAMIENTOS**

E. FERNÁNDEZ CÓRDOBA y JUAN LÓPEZ-IBOR ALIÑO.

*ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA*

# Introducció a la TCC per al TOC

## Què aprendreu?

- Funciona?
- (Diagnòstic, Subtipus de TOC)
- En què consisteix?
- Quan (no) s'ha de fer servir?
- Quan (no) combinar amb fàrmacs?

## Què NO aprendreu?

- Com "fer" TCC per al TOC

# Introducció a la TCC per al TOC

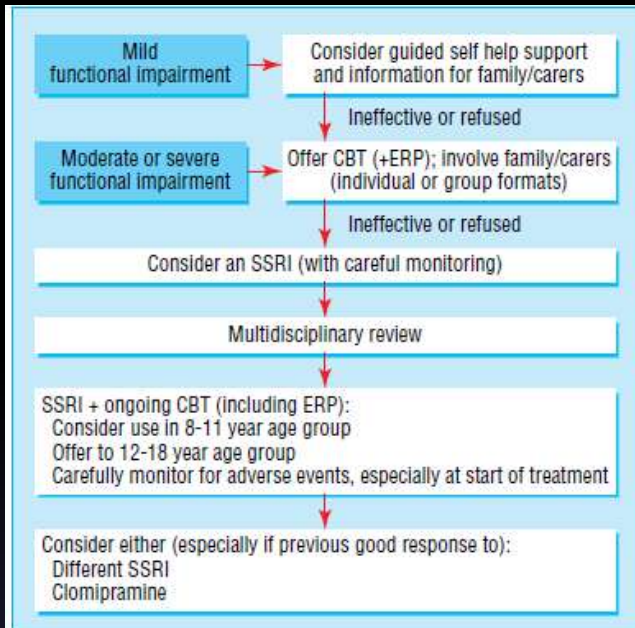
- Funciona?

- (Diagnòstic, Subtipus de TOC)

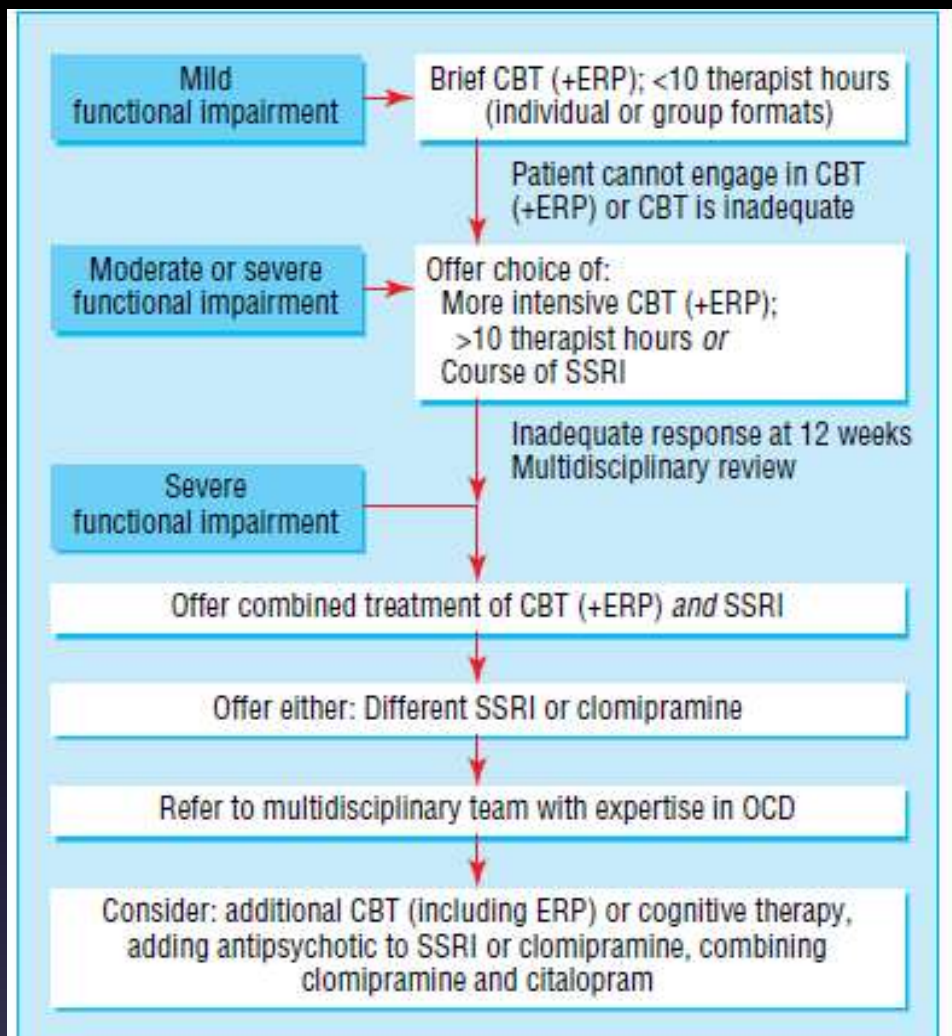
- En que consisteix?

- Quan (no) s'ha de fer servir?

- Quan (no) combinar amb fàrmacs?

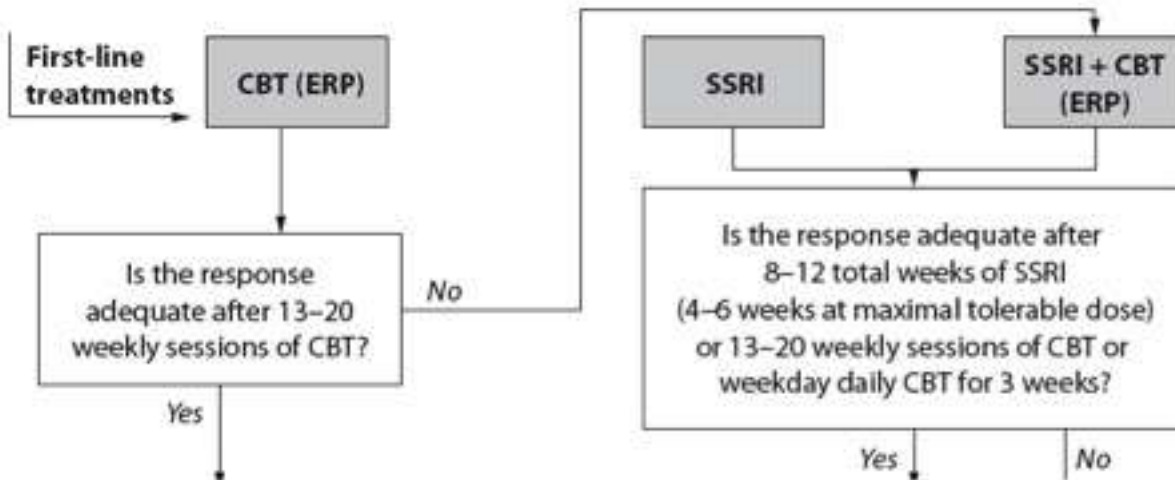


**Fig 2** Treatment options for children and young people with obsessive-compulsive disorder. CBT=cognitive behaviour therapy; ERP=exposure and response prevention; SSRI=selective serotonin reuptake inhibitor. (Adapted from NICE guideline<sup>6</sup>)



**Fig 3** Treatment options for adults with obsessive-compulsive disorder (OCD). CBT=cognitive behaviour therapy; ERP=exposure and response prevention; SSRI=selective serotonin reuptake inhibitor. (Adapted from NICE guideline<sup>6</sup>)

# Practice Guideline for the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION  
**PRACTICE GUIDELINES**



# TCC per al TOC

- No hi ha altres tractaments psicològics eficaços en el TOC (estudis controlats aleatoritzats)
- La TCC per al TOC "és" exposició amb prevenció de resposta (EPR)

# Exposició amb prevenció de resposta (ERP)

- **Exposició:** confrontar de manera sistemàtica les situacions evitades/que generen ansietat
- **Prevenció de resposta:** Deixar de fer les compulsions o qualsevol estratègia que serveixi per neutralitzar l'ansietat

# La EPR no és un placebo!

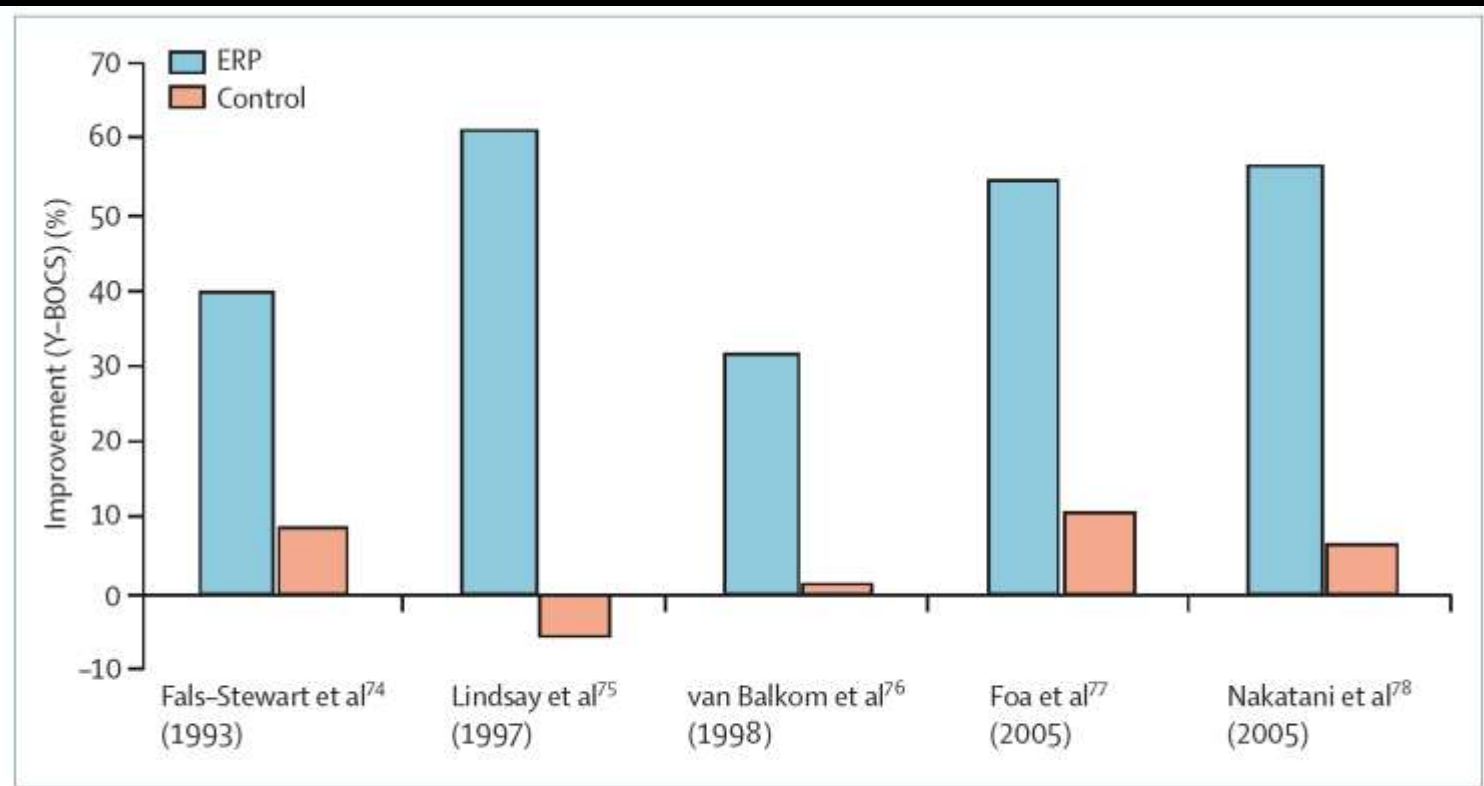


Figure 3: Improvement of exposure and response prevention and control groups on the Yale-Brown obsessive-compulsive scale in five randomised controlled studies

# La EPR és tan (o més) eficaç que el millor fàrmac

## Randomized, Placebo-Controlled Trial of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder

Edna B. Foa, Ph.D.

Michael R. Liebowitz, M.D.

Michael J. Kozak, Ph.D.

Sharon Davies, R.N.

Rafael Campeas, M.D.

Martin E. Franklin, Ph.D.

Jonathan D. Huppert, Ph.D.

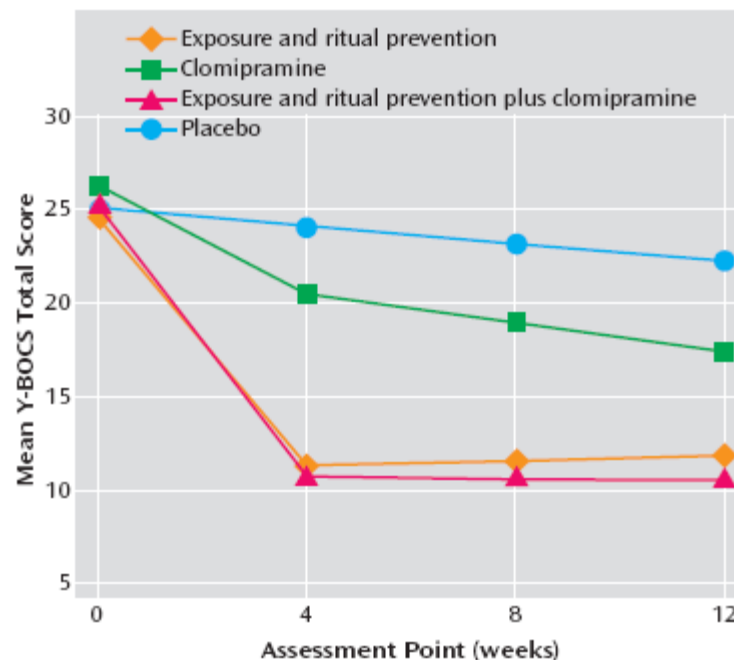
Kevin Kjemisted, M.D.

Vivienne Rowan, Ph.D.

Andrew B. Schmidt, C.S.W.

H. Blair Simpson, M.D., Ph.D.

Xin Tu, Ph.D.

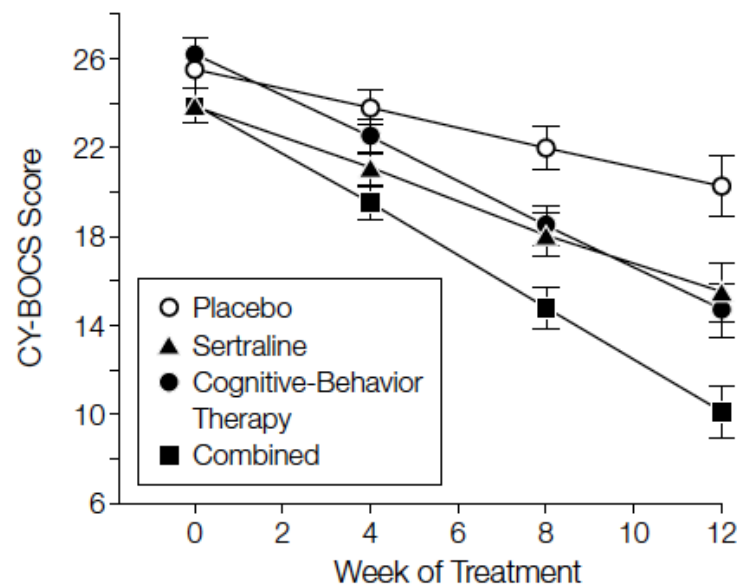


<sup>a</sup> Linear mixed-effects model analyses.

# Cognitive-Behavior Therapy, Sertraline, and Their Combination for Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder

The Pediatric OCD Treatment Study (POTS)  
Randomized Controlled Trial

**Figure 2.** Weekly Adjusted Intent-to-Treat CY-BOCS Score, by Treatment Group

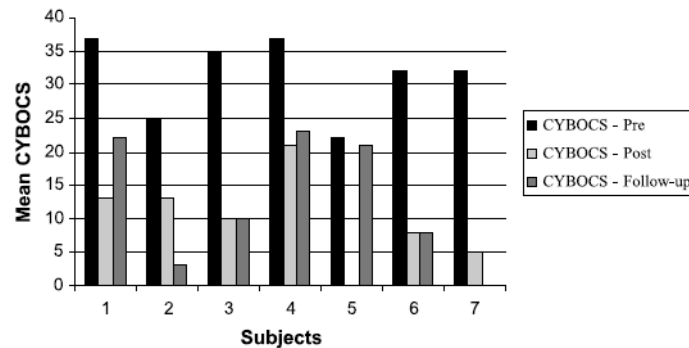


# La EPR funciona independentment de l'etiologia

## Cognitive-Behavioral Therapy for PANDAS-Related Obsessive-Compulsive Disorder: Findings From a Preliminary Waitlist Controlled Open Trial

ERIC A. STORCH, Ph.D., TANYA K. MURPHY, M.D., GARY R. GEFFKEN, Ph.D.,  
GISELLE MANN, Ph.D., MPH, JENNIFER ADKINS, Ph.D., LISA J. MERLO, Ph.D.,  
DANNY DUKE, B.A., MELISSA MUNSON, B.A., ZOE SWAINE, B.A.,  
AND WAYNE K. GOODMAN, M.D.

J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY, 45:10, OCTOBER 2006



**Fig. 1** Mean Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale scores for subjects across the study period.

# La EPR és un tractament psicològic específic per al TOC

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY (1997), 171, 135-139

## Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder

MERRAN LINDSAY, ROCCO CRINO and GAVIN ANDREWS

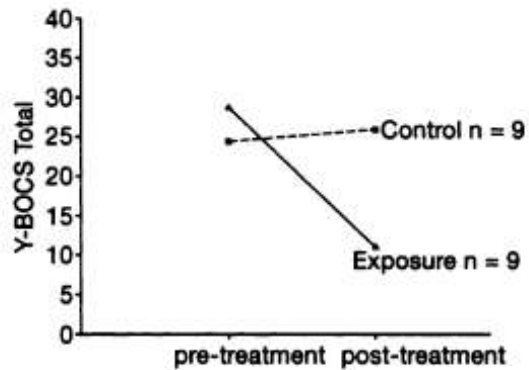


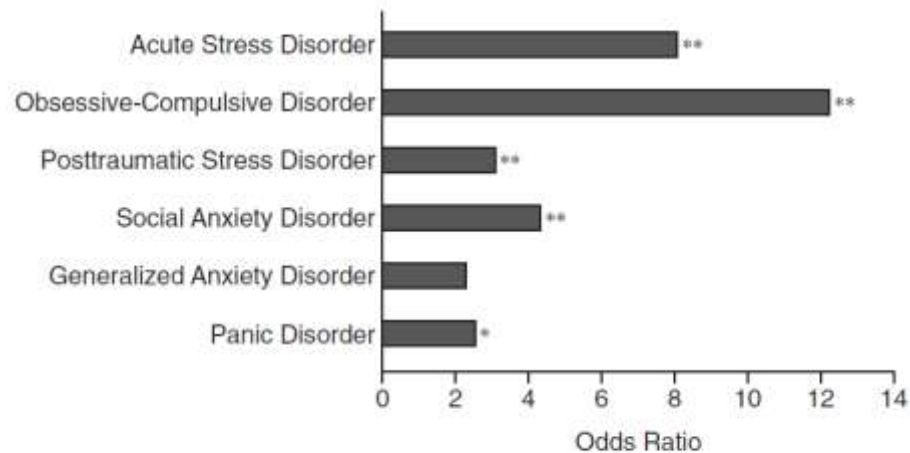
Fig. 1 Mean Y-BOCS total scores

# La TCC és més eficaç en el TOC que en altres trastorns

## Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials

Stefan G. Hofmann, Ph.D., and Jasper A. J. Smits, Ph.D.

Figure 5. Mean Odds Ratios of Acute Treatment Response to CBT as Compared to Placebo and Statistical Tests for the Various Anxiety Disorders



\* $p < .05$ .

\*\* $p < .001$ .



Però abans de tractar...

cal diagnosticar **bé**

# Introducció a la TCC per al TOC

- Funciona?
- (Diagnòstic, Subtipus de TOC)
- En que consisteix?
- Quan (no) s'ha de fer servir?
- Quan (no) combinar amb fàrmacs?

## Els pacients diuen:

Estic obsessionat amb la feina

Estic molt preocupada per la meva salut

Em fa fàstic tocar...

## Els clínics diuen:

És molt rumiatiu

És molt obsessiva

Té fòbies d'impulsió

Té "conductes obsessives"

# OBSESSIONS

Pensaments O imatges O impulsos

Intrussius I inapropiats (en algun moment de la malaltia)

Causen ansietat/malestar

No són preocupacions reals de la vida quotidiana (“ són egodistòniques”)

Persistents/recurrents

S'intenten ignorar/suprimir/neutralitzar

# COMPULSIONS

Conductes repetitives O actes mentals

Resposta a una obsessió o seguint unes regles "rígides"

Dirigides a prevenir/reduir ansietat/malestar o prevenir situació temuda

La persona reconeix que són excessives/irracionals

# Síntomes del TOC. Obsessions

## Obsessions agressives

Por de fer-se mal a un mateix

Por de fer mal als altres

Imatges horribles

Por de perdre el control i actuar seguint un impuls

Por de que passi alguna catàstrofe

## Obsessions de contaminació

Preocupació (o fàstic) per secrecions corporals

Preocupació per brutícia o gèrmens

Preocupació excessiva per contaminació ambiental

Preocupació per contreure malalties

Preocupació perquè altres estiguin malalts

## Obsessions somàtiques

## Obsessions de contingut sexual

Pensaments/imatges prohibits perversos

Continguts sobre nens, incest, homoseualitat

Conducta sexual agressiva cap a altres

## Obsessions religioses

## Obsessions de simetria/ordre

Preocupació perquè les coses no estiguin en ordre

## Obsessions de guardar/acumular

# Síntomes del TOC. Compulsions

## Compulsions de neteja

Rentat de mans excessiu/ritualitzat

Dutxes/bany excessiu/ritualitzat

Neteja d'objectes de casa

Mesures per eliminar contaminants

## Compulsions de comptar

## Compulsions d'ordre/simetria

## Compulsions de comprovació

Comprovar portes, panys, cotxe, ...

Comprovar que no ha fet dany a altres

Comprovar que no s'ha fet dany a sí mateix

Comprovar que no ha passat cosa terrible

Comprovar contaminants

## Compulsions de repetició

Rellegir/reescriure

Entrar/sortir de la porta

Pujar/baixar la cadira

## Compulsions d'acumulació

**OBSESSIÓ    COMPULSIÓ    PREOCUPACIÓ    RUMIACIÓ DEP.**

---

**ORIENTACIÓ**

Futur

Futur

Futur

Passat

**DURADA**

Curta

Curta/llarga

Llarga

Llarga

**FUNCIO**

-

↓malestar

↓malestar?

?



# “Continuum” de normal a patològic

Síntomes obsessius són freqüents en la població general

TOC= símptomes més freqüents, duren més, causen major malestar

Si no hi ha malestar/interferència, NO HI HA TOC!

# Dels símptomes obsessius al TOC

Els símptomes obsessius no són patognomònics del TOC

El TOC és un "camí final" al que es pot arribar per diverses vies

Sovint és més fàcil diagnosticar TOC que decidir si un símptoma és una obsessió/compulsió

# DIAGNÒSTIC DE TOC (1)

Obsessions 0 compulsions

90 % pacients amb TOC tenen obsessions I compulsions

# Hi ha obsessius “purs”?

*DEPRESSION AND ANXIETY 28:495–500 (2011)*

## *Research Article*

### **MYTH OF THE PURE OBSESSIONAL TYPE IN OBSESSIVE–COMPULSIVE DISORDER**

Monnica T. Williams, Ph.D.,<sup>1\*</sup> Samantha G. Farris, B.A.,<sup>1</sup> Eric Turkheimer, Ph.D.,<sup>2</sup> Anthony Pinto, Ph.D.,<sup>3</sup>  
Krystal Ozanick, B.S.,<sup>4</sup> Martin E. Franklin, Ph.D.,<sup>1</sup> Michael Liebowitz, M.D.,<sup>3</sup> H. Blair Simpson, M.D. Ph.D.,<sup>3</sup>  
and Edna B. Foa, Ph.D.<sup>1</sup>

## **DIAGNÒSTIC DE TOC (2). La “funció” importa**

En el TOC, les obsessions són ansiógenes  
i les compulsions ansiolítiques

# “Apunts” per al diagnòstic diferencial

- Edat d'inici: 2 pics: 10 i 20/30 anys
- Poc freqüents: casos d'inici >40 anys
- Freqüent en el TOC: presència d'altres símptomes obsessius i antecedents familiars

Si hi ha comorbiditat (especialment amb depressió), establir cronologia

# Diagnòstic diferencial (1)

Fòbia específica

- TOC: malestar en absència d'estímul

Tics

- TOC: compulsions són voluntàries

Hipocondria

- TOC: No hi ha sensacions físiques, símptomes més "amagats"

# Diagnòstic diferencial (2)

Trastorn dismòrfic

- TOC: no centrat en auto-imatge

TAG

- TOC: No preocupacions de vida quotidiana (salut, família, feina)

TRASTORN OBSESSIU-COMPULSIU DE LA PERSONALITAT

- TOC: símptomes ego-distònics, resistència



# “Subtipus” de TOC

- Inici precoç/inici tardà
- Amb/sense insight (DSM-IV)
- Amb/sense tics (DSM-V?)
  
- PANDAS
- Model multidimensional

## A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder

David Mataix-Cols, Ph.D.

Maria Conceição do Rosario-  
Campos, M.D.

James F. Leckman, M.D.

*(Am J Psychiatry 2005; 162:228–238)*

4 dimensions ben replicades en mostres clíniques:

- Contaminació
- Agressivitat/comprovació
- Acumulació
- Ordre/simetria

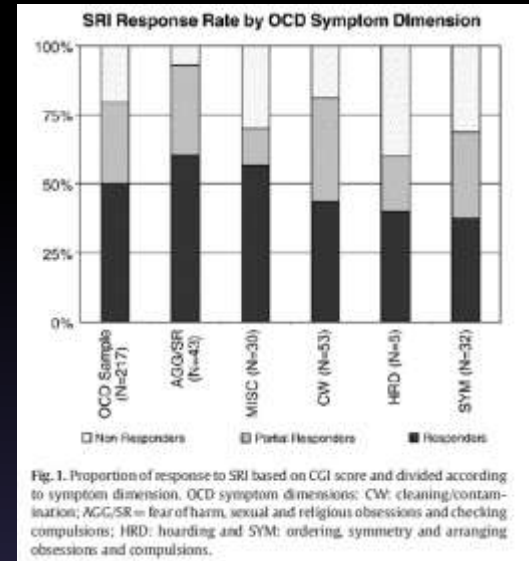
Possiblement associades amb diferent genètica, neurobiologia, comorbiditat i resposta al tractament

# Dimensions OC i resposta al tractament

## Dimensional predictors of response to SRI pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder

Angelika Landerus-Weisenberger<sup>1\*</sup>, Michael H. Bloch<sup>2,3</sup>, Ben Kelmendi<sup>4</sup>, Ryan Wegner<sup>5</sup>, Jake Nudel<sup>6</sup>, Philip Dombrowski<sup>7</sup>, Christopher Pittenger<sup>8</sup>, John H. Krystal<sup>9</sup>, Wayne K. Goodman<sup>1</sup>, James F. Leckman<sup>1</sup>, Vladimir Gasic<sup>10</sup>

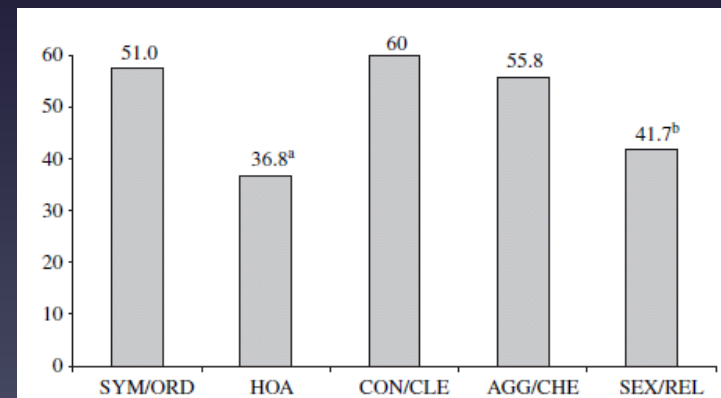
Journal of Affective Disorders 121 (2010) 173–179



## Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome

M. Rüfer, S. Fricke, S. Moritz, M. Klösch, I. Hand

Acta Psychiatr Scand 2006; 113: 440–446





# Compulsive Hoarding: OCD Symptom, Distinct Clinical Syndrome, or Both?

Alberto Pertusa, M.D.

Miguel A. Fullana, Ph.D.

Satwant Singh, M.Sc.

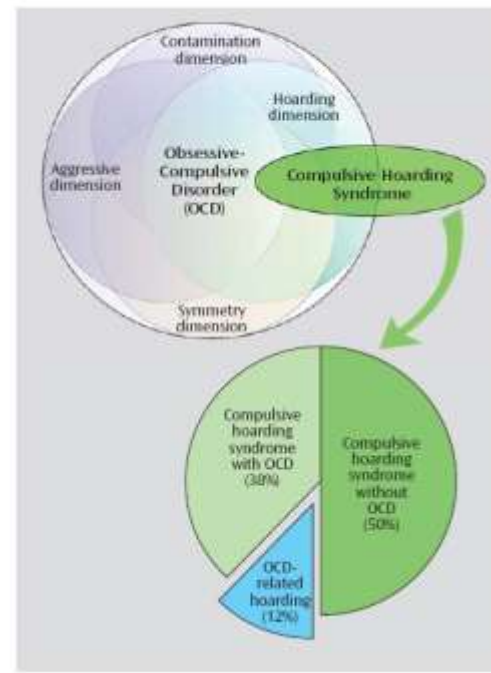
Pino Alonso, M.D., Ph.D.

José M. Menchón, M.D., Ph.D.

David Mataix-Cols, Ph.D.

(*Am J Psychiatry* 2008; 165:1289–1298)

FIGURE 1. Proposed Relationship Between Compulsive Hoarding Syndrome and OCD\*





## American Psychiatric Association DSM-5 Development

 
[Home](#)
[About DSM-5](#)
[Meet Us](#)
[Research Background](#)
[Progress Reports](#)
[Proposed Revisions](#)
[Newsroom](#)
[Home](#) / [Proposed Revisions](#) / [Anxiety Disorders](#)

### Anxiety Disorders

Please find below a list of disorders related to the diagnostic category, Anxiety Disorders. The Anxiety, Obsessive-Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders Work Group has been responsible for addressing these disorders. Of note, this work group has been responsible for addressing several disorders currently listed under the Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence. These include: Separation Anxiety Disorder, Tic Disorder Due to a General Medical Condition, Stereotypic Movement Disorder, Tourette's disorder, Chronic Motor or Vocal Tic Disorder, Transient Tic Disorder, and Tic Disorder Not Otherwise Specified. The work group is also responsible for making recommendations for Body Dysmorphic Disorder, which is currently categorized under Somatoform Disorders, and Trichotillomania, which is currently categorized under Impulse-Control Disorders Not Elsewhere Classified. Further, the work group is addressing all of the disorders within the Adjustment Disorders category and the Dissociative Disorders category. Finally, select members of the work group have proposed a recommendation for revising the DSM-IV definition of a mental disorder, which is listed below. We appreciate your review and comment on these disorders.

#### Definition of a Mental Disorder

##### \*Anxiety Disorders Proposed for Possible Reclassification in Another Diagnostic Category

300.3 Obsessive-Compulsive Disorder

##### \*Anxiety Disorders Proposed for Possible Removal from DSM (No DSM-5 Criteria Proposed)

300.22 Agoraphobia Without History of Panic Disorder

##### \*Anxiety Disorders Proposed to be Subsumed Under Other Diagnoses (No DSM-5 Criteria Proposed)

300.01 Panic Disorder Without Agoraphobia

300.21 Panic Disorder With Agoraphobia

##### \*Disorders Not Currently Listed in DSM-IV

Substance-Induced (indicate substance) Tic Disorder

Tic Disorder Due to a General Medical Condition

Hoarding Disorder

Olfactory Reference Syndrome

Skin Picking Disorder

##### Anxiety Disorders

300.29 Specific Phobia

300.23 Social Phobia

300.81 Posttraumatic Stress Disorder

### Participate

Login to comment on the DSM-5

User Name:

Password:

[New User? Register Now](#)  
[Forgot Password?](#)

### Related Links

[American Psychiatric Association](#)

# Introducció a la TCC per al TOC

- Funciona?
- (Diagnòstic, Subtipus de TOC)
- En què consisteix?
- Quan (no) s'ha de fer servir?
- Quan (no) combinar amb fàrmacs?

# TCC per al TOC

(AVALUACIÓ INICIAL)

1. Anàlisi funcional(conductual)/formulació de cas
2. Psicoeducació
3. Planificació del tractament
  - Delimitació d'objectius
  - Elaboració de jerarquia de situacions i ansietat associada
4. Exposició i prevenció de resposta



# AVALUACIÓ

## OCI-R, YBOCS, DY-BOCS

### OCI-R

Las siguientes afirmaciones se refieren a experiencias que muchas personas tienen en su vida cotidiana. Ponga un círculo en el número que mejor describa **CUANTO malestar o molestia le ha producido esta experiencia durante el último mes**. Las cifras se refieren a las siguientes categorías:

- 0= En absoluto/Ninguno/Nada
- 1= Un poco
- 2= Bastante
- 3= Mucho
- 4= Muchísimo

	Malestar				
	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
1. Acumular cosas hasta el punto que le estorban.	0	1	2	3	4
2. Comprobar las cosas más a menudo de lo necesario.	0	1	2	3	4
3. Que las cosas no estén bien ordenadas.	0	1	2	3	4
4. Sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas.	0	1	2	3	4
5. Tocar un objeto cuando sabe que lo han tocado desconocidos o ciertas personas.	0	1	2	3	4
6. No poder controlar sus propios pensamientos.	0	1	2	3	4
7. Acumular cosas que no necesita.	0	1	2	3	4
8. Comprobar repetidamente puertas, ventanas, cajones, etc.	0	1	2	3	4
9. Que los demás cambien la manera en que ha ordenado las cosas.	0	1	2	3	4
10. Tener necesidad de repetir ciertos números.	0	1	2	3	4
11. Tener a veces que asearse o lavarse por el mero hecho de sentirse contaminado/a.	0	1	2	3	4
12. Tener pensamientos desagradables en contra de su voluntad.	0	1	2	3	4
13. Sentirse incapaz de tirar cosas por temor a necesitarlas después.	0	1	2	3	4
14. Comprobar repetidamente el gas, el agua y la luz después de haberlos cerrado/apagado.	0	1	2	3	4
15. Tener la necesidad que las cosas estén ordenadas de una determinada manera.	0	1	2	3	4
16. Sentir que existen números buenos y malos.	0	1	2	3	4
17. Lavarse las manos más a menudo y durante más tiempo de lo necesario.	0	1	2	3	4
18. Tener con frecuencia pensamientos repugnantes y que le cueste librarse de ellos.	0	1	2	3	4

# Anàlisi funcional/formulació de cas

Hipòtesis sobre símptomes/trastorn individualitzada

- Identificar factors predisposants, precipitants i que mantenen situació actual
- No és "fixa", es pot canviar al llarg del tractament
- Compartir amb el pacient, verificar que "quadra" amb ell

# Formulació de cas

- Factors predisponents: vulnerabilitats (“genètica”)
- Factors precipitants: estímuls disparadors (biològics: malaltia, infecció, ...; ambientals: “life events”)
- Factors mantenidors (actuals): evitació, compulsions, cognicions, etc..

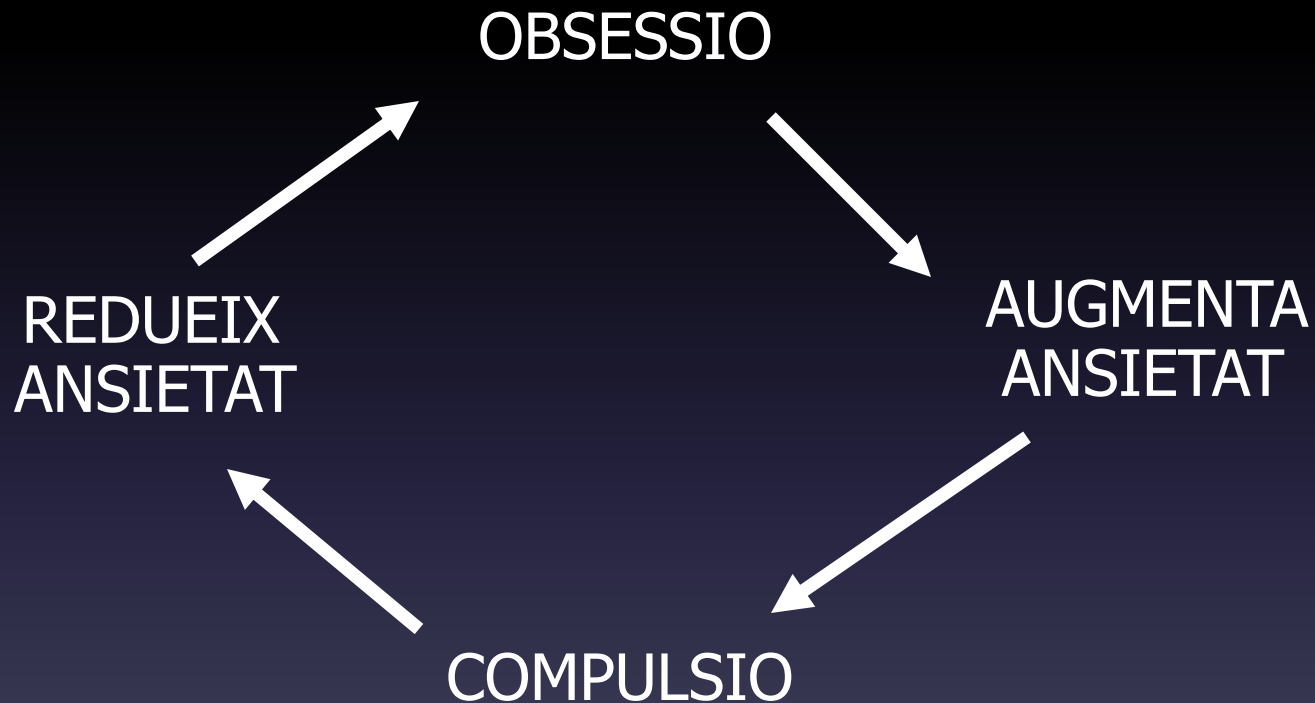
# Exemple de formulació de cas

- Factors predisponents:
  - Història familiar de TOC
  - Pare/mare “molt perfeccionista”
- Factors precipitants:
  - Naixement de fill
- Factors mantenidors:
  - Evitació de situacions
  - Compulsions repetides

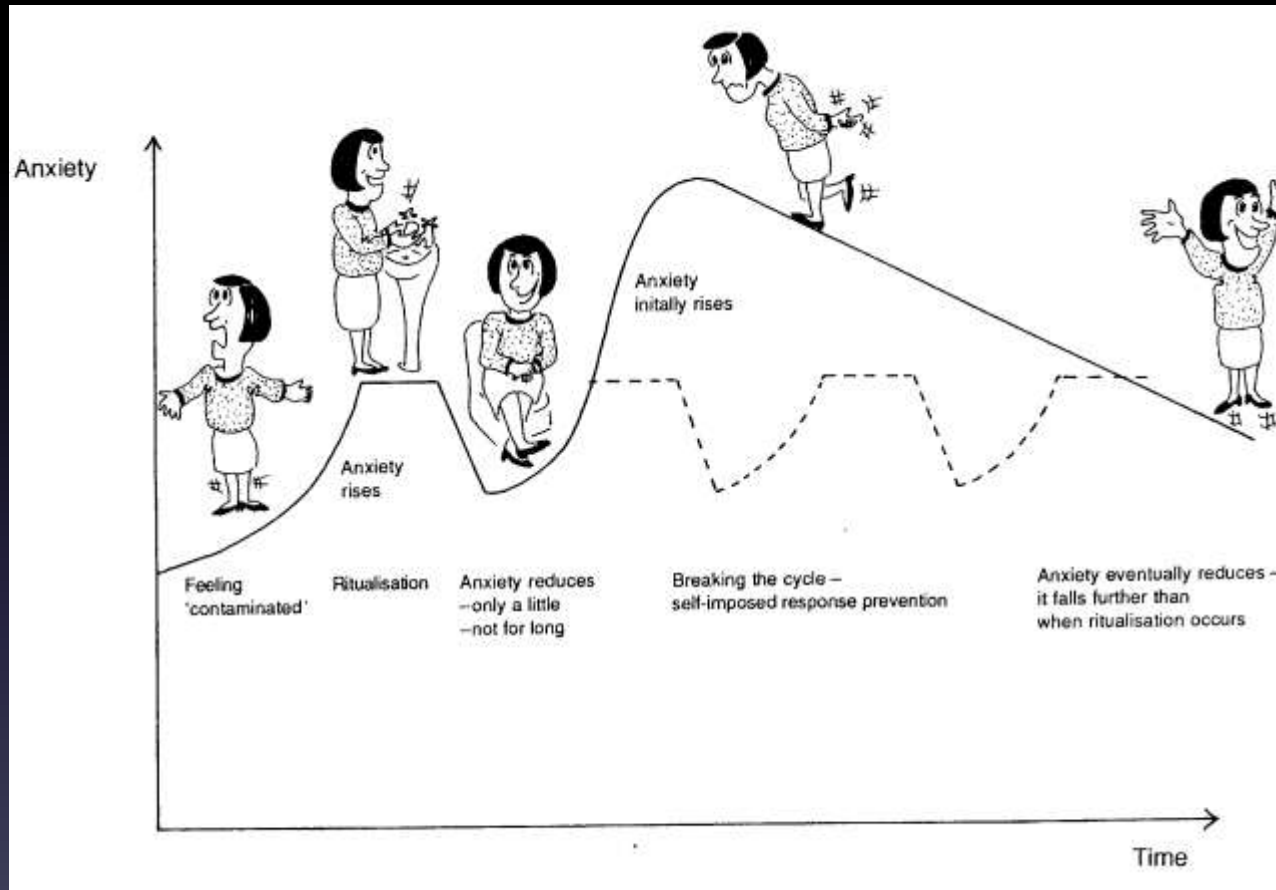
# PSICOEDUCACIÓ

- 1/2 sessions
- "Adaptada"
- Dades sobre TOC, què és l'ansietat? per què es mantèn?
- "Normalitzar" obsessions
- Justificació del tractament

# El "cercle viciós" del TOC



# Justificació per EPR



# Què passa si no es fan les compulsions?

## THE SPONTANEOUS DECAY OF COMPULSIVE URGES\*

S. RACHMAN, P. DE SILVA and G. RÖPERT†

Department of Psychology, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London SE5 8AF, England

Behav. Res. & Therapy, 1976, Vol. 14, pp. 445-453.

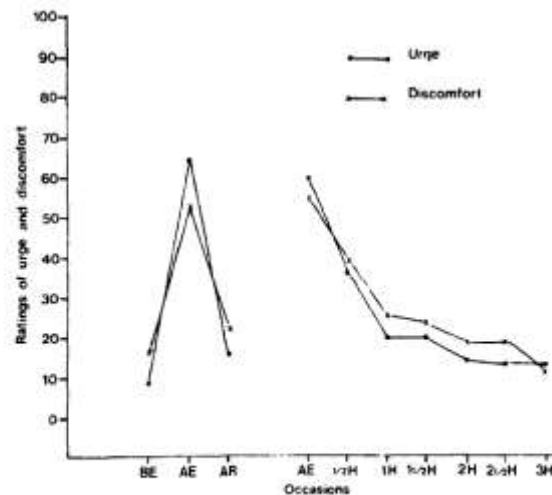


Fig. 1. Mean ratings for urge and discomfort across occasions ( $n = 11$ ). The measurement occasions plotted on the horizontal axis are: BE—before exposure to provoking stimulus; AE—after exposure; AR—after ritual; AE—after second exposure; and half-hourly intervals up to 3 hr.



# PLANIFICACIÓ DEL TRACTAMENT

- Objectiu de la TCC: que el pacient sigui el seu terapeuta
- Motivació/compliment fonamentals
- Al pacient li demanarem que faci coses que prefereix no fer...però no l'obligarem!
- El tractament el dissenyen terapeuta i pacient "junts", no de manera prescriptiva tradicional

# PLANIFICACIÓ DEL TRACTAMENT

## Delimitació d'objectius

- “Siempre positivo”
- No posar l'ansietat en l'objectiu
- Específic, realista

# CAS 1

Dona de 41 anys

## **ANTECEDENTS**

9 anys. Consulta psicòleg per tics i preocupacions recurrents sobre benestar de la família.

19 anys. Obsessions de dany a familiars.

24 anys. Obsessions de contaminació i compulsions de neteja a casa.

36 anys. Diagnòstic de TOC i depressió major. Tractada amb Citalopram 30 mg/d.

40 anys. Baixa per estrès laboral.

## **MOTIU DE CONSULTA**

Obsessions de contaminació i compulsions de neteja. Obsessions agressives (por que passi alguna cosa dolenta a familiars) i cerca de reasseguració repetida. Compulsions de comprovació (porta, llum)....

## **TRACTAMENT FARMACOLÒGIC ACTUAL**

Citalopram 20 mg/dia

1. Paso mopa después de planchar por la zona de la plancha.
2. No se puede ir con zapatos por casa. Solo se puede hacer un recorrido específico. Esto implica no olvidarse nunca nada al salir de casa para no tener que volver a entrar, ya que el recorrido, cuantas menos veces se haga mejor; no invitar casi nunca a nadie a casa; cuando viene hija de [REDACTED] con novio les hago hacer el recorrido y poner zapatillas (que luego limpio en lavadora para tener limpias para la próxima vez, aunque quizás no se han ensuciado), ...
3. Cada semana, el miércoles, día que viene [REDACTED], tengo que llegar yo primera a casa ya que entonces cojo zapatillas de [REDACTED] mías y les limpio las suelas para que se pueda caminar tranquilamente por el piso con zapatillas limpias ya que si ha venido Norma se supone que suelo está limpio y si no limpiara zapacillas entonces suelo se ensuciaría enseguida.
4. Fregadero: martes, antes de que venga [REDACTED] friego suelo fregadero para que cuando ella salga al mismo esté más menos limpio el suelo y luego cuando camine por el suelo del piso no ensucie lo que está limpiando. Y, el miércoles, cuando ha venido Norma, llego a casa, limpio zapatillas y además limpio fregadero (limpio ½ hora, del fregadero me encargo yo, no [REDACTED] y vuelvo a fregar suelo fregadero y, en el caso de que no pueda hacerlo el mismo miércoles, entonces dejo otras zapatillas fuera en el fregadero y cuando tengo que salir hago cambio de zapatillas para que no se ensucie el piso (se supone que el suelo piso está limpio porque ha venido [REDACTED] y el del fregadero no).
5. Miércoles, día que viene [REDACTED], además de tema limpiar zapatillas y fregadero, paso la mopa por cocina, recibidor y trocito comedor (del recorrido zapatos), cosa que después de cenar vuelvo a hacer; siempre, después de cenar y de comer (esto en fin de semana que es cuando comemos) paso mopa por cocina, recibidor y trocito comedor.
6. Antes acostarme cada día, soy yo quien revisa puerta piso está cerrada con llave (aunque a veces sé que está cerrada, ya que la cierro yo siempre) y también compruebo que fuegos cocina están apagados y luces (aunque Vicen siempre se acuesta más tarde y él cierra luz comedor).

7. Piso no puede entrar nadie si yo no estoy, por ej., yo no me quiero ir de fin de semana o de viaje empresa si [REDACTED] está en Barcelona.
8. Cocina tiene que quedar limpia siempre después de cocinar (bueno, comemos y luego recojo y limpio).
9. Enfermedades. Ahora caso hermana de [REDACTED] con el virus.
10. Si hay alguien enfermo cerca mío lo evito.
11. Si me resfrío tengo miedo de transmitírselo a mis sobrinas, vía mis padres.

12. Si oigo noticias de la fiebre aviar, la gripe A, etc. me preocupo mucho por si me contagio
13. Me tomo la temperatura muy a menudo, aunque no esté resfriada
14. Los platos y cubiertos tienen que estar perfectamente prestos en el lavaplatos, cajón y escurreplatos
15. Estoy pendiente de una gota de agua que caiga al suelo, estoy más preocupada cuando cocino de no manchar que lo que cocino, pudiéndome quemar en alguna ocasión
16. Cuando alguien de la familia se va de viaje, no paro hasta enterarme que han llegado bien.
17. Cuando alguien de la familia va en coche llamo para ver si han llegado bien
18. No me dejo ayudar en limpiar, planchar, etc... yo lo hago bien
19. En el trabajo tengo miedo a hacerlo mal o que se queje algún cliente y que me despidan o me llamen la atención, no lo soportaría
20. Cuando me dan más responsabilidad o pequeños cambios en el trabajo no lo llevo bien y le doy vueltas a la cabeza.
21. Siempre me fijo en lo que hacen o dicen los demás, comparándolo con lo que yo no hago.

## OBJECTIUS/EXEMPLES

- Tenir convidats a casa
- Entrar a casa amb sabates
- Anar a dormir sense comprovar llum/gas

....

NOM: [REDACTED] EDAT: [REDACTED]

Curs : Medic de : Fullana Rivas, Miguel Angel

DATA	HORA	ACTIVITAT	PSIQUIATRIA
08/02/11	14:51	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA Aporta llistat de símptomes O-C. - Iniciem anàlisi conductual i delimitació d'objectius - Acordem prevenció de resposta d'un ritual	Psiquiatria
14/02/11	09:40	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (2) Ha aconseguit fer la PR dels rituals del llum i gas, però ha fet algunes conductes de neutralització. - Explico el paper de les conductes de neutralització rituals mentals en manteniment del TOC - Mantenim PR de rituals de llum i gas; afegim exposició a portar sabates dins casa 15 'dia	Psiquiatria
21/02/11	09:45	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (3) Manté els guarys amb la PR dels rituals de llum i gas i ha aconseguit parcialment l'objectiu de portar les sabates dins casa (ho ha fet 2 dies). Explica algunes dificultats amb company de feina. El contacte és en alguns moments puert. - Mantenim objectius per prev.resposta fins aconseguir estar cada dia amb les sabates posades a casa 15 'dia	Psiquiatria
28/02/11	09:41	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (4) Segueix millorant, ha aconseguit la PR dels rituals marcats com objectius. - Marquem nous objectius, lliure per escrit - Seguiment en 2 setmanes	Psiquiatria
14/03/11	09:26	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (5) Ha aconseguit sense dificultat deixar de fer els rituals que havíem marcat com objectiu. Acordem nous objectius, incloent que venguin persones de fora a casa seva.	Psiquiatria
21/03/11	09:31	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (6) Difèrica durant les últimes setmanes en relació amb petits estressors quotidians. Va tenir un episodi sobtat d'ansietat elevada fa uns dies (sembla més una crisi emocional que un atac de pànic). Manté guarys en els símptomes obsessius, però no ha pogut aconseguir els objectius marcats. - Insisteixo en importància de treballar en objectius relacionats amb símptomes obsessiu. Mantenim mateixos objectius	Psiquiatria
04/04/11	15:16	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (7) Millora dels símptomes obsessius, ha aconseguit ja la majoria d'objectius plantejats a l'inici del tractament. - Proposo objectius per prev. de resposta de manteniment, propera visita en 1 mes	Psiquiatria
02/05/11	09:31	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (8) Continua amb lleus dificultats associades amb necessitat de control/sentit de responsabilitat excessiva, que comentem, però l'evolució és positiva i ha mantingut els guarys amb els rituals conductuals.	Psiquiatria

NOM: [REDACTED] EDAT: 42

Curs : Medic de : Fullana Rivas, Miguel Angel

DATA	HORA	ACTIVITAT	PSIQUIATRIA
		- Seguiment en 3 setmanes. Propera vista amb la parella	
23/05/11	09:19	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (9) Acut amb el marit. Els dos confirmen millora significativa dels símptomes obsessius i del malestar derivat dels trets obsessius de la personalitat. Actualment no hi ha limitació important, pel que acordem seguiment en 1,5 mesos	Psiquiatria
11/07/11	09:47	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA Es considera millorada en un 50% respecte a l'inici del tractament. Ocasionals símptomes obsessius, però no hi ha massa limitació. Puntuació OCI-R -14 (nici era 29). Crec que si es manté estable en uns mesos es podria valorar una disminució de medicació - Recordo pautes i acordem seguiment en 2 mesos.	Psiquiatria
26/09/11	09:31	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA S'ha mantingut en general estable durant els 2,5 mesos des de la última visita (excepte en moments puntuals associats amb malaltia de familiar). No hi ha actualment limitació important associada amb els símptomes obsessius. Sembla bona candidata per intentar una reducció de medicació. Té visita amb psiquiatre de la unitat aquesta setmana PLA: Contacte telefònic després de visita psiquiàtica	Psiquiatria
18/10/11	09:17	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (12) Sense canvis quant als símptomes obsessius, no ha notat canvis amb la reducció de medicació (però normes porta 2 setmanes). - Prevenció de recaigudes: importància d'estres en símptomes obsessius i d'identificar senyals de recaiguda; clarificació sobre diferència entre obsessions i altres símptomes	Psiquiatria
22/11/11	09:25	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (13) Estable; sense canvis durant les últimes setmanes excepte lleu augment d'entelitat - Recordo pautes. Acordem nova visita en 1 mes. Contacte telefònic si ho precisa	Psiquiatria
27/12/11	11:26	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (14) Continua bé quant als símptomes obsessius, que actualment no li provoquen limitació. En general eufímic. Ben adaptada en context personal i laboral. Preocupada per petites molèsties de la vida quotidiana - Seguiment en 1 mes.	Psiquiatria

# **PLANIFICACIÓ DE TRACTAMENT**

## **Elaboració de jerarquia**

-Llistat d'evitacions o compulsions

-Valorar ansietat associada/dificultat per deixar de fer-los

# Cas 2

Home, 41 anys

## ANTECEDENTS

Tics oculars i motors a la infància

Síntomes obsessiu-compulsius des de l'adolescència

## PROBLEMA ACTUAL

Obsessions agressives (por d'agredir sexualment a la filla i altres nens, por d'haver atropellat algú, por d'insultar a altres sense voler)

Obsessions de contaminació (por d'agafar VIH) i compulsions de neteja

Compulsions de comprovació (gas)

...



x Intento controlar-los tot per por que de fer o dir  
quelcom inapropiat

\* Repaso moltes vegades el que escric <sup>mirar</sup> <sub>mirar</sub>

\* No em relaxo fora de casa (doomi bus)

\* Premo la boca o la tapo amb la ma per por de parlar  
sense adonar-me (can't stop myself)

\* Allunyo el telèfon de la boca quanestic en espera per  
por de dir cos

\* Repaso mil vegades l'ordinador i el telèfon de la peus  
per que queda beu tocat i beu peupat, respectivament

\* Hico sempre els coberts als restaurants pp no estiguen  
tancats de sang.

\* Pel mateix motiu intento obrir les portes amb els peus si  
puc, o amb el dit petit per tenir menys superfície de  
contacte, o amb el colze o l'esquer.

\* Em sento les mans <sup>amb els dits</sup> repetidament, per por a "contaminar-me"

\* Hico les mans de la gent per veure si tenen sang, evitar  
que em toquin.

\* Al caner m'allunyo dels neus per por de que em puguen  
torar. M'allunyo a tot arreu dels neus

Exemple:

Compulsions a la feina (comprovar/repassar)

Dificultat per deixar  
de fer-lo

Documents

1

Teléfono

2

Ordinador

3

Sobres

4

## EPR en pràctica (1)

- Les compulsions mantenen les obsessions...aleshores tractem les compulsions (o conductes de neutralització)

Excepció: obsessions "repugnants"

## **EPR en pràctica (2)**

- La majoria de vegades cal co-terapeuta
- Sovint s'ha d'implicar (o "desimplicar") als familiars
- L'EPR s'ha de fer en el context del pacient

# Cal afegir teràpia cognitiva a la EPR?

- En general, NO
- Pot estar indicada en pacients amb obsessions "repugnants"

# CAS 3

Dona de 33 anys.

## ANTECEDENTS

Psiquiàtrics personals: Història d'atacs de pànic inesperats, sense interferència.

Psiquiàtrics familiars: La seva mare en el tercer post-part va presentar idees estranyes i tancava les finestres perquè tenia por de fer alguna cosa al nadó.

## MOTIU DE CONSULTA

Des del naixement del seu fill fa 6 mesos té pensaments i imatges intrusives auto i heteroagressives (envers el fill) que generen elevada ansietat.

## TRACTAMENT FARMACOLÒGIC

Cipralex 20 mg/dia, diacepan 5 s/p fa 3 mesos

# Tècniques cognitives en el TOC

Psicoeducació:

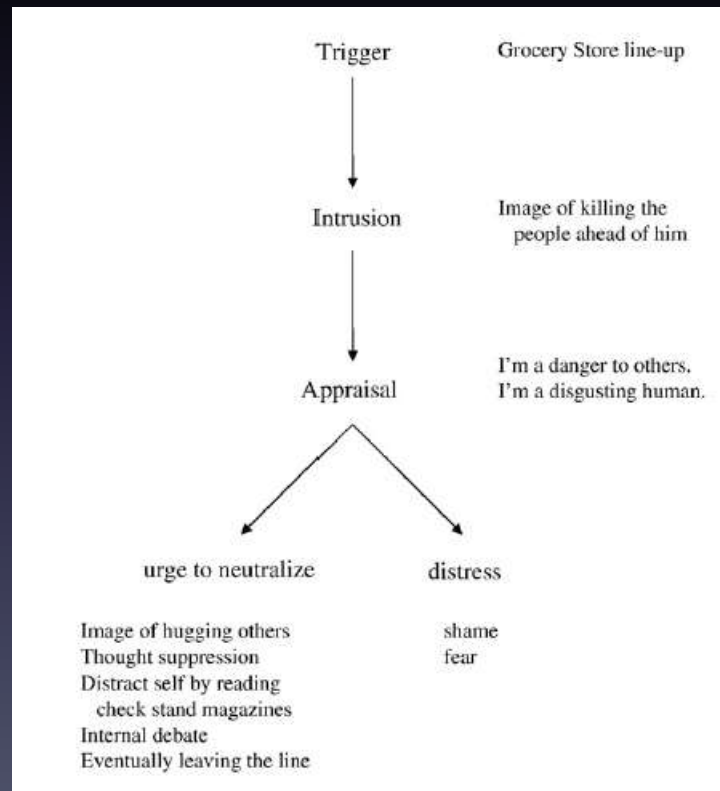
- "Normalitzar intrusions"
- Explicar paper dels intents de supressió ("white bear")

Tècniques cognitives es fan servir sobre valoracions de les obsessions, no obsessions

Contains Video<sup>1</sup>

## Cognitive Treatment of Obsessions: Enhancing Dissemination With Video Components

Maureen L. Whittal  
Melisa Robichaud  
Sheila R. Woody  
*University of British Columbia*





Dando el biberón a mi hijo



“Voy a perder el control”  
(y matarlo)



“Pensar esto es antinatural”  
“Si lo pienso, es más probable que pase”  
“Pensarán que estoy loca, me internarán”  
“Destrozaré la vida a mi marido”



Intentar no pensar, distraerme  
Hablar con alguien  
Repetirme “no pasará nada”  
Mirar informe psiquiatra

NOM: [REDACTED] EDAT: 34

Curs de: Fullana Rivas, Miguel Angel

		- Acordem exposició d'una (estar 1 hora/dia amb el fil solat)	
19/07/11	14:39	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (5)	Psiquiatria
		S'havia trobat bé durant la setmana i havia aconseguit els objectius però ahir va tenir un episodi de símptomes obsessius (impulsos), amb un augment secundari de l'ansietat. - Teràpia cognitiva sobre cognicions secundàries. Mantindre exposició	
25/07/11	14:54	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (6)	Psiquiatria
		Pitjor durant la última setmana, amb augment dels símptomes obsessius i la necessitat de control. Està prenent diacepon 5 a dia - Teràpia cognitiva centrada en responsabilitat excessiva i insistència en acceptació de malaltia i canvis a nivell general per radur estrès	
22/08/11	08:48	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (7)	Psiquiatria
		Milior durant les últimes 3 setmanes, en què ha existit de vacances. Ha tingut algunes obsessions puntuals, però l'ansietat associada ha sigut molt lleu i la facilitat per deixar-les passar més gran. Aprofitam per psicoeducació sobre relació estrès general/TOC - PV en 1 mes/contacte telefònic si ho precisa	
26/09/11	09:34	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (8)	Psiquiatria
		S'ha trobat molt bé durant l'últim mes. No ha tingut gairebé limitació associada amb els símptomes obsessius. No hi ha fonts d'estrès significatives actualment. En general autmítica. - Recordo pautes d'exposició i importància d'autoregulació per controlar factors de risc - PLA. Seguiment en 1 mes, contacte telefònic si precisa	
24/10/11	09:43	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (9)	Psiquiatria
		Va tenir uns dies d'empeïorament dels símptomes obsessius (en forma de dubtes patològics, han disminuït notablement les imatges), associats amb estrès laboral i estímuls externs (notícies sobre persones que perdien el control) però la tendència és a la millora. - Revisem factors de manteniment, incidint en paper d'ocultar els símptomes	
15/11/11	09:26	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (10)	Psiquiatria
		Molte millora objectiva i subjectiva ("estoy mucho mejor"), tot i que encara té símptomes obsessius d'intensitat moderada i fa algunes conductes de neutralització (mirar al fil, comprovar informacions per internet) - Acordem que farà registre de necessitat de comprovar i busquem alternatives per no fer-ho	
29/11/11	09:57	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (11)	Psiquiatria
		Continua bé, durant les últimes dos setmanes no ha tingut pràcticament obsessions i la limitació associada ha sigut molt lleu. Ocasionalment símptomes d'ansietat general. - Comentem possibles factors que encara mantinguin parcialment la por. No es veu capaç encara d'explicar el trastorn als seus familiars - Seguiment en 3 setmanes	

[REDACTED] EDAT: 34

Curs de: Fullana Rivas, Miguel Angel

19/12/11	08:52	Fullana Rivas, Miguel Angel - Psicòleg (Mèdic) UNITAT D'ANSIETAT, PSICOLOGIA, TRACTAMENT (12)	Psiquiatria
		Bona evolució. No hi ha limitació important associada amb els símptomes obsessius. Ocasionalment pensaments intrusius quan veu notícies sobre persones que han perdut el control, però l'ansietat és molt lleu ("no me hacen tanto daño como antes"). Bé en altres àmbits. - Seguiment en 1,5 mesos	

# Introducció a la TCC per al TOC

- Funciona?
- (Diagnòstic, Subtipus de TOC)
- En què consisteix?
- Quan (no) s'ha de fer servir?
- Quan (no) combinar amb fàrmacs?

# QUAN ESTÀ INDICADA LA TCC?

- Terapeuta i pacient poden definir el problema en termes de conducta observable
- La conducta segueix un cert patró (és predictable)
- Terapeuta i pacient poden acordar uns objectius clars i mesurables
- El pacient està motivat
- Contraindicacions  
(depressió greu, psicosi?, malaltia orgànica)

adaptat de Marks (1986)

# ABANS DE COMENÇAR....

1. Cal terapeuta experimentat, especialment en casos greus

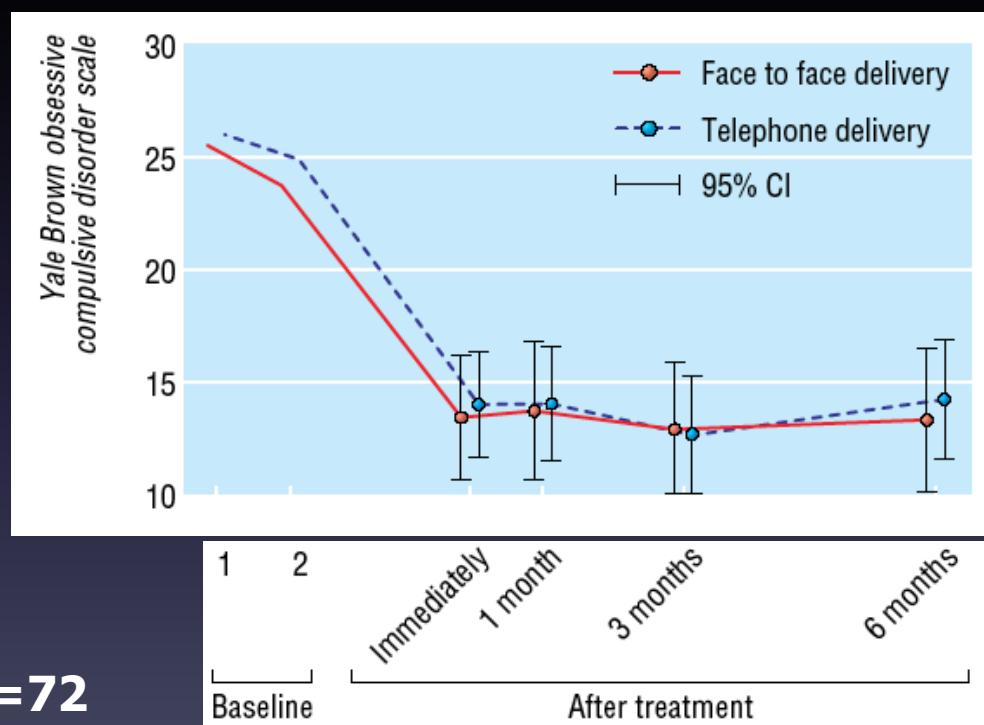
**A NATURALISTIC EXAMINATION OF THERAPIST  
EXPERIENCE AND OUTCOME OF EXPOSURE  
AND RITUAL PREVENTION FOR OCD**

Martin E. Franklin  
University of Pennsylvania School of Medicine  
Jonathan S. Abramowitz  
University of Pennsylvania School of Medicine and Mayo Clinic  
Jami M. Furr  
University of Pennsylvania School of Medicine  
Sarah Kalsy  
Mayo Clinic  
David S. Riggs  
University of Pennsylvania School of Medicine

2. S'han de complir condicions "logístiques"  
(freqüència sessions, tractament "a casa",  
hospital de dia?)

# Telephone administered cognitive behaviour therapy for treatment of obsessive compulsive disorder: randomised controlled non-inferiority trial

Karina Lovell, Debbie Cox, Gillian Haddock, Christopher Jones, David Raines, Rachel Garvey, Chris Roberts, Sarah Hadley



N=72

## Què no fer en el TOC?

- Donar pautes de supressió de pensaments (“parada de pensament”, etc)
- Exposició amb prev. resposta “a lo bruto”
- Donar reasseguració si té funció de compulsió

*Bad CBT is worse than no CBT*

(Pollack, 2010)



# Què es pot esperar de la TCC per al TOC?

- En casos lleus/moderats, després de 5-10 sessions hi hauria d'haver millora...casos greus, més dosis!
- Aproximadament un 50-75 % de pacients milloren amb "adequada" TCC
- "Millorar" = reducció dels símptomes en aprox. 50 %
- Pocs pacients queden asimptomàtics

# Introducció a la TCC per al TOC

- Funciona?
- (Diagnòstic, Subtipus de TOC)
- En que consisteix?
- Quan (no) s'ha de fer servir?
- Quan (no) combinar amb fàrmacs?

TRACTAMENT X

TRACTAMENT Y

TRACTAMENT X+Y

+

+

++

+

+

+

+

-

-

+

+

-

**No combinar**

# Context in the Clinic: How Well Do Cognitive-Behavioral Therapies and Medications Work in Combination?

Edna B. Foa, Martin E. Franklin, and Jason Moser

Table 2. Effect Sizes for Included Studies

Study	Diagnosis	Outcome Measure	Tx Conditions	Post-Tx	Post-Maintenance	Follow-Up
Cottraux et al (1990) <i>n</i> = 60	OCD	Ratings of daily duration of rituals	EX/RP + FLV	1.89	N/A	1.55
			EX/RP + PBO	1.00	N/A	1.37
			FLV	1.37	N/A	1.35
Hohagen et al (1998) <i>n</i> = 58	OCD	Y-BOCS	EX/RP + FLV	2.97	N/A	N/A
			EX/RP + PBO	2.02	N/A	N/A
van Balkom et al (1998) <i>n</i> = 117	OCD	Y-BOCS	CBT + FLV	1.85	N/A	N/A
			CBT	1.20	N/A	N/A
			Wait-list	.10	N/A	N/A
Foa et al (in preparation) <i>n</i> = 122	OCD	Y-BOCS	EX/RP + CMI	2.14	N/A	2.49
			EX/RP	2.01	N/A	2.57
			CMI	1.28	N/A	1.37
			PBO	.64	N/A	-

# Combinar tractaments al TOC (1)

- No sempre combinar és millor (costos, col.laboració entre clínics...)
- L'objectiu hauria de ser INTEGRAR, no COMBINAR
- Els fàrmacs no semblen "empitjorar" la TCC....però tampoc està clar que la millorin

Cal conèixer:

- efectes primaris/secundaris dels tractaments
- "cronologia" dels efectes...quan introduir el tractament?

# Combinar tractaments al TOC (2)

Per escollir TCC, fàrmacs o combinació, considerar:

Presència de clínica depressiva greu

Disponibilitat de terapeuta entrenat

Clínica?

# Tics Moderate Treatment Outcome with Sertraline but not Cognitive-Behavior Therapy in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder

John S. March, Martin E. Franklin, Henrietta Leonard, Abbe Garcia, Phoebe Moore, Jennifer Freeman, and Edna Foa

***Conclusions:** In contrast to CBT outcomes, which are not differentially impacted, tic disorders appear to adversely impact the outcome of medication management of pediatric OCD. Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and a comorbid tic disorder should begin treatment with cognitive-behavior therapy alone or the combination of cognitive-behavior therapy plus a serotonin reuptake inhibitor.*

# Cognitive Behavior Therapy Augmentation of Pharmacotherapy in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder

The Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II)  
Randomized Controlled Trial

Martin E. Franklin, PhD

Jeffrey Sapyta, PhD

Jennifer B. Freeman, PhD

Muniya Khanna, PhD

Scott Compton, PhD

Daniel Almirall, PhD

Phoebe Moore, PhD

Molly Choate-Summers, PhD

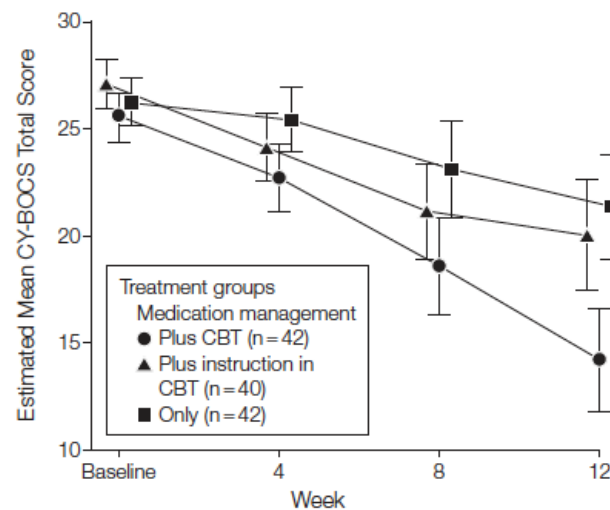
Abbe Garcia, PhD

Aubrey L. Edson, BA

Edna B. Foa, PhD

John S. March, MD, MPH

**Figure 2.** Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) Scores During 12 Weeks of Acute Treatment





**Noves combinacions**

# Augmentation of Behavior Therapy With D-Cycloserine for Obsessive-Compulsive Disorder

Sabine Wilhelm, Ph.D.

Ulrike Buhlmann, Ph.D.

David F. Tolin, Ph.D.

Suzanne A. Meunier, Ph.D.

Godfrey D. Pearlson, M.D.

Hannah E. Reese, M.A.

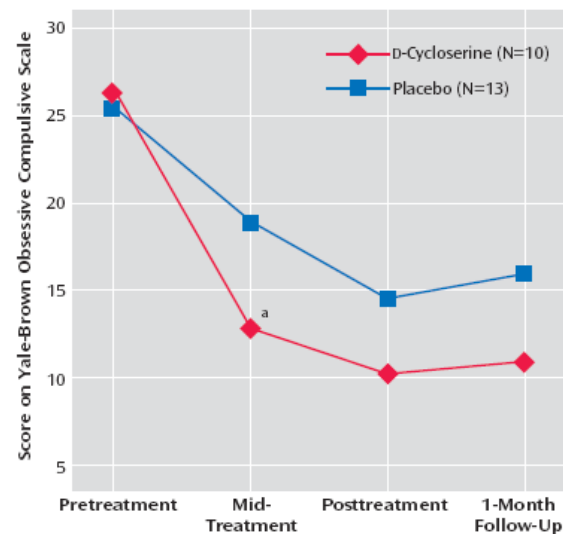
Paul Cannistraro, M.D.

Michael A. Jenike, M.D.

Scott L. Rauch, M.D.

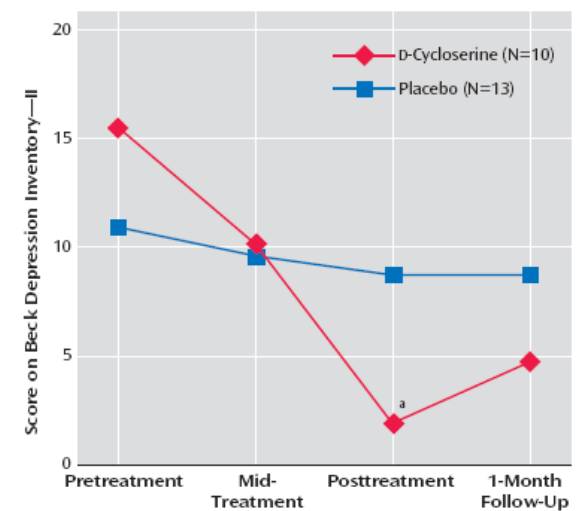
(*Am J Psychiatry* 2008; 165:335–341)

FIGURE 1. Decrease of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms Over the Course of Treatment



<sup>a</sup>  $p=0.009$ .

FIGURE 2. Decrease of Depressive Symptoms Over the Course of Treatment



<sup>a</sup>  $p=0.04$ .

