

Gratu Amaierako Lana
Medikuntzako Gradua

Tratamendu psikoterapeutikoak nahasmendu psikotiko laburrean, ebidentziaren ikerketa

Berrikuspen bibliografikoa

Egilea:
ANE PEÑAGARICANO LEIVA
Zuzendaria:
MAIER RODRIGUEZ ZABALETA

© 2022/2023, Ane Peñagaricano Leiva

LABURPENA

Nahasmendu psikotiko laburra, bat-bateko hasiera duen eta denbora tarte zehatz batean gertatzen den buru nahasmenduari deritza, zeinak sintoma psikotiko espezifikoak hartzen dituen bere gain. Gertakari motzetan definitzen den arren, norbere buruarentzat zein ingurukoentzat larriak izatera iritsi daitezke, eta pazienteen eguneroko jardunean duen eragina, gizarteratzean (diskriminazioa aintzat hartuz) sortzen diren oztopoak, antipsikotikoen atxikimendu eskasa eta berrerritze tasak kontuan izanik, garrantzia hartu du tratamendu eraginkor posibleen azterketa gauzatzek. Gradu amaierako lana beraz, psikoterapia ereduak aztertzean zentratu da; terapien aplikagarritasuna analizatzea, gaixotasunaren egoera jakinetan psikoterapia mota desberdinen hautua egiteko gaitasunak eskuratzea eta bide batez, psikoterapien nahasmendu psikotiko laburrean erakutsi duten ebidentzia maila aztertzea izan du helburu nagusizat.

Material eta metodoak. 2013tik 2023 bitarteko entsegu kliniko aleatorizatu, errebisio sistematiko eta metaanalisen errebisio bibliografiko bat burutu da, psikoterapien nahasmendu psikotiko laburrean erakutsi duten eragina zehazteko asmotan. Barneratze eta baztertzeko irizpideen baitako balizko 15 artikuluren lanketa burutu da. Erabilitako hitz-gakoak “*brief psychotic disorder*”, “*psychosis*” eta “*psychotherapies*” dira.

Emaitzak. Terapia kognitibo konduktualak psikosi arrisku handiko egoera batetik psikosira iragateko tasen murriztea eragiten du, baita sintoma psikotikoen berehalako hobetzea eta pazienteen etorkizunari dagokionean, depresioaren murrizpen eta funtzionamenduaren hobetze esanguratsu batekin lotu da. Elementu anitzeko terapien ikerketek, hobekuntza esanguratsuez gain, tratatu gabeko gertaera psikotikoaren denbora tarte laburtuta, emaitza hobeak lortu daitezkeela erakutsi dute. Entrenamendu metakognitiboak aldiz, isuri kognitiboan izan dezakeen eragina lausoa den arren, ikaskuntza emozionalari on egin dakiogekela ikusi da.

Ondorioak. Ikerketa gehiago behar dira psikoterapien nahasmendu psikotiko laburrean izan dezaketen eragina zehazteko, baina terapia kognitibo konduktualak emaitza interesgarriak erakutsi dituela ondorioztatu daiteke. Bilaketa bibliografikoan topatutako atariko entsegu eta protokoloak kontuan hartuz, hurrengo urteetan aldaketa zein argibide gehiago egongo direla aurreikusten da.

AURKIBIDEA

1. SARRERA	1
1.1. DIAGNOSTIKOA	1
1.1.1. Diagnostiko diferentziala	3
1.2. SINTOMATOLOGIA	3
1.2.1. Sintomen ebaluazioaren bidezko larritasun maila	5
1.3. MOTAK	6
1.4. ETIOLOGIA	6
1.5. BILAKAERA	7
1.6. TRATAMENDUA	8
1.6.1. Tratamendu farmakologikoa	8
1.6.2. Tratamendu psikoterapeutikoak	9
2. HELBURUAK	13
3. MATERIAL ETA METODOAK	13
3.1. BILAKETA ESTRATEGIA	14
3.2. BAHEKETA	15
3.3. BILAKETA BIBLIOGRARIKOAREN LABURPENA: FLUXU-DIAGRAMA	16
4. EMAITZAK	17
4.1. PREBENTZIOA	17

4.2. NAHASMENDU PSIKOTIKO LABURRAREN ESKU-HARTZEA	20
5. EZTABAIDA	26
5.1. PREBENTZIOA	26
5.2. NAHASMENDU PSIKOTIKO LABURRAREN ESKU-HARTZEA	29
6. ONDORIOAK	33
7. BIBLIOGRAFIA	35

1. SARRERA

Buru nahasmendu orok, pertsonaren sentipen, pentsatzeko modu eta honen ondoriozko portaera baldintzatzen du. Inguruan gertatzen den errealitatearen eta norberak sentitzen duenaren arteko lotura eza azaltzen duen pentsamenduaren nahasmenduari psikosia deritzo (1). “*Psicosis*” hitza grekotik dator eta bere osagai lexikoak *psykhe* (arima) eta *-osis* (prozesu patologikoa) atzizkia dira, zeinak gaixotasunaren azaleko deskripzio egoki bat egitera iristen diren (2). Beraz, oinarrian sintoma psikotikoak dituzten nahasmendu mentalei, nahasmendu psikotiko deritze, eta ildo beretik, DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) 5-ak nahasmendu psikotiko laburra edo psikosi erreaktibo laburra, “eskizofreniaren espektroa eta beste nahasmendu psikotikoak”-en barnean sailkatzen du (3).

Azken hau, aiurri bereziko gaixotasun bat da; bat-bateko hasierarekin eta denbora mugatu batean jasaten diren sintomak barne hartzen dituen kondizio arraro bat hain zuzen; gertakari motzetan definitzen den arren, norbere buruarentzat zein ingurukoentzat larriak izatera iritsi daitezke, ezgaitasunak sortzeraino (4). Nahasmendu psikotiko laburrak pazienteen eguneroko jardunean duen eragina, gizarteratzean (diskriminazioa aintzat hartuz) sortzen diren oztopoak eta berrerritze tasak kontuan izanik, garrantzitsua izango da gaixotasunaren ebaluaketa egoki baterako funtsezko gakoak aurkitzea, tratamendu eraginkor posibleak aztertzeo asmotan.

Prebalentziari dagokionez, Ameriketako Estatu Batuetan lehen aldiz psikosi gertaera bat pairatzen dutenen %9ak nahasmendu psikotiko laburra izanen du. Bestalde, generoari dagokionean, bi aldiz ohikoagoa da emakumeetan gizonetan baino eta klase sozialari erreparatuz gero, garapen bidean dauden herrialdeetan prebalentzia altuagoa da. Azkenik, aipatzekoa da nortasun-arazoak dituzten pertsonak arrisku handiagoa dutela gaixotasun hau pairatzeko (3).

1.1. DIAGNOSTIKOA

Nahasmendu psikotiko laburraren diagnostikoa DSM 5 eta CIE (*Clasificación internacional de enfermedades*) 11-ren baitan egiten da, zeinak hurrenez hurren,

gaixotasunaren diagnostiko irizpideak zehaztea eta modu unibertsalean komunikatzeko kodigoak ezartzea duten helburu.

DSM 5-aren arabera nahasmendu psikotiko laburraren diagnostikoa hiru irizpidetan oinarritzen da (3):

- a) Jarraian aipatutako sintometako bat edo gehiago bete behar ditu. Horrez gain, betetzen den edo diren sintometako batek gutxienez, lehen hiruetako bat izan behar du.
 1. Eldarnioak
 2. Haluzinazioak
 3. Diskurtso antolatu gabea (disgregazioa edo ohiko inkoherentzia)
 4. Portaera oso desantolatua edo katatonikoa

Garrantzitsua izango da kulturalki onartua dagoen portaera bat ez patologizatzea eta sintometatik behar bezala bereiztea.

- b) Gertaeraren iraupenak egun bat baino gehiago eta hilabete bat baino gutxiago iraun behar du, azkenik, pazienteak, gaixotasunaren aurreko funtzionamendu egoerara itzultzen delarik.
- c) Gaixotasun hau ez da ezaugarri psikotikodun depresio-nahaste edo nahaste-bipolar batekin hobeto azaltzen, ezta beste nahasmendu psikotikoekin (eskizofrenia edo katatonia) ere. Bestetik, gertaera ezin da substantzia baten ondorio fisiologiko bezala (droga zein medikamentuen ondorio gisara) edo beste gaitz mediko baten bidez arrazoitu.

CIE 11-ren arabera (5) nahasmendu psikotiko laburra 6A23 kodigoan kodifikatua dago, gertaera bat izan duten pazienteak (6A23.0) edo gertaera anitzak dituztenak (6A23.1) bereiziz. Diagnostikorako sintoma psikotikoen agerpen akutua, prodromorik aurkeztu ez izana eta bi asteren buruan sintomen adierazpen maila gorena lortzea hartzen ditu baldintzat. Sintomak oro har, bai izaerari bai intentsitateari dagokionez, azkar aldatzen dira (egun batetik bestera edota egun berean); eta gertaerak, aldiz, egun batetik hilabete batetarako tartea iraun dezake, gehienez ere hiru hilabeteko iraupenarekin. CIE 11-eko, gaixotasun honen diagnostikorako irizpide baztertzailak DSM 5-eko "c" irizpidearekin bat egiten dute.

1.1.1. Diagnostiko diferentziala

Nahasmendu psikotiko laburraren diagnostiko irizpideak abiapuntutzat hartuz, garrantzitsua izango da diagnostiko diferentzial (3) egokia burutzea, sintomen hobekuntza eta oinarrizko gaixotasunaren tratamendu bideratua posible izan daitezen.

Lehenik eta behin, aurrez aipatu bezala, ezinbestekoa izango da sintoma psikotikoak eragin ditzaketen beste eritasunak baztertzea; hau da, gaitz mediko baten ondoriozko edo substantzia batek eragindako nahasmendu bat ez dela ziurtatzea.

Bestetik, sintoma psikotikoak depresio-gertaera handi, maniako edo misto batean bakarrik agertzen badira, ezingo da nahasmendu psikotiko laburra diagnostikatu eta nahaste-depresibo zein bipolarretan pentsatu beharko litzateke. Gainera, nortasunaren nahasteak pairatzen dituen edonork jasan ditzake egoera estresagarri baten ondorioz sortutako sintoma psikotikodun gertaerak, normalean gehienez egun bateko iraupena dutenak, beste diagnostiko gehigarrikerik behar izan gabe. Hari berdinari jarraiki, hilabete bat edo gehiago irauten duen gertaera psikotiko baten aurrean aurkituz gero, beste nahasmendu psikotiko edo eskizofrenia espektroko nahasmendu batean pentsatu beharko litzateke.

Bukatzeko, sintoma psikotikoak borondatez adierazten direnean simulazio eta itxurazko nahasmendua deritzo; beharrezkoa izango da paziente hauek nahasmendu psikotiko laburra pairatzen duten pazienteetatik bereiztea.

1.2. SINTOMATOLOGIA

Nahasmendua definitzen duten lau sintoma nagusien ezaugarriak honakoak dira (3):

Eldarnioak: sineste oker eta irmoak dira, zeinak kontrako probak azalduta ere ezin diren zuzendu; konbikzio osoz eta ziurtasun subjektiboz sostengatua izaten den ideia da eldarnioa. Gizarteko zenbait gairen edukia bildu dezakete, baina ez dira gaixoaren jatorri sozial eta kulturalarekin lotzen edo azaltzen. Ohikoenak pertsekuziozko-eldarnioak dira nahiz eta erreferentziazko-eldarnioak, handitasun-eldarnioak, eldarnio-erotomaniakoak, eldarnio-nihilistak, kontrol-eldarnioak eta eldarnio-somatikoak ere existitzen diren. Maiz zaila izaten da eldarnioak eta sinesteak bereiztea.

Haluzinazioak: kanpoko estimulurik gabe eta kontzientzia-maila egokiko kontestuan pertzibitzen diren gertakari sentsorialak dira. Argiak eta bizi-biziak izaten dira, gaixoengan inpaktu zuzen eta zorrotza sortzeko gaitasuna dutenak, hauen kontrolpetik ihes egiten dutelarik. Nahasmendu psikotiko laburra pairatzen dutenengan entzumenezko haluzinazioak gailentzen dira.

Diskurtso antolatu gabea: normalean, gizabanakoaren diskurtsotik abiatuta sortzen da. Gaixoak elkarrizketa gai batetik bestera bideratu dezake, gaiak elkarren artean kohesio argirik izan gabe, edota eginiko galdera batekin loturarik ez duen erantzuna emanaz. Hala ere, zaila izaten da ulergaitza den diskurtso baten aurrean egotea, hau da, nahiz eta hizketaldi arrakalatsua izan, normalean diskurtsoa modu arin eta ez larri batean nahasia egongo da.

Portaera oso desantolatua edo katatonikoa: modu desberdinetan agertu daiteke, ergelkeria infantiletatik hasi eta aurreikusi ezin den agitazio maila bitarte. Zailtasunak sor ditzake eguneroko gauzak egiterako garaian edo helburu bat izan zein betetzerako orduan. Portaera katatonikoan zentratuz, garrantzitsua izango da nahasmendu psikotiko laburra diagnostikatu berrikan hau duen edo ez zehaztea (adb. nahasmendu psikotiko laburrari lotutako katatonia). Katatonia, irizpide diagnostiko diren hamabi sintometako hiru edo gehiago betetzerakoan definitzen da: estuporea, katalepsia, argizarizko malgutasuna, mututasuna, negatibismoa, jarrera bat hartzea, manierismoa, estereotipia, inguruak eragin gabeko agitazioa, imintzioak, ekolalia eta ekopraxia.

CIE 11-k nahasmendu psikotiko primarioen (eskizofrenia, nahasmendu eskizotipikoa, nahasmendu eskizoafektiboa, eldarniozko nahasmendua eta nahasmendu psikotiko laburra) adierazpen sintomatikoak 6A25 kodigoan kodifikatzen ditu, sintoma positiboak (6A25.0), negatiboak (6A25.1), animo depresiboaren egoera sintomatikoa (6A25.2), animo maniakoaren egoera sintomatikoa (6A25.3), sintoma psikomotorrak (6A25.4) eta sintoma kognitiboak (6A25.5) deskribatu eta aurrez aipaturiko kodigoen gehigarri moduan jokatu dezaketelarik, gaixotasunaren uneko azalpen zehatzago bat emateko (5).

1.2.1. Sintomen ebaluazioaren bidezko larritasun maila

Nahasmendu psikotikoak heterogeneoak direnez, sintomatologiaren agerpen zein larritasunak paper garrantzitsua jokatuko du pazientearen defizit kognitibo maila zehazterako garaian.

DSM 5-ak eskaintzen duen ebaluazio dimentsionalak (**1. eta 2. Taulak**) sintomen larritasunaren aldaketa nabarmenak hautematen ditu modu kuantitatiboan, horregatik oso erabilgarria izango da zortzi sintoma ezberdinen bilakaera jarraitzeko. Klinikoak, zazpi egunetan zehar pazientearen sintomen larritasuna deskribatzen/kuantifikatzen du zerotik-laura bitarteko eskala (0=ez da ageri, 1=zalantzarri, 2=agertze arina, 3=agertze moderatua eta 4=agertze larria) baten bidez, horrela aurreko asteko datuekiko hobekuntzarik egon den, sintoma berririk egon den edo beste nahasmendu batera eboluzionatu duen aztertzen da. Gainera, ebaluazioan deskribaturiko bilakaeraren baitan, nahasmendu psikotiko laburraren pronostiko zein beharrezko tratamendu gida bat edo beste planteatu daiteke (3).

1. eta 2. Taulak. Kliniko batek ebaluaturiko psikosiaren larritasun maila neurtzeko eskala. American Psychiatric Association. DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.(3)

Escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, evaluada por el clínico

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: [] Hombre [] Mujer Fecha: _____

Instrucciones: Basándose en toda la información que usted tiene sobre el individuo y utilizando su valoración clínica, evalúe (con una marca) la presencia y la gravedad de los siguientes síntomas tal y como los ha experimentado el individuo en los últimos siete (7) días.

dominio	0	1	2	3	4	Puntuación
I. Alucinaciones	<input type="checkbox"/> presentes	<input type="checkbox"/> Dudosos (gravedad o duración no suficiente para considerarse psicosis)	<input type="checkbox"/> Presentes pero leves (pequeña presión para actuar según las voces, no muy molesto por las voces)	<input type="checkbox"/> Presentes y moderadas (alguna presión para responder a las voces o se siente un poco molesto por ellas)	<input type="checkbox"/> Presentes y graves (grave presión para responder a las voces o se siente muy molesto por ellas)	
II. Delirios	<input type="checkbox"/> No presentes	<input type="checkbox"/> Dudosos (gravedad o duración no suficiente para considerarse psicosis)	<input type="checkbox"/> Presentes pero leves (pequeña presión para actuar según las creencias delirantes, no muy molesto por las creencias)	<input type="checkbox"/> Presentes y moderados (alguna presión para actuar según las creencias o se siente un poco molesto por ellas)	<input type="checkbox"/> Presentes y graves (grave presión para actuar según las creencias o se siente muy molesto)	
III. Discurso desorganizado	<input type="checkbox"/> No presente	<input type="checkbox"/> Dudosos (gravedad o duración no suficiente para considerarse psicosis)	<input type="checkbox"/> Presente pero leve (alguna dificultad para seguir el discurso)	<input type="checkbox"/> Presente y moderado (discurso a menudo difícil de seguir)	<input type="checkbox"/> Presente y grave (discurso casi imposible de seguir)	
IV. Comportamiento psicomotor anormal	<input type="checkbox"/> No presente	<input type="checkbox"/> Dudosos (gravedad o duración no suficiente para considerarse un comportamiento motor)	<input type="checkbox"/> Presente pero leve (comportamiento motor anormal o desorganizado ocasional)	<input type="checkbox"/> Presente y moderado (comportamiento motor anormal o desorganizado o catatonia frecuente)	<input type="checkbox"/> Presente y grave (comportamiento motor anormal o desorganizado casi constante)	
V. Síntomas negativos (expresión emotiva disminuida, abulia)	<input type="checkbox"/> No presentes	<input type="checkbox"/> Dudosos (disminución de la expresividad facial, prosodia, gestos o la proactividad)	<input type="checkbox"/> Presentes pero leves (disminución de la expresividad facial, prosodia, gestos o la proactividad)	<input type="checkbox"/> Presentes y moderados (disminución de la expresividad facial, prosodia, gestos o la proactividad)	<input type="checkbox"/> Presentes y graves (disminución de la expresividad facial, prosodia, gestos o la proactividad)	

Dominio	0	1	2	3	4	Puntuación
VI. Alteración cognitiva	<input type="checkbox"/> No presente	<input type="checkbox"/> Dudosos (función cognitiva que no está claramente fuera del rango esperado por la edad y el ESE; p. ej. dentro de 0,5 DS de la media)	<input type="checkbox"/> Presente pero leve (alguna reducción en la función cognitiva; 0,5-1 DS por debajo de la media de lo esperado por la edad y el ESE)	<input type="checkbox"/> Presente y moderada (clara reducción en la función cognitiva; 1-2 DS por debajo de la media de lo esperado por la edad y el ESE)	<input type="checkbox"/> Presente y grave (grave reducción en la función cognitiva; >2 DS por debajo de la media de lo esperado por la edad y el ESE)	
VII. Depresión	<input type="checkbox"/> No presente	Dubiosos (sentirse triste; deprimido, con ánimo bajo o desesperanzado; preocupado sobre haber fallado a alguien o a algo pero sin estar absorto en ello)	<input type="checkbox"/> Presente pero leve (periodos frecuentes de sentirse muy triste, con ánimo bajo/moderadamente deprimido o desesperanzado; preocupado sobre haber fallado a alguien o haber estado algo absorto en ello)	<input type="checkbox"/> Presente y moderada (periodos frecuentes de una profunda depresión o desesperanza; preocupación con culpa de haber hecho algo equivocado)	<input type="checkbox"/> Presente y grave (sentirse profundamente deprimido o desesperanzado a diario; culpa delirante o auto reproches no razonables o desproporcionados por las circunstancias)	
VIII. Manía	<input type="checkbox"/> No presente	<input type="checkbox"/> Dudosos (estado de ánimo elevado, expansivo o irritable ocasionalmente, o algo de inquietud)	<input type="checkbox"/> Presente pero leve (periodos frecuentes de estado de ánimo un poco elevado, expansivo o irritable, o un poco de inquietud)	<input type="checkbox"/> Presente y moderada (periodos frecuentes de estado de ánimo bastante elevado, expansivo o irritable, o bastante inquietud)	<input type="checkbox"/> Presente y grave (estado de ánimo muy elevado expansivo, irritable o mucha inquietud a diario)	

CIE 11-k ere sintoma bakoitzaren egoera erregistratzeko larritasunaren-eskalaren balio kualitatiboa eskaintzen du, zeina aurreko puntuan azaldutako sintomen kodigoei gehitu dakioken, sintomen debuta egoera arinean (XS5W), egoera moderatuan (XS0T), egoera larrian (XS25) edo debutik ez (XS8H) dagoen adierazteko, honek gaixotasunaren balorazio osoa eta unekoa egitea ahalbideratuko duelarik (5).

1.3. MOTAK

Hiru nahasmendu psikotiko labur mota bereizten dira, nahasmendu psikotikoa faktore abiarazleren bati egotzi dakioken ala ez arabera. Egoera kultural antzekodun pertsona ez gaixoen artean gertaera bat estres handia sortzera iritsiko balitz eta kasu honetan gaixoaren sintoma psikotikoak gertakari estresagarri horrek abiarazita hasiko balira, estres-faktore nabarmendun nahasmendu psikotiko laburra izango litzateke. Nahasmendu psikotikoa ez balitz gertakari estresagarri baten erantzuna izango edo aurretik gertatu den egoeraren batek ez balu sintomatologia arrazoituko, estres-faktoririk gabeko nahasmendu psikotiko laburra litzateke. Azkenik, nahasmendu psikotiko laburra haurdunaldian edo erditu osteko lehen lau astetan azaleratuko balitz, hasiera peripartoko nahasmendu psikotiko labur deituko litzaiokie. (3)

1.4. ETIOLOGIA

Nahasmendu psikotiko laburra nerabezaroan edo helduaro goiztiarrean agertzen den bat-bateko gertaera da, bataz-besteko adina hogeita hamar urtekoa delarik. Bat-bateko

hasiera duela aipatzean, bi asteren baitan ematen den egoera ez psikotikotik egoera psikotikorako saltoari egiten zaio erreferentzia, maiz prodromorik gabea (3,5).

Sorreraren kausa konkretu ezagunik ez dagoen arren, hainbat faktoreren elkarketaren ondorio dela pentsatzen da; herentziazko faktoreak, faktore biologikoa edo joera genetikoa, ingurugiroa eta faktore psikologikoak paper garrantzitsua jokatzen dutelarik. Esate baterako, nahasmendu psikotikoaren aurrekari familiarra izateak gaixotasunaren sorreran arrisku faktore bezala joka dezake, baina aldi berean, ez litzake baldintza nahikoa izango gaixotasun horren sorrera eragiteko. Ildo beretik, herentziazko faktoreak dituen pertsona bati gerta dakioken gertakari estresagarriren batek ahalmen handiagoa izango du sintoma psikotikoak abiarazteko garaian.

Bestetik, nortasunaren nahasteek eta lehendik dauden izaeraren ezaugarriek (nortasun eskizotipikoaren nahasmenduak, mugako nortasunaren nahasmenduak edo psikotizismoaren eremuko ezaugarriak, hala nola pertzepzioaren desarautzea edo afektibitate negatiboaren ezaugarriak eta mesfidantza) asaldura garatzeko aukera gehitu diezaioke subjektuari, hauek arrisku faktore bezala jokatzen dutelarik.

Erditu ondoko psikosiari dagokionez, ohikoagoa izango da gaitz bipolarra, eskizofrenia, depresio handia edo nahaste eskizoafektiboa duten emakumeengan. Gaixotasun mental diagnostikaturik ez duten emakumeetan aldiz, erditzean izandako traumaren edo aldaketa hormonalen ondorioa izan daiteke.

1.5. BILAKAERA

Etorkizunera begira, indibiduo gehienen pronostikoa ona da bai funtzionamendu sozialari zein sintomatologiaren kontrolari dagokionez. Hala ere, berrerortze tasa altuek eta momentu akutuan suizidio saiakeren arriskua igotzen denaren jakintzak, balorazio, tratamendu eta jarraipen egoki baten beharra azpimarratzen dute (3). Era berean, jarraipen horrek pisu handia izango du, gaixotasunaren bilakaerak determinatu baitezake nahasmendu psikotiko laburraren diagnostikoa. Izan ere, gerta liteke gertaera nahasmendu honen definiziopean egokitasunez defendatzea, edota uste baino luzeagoko iraupen denborak (tarte luzeagoan mantentzen den sintomatologia balego) zein sintomatologia berriaren garapenak, eskizofrenia espektroko beste patologia baterantz bideratzea uste diagnostikoa.

1.6. TRATAMENDUA

Nahaste psikotiko laburra duten gizabanakoen maneiurako lehen pausua ebaluaketa egoki bat burutzeta izango da. Horretarako, pazientearen ingurukoaren, familiako kideen edo gizarte zerbitzuen elkarlana zein hauek eskain dezaketen informazioaren bilketa egokia ezinbesteko izapide dira.

Alde batetik, garrantzitsua izango da pazientearen segurtasun maila bermatzea; hau batez ere sintomatologia psikotikoaren momentu gorenean egin beharko da eta suizidio saiakerak ekiditeko beharrezko diren aurrekarien ikerketa eta galderak hartuko ditu beregain. Bestetik, zenbaiten oinarritzko beharrak asetzeko gaitasun ezak bultzatuta, higiene zein elikadura egokia sostengatzeko praktikak mahaigaineratzeko beharra sortu daiteke. Beraz, nahiz eta gaixotasun beraz hitz egin, tratamendua pertsonifikatzeak eta egoeraren ebaluazio oso eta bateratzailea egiteak, pazientearen orainean zein etorkizunean funtsezko izan daitezken aldaketak zein hobekuntzak ekar ditzake.

1.6.1. Tratamendu farmakologikoa

Antipsikotikoak psikosiaren sintomak gutxitzeko eta desagerrarazteko eraginkorrak dira; haluzinazioak, eldarnioak eta pentsamendu desantolatua tratatzeko lehen lerroko tratamendu bilakatu direlarik. Egiari zor, nahaste psikotiko laburra duten paziente batzuk bakarrik sendatzen direla jakina den arren, zailtasunak daude medikamentuekin tratatzeko erabakia hartu behar den unean, paziente hauen identifikazio egoki bat burutzeko, eta beraz, sintomatologia psikotikoa duen oro farmakoekin tratatua izanen da.

Gaur egun, bigarren belaunaldiko antipsikotikoak preskribatzea balioesten da, lehen belaunaldiko farmakoen eragin desiragaitzak (aho lehorra, ikusmen lausotua, konbultsioak, bihotz-maiztasunaren areagotzea, hipotentsioa zein hipertentsioa, idorreria, zurruntasun muskularra, diskinesia faziala, funtzio neurologikoen alterazioak, sukarra, alterazio metabolikoak eta alterazio sexualak) ekiditeko asmotan, nahiz eta sintomen desagerpenean hobeagoak izatearen zalantzak egon badauden; Estatu Batuetan errezetatutako antipsikotikoen %95 inguru bigarren belaunaldikoak dira (6). Ondorioz, antipsikotiko espezifikoen hautuan, pazientearen sintomak,

honen komorbilitateak eta sendagaiaren eragin desiragaitzak hartzen dira kontuan; adibidez, Risperidona eta Aripiprazola aukera egokia izan daitezke, erabilera erraza eta eragin desiragaitz deigarririk ez dutelako.

Tratamenduaren iraupenari dagokionez, guztiz onartutako jarraibiderik ez dagoen arren, zenbait autorek hilabeteko tratamenduaren gidaritzapean sintomen erabateko erremisioa egonda ere, beste bat, bi edota hiru hilabetez farmakoa mantentzea gomendatzen dute(7). Ondoren, medikazioa kentzerako garaian, hau bat-batean uzteak dituen arriskuak kontuan hartuz, bi astetik lau astera bitartean dosia murriztuz joatea litzake aproposena. Gainera, astero gaixoaren kontrol sistematiko bat burutuz gero, tartean ager litezken intzidentzia berrien berri ahalik eta lasterren izatea lortuko litzateke. Azkenik, antipsikotikoa erabat hartzeari utzi ostean sintomen berragertzea edo hondar sintomen mantentzea balego, terapia farmakologiko luzeago baten beharra baloratu beharko da. Horretarako, lehenik eta behin, nahasmendu psikotiko laburraren berrebaluatze eta diagnostikoaren zalantzatze bat beharrezko litzateke, tratamenduaren luzatzea justifikatua eta egokitasunez gainbegiratua zein bideratua egon dadin.

Antipsikotikoen eragin desiragaitzek, tratamenduaren luzerak, sintomak hobetu arren medikazioa hartzen jarraitu beharrak, mediku-paziente erlazio txarrak, gaixotasunarekiko kontzientzia ezak, gaixotasuna ukatzeak eta zenbait kanpo-baldintzek, tratamendu farmakologikoaren atxikidura eza %40-%60 bitartean mantentzea eragiten du. Atxikidura ezak ondorio ugari ekar ditzake; esate baterako, nabarmen handitzen dira berriro gaixotzeko eta ospitaleratuak izateko aukerak, sintoma zorrotzagoak azaltzeko arriskua handitzen da, bai eta bere buruaz beste egiteko arriskua, eta modu zuzenean, atxikidura ezak kostu ekonomikoa, karga familiarra zein gizarteko kostuak bikoiztea ekar lezake (8).

1.6.2. Tratamendu psikoterapeutikoak

Psikoterapiak oinarritzko tratamendua dira nahasmendu mental orotan; maiz, abordaia psikoterapeutiko egoki batek, tratamendu farmakologikoak hainako (edo handiagoko) inpaktua eduki dezake pazientearen hobekuntzan. Nahasmendu psikotiko laburrari dagokionez, tratamendu farmakologikoarekiko atxikimendu tasa baxuak eta berrerortzeek agerian uzten dute psikoterapien beharra.

Tratamendu psikoterapeutikoaren bidez, beharrezkoa da lan-aliantza eta harreman terapeutikoa bultzatzeko estrategiak garatzea. Aldi berean, garrantzitsua izango da alderdi logistikoak eta laguntzazkoak erraztea, izan ere nahasmendu psikotiko laburra pairatzen duten pertsonak maiz zaugarriak izaten dira gizartearen begietara. Horrez gain, azpimarratzekoa da gaixotasunaren kontzientzia garatzen laguntzearen beharra, ildo beretik, gaixoaren ulermen psikologikoa eta dinamikoa funtsezkoak direlarik. Bestetik, sendagaiak pertsonarentzat duen esanahiak, sintomek esanahi hauen antolamenduan duten eraginak eta transferentzia eta kontratransferentzia alderdiak ulertzea ere laguntza handikoa litzateke.

Eredu psikoterapeutiko ezberdin ugari ezagutzen dira (9):

1. Terapia kognitibo konduktuala: 1953-an, Lindsley, Skinner eta Solomon izan ziren “portaeraren terapia” argitara atera zutenak, terapia kognitibo konduktualaren nolabaiteko sorrerari hasiera emanez. Terapia hauek pentsamendu eta portaeraren arteko loturan dute fokoa, tesi konduktista batetik abiatuz, giza portaera ikasia denaren sinesmenean hain zuzen. Portaera, esanahi pertsonaleko erlazioen, eskema kognitibo propioen eta arauak sortzeko mekanismo ezberdinen arteko erantzun gisara deskribatzen da. Terapia kognitibo konduktualaren helburuak distortsio hutsalen (pentsamenduak, sinesmenak eta jarrerak) eta portaeren aldaketa zein desafioa, emozioen erregulaziorako tresnen hobekuntza eta oraineko arazoak ebazteko estrategien sortze zein hezkuntza pertsonala dira (10,11).

Hau guztiaren oinarria, nahasmendu psikotikoen sorrera zein mantenuan pentsamenduaren distortsioak eta portaera ez-moldagarriek duten eraginaren uste tinkoa da. Beraz, informazioa prozesatzeko tresna ezberdinak trebatuz eta arazoei aurre egiteko mekanismoak ikasiz, sintomatologia eta honek pazientearengan duen inpaktua hobetu zein leundu daitezke, psikoterapeutaren lana hau izango delarik.

2. Interbentzio familiarrak: familiako kide guztien artean krisi egoera gainditzeko beharrezko izan daitezkeen oinarrizko trebetasunak eta ohiturak (portaera eta biziraupenekoak) lantzea du helburutzat. Normalean bizikidetzako ingurune naturalean burutzen da terapia, hala, partaide diren kideak beharrezko mekanismoak garatzeko baldintzarik egokienak eta errealean izango dituzte. Garrantzitsua izango

da familiari laguntzeko sare eta sistema normalizatuak ezartzea (asteroko terapia adb.), pazientea bera asetuta sentitzeko sareak bermatzeaz gain (10,11,12).

3. Tratamendu asertibo komunitarioa: gaixotasun mental larria pairatzen duen edonorentzat komunitatean integratzea faktore babesgarri bat izan daiteke bilakaera klinikoak izan dezakeen ibilbidean zehar, baina batez ere, berrerortze arriskuan daudenentzat, berriz ospitaleratzeko arrisku handia dutenentzat eta etxebizitzaren ezegonkortasuna izan dezaketentzat. Beraz, tratamendu Asertibo Komunitarioa, nahasmendu mental larriak dituzten pertsonentzako laguntza egituratzeko modu bat da, eta pazientearen gizarteko ingurune hurbilera/komunitatera bideratzen du bere jarduna, tratamendurako oinarria osasun mentaleko zentro komunitarioan jarri beharrean (13).

4. Psikohezkuntza: nahasmendu psikotiko baten aurrean, pertsonak gaixotasunaren inguruan hezteko eta informatzeko prozesuari deritzo. Lan honen barruan, zenbait atal bereizten dira; hala nola, nahasmenduaren ezagutza zabaltzea, arazoak konpontzen laguntzeko tekniken ikasketa eta emozionalki ahal beste garatzea edo garatzeko tresnak lantzea (11).

5. Terapia psikodinamikoa: psikoterapia mota honen arabera, haurren esperientziek, ebatzi gabeko gatazkek eta aldez aurreko harremanek gizabanakoaren egungo egoeran eragin nabarmena dutela onartzen da, helduen harremanak haurtzaroan hasten diren patroï inkontzienteen azpiproduktu gisa ulertzen direlarik. Psikoterapia psikodinamikoak pertsonen arteko harremanen, gatazken eta desioen eredu inkontzienteak aurkitzen ditu, hauek landu eta norberaren funtzionamendua hobetzeko asmoz (10).

6. Esku-hartze goiztiarra: psikosiaren esku-hartze goiztiarreko programak osasun mentaleko zerbitzu espezializatuak dira, zeinak zainketa estandarretatik bi ezaugarrik bereizten dituen: antzemate goiztiarra eta fase bakoitzari dagokion tratamendu espezifikoren burutzea (14). Sintoma psikotikodun gaixoei arreta egoki eta integrala eskaintzea du helburutzat, bai ikuspegi kliniko zein ikerketa ikuspegitik. Jakina da programa batzuetan psikosia garatzeko arrisku faktore asko dituzten pertsonak ere tratatzen direla, prebentzio neurri gisan (12).

Oro har, programa hauetan disziplina anitzeko osasun-taldeak aritzen dira eta paziente karga baxua izanik, pazienteekin modu hurbilago batean lan egitea ahalbidetzen dute.

7. Pakete integratu multimodalak: ikuspegi anizkoitza ematea helburu duen tratamendu psikoterapeutiko mota bat da. Hierarkikoki ordenaturiko bost azpiprograma ditu eta modu sekuentzian irakasteak bere garrantzia izango du, izan ere, terapia mota hau funtzionamendu neurokognitiboko oinarritzko defizitek portaeraren antolamenduan duten eraginean oinarritzen da. Hauek dira, hurrenez hurren, azpiprograma horiek (15): bereizketa kognitiboa, pertzepzio soziala, ahozko komunikazioa, trebetasun sozialak eta pertsonen arteko arazoaren konponketa.

8. Testuinguru terapiak: kontestua eta balio indibiduala erlazionatzen dituen terapia ezberdinen multzoa da; hala nola, onarpen- eta konpromezuzko-terapia, *mindfulness* terapia, errukian zentratutako terapia, pertsonan oinarritutako terapia kognitiboa, terapia analitiko funtzionala eta terapia dialektiko konduktuala bereiz daitezke, besteak beste.

Testuingurua aztertzeari esker, gaixoaren jardun pertsonala (norberari buruzko arau edo edukia) maila sakonago batean ezagutu daiteke, baita honek kontestuan duen eragina ere. Helburua esanahi pertsonala duten funtzioei protagonismoa ematea eta hauek pazientearen ekintzak orienta ditzatela da, historia pertsonala jokabidearen funtsezko oinarri moduan kokatuz. Zenbait terapia terapeutaren eta pazientearen portaeraren arteko trukearen azterketa funtzionala analizatzeaz ere arduratzen dira (16).

9. Gizarte-gaitasunen trebatzea/entrenamendua: gaixoak, zenbait egoera desberdinetan, beste pertsona ezberdinekin modu eraginkorrean erlazionatzeko tresnak irakastea eta harremanak hobetuz autoestimua eta norberaren buruarekiko segurtasuna hobetzea du helburutzat (11).

Entrenamenduaren jatorria Salterri egozten zaio, zeinak pertsonen adierazkortasuna handitzeko sei teknika deskribatu zituen (17); emozioen ahozko eta aurpegiko adierazpen teknika, lehen pertsonan hitz egiteko teknika, laudorioak onartzeko edo adostasuna adierazteko teknika, desadostasuna adierazteko teknika, bat-bateko

inprobisaziorako gaitasuna lantzeko teknika eta bat-bateko ekintzak burutzeko teknika.

10. Errehabilitazio kognitiboa: errehabilitazio kognitiboak garunaren funtzionamendu optimoari eragiten dioten lesio edo gaixotasunen ondoriozko defizit kognitiboa konpentsatzeko edo hobetzeko erabiltzen diren metodo terapeutikoak hartzen ditu aintzat (18). Material gisara, ariketa berezidun koadernoak eta ariketa mentalak (puzzleak, oroimenezko jardunak...) erabiltzen dira. Terapia okupazionalaren bidezko estimulazio kognitiboa ere, gero eta baliabide ezagunagoa da.

2. HELBURUAK

Lan honen helburuak honakoak dira:

- Nahasmendu psikotiko laburra lantzea, honen ezagutzan sakonduz, diagnostiko irizpideak eta kodifikatzeko moduak ikasiz eta diagnostiko diferentzialak egiteko gaitasunak zizelatzuz.
- Tratamendu psikoterapeutikoaren berri izatea eta eredu ezberdinak ezagutzea.
- Nahasmendu psikotiko laburrean psikoterapien aplikagarritasuna edo jokatu dezaketen papera zein den analizatzea, gaixotasunaren egoera jakinetan psikoterapia mota desberdinen hautua egiteko gaitasunak eskuratzea eta bide batez, psikoterapien prebentzioan zein tratamendu gisara erakutsi duten ebidentzia maila aztertzea.

3. MATERIAL ETA METODOAK

Lan honen helburuak gauzatzeko, oinarria izan den errebisio bibliografiko bat burutu da.

Gaia zentratu eta ahalik eta zehatzen jarduteko asmoz, PIO (*Patient, Intervention, Outcomes*) egitura jarraitu da:

- Pazientea: nahasmendu psikotiko laburra duten pazienteak.
- Esku-hartzea: tratamendu psikoterapeutikoa, psikoterapia eredu ezberdinak.
- Emaitzak: prebentzioa eta gertaeraren esku-hartzea.

Lehenik eta behin, gaia ezagutzeko eta azken helburua modu egokian heldu ahal izateko, nabigazio-orri, datu-base zein erreferentziazko liburu ezberdinetan (DSM 5, CIE 11, Manual de tratamientos psicologicos: Adultos, Tratado de psiquiatria Vol II.) nahasmendu psikotiko laburraren eta psikoterapia ezberdinen azaleko bilaketa bat egin da. Datu-baseetara (UpToDate, Dynamed, adibidez) sartu ahal izateko, OpenAthens sistemaren bidez burutu da sarbidea. Behin informazio fidagarri eta aberasgarri baten jabe izanik, 2022-ko urritik abendura bitarte lanaren sarrera bilakatu den idatzia osatzeari ekin zaio.

Informazioa eta gaia modu zehatzean landurik eta barneraturik izan ostean, lanaren mamia den azken helburuari jarraiki, jarraibide zuzen eta zehatzeko bilaketa bibliografiko bat burutu da, horretarako, erreferentziazko bost datu-base erabiltzea erabaki delarik: PubMed, PsycInfo, Tripdatabase, Clinical Trials eta Cochrane Library.

3.1. BILAKETA ESTRATEGIA

Erabili diren hitz-gakoak “brief psychotic disorder”, “psychosis” eta “psychotherapies” izan dira, MeSH (*Medical Subject Headings*) deskriptoreko terminoak berriz, "psychotherapy" [MeSH Terms] eta "psychotic disorders" [MeSH Terms], eta hauek “AND” operatzaile bolearra erabiliz lotu dira. Deskriptorearekin egindako bilaketek, datu-base gehienetan ez dute emaitzarik eman eta eskuratutako ikerketa urriak aldiz, baztertuak izan dira jarraian datozen barneratze irizpideak ez betetzeagatik. Beraz, bost datu-baseetan hitz-gakoetan oinarritutako bilaketa erreproduzigarriak burutu dira.

Barneratze irizpideak konkretatuz, bilaketa hamar urteko tartera (2013-2023) mugatu da eta irakurgaietako hizkuntza, berriz, ingelesera. Horrez gain, testu osoaren eskuragarritasuna zein *abstract*-aren irakurgarritasuna bete beharreko baldintzatzat jo ondoren, meta-analisi, errebisio eta entsegu klinikoetara doitu da bilaketa.

Baheketa aurreko baztertze irizpide bakarrak izenburu zein *abstract*-ean “antipsychotics” hitzaren erabilpena edota bukatu gabeko azterketak izatea izan dira, barneratze irizpideak ez betetzearekin batera.

Irizpide hauen baitan, 2023-ko urtarrilaren 4-etik 10-era bitartean datu-base bakoitzaren bilaketa lagina honakoa izan da: PubMed-en 244 artikulua, PsycInfo-n 152 artikulua, Tripdatabase-n 58 artikulua, Clinical Trials-en 172 artikulua eta Cochrane Library-n 269 artikulua, guztira 895 artikulua eskuratuz. Gainera, martxo bitartean, datu-base bakoitzeko jakinarazpenak aktibaturik mantendu dira, gaiaren inguruko argitalpen erabilgarriak baleude, hauen berri izateko; ez da baliagarria suertatu den ikerketarik plazaratu.

3.2. BAHEKETA

Lehen bahetze pausua artikulua errepikatuak kentzeaz gain, izenburuaren baitakoa izan da, horretarako bertan nahasmendu psikotikoari zein psikoterapieiei erreferentzia egitea beharrezkotzat hartu da, gainerako buru nahaste edo tratamenduak oinarritzat dituzten ikerketak baztertuz; lagina 118 artikuluetara bahetzea lortu da.

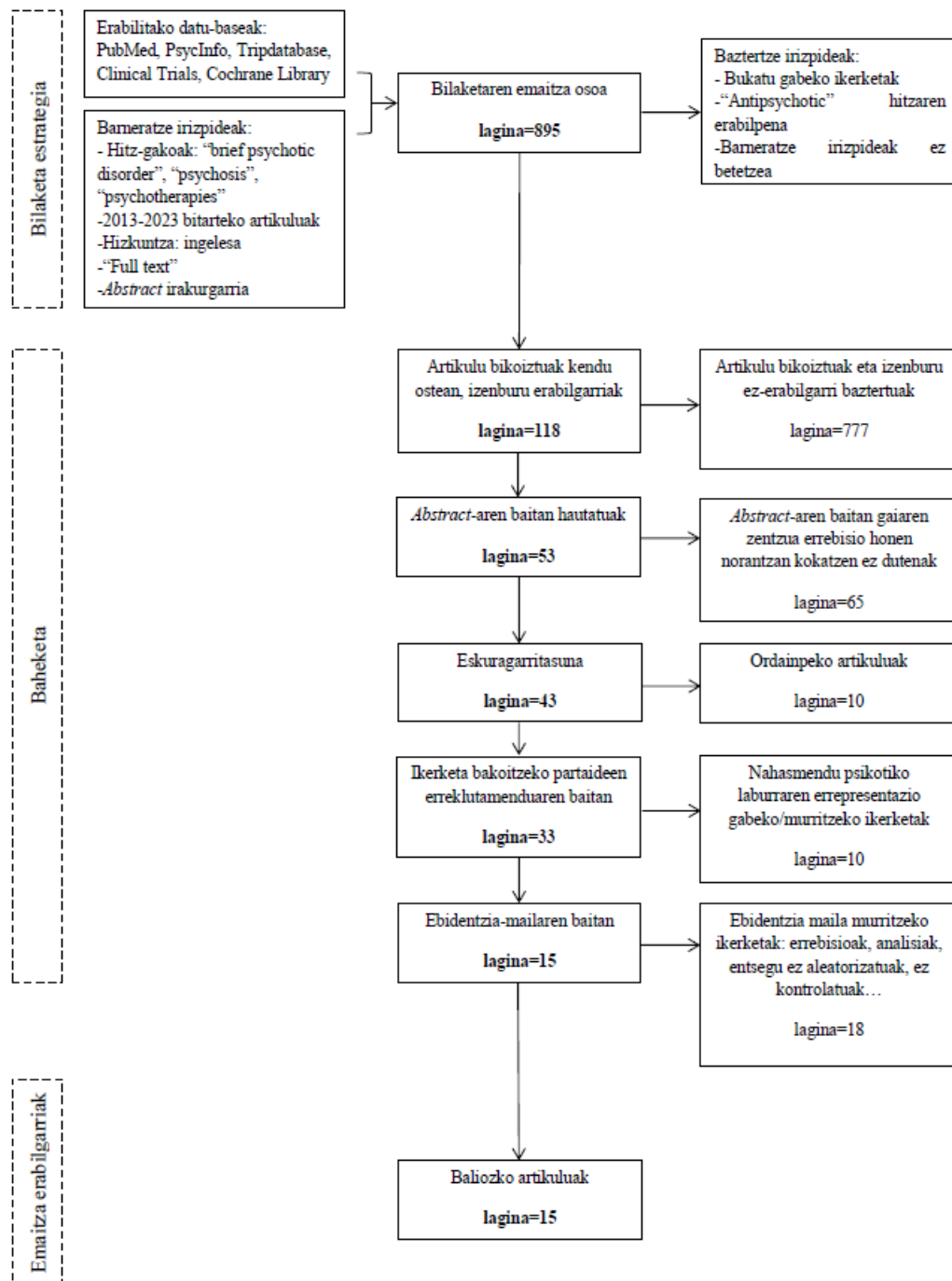
Bigarrenik, 118 artikulua horien *abstract*-ak irakurtzeari ekin zaio, modu zehatzago batean, lan honetako gaiari egoki datozkion artikuluen aukeraketa burutzea ahalbideratuz, 53 artikulua hautatu direlarik. Jarraiki, artikulua horien eskuragarritasuna aztertu da, 10 artikulua ordainpekoak izateak, bilaketa 43 laginetara murriztea eragin du.

Ondoren, artikulua bakoitzeko metodologia ataleko pazienteen/partaideen erreklutamendua analizatu da. Barneratze irizpide honek nahasmendu psikotiko laburraren presentzia zein ikerketa bakoitzean gaixotasun honek duen errepresentazioaren aztertzea izan du helburutzat, artikulua errebisio honetarako baliagarria dela bermatzeko asmotan; 10 artikuluen baztertzea bideratu du irizpide honek. Behin 33 artikulua soilik izanik baheketako azken pausuari ekin zaio. Azken pausu hau artikuluen ebidentzia-mailaren baitan bahetzean zentratu da, ebidentzian oinarritutako errebisio bat egitea xedetzat hartuz; beraz, meta-analisiak, errebisio sistematikoak eta entsegu kliniko aleatorizatuak soilik aukeratu dira, hala ez ziren 18 artikulua kanpoan utzi eta azkenik, 15-eko laginketa bat erdietsiz.

Azken 15 artikulua hauek landu eta erabili dira lan honen mamia osatzeko.

3.3. BILAKETA BIBLIOGRARIKOAREN LABURPENA: FLUXU-DIAGRAMA

1. Irudia-k laburtzen du errebisio bibliografikoaren egitura.



1. Irudia. Bilaketa bibliografikoaren fluxu-diagrama. Ezker aldean barnertze irizpideak agertzen dira, eskuin aldean aldiz, bazterte edo kanporatze irizpideak eta erdian, balizko artikulua kopuruen norantza irudikatzen da.

4. EMAITZAK

Emaitzak modu narratiboan azaltzearekin batera, baliozko artikulua bi norantza nagusitan bideratu dira. Alde batetik, bost artikulutan oinarrituz, gaitzaren prebentziora edo psikosi arrisku handiko populazioaren esku-hartze goiztiarrera zuzendutako tratamendu psikoterapeutikoak aztertu dira. Bestetik, nahasmendu psikotiko laburra pairatzen duten pertsonengan aplikagarri diren psikoterapiak eta errekupeziara bideraturiko tratamenduak landu dira, azken hau hamar artikulutan sostengatu delarik.

Emaitzak taula batean azaltzea interesgarria den arren, taulak emaitzak parekatzeko tresna baliagarriak bezain bisualak direla ulertu ostean, lan honek konparaketarako gune estua duela konprenitu da. Alde batetik, ezinezkoa delako psikoterapien erabilera konparagarria izan dadin ezaugarri amankomunak izendatzea, nahiz eta terapia beraz aritu, hau oso nahasia baita. Bestetik, heterogeneotasun honek berak baldintza dezake erduek paziente ezberdinen izango duten eragina, tartean ikerketaren forma moldatu dezaketenez moderatzaile ezezagun bezain konplexuei lekua emanez. Beraz, ezinezkoa delako, baizik egokitasuna bermatzeko hautua eginik, emaitzen laburdura taularik ez erabiltzea erabaki da.

4.1. PREBENTZIOA

2014-n, Okuzawa N. eta kolaboratzaileek (19), psikosi arrisku handian dauden nerabe zein gazteei bideraturiko psikoterapiak analizatu zituzten errebisio sistematiko baten bidez. Helburua arrisku kliniko handiko gizabanakoetan psikosirako konbertsio tasak murrizteko esku-hartze psikoterapeutiko goiztiarren efizientzia ebaluatzea izan zen. Horretarako sei entsegu kliniko aleatorizatu analizatu zituzten, zeinak hautagarritasun irizpide eta oinarritzko ezaugarri komunak partekatzen zituzten; hala nola, sei ikerketek ikergai zen terapia kognitibo konduktuala tratamendu zentralizat hautetsi zuten, kontrol baldintza ezberdinekin alderatzeko. Guztira 800 paziente bildu ziren, zeinak 6 edota 12 hilabetez tratatu ostean, beste 12 hilabeteetan zehar jarraipena burutu zitzaien, entsegu kliniko batean jarraipena 3 urte bitartera luzatu zelarik. Hiru entsegu kliniko emaitza primarioarekiko estatistikoki esanguratsu suertatu ziren; hau da, ikerketa hauetan arrisku handiko egoera batetik psikosira eraldatzeko tasen murriztea

handiagoa izan zen terapia kognitibo konduktuala jaso zutenengan, kontrol taldearenean baino. Bigarren mailako aldagaiei dagokienez (sintomen larritasuna, angustia, funtzionamendu globala, depresioa, antsietate soziala, bizi-kalitatea, gaixotasun prozesuan harrapatuta egotearen sentimendua...), orokorrean bi taldeen arteko ezberdintasun agerikorik ez zen azaldu. Bi ikerketek ordea, denbora batera, interbentzio psikoterapeutikoa jasotako partaideen sintoma prepsikotikoen larritasun maila txikiagoa zela adierazi zuten. Beste ikerketa batek aldira, talde berean eta kontrolarekiko, sintoma psikotiko subklinikoen ondorioz nabaritutako angustia eta gaixotasun prozesuan harrapatuta egotearen sentimendua modu esanguratsuan murriztagoa zela azaleratu zuen.

Ari berdinari tiraka, Hutton P. et al.-ek (20), 2014. urtean psikosiaren prebentziorako terapia kognitibo konduktualaren erabilpenari buruzko metaanalisi bat burutu zuten. Argitalpen honetan sei entsegu kliniko aleatorizatu hartu ziren kontuan eta guztiek terapia kognitibo konduktuala oinarritzko interbentzio gisan izendatu ostean, “kontrola” zeritzon ohiko tratamenduarekin (monitorizazioa) edo laguntza tratamendu ez espezifikatuarekin alderatzea zuten xedetzat. Emaizen ebaluazioa tratatzen hasi eta 6, 12 eta 18-24. hilabeteetan gauzatu zen. Emaiza printzipalak psikosira iragatea izan zuen oinarri eta sei ikerketek tratamendu psikoterapeutikoa jasotzen zebiltzan partaideak modu esanguratsuan iragate tasa nabarmen txikiagoak zituztela adierazi zuten (trantsiziorako arrisku-erlatiboa esku-hartutakoengan %50 baino gehiago murriztu zen), 6 hilabete osteko ebaluazioaren esanahi estatistikoa besteena baino ahulagoa izan zelarik. Bigarren mailako emaitzak, aurreko errebisioaren antzera, sintoma orokorren minimizazioa, funtzioaren hobekuntza eta bizi-kalitatea izan ziren, eta nahiz eta terapia kognitibo konduktualak 12. hilabeterako sintoma subliminalen murriztapen adierazgarri bat azaldu, orokorrean aldagai hauekiko ez zen tratamenduarekin erlazionaturiko emaitza esanguratsurik topatu.

2022-an ere, Zheng Y. eta taldekideek (21), aurrez azaldutako metaanalisiaren lorratzei jarraiki, terapia kognitibo konduktualak psikosiaren egoera prodromikoan zuen eragina analizatu zuen, terapia kognitibo konduktuala eta beharretan oinarritutako esku-hartzeak (monitorizazioa, laguntza-terapia, ohiko tratamendua eta entzute erreflexibo zuzendu gabea) konparatzen zituen metaanalisi batean. Hamar entsegu kliniko aleatorizatu hautatu ziren, denera 1128 partaide bildu zituztenak.

Ebaluaketak 6, 12, 24 eta 24. hilabetea baino gehiagora burutu ziren, aurreko bi lanetan aztertutako emaitza primario eta sekundario berberak zehaztuz. Tratamendu psikoterapeutikoa beharretan oinarritutako tratamenduarekin alderatuz, lehen psikosi gertakarirako trantsizio tasa murrizagoarekin lotu zen, esangura estatistikoak aurkituz 6, 12, 24 eta 24 hilabete baino gehiagora. Bestetik, 12 eta 24 hilabetera, terapia kognitibo konduktualak sintoma positibo indargabetuak murrizteko gaitasun txiki baina sendoa erakutsi zuen, hala baina, lehen 6 hilabetetan murrizteak ez zuen esangurarik azaldu. Gainera, Hutton P. et al.-ek argitaraturiko lana babestuz, funtzionamendua, depresioa eta bizi-kalitatea bezalako aldagaien hobekuntza ez zen adierazgarria izan bi taldeak konparatzerako garaian.

O'Brien MP eta kolaboratzaileek (22), entsegu kliniko aleatorizatu bat argitaratu zuten 2014. urtean, psikosi arrisku handia zuten pertsonen harremanetan interbentzio familiarrek izan zezaketen eragina argitu nahian. 66 nerabek eta euren familia-kideek (ama, aita, bikotea) hartu zuten parte; lehenik hamar minutuko elkarrizketa baten bidez arazo ezberdinak ebazteko eztabaidak ebaluatu zitzaizkien, interbentzio ostean (6 hilera) elkarrizketak berrartu eta ebaluaketa berri bat burutu zitzaielarik. Paziente hauetatik 38-k familiar zentratutako terapia jaso zuten zeinak psikohezkuntzan, komunikaziorako eta arazoak ebazteko prestakuntzan zentratutako 18 sesio izan zituzten lan-tresnatzat; gainerako 28-ei aldiz, hiru sesiotan arreta hobetua zeritzon psikohezkuntza terapiak eskaini zitzaizkien. Tratamendu saioak bi baldintzetan 50 minutukoak izan ziren, eta psikoterapia saioa familia bakoitzarekin modu indibidualizatuan burutu zen. Emaitzei dagokienez, interbentzio familiarretan parte hartu zuten pertsonen hobekuntza esanguratsua erakutsi zuten komunikazio konstruktiboan, jokabide gatazkatsuen murriztapen sendoa adieraztearekin batera. Hauek, arreta hobetua jaso zutenekin alderatuz, gorakada positiboagoa izan zuten entzute aktibo zein komunikazio lasaian; era berean, suminkortasun, haserre, kexa, kritika eta zereginetik kanpoko aipuen gutxiagotze nabarmen bat azaldu zutelarik. Aldaketa guzti horiek, 6 hilabetera, berdin gertatu ziren bai arrisku handiko parte-hartzaileengan, baita haien senideengan ere. Ikerketa hau ez zen populazio honetan interbentzio familiarrek nahasmendu psikotikora iragatean izan zezakeen eragina aztertzerantz iritsi.

Loewy R. et al.-ek (23), 2016-n, psikosirako arrisku kliniko handiko pertsonen ondoren izan dezaketen trantsizio psikotikoa eta mundu errealerako funtzionamendua aurreikusten duen narriadura kognitiboa erakutsi ohi dutela oinarritzat hartuz, prestakuntza kognitiboak, entzumen entrenamendu kognitibo intentsiboak kasu, onurarik ekar lezakeen ikertzeko entsegu kliniko aleatorizatu itsu-bikoitza zertu zuten. Horretarako 83 partaide gazte/heldu bildu zituzten, zeinak psikosirako arrisku kliniko handia erakustez gain, entrenamendu kognitiboko taldean edo kontrol taldean banatu ziren. Interbentziarako, entzumen informazioaren prozesamenduaren abiadura eta zehaztasuna hobetzeko sortutako ariketa informatikoak diseinatu ziren, hauek bide batez, entzumen eta hitzezko lan-memoria lantzea eragiten zutelarik. Kontrol taldeak, berriz, jolas informatiko ezberdinak txandakatu zituen, interbentzio taldearen ordu kopuru berdinean (40 ordu gutxi gorabehera). Partaideak proba neurokognitiboekin ebaluatu ziren, sintomen eta funtzionamenduaren baitan kalifikatu ostean, entrenamenduaren aurretik eta ondoren bi taldeak alderatuz. Desertzio tasa %42-koa izan zen. Emaizetan zentratuz, hitzezko memoriak elkarrekintza esanguratsua erakutsi zuen denbora baldintzarekiko. Analisisiek esku-hartutako taldeak hitzezko memoriaren hobekuntza esanguratsua izan zuela agerian utzi zuten eta baita kontrol taldean aldagai beraren beherakada baten aztarna, nahiz eta azken hau esanguratsua izatera ez iritsi. Amaitzeko, denborarekin bi taldeetako sintoma positibo zein orokorrak hobetu zirela ikusi zen.

4.2. NAHASMENDU PSIKOTIKO LABURRAREN ESKU-HARTZEA

Braehler C. eta taldeak (24), 2013. urtean, entsegu kliniko aleatorizatu bat osatu zuten errukian zentratutako talde terapia psikosi gertaera batetik errekuperatzen dabilen pertsonarentzat segurua, egokia zein onuraduna den eta zein aldaketa eragin ditzakeen aztertzeko asmotan. 40 paziente bildu zituzten, talde aktiboa izango zen ohiko tratamenduari gaineratutako errukian zentratutako talde terapia, kontrola zeritzon ohiko tratamenduarekin alderatzeko. Interbentzio psikoterapeutikoa 16 sesiotan eman zen, hau astero ordu beteko saiotan banatu zelarik. Partaideak, aleatorizatu aurretik eta ikerketa ostean ebaluatu ziren. Errukian zentratutako talde terapiak ez zuen kontrako gertaera kaltegarrikerik azaldu, gainera, uzte tasa baxua eta onargarritasun altua erakutsi zituen. Emaizta zentraleri dagokienez, talde aktiboa hobekuntza kliniko handi eta

esanguratsuekin lotzeaz gain, errukiaren hazkunde adierazgarriarekin erlazionatu zen. Azken honek, modu adierazgarrian depresioaren murrizpenarekin eta bazterte sozialaren pertzepzioaren hobekuntzarekin erlazio zuzena zuela ondorioztatu zuten.

Ostergaard Chistensen T. et al.-ek (25), 2014-an, entsegu kliniko aleatorizatu bat burutu zuten zeinetan errehabilitazio kognitiboa esku-hartze goiztiarreko zerbitzu batekin konbinatuta, esku-hartze goiztiarreko zerbitzuan jasotako tratamendu soilarekin konparatu nahi izan zen. Lehen gertakari psikotikoa pairatu eta urte betez gutxienez tratamenduan zeramaten 116 gaixo hautatu ziren, ikerketarako errehabilitazio saioen ostean (4 hilera) zein jarraipenean (12 hilera) ebaluazio ezberdinetara bideratu zirelarik. Errehabilitazio kognitiboa 16 astetan zehar, astean bi aldiz eta ordu bateko sesiotan banatu zen; horrez gain, partaideak bi astetik behin eguneroko gaitasunei buruzko elkarrizketak mantentzen zituzten. Emaidza primariotzat onartu zen trebetasun funtzionalak ez zuen aldaketarik erakutsi taldeei zegokienean, ez saioen ostean ez jarraipenean. Aldagai sekundarioei dagokienez, errehabilitazio ostean, esku-hartutako taldeak esangura estatistikoa erakutsi zuen autoestimuari, sintomen (positibo zein negatibo) hobekuntzei, psikopatologia orokorraren egokitzeari eta hitzezko ikaskuntza menperatzeari buruz jardutean. Jarraipenean, berriz, hitzezko ikaskuntzaren menperatzean, memoriaren lanketan eta sintoma positiboen hobekuntzan emaitza esanguratsuak adierazi zituen, gainerako aldagai sekundarioen azterketek esangura galdu zuten bitartean.

Ardatza esku-hartze goiztiarreko zerbitzuetan jarriz, 2015. urtean, Chung Chang N. eta kolaboratzaileek (26), lehen gertaera psikotikoaren esku-hartze goiztiarreko tratamendu espezializatua urtebetez luzatzearen (oinarrizko esku-hartze intentsibo goiztiarra bi urtetakoa izanik) eragina ezarri nahi izan zuten. Horretarako, entsegu kliniko aleatorizatu itsu-soil bat gauzatu zen, Hong Kong-eko interbentzio goiztiarreko zerbitzutik 160 paziente errekrutatuz eta hauek ausazko bi taldetan bereiziz. Esku-hartutako taldean interbentzio goiztiar hedatua burutu zen, hau da, urte betez luzatu zitzairen funtzionamenduaren hobekuntzan zentratu zen interbentzioa (psikohezkuntza) eta kontrol taldean berriz, konparagarri izan zedin, zainketa mugatua eskaini zitzairen gainontzeko 78 pazienteei. Urtebete horretan, hasi aurretiko, lehen 6 hilabete osteko eta 12. hilabeteko partaide guztien ebaluaketak burutu ziren. Neurtu ziren aldagaiak funtzionamendua, sintomen egoera, gaixotasunaren erregresioa eta

oinarrizko tratamenduaren uzte tasa izan ziren. Hasierako ebaluazio funtzionalean, bi taldeetan, bi urtez interbentzio goiztiarra jaso ostean, partaideek gradu ertaineko ezgaitasun funtzionala zutela ikusi zen. Jarraipenean psikoterapia aktiboa jaso zutenek, kontrol taldearekiko, funtzionamenduaren hobekuntza esanguratsuak erakutsi zituzten; baita sintoma negatibo eta depresiboen murriztean eta tratamendu ambulatorioaren uzte tasaren apaltzean ere. Ezin izan zen sintoma positiboen hobekuntza, gaixotasunaren erremisioa edo berrerritze tasa bezalako emaitza adierazgarriak zehaztu.

Urte berean, Ruggeri M. eta kolaboratzaileek (27), Italiako osasun mentaleko zerbitzuetan, lehen gertaera psikotikoaren esku-hartze goiztiarrerako elementu anitzeko terapia psikosozial baten bideragarritasuna eta eraginkortasuna frogatu nahi izan zuten. Elementu anitzeko interbentzio psikosozialak, terapia kognitibo konduktuala, interbentzio familiarra eta ohiko tratamenduaren bitartez burututako kasuen maneia integratu zituen, zeina entsegu kliniko aleatorizatu batean ohiko tratamenduekin (ambulatorioko tratamendu psikofarmakologiko pertsonalizatua eta laguntza kliniko zehaztugabea) alderatu zen. Esku-hartze optimoak terapia kognitibo konduktualeko 20 saio eta interbentzio familiarreko 10 saio barne hartzen zituen. Interbentzio taldeko 272 paziente eta kontrol taldeko 172 paziente ebaluatu ziren, ikerketaren hasieran eta 9 hilera. Ikerketa honen uzte tasa %10 baino baxuagoa izan zen. Emaitzei dagokienez, lehenik eta behin, talde esperimentalak sintoma orokorren eta psikopatologia orokorraren gutxiagotze esanguratsua izan zuela ikusi zen. Elementu anitzeko psikoterapiak sintoma positibo eta negatiboen hobekuntza orokor bat azaldu arren, esanahi estatistikoa sintoma espezifiko batzuek (nahaste kontzeptualak, etsaitasuna, atzerako soziala eta ardura) soilik lortu zutela zehaztu zen. Ez zen ospitaleratze zein egonaldia iraupenean ezberdintasunik topatu. Bestalde, bigarren plano batean, funtzionamendu orokor, ongizate emozional eta eldarnioen uste subjektiboan, hobekuntza adierazgarriak erakutsi zituen interbentzio taldeak kontrol taldearekin erkatuz. Konparaketa berean ezin izan ziren zerbitzuarekiko atxikimendu tasen edota entzumen haluzinazioen karga subjektiboaren ezberdintasunak azalderatu.

Tratamendu integral eta disziplina anitzekoei jarraiki, 2016. urtean Kane JM. et al.-ek (28), lehen gertaera psikotikoa tratatzeko NAVIGATE izeneko tratamendu esperimental bat konparatu nahi izan zuten ohiko tratamenduekin. Tratamendu

esperimental honek lau esku-hartze nagusi zekartzan integraturik: farmakoen administrazio pertsonalizatua, psikohezkuntza familiarra, erresilentzian zentratutako terapia indibidualizatua (testuinguru terapietako bat) eta sostengatutako lan eta hezkuntza. Entsegu kliniko aleatorizaturako 404 partaide errekrutatu ziren zeinei gutxienez bi urtean tratamendua eman zitzaie, jarraipenean zehar ebaluatu. NAVIGATE programako 223 pazienteek, bizi kalitatean, psikopatologiaren orokortasunean (oinarri intrapsikikoen hobetzea, sintomen hobetzea, erlazio interpertsonalaren hobetzea, depresioaren gutxiagotzea) eta lan zein eskolako asistentziari zegokionez, hobekuntza handiagoa esperimendu zuten ohiko tratamendua jaso zuten 181 pertsonekin alderatuz gero. Ospitaleratze tasak nahiko txikiak izan ziren eta ez zen taldeen arteko ezberdintasunik ikusi. Bestetik, aldagai sekundariotzat psikosi gertaera tratatu arteko denbora tarte zehaztu zuten eta mediana 74 astetan kokatzen zela ondorioztatu ostean, tratamendua gero eta gehiago atzeratu (>74 aste), emaitzak modu esanguratsuan okertzen zirela frogatu zen.

2016-n, Hazzel C. eta taldeak (29), intentsitate baxuko, hau da, 16 sesio azpiko, terapia kognitibo konduktualaren potentziala aztertzea jomugatzat zuen metaanalisi bat gauzatu zuten. Hamar entsegu kliniko aleatorizatu aztertu ziren, psikosi sintomak pairatzen zebiltzan 631 partaide bildu zituztenak; 315 pertsonen intentsitate baxuko terapia kognitibo konduktuala jaso zuten, 316-k kontroleko interbentzioa jaso zuten bitartean. Bost ikerketek terapia kognitibo konduktuala modu indibidualean eskaini zuten, beste bostek talde terapia gisara eskaini zutelarik. Entseguen jarraipen aldia 3 eta 18 hilabete bitartekoa izan zen. Uzte tasen batz-batekoa %5,5-ekoa izan zen. Sintoma psikotikoen hobetzeari dagokionean, taldeen arteko ezberdintasun esanguratsuak topatu ziren, bai interbentzio oste zein jarraipeneko ebaluaketetan. Bestalde, depresio, antsietate eta pertsonen funtzionamendua bezalako emaitza sekundarioetan zentratuz, interbentzio ostean ez zen diferentzia adierazgarri ikusi, baina jarraipenean, depresioaren murrizpen eta funtzionamenduaren hobekuntza esanguratsuak aurkitu ziren intentsitate baxuko terapia kognitibo konduktuala jaso zuen taldean. Azkenik, emaitzak moderatu zitzaizkien moderatzaile batzuk ikertu ziren, hala nola, ikerketaren kalitatea (itsu-sinplea zen edo ez), terapeutarekin mantendutako kontaktua (ordu eta sesio kopurua) eta eskainitako terapia (indibidualizatu zein taldekakoa). Moderatzaileek emaitzetan eragin adierazgarri ikusi ez zutela sumatu

zen. Intentsitate baxuko esku-hartzeak, kostuak handitu gabe eta populazio askoz handiagora iristeko asmoz, onuragarriak izan daitezkeela azaldu zuten.

Terapia kognitibo konduktualaren aztertzearekin jarraituz, 2020-an Sönmez N. eta kolaboratzaileek (30), entsegu kliniko aleatorizatu bat sortu zuten depresio zein autoestimu baxuan zentratu nahirik, psikosi goiztiarrean honek izan zezakeen eragina ikertzeko asmotan. 63 paziente errekrutatu ziren, ausazko bi talde ezberdinetan multzokatu zirenak; talde esperimentalak (n=32) terapia kognitibo konduktuala gehieneko 26 sesiotan jaso zuen eta kontrolak (n=31) aldiz, ohizko tratamendua 6 hilabete azpiko denbora tartean. Terapia kognitibo konduktuala 45 minutu inguruko asteroko sesioetan eskaini zen eta hiru etapa nagusitan banatu zen lanketa; lehen etapan konpromezua eta estres-zaurgarritasuna landu ziren, bigarren etapan sintoma depresibo eta autoestimu baxua eta hirugarren etapan, berriz, berrerorketen prebentzioa. Ikerketan zehar talde esperimentaleko eta kontrol taldeko pazienteak beren artean magnitude desberdinean aldatu ote ziren azertu nahi izan zen, bai hasieran baita 15 hilabeteko jarraipenaren ostean ere. Emaiza primario zein sekundarioei dagokienez eta aurreko zenbait azterketekin bat etorritik, bi taldeen arteko ezberdintasun esanguratsurik aurkitu ez zen arren, bi taldeek hobekuntza erakutsi zuten sintoma depresiboen eta autoestimuen hobetzean. Bestetik, talde esperimentaleko pazienteek, ohiko tratamendua jaso zuten pazienteekin konparatuz, hobekuntza esanguratsuak erakutsi zituzten sintoma negatiboen suspertzean eta funtzionamendu sozialari begira.

2018-n, Ahuir M. et al.-ek (31), psikosi hasi berria zutenen isuri kognitiboaren hobekuntza ikertu nahi izan zuten taldeka zuzendutako psikohezkuntza eta entrenamendu metakognitiboa jaso ostean. Helburu primarioa bi tratamendu psikoterapeutiko hauek konbinatuz gero, eskaintza terapeutikoaren ordenak isuri kognitiboan eraginik izan zezakeen aztertzea izan zen; bigarren planoan, isuri kognitiboaz gain, sintoma psikopatologikoak, funtzionamendu psikosoziala, depresioa eta pertzepzio kognitiboa bezalako aldagaiak neurtu ziren. Nahiak gauzatu ahal izateko, entsegu kliniko aleatorizatu bat burutu zuten, zeinetan 49 pazienteek hartu zuten parte. Ikerketarako ebaluazioak entsegu hasieran, lehen interbentzioren amaieran (8.astean) eta bigarren interbentzioren amaieran (16.astean) burutu ziren. Astero terapia jardunaldi bat burutu zen, psikoterapia bakoitzari zortzi asteko denbora

tartea eskaini zitzaizalarik. Emaizetan zentratuz, ez zen alde nabarmenik egon erabilitako psikoterapia ordenaren baitan, sintoma positibo, negatibo eta orokorretan izan ezik, zeinak gehiago azaldu ziren prozesua psikohezkuntzarekin hasi zuten taldean. Isuri kognitiboak bi taldeetan modu esanguratsuan egin zuen hobera, elkarren arteko ezberdintasun argirik agertu gabe. Emaizta sekundarioei dagokienez, interbentzio ostean, psikopatologia orokorrak zein depresioaren murrizteak estatistikoki modu adierazgarrian egin zuen hobera, norbere buruarekiko segurtasunaren inguruko pertzepzioa berdin mantendu eta norbere buruarekiko hausnarketaren pertzepzioak txarrera egin zuen bitartean.

Urte berean, Pos K. eta kolaboratzaileek (32), lehen psikosi gertaera batetik osatzen dabilzan pazienteengan, entrenamendu kognitiboak ideazio paranoidera eraman dezaketen bide kognitibo eta afektiboetan izan dezakeen eragina aztertu nahi izan zuten, entsegu kliniko aleatorizatu itsu-simple baten bidez. 50 paziente errekrutatu zituzten, zeinak ausaz, entrenamendu metakognitiboa edo terapia okupazionala (kontrol taldea) jaso zuten. Entrenamendu metakognitiboa taldeka eta 8 sesiotan eman zen, baita terapia okupazionala ere eta bi taldeetako partaideei farmako antipsikotikoak eman zitzaizkien entseguaren fase aktiboan. Ikerketan zehar ez zen kontrako gertakaririk jakinarazi. Emaizetan murgilduz, kontrol taldearekin alderatuz, ez zen entrenamendu metakognitiboaren onura esanguratsurik frogatu ideazio paranoide, eldarnioen konbikzio, pertzepzio kognitibo eta ondorio batetara jauzi egiten duen isuri kognitiboari zegokionean, nahiz eta guztiek interbentzio ostean esangurarik gabeko hobekuntza orokor bat azaldu. Aitzitik, afektu negatiboak asoziazio ahulago bat erakutsi zuen ideazio paranoidearekin entrenamendu metakognitiboa jaso ostean, terapia okupazionala jaso zuen taldeak asoziazio sendoago bat erakutsi zuen artean. Entrenamendu metakognitiboak ikaskuntza emozionalari on egin dakiokela azpimarratu zuten.

Batzan RP. eta taldeak (33), aurreko entsegu eta azterketen beharrei jarraiki, 2019. urtean, psikosi laburra zuten pertsonengan entrenamendu metakognitibo indibidualizatuak izan zezakeen eragina ikertu zuen, eldarniozko ideiei zuzendutako helburuan zentratutako entsegu kliniko aleatorizatu baten bitartez. Entrenamendu metakognitibo indibidualizatua, taldeka gidatutako entrenamendu metakognitiboaren eta modu indibidualean eskainitako terapia kognitibo konduktualaren elkarketari

zeritzon. 54 paziente errekrutatu ziren, eldarnio aktiboak izatea funtsezko baldintzat hartuta. Talde esperimentalak entrenamendu kognitibo indibidualizatuko bi ordutako lau sesio jaso zituen, kontrol taldeak kopuru eta iraupen berdineko errehabilitazio kognitiboa jaso zuen bitartean. Tratatu aurretik, ostean eta 6 hilera ebaluatu ziren partaideak eta lehen ebaluazioa itsutua izan bazen ere, jarraipeneko ebaluazioak ez zuten halako metodologiarik izan. Txostenetan 2 partaideren desertzioa deskribatu zen. Emaidza primariotzat neurtu zen sintoma positiboen larritasuna, modu esanguratsuan murriztu zen talde esperimentalean; entrenamendu oste zein 6 hilera larritasunaren murrizpena mantendu eta handiagotzen jarraitu zelarik. Egoera kognitiboa eta gainerako klinikaren neurketa, maila sekundario batean ebaluatu ziren, ondorio batetara jauzi egiten duen isuri kognitiboa eta funtzionamendu kognitiboa bezalako aldagaiak erabiliz. Entrenamendu metakognitibo indibidualizatua jaso zuten partaideek klinikaren ulermenean hobekuntza esanguratsua erakutsi zuten, errehabilitazio kognitiboa jaso zutenek arazoak ebazteko gaitasunean hobekuntza adierazgarriagoak azaldu zituzten bezala. Ez zen emaitza esanguratsurik aurkitu hausnarketa pertsonalei zegokienean.

5. EZTABAIDA

5.1. PREBENTZIOA

Prebentzioa gaixotasunen maiztasuna, iraupena eta/edo narriadura murriztean defini daiteke. Hiru prebentzio mota bereizten dira psikiatrian: prebentzio primarioa, zeina gaixotasunaren aurre-hartzeari egiten dion erreferentzia, gaixotasunaren intzidentzia hobetzean zentratuz; prebentzio sekundarioa, prebalentziaren eta iraupenaren hobekuntza lehenesten dituen, gaixotasunaren momentu aktiboko trataeran zentratuz; eta prebentzio tertziarioa, errehabilitazio eta ondorioen leuntzean zentratzen dena (34). Nahasmendu psikotiko laburraren prebentzioak, entitate honen prebentzio primarioari egiten dio aipamena.

Hiru ikerketek emaitza primariotzat, terapia kognitibo konduktualak arrisku egoera batetik psikosirako konbertsio tasetan izan dezakeen eragina aztertu dute, honek prebentzioan izan dezakeen garrantzia agerian utziz. Esangura estatistikoak aurkitu dira iragate tasaren murrizpenari dagokionean nahiz eta emaitza sekundariotzat

hautatu izan diren aldagaiak (funtzionamendua, depresioa, bizi-kalitatea...) esangura estatistikorik ez erakutsi (19, 20, 21). Landutako ikerketa hauek, zenbait muga eta eztabaidagai partekatzen dituzte.

Lehenik eta behin, desertzio tasa altuak izateaz gain, ez dira datuen galerak modu argian azaltzen, gainera aztertzaile bakoitzak modu ezberdin batean interpreta ditzake hutsuneak; izan daiteke jarraipen eskasa izanagatik, konpromezu edo bizimoduaren aldaketengatik, edo psikosira konbertitu eta partaidearen pista galdu izanagatik jarraipen eza azaltzea, emaitzen interpretazioan eragin zuzena izan dezakeelarik. Azken honek, beste ertz bat leuntzera garamatza: prodromo edo arrisku egoeraren sarrera irizpideak eta irtetze irizpideak hain zuzen. Alde batetik, zenbait entsegu kliniko aleatorizatuk atalase azpiko egoera psikotikoa irtetze irizpidetzat hartu zuten, hau da, nahasmendu psikotikora trantsizioa burutu izan balitz moduan definitu zuten eta honek tratamendu psikoterapeutikoak izan dezakeen eraginaren balioa gutxiestera eramán dezake. Bestetik, arrisku egoera bateko irizpideetan eta hauen balio iragarle positiboan heterogeneotasun handia antzeman da, honek psikoterapia pertsona batengan eraginkorra edo sendagarria izan dadin tratatu beharreko pertsona kopuruan eragina izatearekin batera. Esate baterako, irizpideen balio iragarle positiboa baxua izan den kasuetan (irizpideen baitako faltsu positiboen kasuak gehiagotuz), pertsona batengan tratamendua eraginkorra izan zedin tratatu beharreko paziente kopurua handiagoa izan da, psikoterapiaren emaitza okerragoa (ez hain eraginkorra) izan delarik. Arrisku irizpideen zehaztasunak eta egokitasunak garrantzia erakutsi du beraz. Bestalde, interbentzioek eta hauek aplikatzerako garaian ikerketen arteko heterogeneotasunak emaitzak modu argian zeharkatu dituela ondorioztatu daiteke. Interbentzio esperimentala, terapia kognitibo konduktuala kasu, modu ezberdinean eta enfasi ezberdinarekin aplikatu dela ohartzeaz gain, kontrol taldeari esleituriko terapiak edo langaiak garrantzia markatu bat adierazi du. Zaila da kontrol taldeari dagokion interbentzioa zehaztea, izan ere, ezer ez egitea ez da zerbait egitearekin alderagarria eta itxaron zerrendak, modu inplizituan eragin dezake partaideengan (angustia, jaramonik ez egitearen sentsazioa, egoeraren larritasunaren garrantzia ez ulertzea...). Gainera, entsegu klinikoaren itsutasuna aplikatzerako garaian, talde aktiboa konparatzeko beste interbentzio baten konparaketa behar izan dela ikusi da, exekuzio-

alborapena eta detekzio-alborapena murrizteko asmotan. Beraz, kontrol taldeek ez dute behar besteko zehaztapena eta gardentasuna erakutsi.

Azkenik, psikoterapien onurak aztertu izanagatik ere, kontrako ondorioen datuei dagokionez, zulo ikaragarria dagoela antzeman da. Garrantzitsua litzateke pazienteek jasan ditzaketen animoaren aldaketen, bizi-kalitatearen edo funtzionamenduaren aldaketen, suizidio saiakeren edo biolentzia egoeren datuen bilketa gauzatzea, aldi berean, ikerketa baten parte izateak sortu dezakeen segurtasuna aztertu beharko litzatekeen moduan.

O'Brien MP eta kolaboratzaileek (22), interbentzio familiarrek komunikazio, jokabide eta portaeran eragin esanguratsua dutela erakutsi duten arren, etorkizuneko lanek populazio jakin honentzat interbentzio familiarrek eta hauek komunikazioan duten eraginak, sintoma prodromalak murriztean edota psikosi bihurtzeko iragatean eraginik duten aztertu beharko dute. Horretaz gain, interbentzio familiarrek muga jakin eta printzipal bat dute, izan ere, senitarteko denek ez dute parte hartzeko interes eta konpromezu bera azaltzen, aldi berean entsegu hauetan parte hartzeko prest dauden familiek paziente mota honen errealitate osoa azaltzen ez duten moduan. Gerta daiteke, zenbait emaitza familiarren motibazio, gogo eta inplikazioarekin lausoturik egotea. Hala baina, emaitzek ez dute zertan garrantzia galdu, izan ere, interbentzio familiarren fokoa familia mota horretan jarri daiteke. Etorkizuneko ikerketek heldu beharreko gai asko azaleratu ditu entsegu kliniko aleatorizatu honek.

Entzumen entrenamendu kognitibo intentsiboa aztertu den entsegu kliniko aleatorizatuan zentratuz (23), hitzeko memoriak hobekuntza esanguratsua erakutsi arren, zenbait arlok ez zuten esangura maila adierazgarrikerik erakutsi; hala nola, kognizio orokorrean, hitzeko ikaskuntzan, ikusiagatiko oroimenean eta arazoaren ebazpenean. Alde batetik, aipatu beharra dago desertzio tasa altuak izan zituen ikerketa bat izan zela, ordenagailuen erabilera errepikakorra gogaikarria edo aspergarria suertatu daitekeenaren susmopean. Bestetik, partaideen adin tarte zabalak dakarren pertsonaren garapenerako aukerak (geroz eta gazteago izan, funtzionamendu eta trebetasun asko garatzeke daude) eta hauen koefiziente intelektual ertainak, hobetzeko esparruaren murrizpen batekin lotu daitezke, esangurarik gabeko emaitzetara bidera dezakeelarik. Bukatzeko, partaideak beste mota bateko tratamendu psikoterapeutiko

edo farmakologikoak bilatzeko mugarik ez zutela aipatu behar da, hala egin zuten edo ez erregistratu gabe.

Gure inguruan gaixotasun psikiatrikoen prebentzioaren garrantzia ahanzturak daramala dirudien arren, hau ezezagutza edota buru nahasmenduen larritasunaren gutxiespen batekin lotu arren, protokolo eta atariko entseguak abian direla ikusiz, etorkizun batean erantzun gehiago egongo direla espero da.

5.2. NAHASMENDU PSIKOTIKO LABURRAREN ESKU-HARTZEA

Pazienteei tratamendu integral bat eskaintzeko asmotan, psikoterapiak zenbait helbururen baitan dihardute; esperientzia psikotikora egokitzean, hondar sintomen murriztean, tratamendu farmakologikoaren betetzean, erlazio interpersonalen hobekuntzan eta egokitasunean, autonomiaren berreskuratzean eta estresa zein familiarekiko mendekotasuna murriztean zentratzen dira (34).

Errukian zentratutako talde terapiak, testuinguru terapietako bat, hobekuntza kliniko handi eta esanguratsuak erakutsi ditu errukiaren hazkuntzan eta hau modu zuzenean depresioaren murrizpen eta baztertze sozialaren pertzepzioaren hobekuntzarekin erlazionatu da. Braehier C. eta kolaboratzaileek eginiko entsegu kliniko aleatorizatu honetan (24), taldeen arteko depresio mailaren desoreka nabarmena ikusi arren (talde esperimentaleko kideek depresio maila altuagoa zuten, beraz hobekuntzarako tarte handiagoa zuten), depresioaren aldaketak errukiaren hobekuntzarekin korrelazioa duela agertu dute, nahiz eta metodologiari dagokionean, zenbait arlo era narrasean azaldu. Esate baterako, estalketaren informazio faltak, desertzioaren zergati ezak, ohiko tratamendua izan zen kontrolaren heterogeneotasunak eta jarraipenik ez egoteak, fokupean jartzen du entsegua, emaitzak berresteko ikerketa gehiagoren beharra argitara ekarriz. Etorkizunera begira, errukian zentratutako terapia indibidualizatuak garrantzia har dezakeela dirudi.

Ostergaard Chistensen T. eta taldeak (25), errehabilitazio kognitiboak izan dezakeen eragina ikertu dute, trebetasun funtzionala emaitza primariotzat aztertuz. Honek esangurarik gabeko hobekuntzak erakustearen zergatia neurketaren sabai-efektua izan daitekeela azaldu dute. Sabai-efektua galdetegi bateko muga gorenean partaide asko kokatzen direnean gertatzen da, joera zentralaren neurtzean, dispertsioaren neurtzean

eta konparaketen neurtzean zailtasunak agertzen direlarik (35). Hau paziente ez kronikoei galdetegi mota hauetarako oinarrian funtzionamendu kognitibo “altua” dutelako gerta daiteke. Aldagai sekundarioetan neurtu diren autoestimua, sintomen hobekuntza, psikopatologia orokorraren egokitzea eta hitzezko ikaskuntza, esanguratsuak gertatu dira, jarraipenean hitzezko ikaskuntzaren menperatzean, memoriaren lanketan eta sintoma positiboen hobekuntzan emaitza esanguratsuak adierazi dituztelarik. Pentsa daiteke, memoriaren lanketa bezalako aldagaiek, erantzun denbora edo latentzia bat behar izaten dutela emaitzak (errehabilitazioaren inpaktua) azalertzeko orduan. Autoestimua eta psikopatologia orokorra berriz, emaitzen esangura mantentzekotan, errefortzuzko saioak behar izatea aurreikusten da; posible da arlo hauek errehabilitazio saioen ordean, entrenamendu saioak behar dituztelako izatea, izan ere errehabilitazio funtzioen berreskuratzeari orientaturik eskaini ohi da eta entrenamendua aldiz, funtzioen indartze eta sendotzeari begira. Azkenik, errehabilitazio saioen programazio finkoak, zenbait pazienteek ongi dituzten funtzio kognitiboak landu eta onurarik ez erakustera eraman dezake.

Lehen gertaera psikotikoaren esku-hartze goiztiarreko tratamendu espezializatua urtebetez luzatuta, Chung Chang N. et al.-ek, funtzionamenduaren hobekuntza esanguratsua bezain progresiboa, sintoma negatibo zein depresiboen murriztea eta tratamendu ambulatorioaren uzte tasaren apaltzea bezalako eraginak frogatu eta deskribatu dituzte. Depresioaren murrizteak garrantzi kliniko azpimarragarria izan dezake, nahasmendu psikotikoa pairatzen duten pazienteek suizidiorako arrisku handiagoa erakutsi dutelako, baina hau modu zuzenean ikertzeko beste entsegu kliniko bat beharko litzateke. Bestalde, ambulatorioaren uzte tasa tratamendu farmakologikoaren atxikimendu eskasarekin lotu daitekeela kontuan izanik, interesgarria bezain errentagarria izan daiteke urte beteko esku-hartzearen luzatzea, nahiz eta errenta baxuko herrialdeetan zaila izan. Lehen gertaera psikotikoaren tratamenduaren ezaugarriek garrantzi berezia dute, izan ere, esperientziei, botikekiko jarrerei eta hauekiko uneko zein etorkizuneko atxikimenduari buruzko lagungarriak ematen dituzte (34); beraz garrantzitsua da lehen gertaera honen esku-hartze egoki bat burutzea.

Elementu anitzeko terapiak (27, 28), orokorrean emaitza esanguratsuak erakutsi dituzte. NAVIGATE programak, bizi kalitatea, sintomak eta psikopatologia orokorra

bezalako aldagaietan elementu anitzeko terapiak izandako eragina ikertzeaz gain, psikosi gertaera tratatu arteko denbora tarteaz aztertu du, geroz eta tarte txikiagoa izan, emaitzak hobeak direla ziurtatuz. Horrez gain, bi entsegu hauetan interbentzio familiarak jokatuak paperean zentratuz, ez da erraza terapia hau ikertzen duten ikerketak sortzea, familia mota eta hauen konpromezu zein joeren heterogeneotasuna tarteko. Ari berdinari tiraka, ikusi da, ospitaletik irtetean pazienteak etxean duen desadostasuna faktore ahaltsua izan daitekeela berrerortzeak aurreikusteko orduan (34); beraz, zaila izan arren, tratamendu integral bat eskaini nahi bada, beharrezko suerta daiteke.

Terapia kognitibo konduktualari helduz, Kane JM. eta kolaboratzaileek (29) intentsitate baxuko (16 saio azpiko) terapia kognitibo konduktualaren eragina aztertu dute; ohiko intentsitatean emandako terapiaren sarbide eskasa eta osasun publikoaren finantzaketa tarteko, alternatibek beharrezkoak bultzatutako ikerketa bat da, hain zuzen. Bertan sintomen hobekuntzaz/sendatzeaz gain, jarraipenean, depresioaren murrizpen eta funtzionamenduaren hobetze bat susmatu da. Azken hau, aurrez entrenamendu kognitiboak ere agerian utzitako latentziari dagokio; terapia kognitibo konduktualari esker ikasitako zenbait teknika bizitza errealean praktikara eramanda progresiboki hobekuntzak ikus daitezkeela uste da, baina zaila izaten da horren jarraipen luze eta estuko ikerketak gauzatzea. Kontrara, Sönmez N. et al.-ek (30) terapia kognitibo konduktualak sintoma depresibo zein autoestimuan aldaketa esanguratsurik eragiten ez duela azaldu dute. Hala ere, entsegu kliniko aleatorizatu honetako partaideen galera ez justifikatuak, paziente gutxiegiren parte hartzeak, kontrol taldearen tratamendu ez espezifikatuak eta itsutzearen informazio faltak, zalantzan jartzen dute ikerketaren balioa. Etorbizunerako terapia kognitibo konduktuala eta intentsitate baxuko terapia kognitibo konduktuala alderatzea interesgarria izan liteke.

Entrenamendu metakognitiboa hautatutako hiru ikerketa ezberdinetan ikertu da; hau, terapia kognitibo-konduktualaren aldaera bat da, zeina isuri kognitiboetan zentratzen den, hauek eldarnioen funtsean daudenaren ustean oinarrituz (36). Entsegu kliniko bakoitzean, emaitzetan azaldu bezala, modu ezberdinetara formulatu da entrenamendu metakognitiboaren eta terapia alderagarriaren planteamendua (31, 32, 33). Hiru ikerketetan ordea, entrenamendu metakognitiboaren helburua delirioen eta prozesu afektiboen arteko loturari buruzko informazioa ematea eta egoerak interpretatzeko

modu alternatiboak eskaintzea izan da, hala, arazo afektiboak onartzeko edo/eta delirioen garapenari buruzko alerta handiagoa izateko tresnak garatzeko bidea emanez. Ez da emaitza esanguratsu deigarririk lortu eta hirurek ere, antzeko mugak erakutsi dituzte; laginaren tamaina txikia, jarraipen motza, isuri kognitiboa neurtzeko eskalen subjektibitatea eta konparaturiko taldeen arteko sintomen larritasunaren ezberdintasunak. Hori dela eta, entrenamendu metakognitiboari dagokionean, ikerketa osatuago eta metodikoago baten beharra azaleratu da.

Azkenik, errebisio bibliografiko honetan bilatutako artikulua modu zertxobait indibidualagoan komentatu ostean, gaixotasun mentalen abordaiari buruzko ikerketek, muga bereizgarriak konpartitzen dituztela ondorioztatu da.

Lehenik eta behin, itsu-bikoitza anekdotiko gertatzen da psikiatrian, izan ere bai partaideek bai psikoterapiak praktikara daramatzaten ikertzaileek (maiz psikiatrak), ezinezkoa da tratamendu hauen berri ez jakitea. Gainera, garrantzitsua da psikiatra eta pazientearen arteko loturarako, tratamenduarekiko jakitun izan eta horrek sortzen duen babesaz gain, subjektibotasunak duen zama lantzea, konfliktu gaiak zehaztea eta transferentziarako ateak zabaltzea (34). Bestetik, psikoterapiak elkarren artean faktore komun asko eta gainjartzen diren tresnak izanda, ez da erraza zer zerengatik hobetzen den zehaztea, edo hare gehiago, hobekuntza zeri dagokion zehaztea. Gainera, nahasmendu psikotikoa pairatzen duen pazienteak, fluktuazio tartek erakutsi ditzake eta zaila da argitzen fluktuazio horren zergatia gaixotasunaren igarotzearen edo tratamenduaren eraginaren baitakoa den. Hau guztia argitzeko, interesgarria litzateke ikerketetako moderatzaileei arreta jarri eta hauek jokatzen duten papera aztertzea.

Lanaren hasieran landu diren psikoterapia eredu guztiei buruzko informazio argirik topatu ez den arren, ez aurkitu izana ere erantzun bat izan liteke, existentzia teorikotik praktikotasunera edo aplikagarritasunera dagoen tartek eztabaida interesgarri baterako tartea sortu dezakeelarik. Psikiatrian, efikaziak baino, efektibitateak hartzen du garrantzia; kondizio idealak albo batera utzi eta kasu errealetan zein aplikagarritasunean jartzen du fokoa (34). Aurrez aipatu bezala, maila teorikoan psikoterapiak lantzerako garaian hainbat eredu ezberdin banatu diren arren, maila praktikokoan hauek elkarren artean dituzten faktore komunak medio, zailtasunak ager daitezke zenbait eredu psikoterapeutiko soilen entseguak sortzerako zein aurkitzerako

garaian. Honi jarraiki, nahiz eta errebisio bibliografiko egoki bat burutzen saiatu, argi utzi behar dira lan honek izan ditzakeen mugak, izan ere, ziurrenik ez dira eskuragarri dauden lan guztiak aztertu eta gainera, horren tarte estuan buruturiko errebisioa izanik, fintzeko puntuak nonahi topatzea aurreikusten da. Esate baterako, denbora batera bilaketa erreproduzitze hutsak, agerian uzten du etengabeko artikuluen argitalpena eta, beraz, errebisio honen gaur egungo emaitzen balioaren zalantzarritasuna.

Horrez gain, orain arteko tratamendu psikiatrikoen oinarriari erreparatzerako garaian, ezinezkoa da psikoterapieiei eman zaien garrantzi hutsalari muzin egitea; alde batetik praktikan duten zailtasunak eta bestetik osasun sistemaren tratamendu kontzeptuak, interesa beste alde batera bideratzea eragin baitu. Gaur egun urgentziazko tratamenduek duten garrantzia eta zentralitatea gaitzat hartuz, sintoma zein nahasmendu baten agerpenean, honen uneko desagertze azkarra edo “konpontzea” eragingo duen tratamendua goraiatu izan den arren (farmakoak kasuak kasu), jakina da gertaeraren erroa zein den aztertuz eta pazienteari tresna egokiak bermatuz gero, etorkizunera begira emaitza efektiboagoak izango direla. Beraz, beharrezkoa da honelako ikerketak burutzea eta psikoterapiak izan dezaketen eragin, erabilpen zein onurak ondo finkatuta uztea.

Etorkizun batean galderak eta hutsuneak baino erantzun gehiago nahi izanez gero, beharrezkoa izango da ikerketen finantzaketak gainbegiratzea eta psikiatrian ere, ebidentzian oinarritutako medikuntzaren aldeko apustua egitea.

6. ONDORIOAK

Errebisio bibliografikoa bukatutzat eman ostean, honakoak izan dira ateratako ondorioak:

- Nahasmendu psikotiko laburra ezaugarri bereziko gaixotasun bat da, zeinetan berrerortze tasak, gertaera osteko narriadura kognitiboak eta antipsikotikoekiko atxikidura baxuak, gaixotasunaren trataeran dauden hutsune zein beharrak agerian uzten dituen.
- Terapia kognitibo konduktualak psikosi arrisku handiko egoera batetik psikosira iragateko tasen murriztea eragiten duela ikusi da, prebentziorako baliagarria izan daitekeen terapia mota bat azaleratuz.

- Lehen gertaera psikotikoaren esku-hartze goiztiarra urtebetez luzatuz gero, funtzionamenduaren hobetze, sintomen sendatze, depresioaren murrizpen eta tratamendu ambulatorioaren uzte tasaren apaltzea gertatzen dela deskubritu da.
- Elementu anitzeko terapien bidez, sendatzeko zein errekupeziarako hobekuntza desberdin esanguratsuak aurkitzeaz gain, tratatu gabeko denbora tartea laburtuta, emaitza hobeak lortu daitezkeela ikusi da.
- Nahasmendu psikotikoen sendatzean terapia kognitibo konduktualak sintoma psikotikoen hobekuntza berehalakoa eragitearekin batera, jarraipenean eta ikasitako mekanismoak praktikara eraman ostean, depresioaren murrizpen eta funtzionamenduaren hobetze esanguratsuak erakutsi ditu.
- Entrenamendu metakognitiboak isuri kognitiboan izan dezakeen eragina lausoa den arren, ikaskuntza emozionalari on egin dakiokela sumatu da.
- Ikerketa gehiago behar dira psikoterapien nahasmendu psikotiko laburrean izan dezaketen eragina zehazteko.
- Bilaketa bibliografikoan topatutako atariko entsegu eta protokoloak kontuan hartuz, hurrengo urteetan aldaketa zein argibide gehiago egongo direla aurreikusten da.

7. BIBLIOGRAFIA

1. National Institute of Mental Health (NIMH) [Internet]. Ameriketako Estatu Batuak: Bethesda (MD); 2020- Fact Sheet. Cómo comprender qué es la psicosis; [kontsulta, 2022/10/12]; [3]. Erabilgarri: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/como-comprender-que-es-la-psicosis>
2. Dicciomed: Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico [Internet]. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; [kontsulta, 2022/11/05]. PSICOSIS; [1]. Erabilgarri: <https://dicciomed.usal.es/palabra/psicosis>
3. American Psychiatric Association. DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
4. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Ameriketako Estatu Batuak;; 2022. Trastorno psicótico breve; [kontsulta, 2022/10/14]; [1]. Erabilgarri: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiquiátricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/trastorno-psicótico-breve#:~:text=El%20trastorno%20psicótico%20breve%20consiste,normal%20previa%20a%20la%20enfermedad>
5. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2022 [kontsulta, 2022/11/30]. Erabilgarri: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
6. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Ameriketako Estatu Batuak;; 2022. Fármacos Antipsicóticos; [kontsulta, 2022/10/14]; [3]. Erabilgarri: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/f%C3%A1rmacos-antipsic%C3%B3ticos>
7. Mojtabai R. Brief psychotic disorder. In: Marder S, editorea. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2021 [kontsulta, 2022/11/26]. Erabilgarri: https://www.uptodate.com/contents/brief-psychotic-disorder?search=brief-psychotic-disorder&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=defaul&display_rank=1

8. Fernandez Izagirre L. Adherencia terapéutica en los trastornos psicóticos y factores asociados [gradu amaierako lana Interneten]. Bilbo: Euskal Herriko Unibertsitatea, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea; 2018 [kontsulta, 2022/11/26]. Erabilgarri: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/30798/TFG_Fernandez_Izaguirre_Rev.pdf?sequence=1
9. Fonseca Pedrero E, Pérez-Álvarez M, Al-Halabí S, Inchausti F, Muñiz J, López-Navarro E, et al. Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para Adultos: Una Revisión Selectiva. *Psicothema*. 2021;33(2):188-97 or.
10. Lebow J. Overview of psychotherapies. In: Skodol A, Schwenk TL, editoreak. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2022 [kontsulta, 2022/11/26]. Erabilgarri: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-psychotherapies?search=overview-of-psychotherapies&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
11. Dynamed [Internet]. Nonpharmacological Interventions for Schizophrenia. EBSCO Information Services. Kontsulta, 2022/12/06. Erabilgarri: <https://www.dynamed.com/management/nonpharmacological-interventions-for-schizophrenia>
12. Marder S. Psychosis in adults: Initial management. In: Stein MB, editorea. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2022 [kontsulta, 2022/11/27]. Erabilgarri: https://www.uptodate.com/contents/psychosis-in-adults-initial-management?search=psychosis-in-adults-initial-management&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
13. Mueser KT. Assertive community treatment for patients with severe mental illness. In: Marder S, editorea. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2019 [kontsulta, 2022/11/27]. Erabilgarri: https://www.uptodate.com/contents/assertive-community-treatment-for-patients-with-severe-mental-illness?search=tratamiento%20asertivo%20comunitario&source=search_result&selectedTitle=1~8&usage_type=default&display_rank=1#H3693709710

14. Valle R. Revisión de los programas de intervención temprana de psicosis: propuesta de implementación en Perú. *EISEVIER-Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2020;49(3):178-86 or.
15. Castillo Alarcon MP, Bellido Cuellar M, Ventura Gonzalez A. Revision de tratamientos eficaces en la esquizofrenia. *Rev Enferm Salud Ment*. 2016;(5):15-21 or.
16. Luciano C, Ruiz FJ, Gil-Luciano B, Molina-Cobos FJ. Terapias contextuales. In: Labrador FJ, Fonseca Pedrero E, Luca de Tena JI, editors. *Manual de tratamientos psicológicos: Adultos*. Madril: Piramide; 2021. 167-171 or.
17. Técnica psicológica [Internet]. 2011 [konsulta, 2022/11/30]. Entrenamiento en habilidades sociales; [10]. Erabilgarri: <https://artpsycho.webnode.es/metodos-y-tecnicas/entrenamiento-en-habilidades-sociales/>
18. Dacer centro de neurorrehabilitación y daño cerebral [Internet]. Madril.; 2020 [konsulta, 2022/10/31]. Rehabilitación cognitiva: tecnicas más comunes; [2]. Erabilgarri: <https://www.dacer.org/rehabilitacion-cognitiva-tecnicas-mas-comunes/>
19. Okuzawa N, Kline E, Fuertes J, et al. Psychotherapy for adolescents and young adults at high risk for psychosis: a systematic review. *Early Intervention in Psychiatry* [Internet]. 2014 [konsulta, 2022/12/10]; 8: 307-322. Erabilgarri: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eip.12129>
20. Hutton P, Taylor PJ. Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* [Internet]. 2014 [konsulta, 2022/12/12]; 44: 449-468. Erabilgarri: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/cognitive-behavioural-therapy-for-psychosis-prevention-a-systematic-review-and-metaanalysis/6B78E4E82E8648E62FD2EE8C7E76CF96>
21. Zheng Y, Xu T, Zhu Y, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Prodromal Stage of Psychosis- Outcomes for Transition, Functioning, Distress, and Quality of Life: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. 2022 [konsulta, 2022/12/12]; 48 (1): 8-19. Erabilgarri: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/48/1/8/6263939?login=true>

22. O'Brien MP, Miklowitz DJ, Candan KA, et al. A Randomized Trial of Family Focused Therapy With Populations at Clinical High Risk for Psychosis: Effects on Interactional Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [Internet]. 2014 [kantsulta, 2022/12/12]; 82 (1): 90-101 Erabilgarri: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0034667>
23. Loewy R, Fisher M, Schlosser DA, et al. Intensive Auditory Cognitive Training Improves Verbal Memory in Adolescents and Young Adults at Clinical High Risk for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. 2016 [kantsulta, 2022/12/12]; 42 (1): 118-126. Erabilgarri: https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/42/suppl_1/S118/2413918?login=true
24. Braehler C, Gumley A, Harper J, et al. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology* [Internet]. 2013 [kantsulta, 2022/12/10]; 52: 199-214. Erabilgarri: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjc.12009>
25. Østergaard Christensen T, Vesterager L, Krarup G, et al. Cognitive remediation combined with an early intervention service in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Internet]. 2014 [kantsulta, 2022/12/15]; 130: 300-310. Erabilgarri: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/acps.12287>
26. Chung Chang W, Hoi-Kei Chan G, Tsz Ting Jim O, et al. Optimal duration of an early intervention programme for first-episode psychosis: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2015 [kantsulta, 2022/12/15]; 206: 492-500. Erabilgarri: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/optimal-duration-of-an-early-intervention-programme-for-firstepisode-psychosis-randomised-controlled-trial/25D326D813DDCC6CA129BF80B25E41B0>
27. Ruggeri M, Bonetto1 C, Lasalvia A, et al. Feasibility and Effectiveness of a Multi-Element Psychosocial Intervention for First- Episode Psychosis: Results From the Cluster-Randomized Controlled GET UP PIANO Trial in a Catchment Area of 10 Million Inhabitants. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. 2015 [kantsulta, 2022/12/12]; 41 (5): 1192-1203. Erabilgarri:

<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/41/5/1192/1921014?login=true>

28. Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, et al. Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2016 [konsulta, 2022/12/12]; 173 (4): 362-372. Erabilgarri: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2015.15050632>
29. Hazell CM, Haywarda M, Cavanagha K, et al. A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis. *Clinical Psychology Review* [Internet]. 2016 [konsulta, 2022/12/12]; 45: 183-192. Erabilgarri: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735816301027?via%3DiHub>
30. Sönmez N, Rommb KL, Østefjells T, et al. Cognitive behavior therapy in early psychosis with a focus on depression and low self-esteem: A randomized controlled trial. *Comprehensive Psychiatry* [Internet]. 2020 [konsulta, 2022/12/12]; 97: 152-157. Erabilgarri: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X1930080X?via%3DiHub>
31. Ahuira M, Cabezasb A, Miñanoa MJ, et al. Improvement in cognitive biases after group psychoeducation and metacognitive training in recent-onset psychosis: A randomized crossover clinical trial. *Psychiatry Research* [Internet]. 2018 [konsulta, 2022/12/15]; 270: 720-723. Erabilgarri: <https://www.cochranelibrary.com/es/central/doi/10.1002/central/CN-01668236/full>
32. Pos K, Meijer CJ, Verkerk O, et al. Metacognitive training in patients recovering from a first psychosis: an experience sampling study testing treatment effects. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* [Internet]. 2018 [konsulta, 2022/12/12]; 268: 57-64. Erabilgarri: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-017-0833-7>
33. Balzan RP, Mattiske JK, Delfabbro P, et al. Individualized Metacognitive Training (MCT+) Reduces Delusional Symptoms in Psychosis: A Randomized Clinical Trial. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. 2019 [konsulta, 2022/12/15]; 45 (1): 27-

36. Erabilgarri: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/45/1/27/5146645?login=true>
34. Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C, Cañas de Paz F, Gastó Ferrer C, Roca Bennasar M, Sanjuán Arias J, et al., editoreak. Tratado de psiquiatría Vol II. 1st ed. Psiquiatría Editores, S.L. Bartzelona: Ars Medica; 2005.
35. Statologos [Interner]. 2023 STATOLOGOS; 2023 [kontsulta, 2023/03/02]. ¿Qué es un efecto-techo?; [4-5].Erabilgarri: <https://statologos.com/efecto-techo/>
36. Bustillo J. Psychosocial interventions for schizophrenia in adults. In: Marder S, editorea. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2022 [kontsulta, 2023/03/27]. Erabilgarri: https://www.uptodate.com/contents/psychosocial-interventions-for-schizophrenia-in-adults?search=metacogtivo&source=search_result&selectedTitle=1~7&usage_type=default&display_rank=1#H4131714828