

8. Trastorn d'estrès posttraumàtic.

El retorn als Estats Units dels combatents en la guerra del Vietnam va suposar el punt de partida de la investigació sistemàtica del trastorn d'estrès posttraumàtic (TEP). La seva inclusió en el DSM-III, com a categoria diagnòstica independent, va afavorir que l'estudi d'aquest trastorn i de la seva terapèutica s'estengués molt ràpidament a altres esdeveniments traumàtics, amb especial dedicació a les víctimes d'agressions sexuals. Aquests dos àmbits, el TEP en excombatents i en víctimes d'agressions sexuals, són els que han rebut major atenció.

El TEP és un fenomen molt complex la comprensió del qual es troba encara lluny dels avanços aconseguits en l'anàlisi d'altres problemes comportamentals, com els trastorns fòbics. Malgrat incloure's dins l'apartat dels trastorns d'ansietat presenta diferències substancials amb la resta d'alteracions d'aquesta naturalesa i alguns autors discuteixen sobre l'adequació d'aquesta ubicació diagnòstica.

Respecte a la seva terapèutica, els primers estudis controlats sobre l'eficàcia dels tractaments proposats no varen aparèixer fins a les acaballes de la dècada dels vuitanta. Per tant, la investigació sobre el tractament del TEP es troba encara en una fase de desenvolupament inicial. Les intervencions cognitiu-conductuals, en qualsevol cas, són les que obtenen millors resultats. Però més enllà d'aquesta afirmació genèrica poca cosa més pot dir-se. No hi ha evidències clares de que cap procediment d'intervenció, dels inclosos dins d'aquest enfocament, sigui superior als restants i, en termes globals, els resultats del tractament són més aviat limitats.

Els tractaments amb suport empíric més estesos són els que es basen en la **teràpia d'exposició** i en l'**entrenament en inoculació d'estrès**, un programa multicomponent d'ampli espectre sobre el que no està gens clar quins són els elements terapèutics essencials.

Per a acabar amb aquesta breu introducció, no puc deixar d'esmentar a la *teràpia de reprocessament i desensibilització mitjançant moviments oculars* (RDMO), una tècnica atèrica que ha suscitat una gran polèmica en la disciplina i que guadeix de la condició de tractament amb suport empíric (APA, 1998).

De tot això se'n parlarà en les pàgines que segueixen. Comencem, com sempre, fent esment de quins són els principals objectius del tractament en el trastorn que ens ocupa i les tècniques d'intervenció que es consideren eficaces per al seu abordatge terapèutic.

Objectius de la intervenció.

Primer de tot ha de fer-se una distinció prèvia entre les intervencions en víctimes recents (immediatament després del trauma, amb estrès agut o amb TEP agut) i les que s'adrecen a les persones amb TEP crònic.

En les intervencions en pacients amb **TEP crònic** el tractament s'enfoca a la reducció de l'ampli ventall de símptomes que conformen aquesta alteració: la reexperimentació del trauma, les conductes d'evitació, la sobreactivació i, per últim, l'estat d'ànim deprimat i els problemes d'ajustament social que són freqüents en les víctimes d'esdeveniments traumàtics. El més habitual és que els tractaments es dirigeixin més específicament als primers aspectes i en menor mesura a abordar directament les dificultats d'ajustament social i els problemes depressius. Els diferents procediments d'intervenció persegueixen, en major o menor mesura i de forma més o menys explícita tres grans objectius:

- (a) Promoure l'*exposició repetida* als records i als contextos estimuladors externs que són evitats.
- (b) Modificar les *valoracions exagerades d'amenaça, impredecibilitat i incontrolabilitat* dels esdeveniments i, en alguns casos, intervenir sobre els sentiments de culpa-vergonya respecte al succés.
- (c) Dotar d'*habilitats d'afrontament* diverses, amb especial incidència en les estratègies de control de l'activació.

Amb les **víctimes recents** l'objectiu terapèutic de la intervenció immediata (intervenció en crisi) és el d'alleujar el patiment, prevenir l'aparició de trastorns psicològics posteriors (cronificació de les reaccions d'estrès) i facilitar la reorganització de l'activitat normal. En els programes d'intervenció d'inici una mica més demorat (subjectes amb trastorn d'estrès agut), el tractament s'adreça més específicament a la prevenció de l'estrès posttraumàtic

Tècniques d'intervenció.

El llistat de tractaments amb suport empíric de l'Associació Americana de Psicologia (APA, 1998) no contempla cap tècnica o procediment d'intervenció com a tractament eficaç per al TEP. En l'apartat de tractaments probablement eficaços hi apareixen, però, les *tècniques d'exposició*, l'*entrenament en inoculació d'estrès* i la controvertida *tècnica de*

reprocessament i desensibilització mitjançant moviments oculars (RDMO).

Les “Expert Consensus Guidelines Series” (Foa, Davidson, & Frances, 1999b) recomanen tres tipus d'intervenció conductual en format individual per al tractament del TEP: la *teràpia d'exposició*, les *tècniques de maneig d'ansietat* i la *teràpia cognitiva* (reestructuració cognitiva en especial sobre les creences disfuncionals de culpa). Les *tècniques d'exposició* es consideren com a *estratègia d'elecció* en el cas de predomini de l'ansietat i evitació a situacions relacionades amb el trauma (exposició en viu) i de pensaments intrusius i reexperimentació del trauma (exposició en imaginació). La *reestructuració cognitiva* gaudeix d'aquesta valoració si la víctima presenta sentiments molt marcats de culpa-vergonya.

La *teràpia d'exposició*, bàsicament l'exposició en imaginació als records i imatges associades al trauma, ha predominat en el tractament del TEP en excombatents. Al contrari, els programes multicomponents de maneig de l'estrès (entrenament en inoculació d'estrès) han estat els més divulgats en l'abordatge terapèutic de les víctimes d'agressions sexuals. No obstant això, en els últims anys les tècniques d'exposició, en imaginació als records traumàtics i en viu a les situacions evitades, han començat a aplicar-se de forma més sistemàtica en el tractament d'aquest tipus de víctimes i els resultats apunten cap a una lleugera superioritat d'aquest procediment respecte al clàssic.

La intervenció en víctimes recents es realitza a través de programes breus que inclouen diversitat de tècniques. Els programes de prevenció cognitiu-conductuals han tingut especial desenvolupament en dones víctimes d'agressions sexuals tot i que ja han començat a aplicar-se a altres poblacions victimitzades.

14.1. Descripció i factors d'instauració i manteniment del TEP.

Les persones que s'han vist exposades a algun tipus d'esdeveniment traumàtic (agressions sexuals, episodis bèl·lics, accidents, catàstrofes naturals, etc.) que impliqui una seriosa amenaça de mort o risc per a la pròpia integritat física o la d'altres individus, i que sigui valorat com a incontrolable, poden acabar desenvolupant un TEP.

La síndrome es caracteritza per la presència de tres tipus de manifestacions comportamentals bàsiques: (a) la reexperimentació del trauma (imatges, pensaments i records persistents i intrusos, flashbacks, malsons), (b) evitació persistent de les situacions associades al trauma i dels records, que normalment també s'expressen en una negativa a parlar sobre el

tema i (c) símptomes d'hiperactivació (hipervigilància, sobresalts) que s'acompanyen d'irritabilitat, insomni i dificultats de concentració. Dins de les respostes d'evitació persistent també s'inclouen l'embotadura afectiva, el distanciament dels altres, pèrdua d'interès, etc. que es relacionen amb les dificultats de readaptació social que, a vegades, són presents als subjectes amb TEP. A les persones amb aquest trastorn no és estranya la presència de nivells molt elevats d'ansietat sostinguda i de depressió, així com alteracions comòrbides com les disfuncions sexuals o l'abús de substàncies.

Una característica destacable del TEP és que hi ha perfils psicopatològics diferencials en funció dels tipus d'estressors als que s'hagin vist exposats. Així per exemple, en les persones exposades a episodis bèl·lics és més habitual la presència de conductes d'aïllament, depressió, apatia ... i, en canvi, no hi té especial rellevància la sobreactivació fisiològica. També són més freqüents que en altres víctimes d'esdeveniments traumàtics, les amnèsies i d'altres fenòmens dissociatius, els malsons recurrents i el consum de drogues. Per contra, en les víctimes d'agressions sexuals, la simptomatologia predominant és la hiperactivació psicofisiològica, la presència de rumiacions i les escenes de vivència retrospectiva.

Les respostes de por i evitació, la reexperimentació del trauma i la sobreactivació es presenten de manera gairebé invariable i immediata en totes les persones que han estat víctimes d'esdeveniments traumàtics i es considera que formen part del procés natural de recuperació del trauma, especialment la reexperimentació.

El trastorn d'estrès agut en víctimes d'agressions, siguin o no sexuals, es manifesta, per exemple, entre el 70 i 94% de les víctimes, mentre que les taxes de prevalença del TEP agut (1 mes després) se situen entre el 48% i 64% i les de TEP crònic (3 mesos després) entre el 22 i el 47%. Així les coses, si no totes les persones exposades a un esdeveniment traumàtic acaben desenvolupant un TEP hauran d'existir factors individuals que contribueixin a la cronificació de les respostes inicials al trauma. D'aquests factors se'n parlarà una poc més endavant.

Essent això cert, no ho és menys que un factor determinant de la cronificació de la reacció d'estrès agut i de la severitat posterior del TEP és la intensitat del trauma. Quan el trauma és més intens i quan aquest és causat directament i intencionalment per un ser humà, més greu serà el trastorn.

Les *hipòtesis etiològiques basades en el condicionament clàssic* resulten llavors especialment adequades per donar compte de la instauració del trastorn i, per la naturalesa i condicions d'aparició de l'estímul incondicionat, explicarien també bona part de les

manifestacions característiques d'aquesta alteració: elevada generalització, respostes d'alarma, etc. Les diverses conductes d'evitació (motores i cognitives) seran, més endavant, fonamentals en el manteniment del trastorn.

Davant dels esdeveniments molt greus les variables personals exercirien un efecte insignificant, mentres que enfront dels més lleus es produiria l'efecte diferenciador de la capacitat del subjecte per afrontar l'esdeveniment. Alguns autors han assenyalat que en els successos més greus, i en especial en els que hi sigui implicat un agent humà, la percepció d'incontrolabilitat serà molt major i això es relacionaria amb la severitat del quadre clínic.

Els models de condicionament, que resulten satisfactoris per explicar les respostes d'ansietat i por, ja no ho són tant per donar cobertura a d'altres manifestacions rellevants del TEP com la reexperimentació repetida del trauma, els processos de culpabilització – que d'alguna manera ja enllacen amb les diferències individuals que contribueixen a la cronificació del TEP – i no incorporen un aspecte que es considera essencial en aquest trastorn com és el del significat atorgat a l'esdeveniment traumàtic i la percepció d'impredecibilitat i incontrolabilitat. Per això les explicacions basades en les teories del processament de la informació més emocional sembla tenir major capacitat explicativa.

De fet, les *hipòtesis basades en els models del processament de la informació emocional* ocupen un lloc destacat en les explicacions del TEP. Segons aquest plantejament, les persones amb el trastorn tendrien una activació permanent de les estructures de por on s'hi troba representada la situació traumàtica, pel fet que incorporen un elevat significat d'amenaça personal. Això dificultaria que es processassin adequadament, interferint la integració d'altres experiències i conductes. A més, les estructures associades a les respostes de por són més àmplies, intenses i s'activen més fàcilment que les presents en altres trastorns d'ansietat. Pel fet que l'esdeveniment traumàtic té un significat extraordinàriament amenaçant i que, en molts de casos – com en les agressions sexuals comeses en entorns familiars –, viola les concepcions prèvies més bàsiques sobre la seguretat personal, el subjecte percep el món com menys previsible i controlable. En absència de senyals de seguretat el subjecte viu en una situació de por crònica.

L'activació de l'estructura de por generalitzada, per qualsevol dels múltiples estímuls externs i interns als què s'associa, pot comportar respostes d'hiperactivació i la reexperimentació del trauma que tracten de combatre's a través de l'evitació motora i cognitiva. Així doncs, el que es produeix, prototípicament, són exposicions curtes i incompletes que no permeten ni l'habitució als estímuls evocadors ni la desactivació de les

memòries de por, sinó més aviat tot el contrari, noves experiències de sensibilització.

El model d'*indefensió apresada* podria explicar, d'altra banda, el desenvolupament de simptomatologia depressiva i la passivitat i culpabilització després d'un esdeveniment traumàtic. L'exposició a situacions altament aversives, que són vistes com impredecibles i incontrolables, provocaria l'aparició de les conductes depressives i de les creences generalitzades d'incontrolabilitat posteriors.

El fenomen de la *culpabilització*, que depèn en bona mesura de factors personals més estables (vulnerabilitat), mereix un esment especial. La culpabilització prové de la creença de no haver exercit les accions de control necessàries per a prevenir l'esdeveniment traumàtic i es troba associada a una major severitat del trastorn. Les atribucions internes, globals i estables de tipus caracterològic, que són les relacionades amb l'autoculpabilització, s'associen a majors sentiments d'incontrolabilitat i a la posada en marxa de menys conductes d'afrontament adaptatives. De tota manera, sembla ser que la culpabilització és un epifenomen davant de la reacció emocional i no tant un reflex d'estils atribucionals previs, malgrat que hi ha algunes dades que apunten que un locus de control extern o a la tendència a atribuir tant els esdeveniments positius com els negatius a causes externes faciliten el desenvolupament del TEP quan aquests individus es veuen exposats a situacions traumàtiques. Per tant, hi ha algunes inconsistències a les dades empíriques de la recerca psicopatològica bàsica que no ens permeten acabar d'establir bé els mecanismes de generació del fenomen de culpabilització.

Seguint amb els factors de vulnerabilitat, en alguns treballs s'ha trobat una forta associació positiva entre l'afrontament de l'esdeveniment mitjançant la culpabilització, la negació (fantasiejar) i la severitat de la simptomatologia. Sembla ser que els estils d'afrontament basats en l'evitació, i molt especialment els que impliquen allunyament dels altres, baixa expressió de l'afecte i evitació dels records, afavoreixen la cronificació de les reaccions d'estrès que incrementen l'activació fisiològica i l'aparició d'intrusions. Els estils d'afrontament basats en l'evitació podrien trobar-se associats amb majors esforços personal per tractar de suprimir els pensaments intrusius, aspecte que sembla contribuir decisivament a la severitat del trastorn en incrementar la freqüència d'aparició de les intrusions. De tota manera, també es sap que els intents per controlar les intrusions són habituals tant en les persones que acaben presentant trastorn d'estrès agut com en les que no ho fan després, per exemple, d'haver patit un accident de trànsit. La diferència consisteix en què els primers

tendeixen més a la rumiació (preocupar-se) i al càstig com a estratègies per controlar aquests pensaments no desitjats.

La manca de suport social contribueix també a la cronificació de les reaccions d'estrès posttraumàtic. Aquest factor s'ha vist associat, a més a més, amb pitjors resultats terapèutics.

En el seu model integrat del desenvolupament del TEP, Jones & Barlow (1990) apunten a altres variables de vulnerabilitat, a banda dels estils d'afrontament i les xarxes de suport social, com són una predisposició biològica prèvia a l'ansietat, consistent en una hiperactivació autònoma crònica i/o labilitat noradrenèrgica, l'existència anterior d'experiències aversives incontrolables i, associant-se amb això darrer, la percepció generalitzada d'incontrolabilitat i impredibilitat dels esdeveniments negatius.

Hi ha alguns treballs que avalen aquest últim punt, central en els models de processament de la informació emocional. En un estudi realitzat en víctimes d'accidents de trànsit (per tant, un dels esdeveniments traumàtics en què més podrien estar-hi influïnt les variables de vulnerabilitat en ser traumes, en principi, de baixa intensitat per al TEP), les persones que havien desenvolupat problemes d'estrès agut tendien a exagerar la probabilitat d'ocurrència d'esdeveniments negatius en general i a valorar-los amb un major cost personal que, els que havent tingut un accident semblant, no mostraven simptomatologia intensa d'estrès agut.

Anke Ehlers & David Clark (2000) han elaborat un *model cognitiu integrat del TEP* que descansa, bàsicament, en les concepcions prèvies dels models del processament de la informació emocional en què les diferències individuals hi ocupen un lloc preminent. Segons aquest model, només s'acabarà instaurant un TEP si les persones que s'han vist exposades a una situació traumàtica processen el que succeeix i/o les seves seqüeles de manera que això acabi conduït a un sentiment d'amenaça en el moment present. La forma en què s'hagin elaborat les memòries del trauma també contribuirà a que s'acabi desenvolupant el TEP. La pobra elaboració del record traumàtic i la seva integració inadequada en el context temporal i situacional i amb altres records autobiogràfics previs o posteriors, dificultarien la recuperació voluntària i la facilitat d'evocació per estímuls físics.

8.2. Objectius bàsics i principals instruments en l'avaluació clínica del TEP.

8.2.1. Objectius bàsics de l'avaluació

L'avaluació clínica del TEP s'adreça a aspectes molt diversos, com no podria ser d'una altra manera atenent a la complexitat del trastorn. Tot i amb el risc de simplificar excessivament la qüestió he agrupat els focus de l'avaluació en cinc grans punts:

- Identificació de l'esdeveniment traumàtic.

Establir el nexa entre la simptomatologia observada i l'existència d'un esdeveniment traumàtic és essencial per a derivar un tractament adequat. La mateixa naturalesa del problema pot fer que el pacient no relacioni, voluntàriament o involuntària, el seu malestar amb un trauma anterior, per la qual cosa haurà d'indagar-se respecte d'això. A més, per a la planificació del tractament, que l'exposició a les imatges o records del trauma i/o a situacions externes evitades és un component fonamental, serà imprescindible comptar amb una descripció detallada d'aqueixes condicions.

- Determinar la presència i severitat de les manifestacions específiques del TEP: reexperimentació del trauma, conductes d'evitació, sobreactivació.
- Avaluar l'estat d'ànim, ja que és molt freqüent la presència de comportaments depressius.
- Avaluar el nivell d'adaptació social
- Considerar la presència d'alteracions comportamentals prototípicament associades al TEP crònic com les disfuncions sexuals, l'abús de substàncies o la presència de quadres depressius.

8.2.2. Principals instruments d'avaluació.

Com assenyalen Echeburúa i de Corral (1998b), en molts estudis sobre les conseqüències d'esdeveniments traumàtics s'ha primat la valoració d'indicadors psicopatològics indirectes o associats al TEP (depressió, ansietat, inadaptació social, disfuncions sexuals, etc.), més que centrar-se en les aspectes més característics del TEP. Feta aquesta observació, vegem quins són els procediments i instruments d'avaluació més habituals.

8.2.2.1. ENTREVISTA

Els apartats corresponents al TEP de l'entrevista diagnòstica ADIS-IV (DiNardo et al., 1994) o de la SCID-I (First et al., 1997) poden resultar útils, com gairebé sempre, per a cobrir alguns dels objectius bàsics de l'avaluació assenyalats més amunt. En el cas del TEP es disposa a més d'algunes escales heteroaplicades, àmpliament utilitzades en investigació, que poden servir com a guia per a l'entrevista estructurada de pacients en què es presumeix la presència aquest tipus d'alteració.

“Escala heteroaplicada per al TEP” (*Clinician Administered PTSD Scale, CAPS*) (Blake et al., 1990; Blake et al., 1995). És l'instrument més estès en l'avaluació de la severitat del TEP. Hi ha dues versions: la CAPS-1 que avalua les manifestacions del TEP durant l'últim mes i la història anterior del trastorn i la CAPS-2 que se centra en la simptomatologia experimentada durant l'última setmana.

“Escala de gravetat dels símptomes del TEP” (Echeburúa, de Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasua, 1997a). És un escala heteroaplicada semblant al CAPS. Se centra en l'avaluació i quantificació de la freqüència i intensitat de la simptomatologia, seguint els criteris diagnòstics del DSM-IV per al TEP. Inclou una secció per a avaluar les manifestacions d'ansietat davant de l'exposició a estímuls relacionats amb el trauma.

8.2.2.2. AUTOINFORMES.

8.2.2.2.1. Simptomatologia específica del TEP.

“Escala de símptomes del TEP” (*PTSD Symptoms Scale*) (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993). És un autoinforme breu que serveix per a quantificar la freqüència de símptomes del TEP.

“Escala sobre l'impacte dels esdeveniments” (*Impact of events scale, IES*) (Horowitz, Wilner, & Álvarez, 1979). És un autoinforme breu que pot resultar d'utilitat per detectar i quantificar la intensitat de pensaments intrusius i conductes d'evitació.

8.2.2.2.2. Ansietat general i sobreactivació.

“Qüestionari d'ansietat estat-tret” (*State-Trait Anxiety Inventory, STAI*) (Spielberger et al., 1970). S'ha utilitzat en la pràctica totalitat de treballs sobre el tractament del TEP i pot proporcionar-nos una quantificació del grau d'activació sostinguda.

“Escala heteroaplicada d'avaluació de l'ansietat” (*Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS*) (Hamilton, 1959). Permet detectar i quantificar el grau d'ansietat sostinguda en dues escales: ansietat subjectiva i ansietat somàtica. Presenta l'avantatge addicional, al meu entendre, de poder utilitzar-se com a guia de l'entrevista en l'avaluació d'aquestes variables.

“Inventari d'ansietat de Beck” (*Beck Anxiety Inventory, BAI*) (Beck et al., 1988). Tal vegada es tracta de l'instrument més específic d'avaluació dels símptomes d'ansietat, amb especial atenció als psicofisiològics. Amb ell s'eviten els solapaments amb la simptomatologia de caire més depressiu, habituals en el TEP.

8.2.2.2.3. Ajustament social

“*Escala d'ajustament social*” (*Social Adjustment Scale, SAS*) (Weissman & Paykel, 1974). De fet es tracta d'una entrevista semiestructurada que s'avalua, en una escala Likert, el grau d'adaptació de la persona en vuit àrea distintes (treball, relacions socials, relacions familiars, etc.).

8.2.2.2.4. Estat d'ànim deprimit, avaluació del nivell general de salut

Com sempre quan es tracta d'avaluar les conductes depressives, es recomana el recurs al “*Qüestionari de Depressió de Beck*” (*Beck Depression Inventory, BDI*) (Beck et al., 1979). Però, a més, en les víctimes d'esdeveniments traumàtics solen incorporar-se a l'avaluació instruments adreçats a una valoració més global de l'estat de salut.

“*Qüestionari de salut general*” (*General Health Questionnaire, GHQ*) (Goldberg, 1978) (versió espanyola de Lobo et al., 1981, 1986). Malgrat tractar-se d'un instrument per a la detecció de possibles casos psiquiàtrics en estudis epidemiològics o com a eina de rastreig, el seu ús ha estat habitual en l'avaluació de les persones amb TEP essent, com és, un autoinforme que s'adreça a la valoració d'estats disfòrics (ansietat-depressió), trastorns del son i deteriorament social. La més estesa, de les múltiples versions existents, és la de 28 ítems. En l'avaluació d'aquest trastorn no és freqüent la utilització d'altres procediments com els autorregistres o l'observació.

8.3. El tractament cognitiu-conductual del TEP.

Atenent a les diferències existents entre els quadres clínics d'estrès associats a l'experimentació d'esdeveniments traumàtics en funció del moment temporal en què es trobin, tant en els objectius com en les estratègies terapèutiques utilitzades, es presentaran per separat els programes d'intervenció en víctimes recents (estrès agut i TEP agut) i els tractaments adreçats a l'abordatge del TEP crònic.

8.3.1. La intervenció en víctimes recents.

Hi ha un ampli acord sobre la utilitat d'una intervenció primerenca en les persones que s'han vist exposades a un esdeveniment traumàtic, malgrat que el consens ja no és tan evident respecte a quin és el moment idoni per fer-ho, si immediatament després del trauma o unes setmanes més tard. Foa i Meadows (1997) assenyalen, per exemple, que les intervencions que es realitzen just després de la crisi podria ser que dificultassin el processament òptim del trauma a causa de l'estat de xoc que encara presenta la víctima.

Tradicionalment, la intervenció primerenca davant d'esdeveniments traumàtics s'ha sustentat en models de consell psicològic no conductuals o d'entrevistes inductores d'afecte (debriefing), procediments centrats en l'escolta activa i el suport emocional, la resolució dels problemes immediats generats pel trauma i en el suggeriment estratègies de solució de problemes per al futur. Els procediments cognitiu-conductuals varen aparèixer amb posterioritat a aquests plantejaments terapèutics. En termes generals comparteixen els mateixos elements però, a diferència dels anteriors, són molt més específics.

A més, s'ha d'assenyalar que no existeixen evidències de que el consell psicològic i el debriefing siguin eficaços en la prevenció del TEP o del desenvolupament d'altres trastorns psicològics associats al trauma.

En aquest apartat just em limitaré a l'exposició de les intervencions cognitiu-conductuals desenvolupades des de principis dels anys vuitanta i que, en els últims temps, estan experimentat una important expansió i implantació social.

El professor J.A. Carrobles (2000) fa referència a l'existència de tres models d'intervenció en víctimes recents d'esdeveniments traumàtics que es distingeixen bàsicament pels seus diferents graus de tecnificació i també pel moment en què s'apliquen: (a) la primera ajuda psicològica, (b) la intervenció en crisi i (c) les intervencions basades en el model de l'aprenentatge social. La primera ajuda psicològica i la intervenció en crisi comparteixen els mateixos elements bàsics: alleujament immediat del patiment, prevenir l'aparició de trastorns psicològics posteriors i facilitar la reorganització de l'activitat normal.

La **primera ajuda psicològica** la realitzen els professionals que són els primers en acudir a les situacions d'emergència (policies, bombers, infermers, metges, etc.) i té com a objectiu fonamental donar sensació de proximitat a les víctimes, tractar de controlar les respostes de sobreactivació i promoure la verbalització de l'experiència traumàtica.

La **intervenció en crisi** utilitza bàsicament els mateixos procediments però amb un nivell lleugerament major de tecnificació i és conduïda per psicòlegs o paraprofessionals entrenats més detingudament en les estratègies d'intervenció.

Finalment hi hauria els programes d'intervenció més tecnificats que són els que descriurem a les pàgines que segueixen. Dins aquestes intervencions immediates més específiques podria fer-se una distinció entre (a) la intervenció en crisi, és a dir, aquella que es porta a terme en les hores o, com a molt, en els dos o tres dies posteriors a l'esdeveniment traumàtic, i (b) els programes de tractament del trastorn d'estrès agut o del TEP agut que

s'inicien unes setmanes més tard.

Aquests programes ja tenen un cert desenvolupament en l'àmbit de les víctimes d'agressions sexuals. Malgrat que en l'actualitat s'estan aplicant tractaments molt semblants a víctimes d'altres situacions traumàtiques no tenc constància que se n'hagin publicat estudis que aporten evidències empíriques de la seva eficàcia.

8.3.1.1. INTERVENCIÓ EN CRISI EN DONES VÍCTIMES D'AGRESSIONS SEXUALS: EL PROGRAMA D'INTERVENCIÓ CONDUCTUAL BREU.

El grup de Dean Kilpatrick ha desenvolupat un programa de tractament, el programa d'intervenció breu que es basa en els següents principis, derivats de la investigació duita a terme des de finals dels anys setanta a la Universitat de Medicina de Carolina del Sud (EUA) i al centre d'ajut "People Against Rape" de la ciutat de Charleston amb el suport del "National Center for Prevention and Control of Rape":

- (a) L'experiència de violació de la víctima ha de comprendre's més que no pas qüestionar-se.
- (b) La influència dels mites o les falses creences sobre la violació fan que la víctima se senti responsable de l'agressió.
- (c) Les víctimes estan mancades d'informació sobre les reaccions normals davant l'experiència de violació.
- (d) Les víctimes estan mancades d'habilitats per enfrontar-se amb els problemes relacionats amb la violació.

El principi clau seria, per tant, que proporcionant *informació* i *habilitats d'afrontament* a les víctimes se'ls facilita el maneig dels problemes relacionats amb la violació. El programa d'intervenció breu s'estructura en dues sessions amb una durada total d'entre quatre i sis hores. S'aplica els dies, fins i tot hores, immediatament posteriors a l'agressió i té quatre components bàsics:

- **1er component. Entrevista inductora d'afecte** (debriefing) en què es persegueix, després d'haver aconseguit un *nivell de relaxació moderat* mitjançant relaxació muscular profunda i respiració, la reconstrucció i reexperimentació del trauma, facilitant-se la descàrrega emocional i l'aclariment de les sensacions experimentades durant l'agressió.
- **2on component.** Instrucció sobre els *mecanismes de desenvolupament de la por* i

de l'ansietat basant-se en el model de condicionament clàssic.

- **3er component. Anàlisi del procés de culpabilització** i les seves conseqüències. Reestructuració cognitiva centrada a proporcionar informació respecte a factors de pressió social que afavoreixen la culpabilització en les víctimes d'agressions sexuals.
- **4rt component. Entrenament en habilitats d'afrontament** (asserció, relaxació - respiració, autoinstruccions, aturada de pensament) per a manejar adequadament les situacions relacionades amb la violació (p.ex. parlar amb la policia, les autoritats judicials), reprendre les activitats quotidianes i controlar les sensacions i els canvis conductuals que puguin haver-se produït o que s'estima que podrien produir-se, a causa de l'agressió.

Tot i que el programa d'intervenció conductual breu s'ha desenvolupat de forma específica per a les víctimes recents d'una agressió sexual, els seus autors consideren que pot ser utilitzat en fases posteriors del TEP.

8.3.1.2. PROGRAMA BREU DE PREVENCIÓ EN EL TRASTORN D'ESTRÈS AGUT EN VÍCTIMES D'AGRESSIONS SEXUALS.

El programa breu de prevenció del grup de la professora Edna Foa recorre a l'ús de mètodes de tractament que s'han mostrat efectius en la intervenció en el TEP crònic, precisament per evitar el desenvolupament d'aquesta alteració en víctimes recents d'una agressió sexual (trastorn d'estrès agut).

El programa preventiu s'inicia dins del primer mes en què s'ha produït l'agressió i consta de 4 sessions de 2 hores de duració amb periodicitat setmanal. Les tècniques utilitzades són l'exposició en imaginació a les escenes de la violació i l'exposició en viu a situacions evitades, entrenament en relaxació i reestructuració cognitiva centrada en les creences de sobreestimació de perill i d'incontrolabilitat.

Els continguts són, per tant, molt semblants als del programa d'intervenció breu descrit en l'apartat anterior. Les diferències rauen en diferents aspectes com són (a) la **programació més específica de les exposicions**, que en el tractament del grup de Kilpatrick es derivaven de l'entrevista inductora d'afecte, i (b) en la relegació del factor de culpabilització, especialment emfasitzat en aquell programa, a més, com ja s'ha dit, del moment d'aplicació, més demorat respecte a l'esdeveniment traumàtic en el programa breu de prevenció de Foa i col·laboradors.

Un programa semblant, aplicat en cinc sessions, s'ha utilitzat en el tractament de l'estrès agut en víctimes d'accidents de trànsit i laborals.

8.3.1.3. TRACTAMENT DE L'ESTRÈS POSTTRAUMÀTIC AGUT EN VÍCTIMES D'AGRESSIONS SEXUALS.

Al País Basc, Echeburúa i col·laboradors han desenvolupat un programa d'intervenció per a l'estrès posttraumàtic agut en víctimes d'agressions sexuals que ha estat el primer a ser avaluat experimentalment de tots els aplicats arreu del món.

El tractament es du a terme en 5 sessions individuals d'una hora de duració i amb periodicitat setmanal. Consta de tres components: (a) expressió i suport emocional, (b) reavaluació cognitiva i (c) entrenament en habilitats d'afrontament.

L'entrenament en habilitats d'afrontament inclou relaxació i respiració profunda, maneig de situacions específiques (assertivitat davant la policia i els jutges, comunicació del trauma a l'entorn proper a la víctima, recuperació d'activitats quotidianes) i control dels pensaments intrusius (aturada de pensament i asserció encoberta i tècniques de distracció cognitiva).

8.3.2. Tractament del TEP crònic.

La intervenció conductual en el TEP generalment consisteix en alguna forma de *tractament d'exposició i/o d'entrenament en control de l'estrès* en el que s'inclouen, molt sovint i amb diferents graus d'elaboració, procediments de *reestructuració cognitiva*. Anem a revisar les característiques bàsiques d'aquests diferents programes.

8.3.2.1. TRACTAMENT D'EXPOSICIÓ.

La teràpia d'exposició, en les seves distintes variants, s'ha utilitzat preferentment en el tractament del TEP en excombatents. Les primeres aplicacions d'aquests procediments es varen presentar en una sèrie d'estudis de cas realitzats pel grup d'investigació del professor Terence Keane, publicats l'any 1982, en els que es recorria a l'exposició sistemàtica a les memòries de les experiències traumàtiques viscudes per combatents en la guerra del Vietnam (*exposició en imaginació*).

Una peculiaritat del tractament d'exposició per al TEP, dissenyat pel grup de Keane, és que les sessions d'exposició s'inicien induint la relaxació en el pacient. Abans d'iniciar-se les

tasques d'exposició, durant les primeres sessions del programa de tractament, se l'instrueix en relaxació muscular progressiva. Això es fa perquè es considera oportú que el pacient disposi d'estratègies que li permetin controlar certes sensacions que poden aparèixer durant la confrontació a les memòries traumàtiques.

L'exposició en imaginació en el tractament del TEP s'inicia, per tant, amb els exercicis de relaxació. Quan el pacient es troba relaxat el terapeuta sol·licita que s'imagini que es troba, de bell nou, en la situació traumàtica i que comenci a descriure-la (en primera persona i en present) tan vívidament com sigui possible, començant pels moments previs a l'aparició del pressurant. Durant la descripció se l'anima a que vagi incloent, de forma progressiu, un nombre més gran de senyals estimuladors de la situació. A diferència de la desensibilització sistemàtica no es pren cap tipus d'acció per a reduir l'ansietat del pacient durant l'exposició, que es manté fins que el malestar minva (entre 20 i 45 minuts). Les sessions d'exposició al laboratori s'enregistren en una cinta que serà utilitzada en les pràctiques d'exposició entre sessions. A les tasques per a casa també s'incorpora l'*exposició en viu* a situacions que fins al moment hagin estat evitades, pràctica més freqüent en el tractament de dones violades o en persones que s'han vist involucrades en altres situacions catastròfiques.

L'exposició en imaginació a l'escena generadora de major ansietat (inundació en imaginació) no és l'única variant utilitzada, tot i que, en general, es considera que està especialment indicada en els casos en què es produeix una marcada evitació cognitiva de les memòries traumàtiques i en què hi ha un gran temor a no ser capaços de controlar les sensacions desagradables que apareixeran si se n'evoca el seu record.

També s'ha recorregut a l'*exposició gradual en imaginació* i l'*exposició en viu* o a la combinació d'aquests procediments. Per exemple, el procediment d'exposició seguit per Marks i col·laboradors combin l'exposició en imaginació (en les cinc primeres sessions) i l'exposició en viu (en les cinc següents).

La pràctica d'exposició més estesa, en qualsevol cas, és la que promou la confrontació amb les memòries del trauma. En alguns dels programes de tractament existents, de tota manera, l'exposició està referida als estímuls evitats i als pensaments intrusius més que als records traumàtics.

En el tractament d'Echeburúa i col·laboradors per a víctimes adultes d'abusos sexuals en la infància l'exposició se centra en els estímuls evocadors d'ansietat i que són evitats en la vida quotidiana (p.ex. exposició gradual a les activitats sexuals o altres activitats potencialment

gratificants que hagin deixat de realitzar-se) i recorre a l'exposició en imaginació, amb l'ajuda d'una gravació o mitjançant escriptura repetida, sobretot per al maneig dels malsons.

8.3.2.2. REPROCESSAMENT I DESENSIBILITZACIÓ MITJANÇANT MOVIMENTS OCULARS (RDMO).

El RDMO és un relativament nou i polèmic procediment d'intervenció (vegi's per exemple el monogràfic que li ha dedicat en 1999 el "Journal of Anxiety Disorders", 13 (1-2) i la saga de rèpliques i contrarèpliques posteriors, que pot considerar-se com una variant de les tècniques d'exposició més tradicionals. Malgrat que la seva utilització s'ha estès a la pràctica totalitat de trastorns d'ansietat, el seu origen es troba en el tractament del TEP, alteració sobre la qual s'han donat la majoria d'aplicacions.

La tècnica de RDMO va ser dissenyada per Francine Shapiro a partir d'una experiència personal: "em vaig adonar que quan m'assaltaven pensaments molestos els ulls començaven a moure's molt ràpidament i de forma espontània, d'un costat a un altre en un moviment diagonal ascendent (...) Llavors vaig començar a moure els ulls de forma deliberada mentre em concentrava en pensaments i records desagradables i va succeir que aquests pensaments també desapareixien i perdien la seva càrrega (emocional)" (Shapiro, 1995) (p.2)

La tècnica, que inicialment s'anomenava desensibilització mitjançant de moviments oculars, es va aplicar per primera vegada al tractament de records traumàtics associats al TEP en excombatents del Vietnam. En primera instància es va considerar que el component essencial de la teràpia el constituïa el moviment dels ulls. Posteriorment, la doctora Shapiro ha assenyalat que aquesta va ser una interpretació incorrecta i desafortunada del mètode responsable, en bona mesura i sempre segons el que ella diu, de la incomprensió i del rebuig que ha patit la tècnica. En l'actualitat l'autora reconeix que el moviment dels ulls no és un element necessari per a l'eficàcia del seu programa d'intervenció.

El RDMO és un procediment terapèutic en què es combinen tècniques molt diverses de l'arsenal terapèutic cognitiu-conductual (exposició en imatges, reestructuració cognitiva, tècniques d'autocontrol, etc.) i altres estratègies d'intervenció ideades per la seva creadora, com els moviments oculars.

Tot i no derivar-se de cap plantejament teòric específic, les fonamentacions teòriques *a posteriori* del RDMO són molt semblants al que exposen els models del processament emocional de la informació, recurrent també a certs aspectes de la neurofisiologia pavloviana per tractar d'explicar els seus mecanismes d'actuació. L'objectiu de la intervenció és *el*

reprocessament de la informació relativa al trauma i la reestructuració de les cognicions negatives que s'hi associen.

El RDMO és un tractament estructurat en vuit fases: història del client i planificació del tractament, preparació, avaluació, desensibilització, instal·lació, exploració corporal, conclusió i revaluació. Les fases de desensibilització, instal·lació i exploració corporal són, i molt especialment la primera, el nucli central del tractament. La durada mitjana de la intervenció és d'aproximadament 4 hores i 30 minuts. Seguint a Keane (1998), des d'una perspectiva operacional, el RDMO consisteix en:

- a. L'evocació d'imatges i records del trauma.
- b. La valoració dels aspectes aversius d'aquestes imatges i records.
- c. La generació d'una valoració cognitiva alternativa per a les imatges i records.
- d. L'examen de les reaccions fisiològiques que apareixen davant els records traumàtics.
- e. Centrar-se en les valoracions més positives, que s'han generat abans, de les imatges i memòries traumàtiques.
- f. La realització de moviments laterals sacàdics dels ulls mentre es manté l'atenció en les respostes a l'exposició als estímuls traumàtics.

En la fase de desensibilització se sol·licita al pacient que evoqui i centri l'atenció en una imatge o record traumàtic i es provoca l'expressió de pensaments negatius sobre el record. La persona ha d'avaluar, en una escala de 0 a 10, el nivell d'ansietat experimentat i identificar les sensacions físiques d'ansietat. Tot això es fa mentre se segueix el moviment de vaivé del dit índex del/de la terapeuta (dos moviments per segon i en blocs de 24 repeticions) que se situa a uns 30 o 35 cm. de la cara del pacient. Al final de cadascun dels blocs es demana al pacient que detengui els pensaments i respiri profundament, com a estratègia per a facilitar la distracció, no pas per a relaxar-se, i se li sol·licita que descrigui com se sent. Es pressuposa que aquestes exposicions breus afavoreixen la generació sentiments d'autoeficàcia i de control per provocar i detenir voluntàriament els records desagradables. El procés es repeteix fins que s'informa de nivells de malestar subjectiu d'1 o 0. En lloc dels moviments dels ulls poden utilitzar-se altres procediments d'estimulació bilateral com a tons o mambelletes.

Quan el malestar associat als records ha desaparegut (0-1 unitats subjectives de malestar) es passa a la fase d'instal·lació i d'exploració corporal en què s'incorporen els pensaments positius que han de reemplaçar les creences negatives associades al trauma. Un cop això s'ha

aconseguit la intervenció se centra en la detecció de la persistència de qualche tipus de reacció fisiològica o afectiva desagradable (tensió residual) que és objecte de reprocessament addicional.

8.3.2.3. PROGRAMES DE CONTROL DE L'ANSIETAT - INOCULACIÓ D'ESTRÈS.

Les tècniques d'exposició que s'estaven utilitzant en el tractament dels combatents de la guerra del Vietnam es varen considerar, sense haver-hi cap raó objectiva, poc apropiades per a la intervenció en víctimes d'agressions sexuals. En aquests casos es va optar per recórrer als procediments de control de l'ansietat que han estat els predominants fins ara en l'abordatge terapèutic del TEP en dones violades.

El procediment de control de l'ansietat més utilitzat en el TEP és l'*entrenament en inoculació d'estrès* de Donald Meichenbaum (1985) adaptat per a la intervenció en víctimes d'agressions sexuals per Lois Veronen i Dean Kilpatrick (1983). L'objectiu d'aquestes intervencions és el de dotar la persona d'un repertori prou extens d'habilitats per a manejar l'ansietat i es basen en l'assumpció que l'ansietat patològica resulta d'un dèficit d'estratègies per fer-hi front o de la presència de dificultats per a posar-les en pràctica.

El tractament original de Veronen i Kilpatrick (1983) s'estructura en 10 sessions individuals d'una hora dirigides per una terapeuta (dona). Consta, com és propi del model d'inoculació d'estrès, d'una primera fase educativa i d'una fase posterior d'adquisició i aplicació d'habilitats d'afrontament. En les tasques per a casa s'inclouen, a més, pràctiques d'exposició. De tota manera ha d'advertir-se que hi ha múltiples variants en l'aplicació de l'entrenament en inoculació d'estrès, sobretot pel que fa a la durada del tractament que oscil·la entre vuit, fins i tot menys si s'aplica en format grupal, i 20 sessions. Totes les versions, emperò, utilitzen bàsicament les mateixes tècniques.

La *fase educativa* ocupa entre una i dues sessions (2 hores de duració aproximadament). Aquesta fase inclou la descripció i la lògica del procediment i es presenta una explicació dels mecanismes d'instauració i manteniment de la por i l'ansietat centrant-se fonamentalment en el model de condicionament clàssic.

La *fase d'adquisició i aplicació d'habilitats d'afrontament* – que en les descripcions del procediment es contempen com a fases separades però que de fet són simultànies – s'estén al llarg de la resta de sessions de tractament que consta el programa.

Les habilitats que s'entrenen són la relaxació muscular progressiva, la respiració controlada, l'aturada de pensament i les autoinstruccions (autodiàleg guiat). L'aplicació es

porta a terme mitjançant role-playing i modelat encobert que, d'alguna manera, també pot entendre's com una habilitat d'afrontament generalitzable a la vida quotidiana.

Totes aquestes habilitats s'apliquen a situacions de la vida quotidiana en què el subjecte experimenta ansietat per a facilitar-ne l'exposició, controlar les conductes d'evitació i manejar les respostes de malestar.

L'entrenament en inoculació d'estrès, com ja he assenyalat, no sempre s'ha utilitzat seguint estrictament aquest protocol. En alguns casos s'han suprimit les tasques d'exposició i s'ha modificat el nombre i la durada de les sessions, tot i que en essència el procediment seguit ha estat el mateix. L'entrenament en inoculació d'estrès també s'ha fet servir en format grupal (6 sessions de dues hores de duració) i incorporant-hi un terapeuta home.

8.3.2.4. PROGRAMES DE TRACTAMENT MULTICOMPONENT.

L'entrenament en inoculació d'estrès ja és pròpiament un programa multicomponent, per la qual cosa el títol donat a aquesta secció és més que discutible (però no en trob un altre millor que no acabi ocupant tres línies de text). En aquest apartat faré referència a dos tipus estratègies d'intervenció que també s'han utilitzat en el tractament del TEP. D'una banda, els tractaments que combinen els procediments d'exposició i l'entrenament en inoculació d'estrès i, d'altra banda, les intervencions que, basant-se en les concepcions del model del processament de la informació, combinen l'exposició amb la reestructuració cognitiva (la teràpia de processament cognitiu de Resick & Schnicke, 1992).

8.3.2.4.1. Els tractaments combinats d'exposició i inoculació d'estrès i els programes d'ampli espectre.

El grup d'Edna Foa ha utilitzat aquest procediment en el tractament de dones amb TEP que havien estat víctimes d'una agressió, sexual o d'una altra mena. El programa de tractament *combina una versió modificada de l'entrenament en inoculació d'estrès* de Veronen & Kilpatrick (1983) i del *tractament d'exposició* a les memòries del trauma i en viu (situacions externes evitades) del propi grup de la doctora Edna Foa.

La intervenció s'aplica tot just en nou sessions, les mateixes que s'empren en cadascun dels tractaments si es fan per separat. Els components que s'hi contemplen són:

- (a) educació (conceptualització del problema),
- (b) exposició en imaginació i en viu a les tasques per fer a casa,
- (c) entrenament en respiració, relaxació muscular (profunda, controlada per senyals i diferencial), aturada de pensament, autoinstruccions (autodiàleg dirigit), modelat encobert i role-playing.

Hickling i Blanchard (1997) han elaborat un programa de tractament multicomponent per a les víctimes *d'accidents de trànsit*, una de les situacions traumàtiques associades amb el TEP que menys atenció ha rebut fins al moment. El programa està estructurat en 10 sessions, tot i que es deixa marge per modificar-ne la durada i s'hi combinen, com a tècniques central, l'exposició i l'entrenament en inoculació de l'estrès com més tard ho ha fet el grup de Foa. El més novedós d'aquest programa és que també incorpora, a les sessions 7, 8 i 9, la *programació d'activitats agradables i la discussió-qüestionament dels esquemes depressius*, ja que es considera important l'abordatge terapèutic específic de l'entumiment físic.

El prolífic grup d'investigació del doctor Enrique Echeburúa també ha desenvolupat un programa multicomponent d'ampli espectre per al tractament de dones víctimes de *violència familiar*. El programa consta de 17 sessions, 9 individuals i 8 en grup, distribuïdes al llarg de 12 setmanes i amb una periodicitat variable (una o dues vegades per setmana). Les tècniques utilitzades són molt variades i recorren a la pràctica totalitat de l'arsenal terapèutic cognitiu-conductual.

Tal volta, la particularitat més destacable d'aquest programa de tractament és la incorporació de components que no han estat habituals en l'entrenament en inoculació d'estrès en les persones amb TEP com són la *solució de problemes*, l'entrenament en habilitats socials i de comunicació (tot i que aquest component ja s'havia inclòs en alguns dels programes per a dones violades) o l'entrenament en *habilitats instrumentals com la recerca d'ocupació*. També s'hi inclou la *programació d'activitats agradables o de la vida quotidiana*, la potenciació de xarxes de suport i interacció social i la reavaluació cognitiva de la situació de maltractament centrada específicament en l'increment de l'autoestima.

Les tècniques d'exposició a les situacions evitades i als pensaments intrusius, especialment els malsons, també formen part d'aquest programa d'intervenció però ocupen un lloc molt més secundari i només són objecte d'atenció específica en una de les sessions de tractament.

8.3.2.4.1. Teràpia de processament cognitiu.

La teràpia de processament cognitiu (TPC) és un programa multicomponent desenvolupat per Resick i Schnicke (1992) a partir de les concepcions dels models cognitius i del processament de la informació emocional. La TPC persegueix l'expressió de l'afecte i l'adaptació apropiada de l'esdeveniment traumàtic als esquemes més generals sobre la pròpia persona i el món. Es parteix de la idea que l'expressió afectiva és necessària no tant per a l'habitació com per processar totalment el record del trauma. L'accés complet a l'afecte ha de permetre que aquest s'esvaeixi, possibilitant l'adaptació dels records als esquemes cognitius.

Ha de tenir-se en compte, aixímateix, que l'exposició als pensaments sobre l'esdeveniment pot evocar por o una combinació de por i vergonya-llàstima. Es pressuposa que, en el darrer cas, freqüent en les dones víctimes d'agressions sexuals o de violència domèstica, la simple exposició, no combinada amb procediments per controlar aspectes com l'autoculpabilització, no resultarà massa efectiva. De fet, els programes d'intervenció conductual breu en dones violades, comentats unes pàgines més amunt, o el programa d'ampli espectre dels professors Echeburúa i del Corral al què s'acaba de fer referència, atorguen un paper central a l'abordatge de la culpabilització i a l'increment de l'autoestima.

El procediment *combina tècniques d'exposició i procediments propis dels programes d'entrenament en control de l'estrès amb components de reestructuració cognitiva* adaptats a partir de les tècniques cognitives bàsiques plantejades per Beck & Emery (1985). Originàriament es va dissenyar per a la seva aplicació en víctimes d'agressions sexuals però s'ha adaptat per ser emprat en poblacions diverses exposades a esdeveniments traumàtics (excombatents, víctimes de catàstrofes naturals, delictes, abusos sexuals en la infància). El programa de tractament s'estructura en 12 sessions individuals dividides en 3 fases:

- (a) Una primera **fase educativa** en què s'explica què és el TEP d'acord amb el model de processament de la informació i s'instrueix el pacient en la identificació de les connexions entre esdeveniments, pensaments i sentiments.
- (b) L'**exposició al record traumàtic** s'introdueix en la segona fase. L'esdeveniment traumàtic es descriu, per escrit, incloent-hi el nombre més gran de detalls, no només de la situació externa, sinó també dels pensaments i sentiments experimentats.
- (c) La següent fase se centra en la **reestructuració cognitiva** mitjançant el qüestionament i la generació de pensaments alternatius.

Els objectius i el contingut específic de cadascuna de les sessions es descriuen de forma

resumida a continuació basant-nos en el que exposen Astin & Resick (1997). Aquesta descripció correspon al programa de tractament per a víctimes d'agressions sexuals tot i que en bona mesura és extensible al que es fa en la intervenció amb el TEP associat a d'altres traumes.

1a sessió.

- Explicació del TEP a partir del model de processament de la informació i exposició de la lògica del tractament.
- Descripció de l'esdeveniment traumàtic i exposició, per escrit, del que significa per a la víctima, amb especial atenció a les creences sobre ell/ella mateix/-a i sobre els altres.

2a sessió

- L'objectiu de la sessió és identificar els punts de bloqueig (creences disfuncionals sobre l'impacte de l'esdeveniment traumàtic i/o dissonància entre les creences actuals i les prèvies al trauma) a partir de la descripció feta sobre el significat personal de l'esdeveniment.
- Introducció de la connexió entre pensaments i sentiments i explicació dels fulls de registre A-B-C que s'utilitzaran en les activitats programades entre les sessions. El registre se centra en quatre emocions bàsiques: ira, tristesa, alegria i temor. Per a la primera setmana de registre se li sol·licita que anoti diàriament l'A-B-C per a un esdeveniment quotidià i un altre relatiu a pensaments sobre la situació traumàtica.

3a sessió.

- La tercera sessió se centra fonamentalment en l'anàlisi dels registres A-B-C. Com a tasca per a casa se sol·licita al pacient que, a més de seguir amb els registres, posi per escrit la situació traumàtica viscuda.

4a sessió.

- L'aspecte més destacat d'aquesta sessió és la introducció de les tasques d'exposició a través de la lectura de la descripció de l'esdeveniment traumàtic. L'exposició es realitza amb l'objectiu de processar el trauma i l'afecte associat. Per tant, haurà de procurar-se que aflorin els pensaments i emocions negatius associats a l'experiència.
- En aquest punt es comencen a qüestionar els errors cognitius detectats (autoculpabilització, negació, minimització).
- Durant la setmana el pacient haurà de realitzar una nova descripció del trauma incloent-hi més detalls i també els pensaments i sentiments que l'assalten mentres ho està escrivint.

5a sessió.

- En aquesta sessió, que reproduïx en essència els continguts de l'anterior, s'incorporen les preguntes de qüestionament que es pretén que el pacient utilitzi quan es detecten els punts de bloqueig (creences disfuncionals o dissonants). Aquests aspectes, la detecció dels punts de bloqueig i el seu qüestionament, seran el centre d'atenció principal durant la resta del tractament.
- Durant la setmana s'insta al pacient a que utilitzi les preguntes de qüestionament davant de l'aparició dels pensaments disfuncionals (dels que se'n seleccionen dos).

6a sessió.

- L'objectiu central de la sessió és presentar els errors cognitius més habituals, que els autors denominen patrons erronis de pensament i que són una adaptació dels biaixos cognitius "tradicionals" de Beck & Emery (1985).

7a sessió

- En aquesta sessió s'integren les diferents tècniques que s'han après fins al moment (registres A-B-C, preguntes de qüestionament i identificació d'errors de pensament, valoració de les creences i generació de pensaments alternatius) en uns fulls de treball per al qüestionament de les creences.

8a a 12a sessió.

- S'exploren i qüestionen les creences disfuncionals relatives a cinc àrees centrals: seguretat,

confiança, poder/control, estima i intimitat.

8.4. Eficàcia dels tractaments cognitiu – conductuals per a la intervenció en el TEP.

La majoria dels treballs apareguts fins a principis dels noranta sobre el tractament del TEP eren estudis de cas únic. Les coses han canviat substancialment en l'últim decenni però les investigacions segueixen essent escasses per poder-ne derivar conclusions prou sòlides respecte a l'eficàcia dels tractaments.

La majoria de les dades disponibles es refereixen a dones víctimes d'agressions sexuals i a excombatents amb TEP crònic. Poca cosa pot dir-se, de moment, dels resultats terapèutics dels tractaments conductuals en un altre tipus de víctimes d'esdeveniments traumàtics i respecte a l'eficàcia de les intervencions en víctimes recents.

Les taxes d'èxit dels tractaments cognitiu-conductuals, agafats en el seu conjunt i considerant els diferents tipus de TEP, són modestes. Al final de les intervencions el percentatge de persones que aconsegueixen un *bon nivell de funcionament psicològic* se situa *entre el 40 i el 60%*.

Les *millores semblen ser més destacades en els símptomes relacionats amb l'ansietat* que en els components depressius i d'inadaptació social, on els percentatges de millora són molt més reduïts.

Un altre aspecte destacable, i no precisament per la part positiva, són les xifres d'*abandonament i de rebuig del tractament*. En l'estudi de Marks et al. (1998b) el 20% dels pacients va rebutjar rebre qualsevol tipus d'intervenció i l'11,5% dels subjectes que el van iniciar el deixaren abans de la seva finalització.

Poc se sap, a més, dels factors que poden estar associats als resultats terapèutics. En una anàlisi recent, Tarrier et al. (2000) han trobat tres variables predictoras dels resultats de dues intervencions cognitiu-conductuals malgrat que el percentatge de la variància explicat és reduït. També s'ha observat que les dones milloren més que els homes i obtenen pitjors resultats les persones amb temptatives de suïcidi. Les tres variables relacionades amb una menor eficàcia del tractament són: baixa assistència – irregular – a les sessions de tractament, (aspecte relacionat amb la motivació i la baixa credibilitat del tractament), viure totsol (baix suport social) i la comorbilitat amb el TAG.

La teràpia d'exposició i l'entrenament en inoculació d'estrès són les dues modalitats de tractament de les què es disposa de major evidència respecte a la seva eficàcia, aconseguint resultats molt semblants. Estudis recents apunten, de tota manera, a una *lleugera superioritat de la teràpia d'exposició* i, en qualsevol cas, que l'exposició semblar ser un *component necessari* per a la terapèutica del TEP. Pasem a revisar els resultats obtinguts amb els diferents procediments d'intervenció.

8.4.1. Eficàcia de les intervencions en víctimes recents.

El programa conductual pioner en aquest tipus d'intervencions (Kilpatrick & Veronen, 1983) no compta amb evidències clares respecte a la seva eficàcia, caient, d'aquesta manera, en les mateixes limitacions atribuïdes als tractaments tradicionals de consell psicològic i intervenció en crisi que pretenia superar (la manca de contrastació empírica dels procediments utilitzats).

En general, no hi ha evidències consistents de que la intervenció immediata – conductual o tradicional – resulti eficaç per prevenir el desenvolupament o cronificació del TEP. Això ha fet que alguns clamin perquè s'aturi l'aplicació compulsiva (sic) d'aquest tipus d'intervencions (Wessely et al., 1998). En diferents treballs s'informa, no obstant això, de bons nivells d'eficàcia en el tractament de l'estrès agut i del TEP agut, per la qual cosa l'asseveració de Wessely i col·laboradors (1998) hauria de matisar-se.

El programa breu de prevenció per a víctimes d'agressions recents de Foa et al. (1995a) va aconseguir que només el 10% de les persones que reberen el tractament preventiu acabassin desenvolupant un TEP enfront del 70% de les no tractades. En termes de reducció simptomatològica, el programa breu de prevenció va obtenir una disminució mitjana nadel 72% en la severitat del TEP respecte al 33% del grup control.

Bryant et al. (1998) varen comparar l'eficàcia d'un programa cognitiu-conductual i de la teràpia de suport en 24 subjectes amb estrès agut posterior a un accident de trànsit o laboral. Al final de la intervenció només el 8% dels subjectes del grup de tractament cognitiu-conductual presentaven manifestacions clíniques suficients per rebre diagnòstic de TEP, davant del 83% dels que van rebre teràpia de suport. Als sis mesos els percentatges van ser del 17% i del 67% respectivament.

En un estudi posterior més ampli (n=45), Bryant et al. (1999) compararen l'eficàcia de l'exposició, exposició més entrenament en control de l'ansietat i teràpia de suport. Sis mesos després de la intervenció preventiva, el 15% dels subjectes que van rebre tractament

d'exposició, el 23% dels del tractament combinat i el 67% dels que van participar en les sessions de teràpia de suport complien els criteris per al diagnòstic de TEP crònic.

El tractament dissenyat per Echeburúa et al. (1996) per a dones violades amb trastorn d'estrès agut va fer que cap d'elles desenvolupàs un TEP durant l'any de seguiment. La relaxació aplicada, que es va utilitzar com a control del programa multicomponent, també va obtenir resultats satisfactoris: el 80% de les víctimes no presentava TEP als 12 mesos. No hi va haver diferències entre ambdues condicions de tractament en les mesures de depressió, ansietat general, ni ajustament social, tot i que el programa de tractament més elaborat se va mostrar més eficaç en la reducció de la simptomatologia pròpia de TEP.

8.4.2. Eficàcia de les tècniques d'exposició.

Diversos estudis controlats han mostrat l'eficàcia de les tècniques d'exposició en el tractament del TEP, primer en excombatents i després en víctimes d'agressions sexuals i en persones víctimes d'esdeveniments traumàtics diversos. A continuació es presenten alguns resultats dels estudis controlats més rellevants:

A l'estudi de Cooper i Clum (1989), l'exposició en imaginació en excombatents va obtenir, en el posttractament, una reducció mitjana del 96% en els malsons i del 33% de les conductes d'evitació.

En un altre dels estudis pioners sobre la teràpia d'exposició (imaginació) en veterans de guerra aquest procediment va aconseguir una reducció mitjana del 40% de la por general, del 39% en la simptomatologia depressiva i del 35% en els símptomes específics del TEP, com la reexperimentació del trauma, malgrat que no va resultar efectiu en la reducció de les conductes d'evitació.

En el cas del tractament de dones violades, Foa et al. (1991) informen que el 55% del grup tractat mitjançant exposició havia aconseguit, als tres mesos de seguiment, un nivell de recuperació suficient com per a deixar de reunir els criteris diagnòstics de TEP presents abans de la intervenció. En un treball recent realitzat amb dones víctimes d'agressions, tant sexuals com d'una altra mena (Foa et al., 1999a), el 52% de les dones tractades mantenien un bon ajustament social a l'any de seguiment i el 65% es trobava lliure de diagnòstic de TEP.

En el tractament d'un grup heterogeni de víctimes amb TEP (Marks et al., 1998b), els resultats varen ser molt semblants als obtinguts en l'estudi de n'Edna Foa i col·laboradors (1999a). El 53% dels pacients que varen rebre teràpia d'exposició (en imaginació i en viu), exhibien un bon nivell de funcionament i ajustament social al final de la intervenció i el 75%

ja no acomplia els criteris d'estrès posttraumàtic, mantenint-se estables els resultats en els seguiments a 1 i 3 mesos.

Curiosament, les tècniques d'exposició, que en origen s'aplicaren a excombatents i han tengut en aquest àmbit la seva major extensió, semblen ser un poc més eficaços en poblacions amb TEP associat a esdeveniments traumàtics diferents dels de naturalesa bèl·lica que quan s'apliquen a persones amb traumes de guerra.

8.4.3. Eficàcia de l'entrenament en inoculació d'estrès.

Existeixen menys estudis controlats d'aquest tipus d'intervenció que de la teràpia d'exposició i els resultats que se'n desprenen semblen apuntar uns índexs de millora un poc més baixos. Crida l'atenció que els treballs no controlats informin, al contrari, de percentatges de millora sensiblement superiors.

El primer estudi controlat va ser el de Resick et al. (1988) amb dones víctimes de violació. L'entrenament en inoculació d'estrès es va mostrar superior al no tractament però va obtenir resultats equivalents a la psicoteràpia de suport i l'entrenament assertiu. Els resultats de l'entrenament en inoculació d'estrès varen ser realment pobres: només un 27% de reducció de la simptomatologia del TEP als sis mesos de seguiment

En un treball posterior (Foa et al., 1991), l'entrenament en inoculació d'estrès va aconseguir un 49% de reducció en els símptomes d'estrès posttraumàtic, percentatge un poc menor a l'aconseguit per la teràpia d'exposició (60%), però major a la teràpia de suport (36%). Als tres mesos de seguiment el 55% de les pacients no reunien criteris per a assignar-los diagnòstic de TEP, tant en el grup d'exposició com en el d'inoculació d'estrès, davant del 35% de les que van rebre consell psicològic.

Uns anys després, el mateix grup d'investigació va obtenir, de bell nou, resultats semblants (Foa et al., 1995a). L'entrenament en inoculació d'estrès va reduir en un 52% la severitat de l'estrès posttraumàtic al final de la intervenció (48% als deu mesos), mentres que la teràpia d'exposició va obtenir reduccions del 66% tant en el posttractament com en el seguiment. Altra vegada, Foa et al. (1999a) informen de resultats molt semblants en un estudi independent de l'anterior. Dels subjectes que van rebre entrenament en inoculació d'estrès, un 42% mostrava un bon ajustament social a l'any de seguiment i el 68% no acomplien criteris per al diagnòstic de TEP.

8.4.4. Eficàcia dels tractaments combinats i multicomponent.

El tractament combinat d'exposició i entrenament en inoculació d'estrès ha mostrat una *eficàcia equivalent a la dels seus dos components en solitari* (vegi's el següent apartat). En el treball de Foa et al. (1995b) es va aconseguir una reducció de la simptomatologia del TEP del 53%. Més recentment Foa et al. (1999a) han informat que la intervenció combinada va permetre que el 36% dels subjectes mantinguessin un bon nivell de funcionament psicosocial al cap de 12 mesos i que el 68% no reunís els criteris per rebre diagnòstic de TEP.

La *teràpia de processament cognitiu*, per la seva banda, va aconseguir reduccions del 40% en la simptomatologia d'estrès posttraumàtic en dones violades i, en un estudi amb una mostra més àmplia, el 88% de les persones tractades no reunien els criteris diagnòstics de TEP al final de la intervenció.

8.4.5. Eficàcia comparativa dels diferents components de les intervencions en el TEP.

Marks i col·laboradors (1998a) varen comparar el tractament d'exposició (en imaginació i en viu), la reestructuració cognitiva (sense exposició) i la combinació d'ambdues intervencions en un grup de pacients amb diferents tipus de TEP. Les tres condicions de tractament es mostraren clarament superiors a la relaxació, utilitzada com a control, i no es varen observar diferències significatives entre elles, ni en el posttractament ni en el seguiment a 6 mesos.

En un altre estudi, el grup del doctor Nicholas Tarrier (Tarrier et al., 1999) va comparar els resultats de la teràpia exposició en imaginació i un programa cognitiu elaborat pels propis autors, semblant al de Resick i Schnicke (1992). Ni en el posttractament ni en els seguiments posteriors apareixen diferències significatives entre ambdues condicions d'intervenció, malgrat que assenyalen que els subjectes que tendeixen a empitjorar són, en major mesura, els que ha rebut exposició en imaginació.

Edna Foa i col·laboradors (1999a) han comparat l'eficàcia de l'exposició, l'entrenament en inoculació d'estrès (sense exposició en viu) i la combinació d'ambdós tractaments en dones víctimes d'agressions (sexuals i físiques sense abús sexual). Quan l'anàlisi es porta a terme en els subjectes que finalitzen la intervenció no hi ha cap diferència entre la teràpia d'exposició, l'entrenament en inoculació d'estrès i la combinació d'ambdós procediments. El panorama és diferent quan la comparació es realitza amb tots els subjectes que inicien el tractament, és a dir, incloent els que llavors abandonen. La teràpia d'exposició és superior a les altres dues

condicions de tractament en quatre de les set mesures de resultat (depressió, ansietat general, simptomatologia d'estrès posttraumàtic i ajustament social, aquesta última només en l'avaluació de seguiment). A més, les dues modalitats de tractament que incorporen l'exposició són superiors a l'entrenament en inoculació d'estrès sense exposició.

En vistes d'aquests resultats podria afirmar-se, sense massa risc d'equivocacions, que la *teràpia d'exposició*, més senzilla i menys costosa que altres alternatives que també s'han mostrat eficaces, és el *tractament més efectiu i eficient* per al TEP. Foa i col·laboradores són així d'explícites en les seves conclusions de l'estudi de 1999, ja que l'eficàcia de l'entrenament en inoculació d'estrès podria haver-se vist reduïda per l'exclusió de les tasques d'exposició que es contemplen en el programa original de Veronen i Kilkpatrick (1983) i pel fet que el tractament combinat tenia la mateixa durada (9 sessions) que els dos tractaments en solitari.

8.4.6. L'eficàcia del RDMO: estudis de desmantellament.

L'avaluació de l'eficàcia de RDMO i l'anàlisi de la contribució dels seus diferents components als resultats del tractament és objecte disputes enceses. Les conclusions a què arriben diferents autors són molt divergents fins i tot analitzant les mateixes dades. Per a Cahill, Carrigan i Frueh (1999) l'única cosa que de moment pot dir-se, amb certa seguretat, respecte a l'eficàcia terapèutica del RDMO per al TEP és que:

- El RDMO és superior al no tractament i els resultats obtinguts al final de la intervenció es mantenen amb el pas del temps.
- Aquest procediment és igual o una miqueta més efectiu que altres intervencions sobre les que no s'han documentat resultats especialment destacables, com l'entrenament d'habitució en imatges, la relaxació o l'escolta activa.
- Només hi ha un treball en què es compara directament el RDMO amb un procediment cognitiu-conductual amb suport empíric previ (Deville & Spence, 1999), per tant, els punts de comparança són més aviat febles
- No hi ha evidències que el moviment sacàdic dels ulls sigui un component rellevant del programa de tractament. Només s'associa a una major reducció dels nivells de malestar intrasessió, però no afecta al resultat final del tractament quan aquest es mesura amb instruments més generals del funcionament psicològic (depressió, ansietat, reducció de la simptomatologia pròpia del TEP).
- Tot sembla indicar que el component més rellevant del programa de tractament és

l'exposició.

En qualsevol cas no ha d'oblidar-se que el RDMO té la consideració de tractament probablement eficaç en el llistat d'intervencions amb suport empíric de l'Associació Americana de Psicologia (APA, 1998), tot i que en l'Expert Consensus Guideline per al TEP no es contempla com a tractament recomanat; és a dir, que els clínics experts, en la seva immensa majoria, no el tenen massa en compte en la seva pràctica quotidiana.

8.4.7. El tractament farmacològic del TEP.

Els estudis controlats sobre la intervenció psicofarmacològica en el TEP són escassos. D'ells es desprèn que diversos tipus de fàrmacs antidepressius (IMAO, tricíclics i inhibidors selectius de la recaptació de serotonina) resulten efectius en la reducció de diferents manifestacions del TEP (pensaments intrusius, problemes de son) i, en general, en la millora del funcionament global. No tenc notícia de cap estudi que hagi comparat l'eficàcia dels antidepressius i de les intervencions conductuals, ni tan sols de forma indirecta. Tampoc conec cap treball en què s'hagi avaluat l'efectivitat del tractament combinat.

Marks et al. (1998b) suggereixen que la combinació dels tractaments conductuals que s'han mostrat eficaços amb medicació antidepressiva podria millorar els resultats terapèutics especialment en aquelles persones amb un baix estat d'ànim. De forma semblant s'expressa la professora Michelle Craske (1999).