

Subtipo Disociativo del Trastorno por Estrés Postraumático. DSM-5

Ruth Lanius, MD, PhD, Mark Miller, PhD, Erika Wolf, PhD, Bethany Brand, PhD, Paul Frewen, PhD, Eric Vermetten, MD, PhD, & David Spiegel, MD.

El rol de la disociación como la defensa más directa contra experiencias traumáticas abrumadoras fue documentado por vez primera por Pierre Janet.

Investigaciones recientes evaluando la relación entre el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y la disociación, han sugerido que existe un subtipo disociativo del TEPT, definido primariamente por síntomas de desrealización (por ejemplo, sentir como que el mundo no es real) y despersonalización (por ejemplo, sentir como si uno mismo no es real).

La confrontación con una experiencia abrumadora de la que no es posible escapar, como el abuso infantil, la tortura, y el trauma de guerra; llevan al individuo a encontrar un escape del medioambiente externo y de la perturbación interna.

Los estados de desrealización y despersonalización nos dan sorprendentes ejemplos de cómo la conciencia puede ser alterada para hacer frente a experiencias abrumadoras y permitir a la persona continuar funcionando bajo violentas condiciones.

Durante la experiencia de **despersonalización**, los individuos frecuentemente se ven a sí mismos observando su propio cuerpo desde arriba y se crea la percepción de que "esto no me está sucediendo a mí", lo que típicamente es acompañado por una atenuación de la experiencia emocional.

De forma similar, durante la experiencia de **desrealización** los individuos experimentan que "esto no es real; es solo un sueño", y se crea la percepción de que "esto no me está pasando realmente a mí", y es frecuentemente asociada con el decremento de la intensidad emocional.

Se espera que la adición de este subtipo disociativo en el diagnóstico del TEPT, contribuya a mayor investigación que examine la etiología, epidemiología, neurobiología y tratamiento de este subtipo, y que facilite la búsqueda de marcadores biológicos del TEPT.

Razones.

El reconocimiento de un subtipo disociativo del TEPT como parte del diagnóstico del DSM-5, se basó en tres líneas convergentes de investigación:

- 1) Evaluación de síntomas.
- 2) Resultados de tratamiento.
- 3) Estudios psicobiológicos.

Aunque síntomas disociativos como flashbacks y amnesia psicogénica han sido incluidos como parte de los síntomas centrales del TEPT, la evidencia sugiere que un subgrupo de pacientes con TEPT, muestran síntomas adicionales de disociación, incluyendo despersonalización y desrealización, justificando un subtipo disociativo de TEPT específicamente focalizado en estos síntomas.

El reconocimiento de un subtipo disociativo de TEPT tiene el potencial de mejorar la evaluación y los resultados de tratamiento del TEPT.

Evidencia.

La adición de un subtipo disociativo de TEPT en el DSM-5 se basó en tres líneas de evidencias.

1. Estudios realizados con veteranos de guerra y civiles con TEPT indicaron que un subgrupo de individuos (aproximadamente 15-30%) reportaban síntomas de despersonalización y desrealización (1-3). Los individuos con el subtipo disociativo tendían a ser hombres, haber experimentado traumatización repetida y experiencias adversas tempranas, tenían trastornos psiquiátricos comórbidos y evidencia de mayor tendencia suicida y deterioro funcional (4). El subtipo fue replicado transculturalmente.
2. La evidencia neurobiológica que sugiere respuestas de despersonalización y desrealización en TEPT, es distinta de la reactividad en la re-experimentación/hiperactivación. Individuos que re-experimentaron su memoria traumática y mostraron hiperactivación psicofisiológica concomitante, exhibieron una reducida activación en el córtex cingulado anterior rostral y en el córtex prefrontal medial, así como un aumento de reactividad en la amígdala. De ahí que se piense que las respuestas donde se revive con hiperactivación psicofisiológica la memoria traumática son mediadas por una falla de la inhibición prefrontal o falla de control de arriba hacia debajo de las regiones límbicas. En contraste, el grupo que mostró síntomas de *despersonalización y desrealización*, exhibió un incremento de la activación en el córtex prefrontal medial y en el córtex cingulado anterior rostral, lo que sugiere que estas respuestas son mediadas por una inhibición prefrontal de las regiones límbicas (5-6).
3. Evidencias tempranas sugieren que los síntomas de despersonalización y desrealización en el TEPT son relevantes para decisiones del tratamiento de este trastorno. Individuos con TEPT que exhiben síntomas de despersonalización y desrealización, tienden a responder mejor a tratamientos que incluyen re-estructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades para la regulación afectiva e interpersonal, además de las terapias basadas en exposición (7,8). Investigación adicional es necesaria para evaluar más completamente los efectos de la despersonalización y la desrealización en la respuesta al tratamiento.

Características asociadas y riesgos del subtipo disociativo.

Comparados con individuos que solo tienen TEPT, pacientes con el diagnóstico del subtipo disociativo han mostrado:

- Traumatización repetida y experiencias adversas tempranas previas al inicio del TEPT.
- Aumento de la comorbilidad psiquiátrica, en particular de fobias específicas y trastorno evitativo y límite (borderline) de la personalidad en mujeres, pero no en hombres.
- Aumento del deterioro funcional.
- Aumento de las tendencias suicidas (incluyendo ideación, planes e intentos suicidas).

Preocupaciones del tratamiento.

Se necesitan estudios de tratamiento diseñados específicamente para examinar los resultados clínicos de tratamiento psicológico y farmacológico del TEPT, en aquellos con el subtipo disociativo versus aquellos sin el subtipo disociativo. Sin embargo, sabemos que individuos con el subtipo disociativo del TEPT pueden requerir tratamientos diseñados para reducir directamente la despersonalización y la desrealización. Para esos individuos, el tratamiento de exposición puede conducir a mayor disociación e inhibición de respuestas afectivas, en lugar de alcanzar la meta de la terapia de exposición/cognitiva conductual, que es la desensibilización y la reestructuración cognitiva.

Existe evidencia preliminar, que en lo relativo a terapias basadas en la exposición solamente, individuos con TEPT que muestran síntomas de despersonalización y desrealización, responden mejor a tratamientos que también incluyen reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades de regulación afectiva e interpersonal (5,7,8).

Referencias.

1. Steuwe, C., Lanius, R. A., & Frewen, P. A. (2012). The role of dissociation in civilian posttraumatic stress disorder: Evidence for a dissociative subtype by latent class and confirmatory factor analysis. *Depression and Anxiety, 29*, 689-700. doi: 10.1002/da.21944
2. Wolf, E. J., Lunney, C. A., Miller, M. W., Resick, P. A., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2012). The dissociative subtype of PTSD: A replication and extension. *Depression and Anxiety, 29*, 679-688. doi: 10.1002/da.21946
3. Wolf, E. J., Miller, M. W., Reardon, A. F., Ryabchenko, K. A., Castillo, D., & Freund, R. (2012). A latent class analysis of dissociation and posttraumatic stress disorder: Evidence for a dissociative subtype. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Archives of General Psychiatry, 69*, 698-705. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1574

4. Stein, D. J., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Hill, E., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Ruscio, A. M., Shahly, C., Spiegel, D., Borges, G., Bunting, B., Calsa-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Florescu, S., Haro, J. M., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Matshinger, H., Mladenova, M., Posada-Villa, J., Tachimori, H., Viana, M. C., & Kessler, R. C. (2013). *Dissociation in posttraumatic stress disorder: Evidence from the world mental health surveys.*, 73, 302-312. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.08.022
5. Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and Anxiety*, 29, 1-8. doi: 10.1002/da.21889
6. Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167, 640-647. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168
7. Cloitre, M., Petkova, E., Wang, J., & Lu Lassell, F. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression and Anxiety*, 29, 709-717. doi: 10.1002/da.21920
8. Resick, P. A., Suvak, M. K., Johnides, B. D., Mitchell, K. S., & Iverson, K. M. (2012). The impact of dissociation on PTSD treatment with cognitive processing therapy. *Depression and Anxiety*, 29, 718-730. doi: 10.1002/da.21938