

TERÀPIA COGNITIVOCONDUCTUAL ASSISTIDA PER ORDINADOR

Jordi Llabrés

Grup de Neurodinàmica i Psicologia Clínica. Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut. Universitat de les Illes Balears

La Teràpia Cognitivoconductual (TCC) es presta a la protocol·lització i això facilita la seva aplicació assistida per ordinador (TCCAO). Fa temps que s'ha demostrat l'eficàcia de diferents programes de TCCAO en el tractament dels trastorns més comuns, com ara l'ansietat i la depressió. Fins i tot, dos programes que ja es poden considerar com a clàssics, el *FearFighter* (Marks, Kenwright, McDonough, Whittaker, & Mataix-Cols, 2004) i el *Beating the Blues* (Proudfoot et al., 2004), estan avalats pel *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) del sistema de salut britànic. L'interès de la recerca en el 2009 no s'ha centrat tant en l'eficàcia d'aquests procediments, que es dona per comprovada malgrat quedin alguns dubtes (de Graaf et al., 2009), com en la seva acceptació per part de pacients i terapeutes o en la seva aplicabilitat en atenció primària. Quin ha de ser el paper del terapeuta i com s'ha de minvar la taxa d'abandonaments han estat altres preguntes que s'han intentat respondre. Finalment, han començat a aparèixer els primers estudis amb programes adreçats a la població infantil i juvenil.

Avantatges i inconvenients

En general, el que cerca la majoria de programes de TCCAO és la reducció del temps que el terapeuta ha d'invertir en la intervenció. D'aquesta manera, es redueixen costos i més persones es poden beneficiar de teràpies amb suport empíric. Potser aquí s'hauria d'aclarir que aquest raonament és realment important quan les autoritats sanitàries, com han fet les britàniques però encara no les nostres, arriben a les següents conclusions: (1) la forma més eficient d'abordar els problemes de salut és mitjançant teràpies basades en l'evidència, (2) la TCC és una d'elles en molts trastorns mentals, (3) una bona formació en TCC és costosa, (4) la TCCAO ha demostrat la seva eficàcia i ens pot ajudar a minvar el decalatge entre el gran nombre de persones que pateixen aquests trastorns i el reduït nombre de terapeutes ben formats en TCC.

La TCCAO permet, per tant, que més persones es beneficiïn de la TCC, perquè el tractament és pot fer de forma més flexible, per exemple, a qualsevol hora del dia, sense perdre hores d'escola o de feina, o repetint les sessions quan es vol. També facilita les coses a aquells que prefereixen no tenir un contacte directe amb el terapeuta (Stuhlmiller & Tolchard, 2009). A algunes persones els hi resulta més fàcil contar els seus problemes a un ordinador encara que sàpiguen que "al darrera" hi ha una persona. Però a més a més, els programes de TCCAO, garanteixen que el tractament es realitzi tal i com ha estat programat, de forma fidel. Les habilitats terapèutiques es fan menys importants i els programes de tractament es poden aplicar a tanta gent com sigui necessari sense haver d'escalar també el nombre de terapeutes (Andrews & Titov, 2009).

La resistència a usar els programes de TCCAO es troba més al costat del terapeuta que no al del pacient (Stuhlmiller & Tolchard, 2009). Alguns professionals temen anar més enllà de la simple

talk therapy perquè estan poc formats en TCC. Altres temen el registre exhaustiu de les interaccions terapèutiques que realitzen els programes de TCCAO. Alguns altres es resisteixen a creure, encara que les dades indiquin que la TCCAO és igual d'eficaç que altres formes de teràpia, que la relació terapeuta-pacient no és tan important i que de vegades té poc a veure amb l'èxit del tractament. No volen perdre el seu rol (Waller & Gilbody, 2009). Lògicament, en la resistència d'alguns terapeutes a usar programes de TCCAO també hi influeix el fet que si la seva minuta l'ha de pagar una companyia asseguradora li exigeixen fer una sessió de 50 minuts. Les companyies farmacèutiques tampoc tenen gaire interès en el desenvolupament de programes de TCCAO que podrien competir amb els seus productes.

En el costat del client també podem trobar algunes resistències però sembla que aquestes no provenen de la part tecnològica sinó més aviat de la feina que suposa seguir les recomanacions terapèutiques dels programes de tractament, les quals, per altra banda serien les mateixes a qualsevol programa de TCC. Els adolescents que participaren a l'estudi de Cunningham et al. (2009) indicaren que el seu major problema per completar el tractament va ser que "no trobaven temps" per fer totes les activitats que els indicava el programa. Precisament una de les limitacions més citades dels programes de TCCAO és l'elevada taxa d'abandonaments, tot i que no és major que en altres formes de teràpia d'autoajuda (Waller & Gilbody, 2009).

Adherència al tractament

En general, els pocs estudis que s'havien realitzat sobre l'acceptació dels programes de TCCAO per part dels pacients indicaven que eren els homes joves els més satisfets utilitzant-los. Al treball de Cavanagh et al. (2009) sembla que l'acceptabilitat no varia en funció de l'edat i el gènere. Les dones i els majors també presenten índexs d'acceptabilitat importants. Només una de les 191 persones que foren tractades amb el *Beating the Blues* va informar que "el tractament no li havia servit per res". La majoria dels subjectes de l'estudi de Cavanagh et al. (2009) havien rebut tractament per la depressió abans de participar a l'estudi i el 80% va considerar que la TCCAO pot ser igual o més útil que els diferents tractaments que havien rebut.

En un ECA realitzat amb 303 persones amb depressió, de Graaf et al. (2009) intenten demostrar que un programa de TCCAO administrat per Internet sense cap contacte terapèutic és més eficaç que el tractament habitual administrat per un metge d'atenció primària, però que els dos tractaments combinats són més eficaços que la TCCAO sola. De forma sorprenent, els tres grups no presenten diferències. Cap dels tres tractaments és massa eficaç i tots tres presenten altes taxes d'abandonaments. Tot i que els resultats es podrien intentar explicar atenent a què els pacients foren reclutats entre la població general, és a dir, no havien sol·licitat ajuda per superar la seva depressió i que per tant la seva motivació tal vegada no era l'adequada, la conclusió ha de ser que la TCCAO no sempre és eficaç. Amb la mateixa mostra però en un treball diferent, de Graaf, Huibers, Riper, Gerhards i Arntz (2009) analitzen l'ús i l'acceptabilitat del mateix programa de TCCAO, anomenat *Colour Your Life*. Els pacients que usen més el programa són els que milloren més a curt termini però són les expectatives de resultat les que es relacionen amb els resultats a llarg termini. Les sofisticades tecnologies que s'utilitzen en el seu programa

no són suficients per mantenir "enganxats" als pacients. Per aconseguir-ho, probablement calen contactes telefònics, recordatoris per correu o breus contactes cara a cara.

El *FearFighter*, utilitzat sense més suport que el telefònic, mostra millores moderades en una mostra de 29 persones amb trastorns d'ansietat, però sobre tot prou satisfacció en general per part dels pacients com per seguir investigant sobre l'aplicabilitat d'aquest programa amb un suport terapèutic mínim (MacGregor, Hayward, Peck, & Wilkes, 2009). En aquesta línia, Purves, Bennett i Wellman (2009) publiquen les primeres dades sobre un recent programa de TCCAO per la depressió i l'ansietat, el *Blues BeGone*. A l'estudi pilot participaren 100 subjectes amb depressió dels quals 58 completaren el programa. El 62% d'aquests últims milloraren significativament la seva simptomatologia. La taxa d'abandonaments tal vegada és important però el programa pràcticament no necessita cap contacte terapèutic.

Peck (2009) aborda un tema "delicat" en el camp de la TCCAO: el del paper de la relació terapèutica. Per una banda, sembla que no hi ha dubte que una bona relació terapèutica està associada a millors resultats terapèutics. Per una altra, la TCCAO, on la relació terapèutica és minsa, mostra uns nivells d'eficàcia semblants als de les intervencions administrades per un terapeuta. Tal vegada, després d'una intervenció exitosa, terapeuta i pacient estan contents d'haver fet una bona feina, però això no significa que la relació terapèutica sigui una de les causes de l'èxit. Potser hauríem d'entendre la relació terapèutica no com una causa de l'èxit de la teràpia sinó com a facilitadora (o entorpidora) de l'acció dels seus principis terapèutics actius. Entre aquests últims, n'hi ha de "comuns", com ara, induir expectatives d'èxit, encoratjar a fer les tasques per a casa, ajudar a posar en perspectiva les dificultats, o promoure canvis d'estil de vida, i totes aquestes coses les poden fer els ordinadors. Però la relació terapèutica no seria un d'ells, seria el "canal de transmissió" d'aquests factors comuns. Si una persona és el "canal" i ho fa bé, facilitarà l'actuació d'aquests factors, però si ho fa malament, l'entorpirà. Fer-ho bé o malament té poc a veure amb l'experiència del terapeuta perquè molts d'estudis han demostrat que paraprofessionals una mica formats en l'aplicació d'un determinat programa de TCC obtenen els mateixos resultats que els terapeutes experts. En la TCCAO no existeix el canal humà, i això permet que els factors comuns i específics de la teràpia actuïn sense entrebancs. En aquest mateix sentit, Andrews i Titov (2009) assenyalen que, al contrari de les intervencions cara a cara, els programes de TCCAO (i els terapeutes que donen suport en aquests programes) no es distreuen amb el dia a dia de cada pacient.

Atenció primària

Hi ha tot un conjunt de programes de TCCAO que han demostrat la seva eficàcia en ECAs però que no s'utilitzen a atenció primària (Andrews & Titov, 2009). Els tractaments estan a punt per ser divulgats i el problema no és el cost sinó l'organització d'aquest procés de divulgació. Tal vegada, així com vagi creixent el seu abast, la TCCAO esdevengui la primera passa en el procés d'atenció sanitària i el tractament cara a cara sigui la segona. Tal vegada, els programes de TCCAO es podrien oferir com a primera opció a tothom que se'n pogués beneficiar (s'hauria

d'establir un sistema per assegurar-se'n) i després, només aquells de no volguessin seguir aquests programes o els que no millorassin passarien a la teràpia convencional (MacGregor et al., 2009).

McNaughton (2009) fa una revisió sistemàtica de la literatura sobre tractaments breus per a la depressió en atenció primària. Només 8 estudis entre 1980 i 2007 aconseguen complir els seus criteris de cerca, entre els quals destaquen la necessitat de ser un ECA, que els tractaments es puguin dur a terme en atenció primària amb un terapeuta que necessiti menys de 3 dies de formació per poder-los utilitzar i que el pacient pugui seguir el programa sense suport. D'aquests 8 estudis, 6 presenten resultats amb millores clínicament significatives de simptomatologia depressiva lleu o moderada. Els diferents programes analitzats registren menys abandonaments per part dels pacients com més curts i estructurats siguin, i com més contactes (recordatoris) incloguin per part d'un terapeuta.

Quant a la fòbia social, el *Shyness* és un programa de TCCAO que ha demostrat la seva eficàcia a diferents ECAs (Aydos, Titov, & Andrews, 2009; Titov, Andrews, & Schwencke, 2008; Titov, Andrews, Choi, Schwencke, & Mahoney, 2008; Titov, Andrews, Schwencke, Drobny, & Einstein, 2008; Titov, Andrews, Johnston, Schwencke, & Choi, 2009; Titov, Gibson, Andrews, & McEvoy, 2009). El programa està pensat per ser realitzat de forma autònoma (tot i que també s'ha provat amb diferents graus de suport terapèutic) durant 8 setmanes i es compon de 6 mòduls que tracten sobre informació sobre la fòbia social, l'establiment d'una jerarquia d'exposició, l'exposició graduada, la reestructuració cognitiva i la prevenció de recaigudes. En el treball de Aydos et al. (2009) un psiquiatra sense experiència prèvia amb el *Shyness* tracta a 17 persones amb l'ajuda d'aquest programa. Concretament, a banda dels 25 minuts de treball "administratiu" que inclouen l'entrevista telefònica inicial, el psiquiatra inverteix una mitjana de 155 minuts en cada pacient. A banda d'això, tractar als 17 pacients li suposa enviar 159 missatges de correu electrònic i publicar 23 entrades a un fòrum de discussió. Els resultats de l'estudi donen suport preliminar a la idea de què aquest programa seria eficaç en les intervencions a atenció primària.

Un potent ECA multicentre realitzat per Kessler et al. (2009) demostra que la TCC, administrada a través d'Internet en temps real, és eficaç afegida al tractament habitual que reben les persones amb depressió a atenció primària. En aquest cas, en el qual només es canvia el canal de comunicació entre el terapeuta i el pacient, no es redueix el temps que el terapeuta ha d'invertir en la intervenció però es pot accedir a molts de pacients que no podrien rebre TCC si no fos a través d'Internet. A més, sembla que canviar el canal de comunicació, des del cara a cara al correu electrònic o el xat, pot ser beneficiós en el cas de la depressió. Els pacients han de redactar per escrit els seus sentiments i això promou la reflexió i permet una revisió immediata del que s'ha tractat a la sessió. Els autors assenyalen que el tractament és eficaç també en els casos més greus, la qual cosa va en contra de la idea generalitzada de què la TCCAO només funciona en els casos de depressió lleugers o moderats. En la mateixa línia, Andersson (2009) proposa un sistema d'administració de TCC a través d'Internet sense una reducció dràstica del contacte terapèutic, és a dir, sense una automatització excessiva del programa de tractament. La seva idea és utilitzar Internet i les seves possibilitats multimèdia per presentar de millor manera el material escrit que sempre s'ha utilitzat en TCC. Segons (Andersson, 2009) les noves

tecnologies no s'han de veure com una forma de substituir el terapeuta sinó com una forma de complementar-lo.

Finalment, una altra possibilitat és el *CALM Tools for Living* (Craske et al., 2009; Craske, Roy-Byrne et al., 2009). En aquest cas el programa està dissenyat per guiar al terapeuta en l'administració de TCC, assegurant la fidelitat del tractament. El programa conté mòduls adreçats als pacients però la seva funció bàsica és la possibilitat de poder aplicar la TCC en el tractament dels trastorns d'ansietat més comuns (pànic, estrès posttraumàtic, ansietat generalitzada i ansietat social) sense necessitat de comptar amb un terapeuta expert. Els 13 terapeutes (la majoria treballadores socials o infermeres) que proven aquest nou programa el valoren molt positivament i els 261 pacients que fins ara s'han tractat han reduït de forma substancial els seus símptomes d'ansietat i depressió a més d'augmentar les seves expectatives de millora. L'objectiu del grup de Craske és desenvolupar un sistema basat en la pràctica que permeti la utilització de la TCC a l'atenció primària. Haurem d'estar pendents dels seus progressos.

Població infantil i juvenil

Com va passar en el desenvolupament de la TCC, els primers estudis sobre TCCAO es varen realitzar principalment amb població adulta. En el 2009 s'han publicat tota una sèrie de treballs amb infants i adolescents, amb resultats moderats però encoratjadors.

En un ECA March, Spence i Donovan (2009) tracten 40 infants d'entre 7 i 12 anys amb trastorns d'ansietat (exclosos el trastorn obsessiu, el pànic i l'estrès posttraumàtic). Ho fan amb una versió *online* d'un programa de tractament que ja ha demostrat la seva eficàcia, el *BRAVE* (Spence, Holmes, March, & Lipp, 2006). El programa consta de 10 sessions més 2 de reforç i inclou mòduls per pares a més de les activitats que han de fer els infants. Els resultats a 3 mesos són bons però moderats, tot i que milloren als 6 mesos sobre tot perquè moltes famílies no havien acabat les activitats quan es va fer la primera avaluació.

Cunningham et al. (2009) proven una adaptació multimèdia del programa *Cool Kids*, un programa de tractament de l'ansietat en joves. En aquest cas, els resultats de l'experiència no poden ser massa concloents perquè es tracta d'un estudi pilot però fan pensar als autors que tal vegada el programa mai no serà tan eficaç com la versió original administrada per un terapeuta. Un altre programa per infants, el *Stressbusters*, és també una adaptació d'un programa de tractament "manualitzat" per a la depressió infantil. Els resultats d'aquesta sèrie de casos són encoratjadors (Abeles et al., 2009). En la mateixa línia, però en un programa de prevenció universal, Callear, Christensen, Mackinnon, Griffiths i O'Kearney (2009) utilitzen el *MoodGYM*, un programa gratuït de TCCAO, a una trentena d'escoles (1477 subjectes). Les millores obtingudes són moderades però significatives, millors a símptomes d'ansietat que de depressió. L'efectivitat de les possibles sessions de reforç està encara per investigar però podrien millorar la utilitat d'aquests programes.

Per acabar, i com a mostra de que els programes de TCCAO no només s'apliquen en el tractament de l'ansietat i la depressió, Palermo, Wilson, Peters, Lewandowski i Somhegyi (2009) apliquen un d'aquests programes administrat per Internet en un grup de 48 infants i adolescents amb dolor crònic. El seu programa inclou mòduls sobre entrenament en relaxació, estratègies cognitives, tècniques operants per a pares, estratègies de comunicació i intervencions sobre el son i l'activitat, i resulta eficaç per reduir el dolor i millorar el funcionament quotidià dels subjectes.

Referències

- Abeles, P., Verduyn, C., Robinson, A., Smith, P., Yule, W., & Proudfoot, J. (2009). Computerized CBT for adolescent depression ("Stressbusters") and its initial evaluation through an extended case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 151-65.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 175-80.
- Andrews, G., & Titov, N. (2009). Hit and miss: Innovation and the dissemination of evidence based psychological treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 974-9.
- Aydos, L., Titov, N., & Andrews, G. (2009). Shyness 5: the clinical effectiveness of Internet-based clinician-assisted treatment of social phobia. *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 17(6), 488-492.
- Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., & O'Kearney, R. (2009). The YouthMood Project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1021-1032.
- Cavanagh, K., Shapiro, D. A., Van, D. B., Swain, S., Barkham, M., & Proudfoot, J. (2009). The Acceptability of Computer-Aided Cognitive Behavioural Therapy: A Pragmatic Study. *Cognitive Behaviour Therapy*, , 1-12.
- Craske, M. G., Rose, R. D., Lang, A., Welch, S. S., Campbell-Sills, L., Sullivan, G., et al. (2009). Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary-care settings. *Depression and Anxiety*, 26(3), 235-42.
- Craske, M. G., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Sullivan, G., Sherbourne, C., & Bystritsky, A. (2009). Treatment for anxiety disorders: Efficacy to effectiveness to implementation. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 931-7.
- Cunningham, M. J., Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., Lyneham, H. J., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). The Cool Teens CD-ROM for anxiety disorders in adolescents : a pilot case series. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(2), 125-9.
- de Graaf, L., Gerhards, S. A., Arntz, A., Riper, H., Metsemakers, J. F., Evers, S. M., et al. (2009). Clinical effectiveness of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 195(1), 73-80.
- de Graaf, L., Huibers, M. J., Riper, H., Gerhards, S. A., & Arntz, A. (2009). Use and acceptability of unsupported online computerized cognitive behavioral therapy for

- depression and associations with clinical outcome. *Journal of Affective Disorders*, 116(3), 227-31.
- Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., et al. (2009). Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet*, 374(9690), 628-34.
- MacGregor, A. D., Hayward, L., Peck, D. F., & Wilkes, P. (2009). Empirically grounded clinical interventions clients' and referrers' perceptions of computer-guided CBT (FearFighter). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(1), 1-9.
- March, S., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2009). The efficacy of an internet-based cognitive-behavioral therapy intervention for child anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(5), 474-87.
- Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M., & Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34(1), 9-17.
- McNaughton, J. L. (2009). Brief interventions for depression in primary care: a systematic review. *Canadian Family Physician / Le Médecin De Famille Canadien*, 55(8), 789-96.
- Palermo, T. M., Wilson, A. C., Peters, M., Lewandowski, A., & Somhegyi, H. (2009). Randomized controlled trial of an Internet-delivered family cognitive-behavioral therapy intervention for children and adolescents with chronic pain. *Pain*, 146(1-2), 205-213.
- Peck, D. F. (2009). The therapist-client relationship, computerized self-help and active therapy ingredients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*,
- Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D. A., Goldberg, D., Mann, A., et al. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 185, 46-54.
- Purves, D. G., Bennett, M., & Wellman, N. (2009). An open trial in the NHS of Blues Begone: a new home based computerized CBT program. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 541-51.
- Spence, S. H., Holmes, J. M., March, S., & Lipp, O. V. (2006). The feasibility and outcome of clinic plus internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 614-621.
- Stuhlmiller, C., & Tolchard, B. (2009). Computer-assisted CBT for depression & anxiety: increasing accessibility to evidence-based mental health treatment. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(7), 32-9.
- Titov, N., Andrews, G., Choi, I., Schwencke, G., & Mahoney, A. (2008). Shyness 3: randomized controlled trial of guided versus unguided Internet-based CBT for social phobia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(12), 1030-1040.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Schwencke, G., & Choi, I. (2009). Shyness programme: longer term benefits, cost-effectiveness, and acceptability. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(1), 36-44.
- Titov, N., Andrews, G., & Schwencke, G. (2008). Shyness 2: treating social phobia online: replication and extension. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(7), 595-605.

- Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Drobny, J., & Einstein, D. (2008). Shyness 1: distance treatment of social phobia over the Internet. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(7), 585-594.
- Titov, N., Gibson, M., Andrews, G., & McEvoy, P. (2009). Internet treatment for social phobia reduces comorbidity. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(8), 754-759.
- Waller, R., & Gilbody, S. (2009). Barriers to the uptake of computerized cognitive behavioural therapy: a systematic review of the quantitative and qualitative evidence. *Psychological Medicine*, 39(5), 705-12.