

TRASTORN PER ESTRÈS POSTTRAUMÀTIC

María Lleras, Miriam Pérez Serrano i Nadine Riesco

Hospital Universitari de Bellvitge

Els criteris diagnòstics del trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals-5 (DSM-5) segueixen generant polèmica. L'edició d'octubre de 2013 de la revista *J Trauma Stress*, n° 26 va publicar una sèrie d'articles d'opinió entre defensors i crítics del DSM. Destaquen les diferències que existeixen amb la nova edició, prevista per a l'any 2015, de la Classificació Internacional dels trastorns Mentals (ICD-11) i les conseqüències que pot tenir en el tractament (Friedman, 2013 (1,2); Maerker & Perkonigg, 2013; Brewin, 2013; Kilpatrick, 2013).

Quant als factors de risc de patir un TEPT tampoc sembla haver-hi moltes novetats. Diferents estudis assenyalen diversos factors sociodemogràfics: gènere, edat, educació i reexposició traumàtica (Conrad & Sauls, 2013; Atwoli et al., 2013; Amstadter, Aggen, Knudsen, Reichborn-Kjennerud, & Kendler, 2013) i, només alguns, aprofundeixen en les raons d'aquestes diferències com la diferent socialització de gènere i el tipus d'esdeveniment traumàtic (Axim, Ghimire, Williams, & Scott, 2013).

Biologia, neurobiologia i genètica

Un dels estudis més curiosos en relació a la biologia és la revisió realitzada per Yahyavi, Zarghami i Marwah (2013) sobre la transmissió transgeneracional de la vulnerabilitat a presentar TEPT. Consideren que els canvis en l'eix hipotalàmic-pituitari-adrenal observats en persones amb TEPT, bàsicament dones, poden ser transmesos als seus fills durant l'embaràs. Després d'un suposat detallat estudi dels nivells de cortisol, la infància traumàtica, el rol de mare i altres variables, criden l'atenció els resultats extrets tenint en compte que les publicacions analitzades són des de l'any 1985 fins al 2011, per tant, els criteris diagnòstics han anat variant. A més, les mostres són petites i, pràcticament íntegrament, supervivents de l'Holocaust. És a dir, encara que la idea és molt interessant, el

treball presenta importants limitacions.

Els estudis descriptius de neuroimatge i neurobiologia publicats durant els últims anys són nombrosos. Cal destacar la metaanàlisi realitzada per Kühn i Gallinat (2013) sobre els dèficits de les estructures cerebrals que mostren els subjectes diagnosticats de TEPT en comparació als subjectes sans exposats a una situació traumàtica. En concret, les regions en les quals s'identifica una reducció de la matèria grisa són el còrtex cingulat anterior, el còrtex prefrontal ventromedial, el pol temporal esquerre/gir temporal medial i l'hipocamp esquerre. Aquestes àrees cerebrals són les encarregades del processament emocional, extinció de la por i regulació emocional.

Ramage et al. (2013) realitzen una metaanàlisi de neuroimatge funcional i conclouen que existeixen tres regions que s'activen en tasques d'imaginació traumàtica que no s'activen en controls sans, el cingulat anterior dret, el cingulat posterior dret i el precuneus esquerre. Les dues primeres relacionades amb el processament emocional i la tercera amb el processament cognitiu, en concret amb tasques de memòria. Sartory et al. (2013) suggereixen que l'àrea retrosplenial del cíngol té una funció important en la creació i manteniment de la memòria traumàtica, en particular, dels símptomes de re-experimentació intrusiva de l'esdeveniment traumàtic. La revisió de Daniels, Lamke, Gaebler, Walter i Scheel (2013) és menys específica; observen que, depenent de l'estructura, existeix un augment o una disminució significativa de la matèria blanca en els individus amb TEPT.

Respecte als estudis sobre genètica i TEPT, Navarro-Mateu, Escámez, Koenen, Alonso i Sánchez-Meca (2013) i Gressier et al. (2013) conclouen, després d'analitzar alguns treballs controvertits sobre el tema, que no es pot afirmar que el polimorfisme 5-HTTLPR del gen de transport de la serotonina s'associï amb el desenvolupament de TEPT i recomanen continuar investigant la interacció genètica-ambient. L'estudi dut a terme per Almil et al. (2013) suggereix una associació genètica que augmenta amb el grau d'exposició al trauma únicament en dones, especialment en dones afroamericanes.

En la major part dels estudis sobre neurobiologia i genètica del TEPT es planteja el dubte de si les diferències observades predisposen a patir el trastorn o

són la conseqüència del mateix i suggereixen major estudi neurofuncional. A més, les meta-anàlisis revisades són descriptives, no extreuen conclusions clíniques ni repercuteixen de forma directa en la intervenció dels pacients amb TEPT.

Un dels estudis més interessants sobre el tema és la revisió duta a terme per Aceto et al. (2013) sobre el TEPT desenvolupat després d'una intervenció quirúrgica en la qual el pacient, sota efectes de l'anestèsia general, manté record explícit d'allò que ha passat. El total de pacients que mantenen consciència del succeït sota efectes de l'anestèsia general és de 0,5-2%, la prevalença del TEPT en aquestes mostres es troba entre 0-71%. Els autors, a causa d'això, recomanen una avaluació psicològica com a mínim en tres moments crítics (2-6 hores, 2-36 hores i 30 dies després de la intervenció) quan hi ha sospita que ha pogut ocórrer un episodi d'aquestes característiques (Aceto et al., 2013).

Tractament psicològic

Els estudis basats en l'evidència sobre tractament psicològic del TEPT no revelen grans sorpreses. La teràpia cognitivoconductual, en totes les seves varietats -exposició en viu i/o imaginació, processament cognitiu, teràpia cognitiva- i formats -individual o grup- (Watts et al., 2013; Barrera, Mott, Hofstein, & Teng, 2013; Echeburúa, Sarasua, & Zubizarreta, 2013) segueix sent el tractament psicològic d'elecció pel TEPT encara que altres estratègies com la Desensibilització i Reprocessament a través dels Moviments Oculars (EMDR) (Watts et al., 2013) i la teràpia narrativa d'exposició (Gwozdziewicz & Mehl-Madrona, 2013) també semblen oferir bons resultats. No obstant això, no tots els estudis presenten conclusions tan clares; Jonas et al. (2013), en una revisió sobre tractaments observen que la comparació entre els diferents tipus d'intervenció mostra grans dificultats per la gran varietat de mostres. A més, no pot afirmar-se que la TCC primerenca previngui de forma efectiva el desenvolupament del TEPT (Kliem & Kröger, 2013).

Les tècniques ment-cos (mind-body) com mindfulness, meditació, ioga, tai chi, zigong, respiració profunda i l'acupuntura, es perfilen com a intervencions addicionals a causa dels seus efectes positius sobre l'estat d'ànim general (Omidi,

Mohammadi, Zargar, & Akbari, 2013; Kim, Schneider, Kravitz, Mermier, & Burge, 2013; Kim et al, 2013).

El predictor més important de l'eficàcia del tractament, diferenciant entre tractaments específics i no específics (centrats o no en el trauma) és la complexitat dels símptomes Gerger, Munder i Barth (2013). Malgrat la dificultat per comparar els diferents tractaments, a causa de l'heterogeneïtat de mostres, l'ús de diferents instruments d'avaluació, la variabilitat d'intervencions utilitzades i la classificació emprada, etc. els pacients amb simptomatologia complexa es beneficien tant de tractaments específics com de no específics; no obstant això, per aquells que la simptomatologia dels quals no és complexa, els tractaments específics són la millor opció (Gerger, Munder, & Barth, 2013). Alguns autors argumenten que centrar-se exclusivament en la simptomatologia TEPT pot limitar o alentir la recuperació i emascarar la potenciació del trastorn (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014).

La variable que millor prediu l'abandonament del tractament no és la intervenció centrada en el trauma, si no l'elevat nombre de sessions i la modalitat grupal (Imel, Laska, Jakupcak, & Simpson, 2013).

Recomanació

L'article de Axim et al. (2013) sobre experiències traumàtiques, gènere i salut mental és interessant perquè estudia una mostra de 400 persones en una de les zones rurals més empobrides del planeta, la vall de Chitwan a Nepal, que ha sofert un llarg període de conflictes bèl·lics i, ara com ara, manté una gran incertesa tant política com econòmica pel que la seva població segueix en risc d'experimentar noves situacions potencialment traumàtiques. L'estudi detalla pas a pas no només la metodologia sinó les raons per les quals aquest estudi és mereixedor d'atenció, es tracta d'una zona d'Àsia representativa del sud asiàtic i la Xina. Presenta cert sentit crític sobre el procés de socialització i el diferent significat que té la guerra, depenent del gènere, en aquesta zona.

Referències

- Aceto, P., Perilli, V., Lai, C., Sacco, T., Ancona, P., Gasperin, E., & Sollazzi, L. (2013). Update on post-traumatic stress syndrome after anesthesia. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 17(13), 1730-1737.
- Almli, L.M., Mercer, K.B., Kerley, K., Feng, H., Bradley, B., Conneely, K.N., & Ressler, K.J. (2013). ADCYAP1R1 genotype associates with post-traumatic stress symptoms in highly traumatized African-American females. *American Journal of Medical Genetics Part B Neuropsychiatric Genetics*, 162B(3), 262-272.
- Amstadter, A.B., Aggen, S.H., Knudsen, G.P., Reichborn-Kjennerud, T., & Kendler, K.S. (2013). Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based study of Norwegian young adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(2), 215-223.
- Atwoli, L., Stein, D.J., Williams, D.R., Mclaughlin, K.A., Petukhova, M., Kessler, R.C., & Koenen, K.C. (2013). Trauma and posttraumatic stress disorder in South Africa: analysis from the South African Stress and Health Study. *BMC Psychiatry*, 13:182.
- Axinn, W.G., Ghimire, D.J., Williams, N.E., & Scott, K.M. (2013). Gender, Traumatic Events and Mental Health Disorders in a Rural Asian Setting. *Journal of Health and Social Behavior* 54(4), 444-461.
- Barrera, T.L., Mott, J.M., Hofstein, R.F., & Teng, E.J. (2013). A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 24-32.
- Brewin, C.R. (2013). "I Wouldn't Start From Here"—An Alternative Perspective on PTSD From the ICD-11: Comment on Friedman. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 557–559.
- Conard, P.L. & Sauls, D.J. (2014). Deployment and PTSD in the female combat veteran: a systematic review. *Nurs Forum*, 49(1), 1-10.

- Daniels, J.K., Lamke, J.P., Gaebler, M., Walter, H., & Scheel, M. (2013). White matter integrity and its relationship to PTSD and childhood trauma— a systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 30(3), 207-216.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2013). Individual Versus Individual and Group Therapy Regarding a Cognitive-Behavioral Treatment for Battered Women in a Community Setting. *J Interpers Violence*. Dec 24. [epub ahead of print]
- Friedman, M.J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting Here From There and Where to Go Next. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 548–556.
- Friedman, M.J. (2013). PTSD in the DSM-5: Reply to Brewin (2013), Kilpatrick (2013), and Maercker and Perkonig. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 567–569.
- Gerger, H., Munder, T., & Barth, J. (2013). Specific and Nonspecific Psychological Interventions for PTSD Symptoms: A Meta-Analysis With Problem Complexity as a Moderator. *Journal of Clinical Psychology*. 18 Dec. [epub ahead of print]
- Gressier, F., Calati, R., Balestri, M., Marsano, A., Alberti, S., Antypa, N., & Serretti, A. (2013). The 5-HTTLPR polymorphism and posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 645-653.
- Gwozdziwycz, N. & Mehl-Madrona, L. (2013). Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations. *The Permanente journal*, 17(1), 70-76.
- Imel, Z.E., Laska, K., Jakupcak, M., & Simpson, T.L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 394-404.
- Jonas, D.E., Cusack, K., Forneris, C.A., Wilkins, T.M., Sonis, J., Middleton, J.C., Feltner C., Meredith, D., Cavanaugh, J., Brownley, K.A., Olmsted, K.R., Greenblatt, A., Wei, A., & Gaynes, B.N. (2013). Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder

(PTSD). AHRQ Comparative Effectiveness Review, 92. Publication No. 13-EHC011-EF.

- Kilpatrick, D.G. (2013). The DSM-5 Got PTSD Right: Comment on Friedman. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 563–566.
- Kim, S.H., Schneider, S.M., Kravitz, L., Mermier, C., & Burge, M.R. (2013). Mind-body practices for posttraumatic stress disorder. *Journal of Investigative Medicine*, 61(5), 827-834.
- Kim, Y.D., Heo, I., Shin, B.C., Crawford, C., Kang, H.W., & Lim, J.H. (2013). Acupuncture for posttraumatic stress disorder: a systematic review of randomized controlled trials and prospective clinical trials. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 615857.
- Kliem, S. & Kröger, C. (2013). Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 753-761.
- Kühn, S. & Gallinat, J. (2013). Gray matter correlates of posttraumatic stress disorder: a quantitative meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 73(1), 70-74.
- Maercker A. & Perkonigg A. (2013). Applying an International Perspective in Defining PTSD and Related Disorders: Comment on Friedman. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 560–562.
- Navarro-Mateu, F., Escámez, T., Koenen, K.C., Alonso, J., & Sánchez-Meca, J. (2013). Meta-analyses of the 5-HTTLPR polymorphisms and post-traumatic stress disorder. *PLoS One*, 8(6), e66227.
- Omid, A., Mohammadi, A., Zargar, F., & Akbari, H. (2013). Efficacy of mindfulness-based stress reduction on mood States of veterans with post-traumatic stress disorder. *Arch Trauma Res*, 1(4), 151-154.
- Ramage, A.E., Laird, A.R., Eickhoff, S.B., Acheson, A., Peterson, A.L., Williamson, D.E., Telch, M.J., & Fox, P.T. (2013). A coordinate-based meta-analytic model of trauma processing in posttraumatic stress disorder. *Human Brain Mapping*, 34(12), 3392-3399.

- Sartory, G., Cwik, J., Knuppertz, H., Schürholt, B., Lebens, M., Seitz, R.J., & Schulze, R. (2013). In search of the trauma memory: a meta-analysis of functional neuroimaging studies of symptom provocation in posttraumatic stress disorder (PTSD). *PLoS One*, 8(3), e58150.
- Shakespeare-Finch, J. & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223-229.
- Watts, B.V., Schnurr, P.P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W.B., & Friedman, M.J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 541-550.
- Yahyavi, S.T., Zarghami, M., & Marwah, U. (2013). A review on the evidence of transgenerational transmission of posttraumatic stress disorder vulnerability. *Rev Bras Psiquiatr*, 36(1), 89-94.