

Tratamientos psicosociales para el trastorno por estrés postraumático

Dra. Barbara Oslav Rothbaum

RESUMEN

¿Qué tan efectivos son los tratamientos psicosociales para el trastorno por estrés postraumático (TEPT)? Esta revisión analizará la literatura que existe sobre las intervenciones psicosociales para el TEPT. La información sobre la eficacia de las intervenciones tradicionales en el TEPT es bastante limitada porque la mayoría de los estudios sobre terapia psicodinámica, terapia de hipnosis, psicoterapia y terapia de proceso interpersonal no son controlados. De hecho, los estudios con mayor control que se han realizado se centran en tratamientos cognitivo-conductuales (TCC). Estos estudios muestran que las técnicas, como la exposición prolongada, el adiestramiento para la inoculación del estrés (AIE) y la terapia de procesamiento cognitivo, son efectivas para reducir los síntomas del TEPT. La desensibilización sistemática ha sido sustituida, en gran medida, por técnicas de exposición. La relajación y la terapia cognitiva se consideran como componentes del tratamiento, más que como un único tratamiento. Los resultados de estudios que analizan la desensibilización y el reprocesamiento mediante movimientos oculares apoyan este tipo de terapia, en general, pero algunos cuestionan la función de los movimientos oculares. Contrario a la intuición clínica, no hay evidencia que indique la superioridad de programas que combinan diferentes técnicas cognitivo-conductuales.

En los últimos 15 años, se han visto avances sorprendentes en el tratamiento del TEPT, especialmente con respecto a la farmacoterapia y la TCC. Esta revisión ofrece un resumen de la literatura disponible sobre las intervenciones psicosociales para el TEPT; comienza con una revisión sucinta de las terapias tradicionales para el TEPT y examina, después, la vasta literatura sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el TEPT.

RESUMO

Tratamentos psicossociais para o transtorno do estresse pós-traumático

Quão eficazes são os tratamentos psicossociais para o transtorno do estresse pós-traumático (PTSD)? Esta revisão examinará a literatura sobre intervenções psicossociais para o PTSD. Informação sobre a eficácia de intervenções tradicionais em PTSD é bastante limitada na medida em que a maioria dos estudos com psicoterapia psicodinâmica, hipnose e terapias de processo interpessoal são não controladas. De forma geral, a maioria dos estudos controlados foram realizados com tratamentos cognitivo-comportamentais. Estes estudos demonstram que técnicas como exposição prolongada, treinamento de inoculação de estresse e terapia de processamento cognitivo são efetivos em reduzir sintomas de PTSD. Dessensibilização sistemática tem sido amplamente abandonada em favor de técnicas de exposição puras. Relaxamento e terapia cognitiva são mais vistas como componentes do tratamento do que tratamentos em si. Os resultados dos estudos que analisam a dessensibilização e o reproprocessamento dos movimentos oculares em geral apoiam esta posição mas alguns questionam o papel dos movimentos oculares. Contrariamente à intuição clínica, não há evidência indicando a superioridade de programas que combinam diferentes técnicas cognitivo-comportamentais.

Avanços marcantes no tratamento do transtorno do estresse pós-traumático (PTSD) foram realizados nos últimos 15 anos, especialmente com respeito à farmacoterapia e terapia cognitivo-comportamental. Esta revisão oferece um sumário da literatura sobre intervenções psicossociais para a PTSD. Ela começa com uma breve revisão de terapias tradicionais para PTSD e então examina a vasta literatura sobre a eficácia da TCC para PTSD.

ABSTRACT

Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder

How efficacious are psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder (PTSD)? This review will examine the literature on psychosocial interventions for PTSD. Information about the efficacy of traditional interventions in PTSD is quite limited as most studies of psychodynamic psychotherapy, hypnosis, and interpersonal process therapies are uncontrolled. Overall, the most controlled studies have been conducted on cognitive-behavioral treatments. These studies demonstrate that techniques such as prolonged exposure, stress inoculation training, and cognitive processing therapy are effective in reducing symptoms of PTSD. Systematic desensitization has largely been abandoned in favor of pure exposure techniques. Relaxation and cognitive therapy are best viewed as components of treatments, rather than stand-alone treatments. The results from studies examining eye movement desensitization and reprocessing support it in general but some question the role of eye movements. Contrary to clinical intuition, there is no evidence indicating the superiority of programs that combine different cognitive-behavioral techniques.

Impressive advances in treating posttraumatic stress disorder (PTSD) have been made in the past 15 years, especially with respect to pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy (CBT). This review offers a summary of the literature on psychosocial interventions for PTSD. It begins with a brief review of traditional therapies for PTSD and then examines the larger literature on the efficacy of CBTs for PTSD.

La Dra. Rothbaum es profesora asociada en psiquiatría y directora del Programa de Recuperación de Ansiedad y Trauma en la Escuela de Medicina de la Universidad Emory en Atlanta, GA.

Agradecimientos: La Dr. Rothbaum forma parte del grupo de conferencistas de Pfizer, GlaxoSmithKline y Bristol Myers Squibb, y realiza su investigación con el apoyo de Pfizer y Wyeth.

Intervenciones tradicionales

La hipnosis, desde que Freud la introdujo, ha recibido gran apoyo como tratamiento del trauma con el fin de lograr la liberación y la catarsis necesarias para resolver un conflicto psíquico. Sin embargo, mientras que varios casos clínicos han reportado que la hipnosis ha sido útil en el tratamiento de alteraciones postraumáticas, la mayoría de estos informes carecen de rigor metodológico. Por lo tanto, no se pueden sacar conclusiones precisas sobre la eficacia de la hipnosis para tratar el TEPT.

A menudo, la terapia psicodinámica ha sido utilizada para tratar el TEPT como un componente final de la intervención en crisis.¹ No obstante, las investigaciones empíricas sobre la eficacia de las terapias psicodinámicas son escasas, y los estudios que sí existen generalmente no están bien controlados. La terapia psicodinámica no fue útil para el tratamiento de un veterano de Vietnam.² Después de 19 meses de no mostrar progreso alguno con las técnicas psicodinámicas, el paciente con TEPT fue tratado exitosamente con diez sesiones de terapia conductual. Bart³ reportó que los sobrevivientes del trauma empeoraron después de un tratamiento con terapia psicoanalítica. Por otra parte, se determinó que la terapia de grupo dinámica a corto plazo para sobrevivientes de violación fue relativamente útil,⁴ ya que el miedo y la hostilidad disminuyeron significativamente de antes a después del tratamiento. Sin embargo, sólo tres de siete pacientes que completaron el tratamiento reportaron un cambio mínimo en su nivel de angustia. Desafortunadamente, no se incluyó un grupo de control, y el contenido de las sesiones terapéuticas no se especificó. En otro informe, 28 sobrevivientes del incendio del Supper Club en Beverly Hills, California, con diversos diagnósticos, fueron tratados con psicoterapia psicodinámica individual a corto plazo (6–12 sesiones).⁵ Todos los pacientes que recibieron el tratamiento “mejoraron y alcanzaron un nivel subclínico dos años después del incendio.”⁵

En el único estudio controlado⁶ que comparaba la hipnosis, la desensibilización, la psicoterapia psicodinámica y un grupo control en lista de espera para el tratamiento del TEPT, los participantes eran 112 sobrevivientes de una variedad de traumas. Los participantes que recibieron los tres tratamientos mejoraron más que los de la lista de espera (10% mejoría), pero no se observaron diferencias entre los tres tratamientos: 29% de mejoría para los que recibieron terapia psicodinámica, 34% para los que recibieron hipnoterapia y 41% para los que recibieron desensibilización.

También se han estudiado las terapias de proceso interpersonal para el tratamiento del TEPT. Un estudio de 43 mujeres sobrevivientes de abuso sexual en la infancia encontró que aquellas que recibieron terapia de grupo con proceso interpersonal mejoraron en varios parámetros, incluyendo el estatus del diagnóstico del TEPT, comparado con un grupo de control espontáneo en lista de espera.⁷

En resumen, la mayoría de los estudios sobre psicoterapia psicodinámica, hipnosis y terapias de proceso interpersonal

no fueron controlados. Por lo tanto, la información sobre la eficacia de las intervenciones tradicionales con el TEPT es bastante limitada.

Terapia cognitivo-conductual

La TCC incluye una serie de procedimientos; por ejemplo, la exposición, la reestructuración cognitiva, los programas de manejo de ansiedad y sus combinaciones. Una forma de TCC que a menudo se utiliza con los pacientes de TEPT es el tratamiento de exposición, que ayuda a los pacientes a confrontar sus recuerdos y situaciones más amenazadores en forma terapéutica. Una extensa revisión reciente de los estudios de investigación que examinan la TCC para el TEPT mostró la evidencia más contundente para la terapia de exposición.⁸

Tanto la exposición imaginativa como la exposición en vivo (es decir, en la vida real) de eventos relacionados con el trauma parecen ser terapéuticas. El tratamiento de exposición, como fue administrado por Foa, Rothbaum y colegas,⁹ incorpora una exposición imaginativa que hace que el paciente reviva el trauma en su imaginación y lo describa en voz alta, en tiempo presente, durante una sesión terapéutica. Inicialmente, esta liberación es, con frecuencia, dolorosa para el paciente, pero rápidamente se vuelve menos dolorosa a medida que la exposición se repite. La idea es que el trauma se debe procesar o digerir emocionalmente para que sea menos doloroso.¹⁰

Otras formas de exposición incluyen la exposición en vivo, en la que los pacientes confrontan, en repetidas ocasiones, situaciones, lugares y objetos seguros que son recordatorios del trauma hasta que dejan de producir emociones tan fuertes. Algunos terapeutas hacen que sus pacientes escriban repetidamente sobre el trauma como forma de exposición.¹¹ La desensibilización sistemática es otra forma de exposición, en la que a los pacientes se les enseña a relajarse y, después, se les presentan recordatorios del trauma gradualmente para que trabajen con jerarquías de lo menos a lo más perturbador. Si los pacientes se ponen muy ansiosos o alterados, detienen las imágenes traumáticas, se relajan y vuelven al material de exposición hasta que pueden enfrentar todos los recuerdos o las situaciones sin angustia. El uso de la desensibilización del estrés para los trastornos de ansiedad, incluyendo el TEPT, ha sido sustituido, en gran medida, por las técnicas de exposición. También se ha demostrado que otro enfoque de TCC, el adiestramiento para el manejo de la ansiedad, (AMA) es útil en el tratamiento del TEPT. En este enfoque se le enseña a los pacientes las habilidades necesarias para controlar su ansiedad. El programa de AMA que ha recibido mayor atención es el adiestramiento para la inoculación del estrés (AIE), el cual se desarrolló, en un inicio, para sobrevivientes de violación que seguían temerosas tres meses después de haber sido violadas.¹² El AIE consiste, típicamente, en educar y entrenar para desarrollar habilidades de enfrentarse, como, por ejemplo, una profunda relajación de músculos, el control de la respiración, los juegos de roles, las técnicas de modelado, la supresión de pensamientos y un autodiálogo guiado según el AIE. La idea es que los pacientes que sufren TEPT

Enfoque clínico

experimentan una gran ansiedad en sus vidas porque frecuentemente recuerdan el trauma. Cuando están ansiosos, sienten que están en peligro, así que se atemorizan aún más. Las habilidades que se enseñan en el AIE tienen como objetivo disminuir esta ansiedad en muchas situaciones diferentes. Los estudios de investigaciones que examinan la eficacia de estas técnicas de TCC se revisarán a continuación.

Terapia de exposición

La eficacia del tratamiento del TEPT con terapia de exposición se demostró inicialmente con varios casos clínicos sobre los veteranos de guerra.¹³⁻¹⁵ Hasta ahora, sólo tres estudios controlados han examinado la utilidad de la exposición imaginativa prolongada (EP) para reducir el TEPT y la patología relacionada en veteranos de Vietnam. En un estudio, todos los pacientes recibieron tratamiento tradicional para el TEPT (terapias semanales de grupo e individuales) además de la exposición.¹⁶ En el segundo estudio,¹⁷ la EP se comparó con un grupo de control en lista de espera. Durante cada sesión, se les instruyó a los pacientes a relajarse y después recibieron 45 minutos de exposición imaginaria. En el tercer estudio, todos los pacientes recibieron un programa de tratamiento de grupo: la mitad recibió EP adicional y el resto recibió psicoterapia tradicional individual semanalmente.¹⁸

Los tres estudios encontraron algunos beneficios de la EP versus los grupos de control, aunque los efectos fueron mínimos. En el estudio de Cooper y Clum,¹⁶ la EP mejoró los síntomas del TEPT, pero tuvo poco efecto en la depresión o la ansiedad. Un panorama más mezclado surgió a partir del estudio de Keane et al¹⁷: los terapeutas determinaron que los pacientes de exposición estaban mejor en cuanto a los síntomas del TEPT que los sujetos de control, y los pacientes de exposición se catalogaron como mejores en las medidas psicopatológicas generales que los del grupo de control. Boudewyns y Hyer¹⁸ no encontraron alguna diferencia en las medidas psicofisiológicas de los grupos, pero, después de un seguimiento de tres meses, el grupo de exposición mejoró más en la Escala de Ajuste de Veteranos (Veterans Adjustment Scale). En un análisis posterior de la información con más pacientes, se observó una ligera superioridad en el grupo de exposición.¹⁹

El primer estudio controlado sobre TEPT en sobrevivientes de violación asignó, al azar, a un número de participantes para una de los cuatro tratamientos terapéuticos: el AIE, la EP, el consejo suportivo o el grupo de control en lista de espera.²⁰ Los tratamientos se administraron en nueve sesiones individuales de 90 minutos dos veces por semana. Las instrucciones detalladas para conducir la terapia de exposición con pacientes con TEPT pueden consultarse en Foa y Rothbaum.⁹ En el AIE, las habilidades de confrontación, que se aplicaron por primera vez a un ejemplo no relacionado con el ataque y después a un ejemplo relacionado con el ataque, se enseñaron en las sesiones, de tres a nueve. Los pacientes que recibieron consejo suportivo aprendieron a resolver problemas, y los terapeutas apoyaron y escucharon activamente. Se evitaron discusiones sobre el

ataque en sí porque se consideraron como una forma de exposición.

Los resultados sugieren que todos los tratamientos produjeron mejoría en todas las medidas inmediatamente después del tratamiento y el seguimiento. En el seguimiento, los clientes que recibieron EP siguieron mejorando después de que terminó el tratamiento, mientras que los clientes que recibieron AIE y consejo suportivo no mostraron cambios después del tratamiento y el seguimiento.²⁰

Un segundo estudio con sobrevivientes de violación comparó la EP, el AIE y la combinación de ambas con un grupo control en lista de espera.²¹ Los tres tratamientos mostraron una mejora significativa en los síntomas del TEPT y los síntomas depresivos después del tratamiento y de un seguimiento de 6 meses, mientras que el grupo de control no mejoró. En la mayoría de las medidas resultantes, la EP fue más efectiva que los otros dos tratamientos, aunque esta diferencia no siempre fue significativa. Más interesante aún, no se demostró que el tratamiento combinado fuera superior; lo cual puede estar relacionado con el hecho de que los clientes en ese grupo recibieron, en realidad, menos EP y AIE que los participantes en los tratamientos individuales ya que las sesiones de tratamiento tenían la misma duración. En un tercer estudio, la EP se comparó con la EP combinada con la reestructuración cognitiva.²² Ambos tratamientos fueron muy efectivos, pero la EP fue más eficaz porque los pacientes en la terapia combinada requirieron tres sesiones más para lograr el mismo nivel de mejoría. Otros estudios han mostrado que diferentes versiones del programa de EP han sido útiles para evitar el desarrollo del TEPT crónico después de una violación²³ y para el tratamiento del TEPT en niños que sufrieron abuso.²⁴

Cuatro estudios más han mostrado que el tratamiento de exposición para el TEPT en muestras heterogéneas con respecto a sus traumas es efectivo. Richards y colegas²⁵ trataron a 14 pacientes de TEPT con cuatro sesiones de exposición imaginativa seguidas de cuatro exposiciones en vivo o cuatro exposiciones en vivo seguidas de exposiciones imaginativas, y los pacientes que recibieron ambos tratamientos mejoraron considerablemente. La exposición, la terapia cognitiva y la combinación de ambas fueron igual de exitosas al reducir el TEPT después del tratamiento y de un seguimiento de seis meses.²⁶ Hubo una mejoría significativa en todos los parámetros después del tratamiento y del seguimiento, sin diferencias importantes entre la terapia de exposición y la terapia cognitiva.²⁷ Finalmente, otro estudio reveló que ocho sesiones semanales de exposición imaginativa y en vivo fueron efectivas para tratar a 23 pacientes con TEPT.²⁸

Un nuevo medio para conducir la terapia de exposición ha sido presentado, la exposición de realidad virtual (ERV). La ERV les presenta a los pacientes una imagen de un mundo virtual generada por computadora que cambia con el movimiento de la cabeza. Durante las sesiones de ERV, los pacientes usan una especie de casco con audífonos que ofrecen señales visuales y auditivas que simulan estar en un "Vietnam virtual." En un estudio, los pacientes fueron

expuestos a dos ambientes virtuales: un helicóptero Huey virtual volando sobre un Vietnam virtual y un claro rodeado por jungla. A través de la ERV, se expone a los pacientes repetidamente a sus recuerdos más traumáticos, pero inmersos en los estímulos de Vietnam. Los resultados del primer paciente que completó este tratamiento,²⁹ así como los resultados de una prueba clínica abierta,³⁰ muestran un éxito preliminar.

Los resultados de los estudios que se analizaron previamente apoyan consistentemente la eficacia de la exposición imaginativa y en vivo para el tratamiento del TEPT que es ocasionado por una variedad de traumas. Estos resultados son particularmente sorprendentes dada la precisión metodológica que se aplicó a muchos de estos estudios.

Técnicas de manejo de ansiedad

Varios informes han respaldado la eficacia del AIE.^{19,31,32} Se observaron efectos evidentes sobre el miedo, ansiedad, ansiedad fóbica, tensión y depresión relacionados con la violación en una investigación no controlada de AIE con mujeres sobrevivientes de violación.³³ Un estudio posterior reportó una notable mejoría de antes a después del tratamiento en la mayoría de los parámetros medidos para los que completaron el tratamiento con AIE.¹² Los casos clínicos de sobrevivientes de violación tratadas con AIE o sus variantes también sugieren resultados positivos.³⁴

En un estudio controlado que examinaba la eficacia del AIE contra el miedo y la ansiedad relacionados con la violación, se compararon tres tipos de terapia de grupo—el AIE, el adiestramiento para la afirmación y la psicoterapia de apoyo más información—con un grupo control en lista de espera.³² Los tres tratamientos fueron igual de efectivos y la mejoría se mantuvo en un seguimiento de seis meses para las medidas del miedo relacionado con la violación, mientras que no se encontró mejoría en el grupo control en lista de espera.

También se han estudiado otras técnicas de manejo de la ansiedad, como el aprender a relajarse y la terapia cognitiva, en el tratamiento del TEPT. Un estudio controlado que comparaba tres diferentes formas de relajación (relajación, relajación más respiración profunda, relajación más respiración profunda más retroalimentación) para veteranos de Vietnam³⁵ encontró que todos los tratamientos fueron igual de efectivos, aunque sólo fueron medianamente efectivos, en cuanto a la mejoría que producen. La terapia cognitiva y la desensibilización sistemática produjeron una mejoría significativa en las sobrevivientes de violación.³⁷

En resumen, el AIE ha recibido un respaldo empírico de las terapias de manejo de ansiedad en el tratamiento del TEPT. Otras terapias de manejo de ansiedad, como la relajación o la terapia cognitiva, se consideran como componentes del tratamiento de un paquete de tratamientos más exhaustivo.⁸

Programas de tratamiento combinado

Una versión modificada de la combinación AIE/EP de Foa y colegas se adoptó para tratar a 10 sobrevivientes de accidentes automovilísticos,³⁸ y se logró una reducción del 68% de los síntomas de TEPT. Un paquete de tratamiento completo, que

consiste en educación, terapia de exposición individual, práctica programada de exposición y rehabilitación social y emocional, se estudió en una investigación no controlada con 15 veteranos de Vietnam.³⁹ Los resultados indicaron una mejoría significativa de antes a después del tratamiento en algunas medidas, pero no en otras.

Las terapias combinadas para el tratamiento del TEPT también se han estudiado para las sobrevivientes de violación. Se compararon los resultados de la terapia de procesamiento cognitivo (TPC) para el tratamiento de 19 mujeres sobrevivientes de ataque sexual con un grupo control espontáneo en lista de espera.⁴⁰ La terapia de procesamiento cognitivo incluye educación, exposición escrita sobre el ataque, compartiéndola con un grupo, y componentes de reestructuración cognitiva. Los sujetos en este tipo de terapia mejoraron significativamente de antes a después del tratamiento y mantuvieron esta mejoría en un seguimiento de seis meses en los niveles de TEPT y depresión, mientras que los sujetos en lista de espera no mostraron cambio. En un reporte posterior con una muestra más grande, Resick⁴¹ reportó que, mientras el 97% de las mujeres que completaron la terapia de procesamiento cognitivo cumplieron con los criterios para el TEPT antes del tratamiento, sólo el 12% cumplieron con los criterios para el TEPT después del tratamiento y sólo el 11% cumplieron con los criterios para el TEPT en un seguimiento de seis meses. Comparados con el 52% anterior al tratamiento, sólo el 12.5% seguían deprimidos después del tratamiento y sólo el 8% seguían deprimidos después de un seguimiento de seis meses. En un informe preliminar sobre una prueba controlada para sobrevivientes de violación que comparaba la TPC, la EP y grupos de control en lista de espera, los dos grupos de tratamiento mejoraron significativamente más que el grupo control, y la TPC y la EP fueron igual de efectivas al reducir el TEPT.⁴² La autoexposición más la reestructuración cognitiva fue superior del adiestramiento para relajarse en 20 mujeres sobrevivientes de ataque sexual.⁴³

Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares

Como una forma de exposición (desensibilización) acompañada de movimientos oculares rápidos e intermitentes, la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (DRMO)⁴⁴ incluye la recreación de imágenes por parte del paciente de una escena traumática, centrándose en la cognición y las respuestas físicas que la acompañan, mientras que el terapeuta mueve dos dedos a través del campo visual del cliente y lo instruye a seguir los dedos. Esto se repite hasta que la incomodidad disminuye, momento en el que el paciente aprende a generar un pensamiento más adaptado y a asociarlo con la escena mientras mueve sus ojos. Se consideraba que el DRMO era un tratamiento eficaz para el TEPT siguiendo una revisión crítica de la literatura sobre los lineamientos terapéuticos generados por una fuerza de trabajo de la Sociedad Internacional para el Estudio de Estrés Postraumático (Society for Traumatic Stress Studies).⁴⁵ Aunque los

resultados de siete estudios controlados publicados revelaron mayores resultados para la DRMO, son necesarios más estudios controlados que se centren en las limitaciones de los estudios anteriores y que establezcan la eficacia de la DRMO versus los tratamientos establecidos para el TEPT. La necesidad de los movimientos oculares ha sido cuestionada por algunos estudios; sin embargo, son necesarios algunos estudios mejor controlados para respaldar la función de los movimientos oculares. Actualmente, la autora está realizando una comparación bien controlada y aleatorizada de la DRMO con exposición imaginativa prolongada para sobrevivientes de violación con TEPT.

Conclusiones

Los informes sobre la eficacia de las intervenciones psicodinámicas en los problemas postraumáticos son contradictorios. En la mayoría de los estudios no muy bien controlados hay resultados negativos y positivos. Estas intervenciones se utilizan, en gran medida, con los sobrevivientes del trauma, por lo tanto, es sumamente necesario que se analice su eficacia en estudios bien controlados. Además, los estudios más controlados se han conducido a partir de TCC. Estos estudios muestran que las técnicas como la EP, el AIE y la terapia de procesamiento cognitivo son efectivas al reducir los síntomas del TEPT. La desensibilización sistemática ha sido reemplazada por las técnicas de exposición pura. La relajación y la terapia cognitiva son consideradas como componentes del tratamiento más que como tratamientos únicos. Los resultados de los estudios que examinan la DRMO son variados y muchos están plagados de fallas metodológicas. Contrario a la intuición clínica, no hay evidencia que muestre la superioridad de los programas que combinan diferentes terapias cognitivo-conductuales. **PSI**

Referencias

- Burgess AW, Holmstrom LL. The rape trauma syndrome. *Am J Psychiatry*. 1974;131:981-986.
- Grigsby JP. The use of imagery in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1987;175:55-59.
- Bart P. Unalienating abortion, demystifying depression, and restoring rape victims. Paper presented at: 128th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May, 1975; Anaheim, CA.
- Cryer L, Beutler L. Group therapy: an alternative treatment approach for rape victims. *J Sex Marital Ther*. 1980;6:40-46.
- Lindy JD, Green BL, Grace M. Psychotherapy with survivors of the Beverly Hills Supper Club fire. *Am J Psychotherapy*. 1983;4:593-610.
- Brom D, Kleber RJ, Defares PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57:607-12.
- Scanalone P, Cloitre M, Difede J. Interpersonal process therapy for incest survivors: preliminary outcome data. Paper presented at: the Society for Psychotherapy Research, 1995, Vancouver, British Columbia.
- Rothbaum BO, Meadows EA, Resick P. Cognitive-Behavioral Treatment Position Paper Summary for the ISTSS Treatment Guidelines Committee. *J Trauma Stress*. 2000;13:558-563.
- Foa EB, Rothbaum BO. *Treating the Trauma of Rape: A Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. New York, NY: Guilford; 1998.
- Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behav Ther*. 1989;20:155-176.
- Resick PA, Schnicke MK. *Cognitive Processing Therapy for Rape Victims: a Treatment Manual*. Newbury Park, CA: SAGE Publications; 1993.
- Veronen LJ, Kilpatrick DG. Stress management for rape victims. In: Meichenbaum D, Jaremko ME, eds. *Stress Reduction and Prevention*. New York, NY: Plenum Press; 1983.
- Fairbank JA, Gross RT, Keane TM. Treatment of posttraumatic stress disorder: evaluation of outcome with a behavioral code. *Behav Modif*. 1983;7:557-568.
- Johnson CH, Gilmore JD, Shenoy RZ. Use of a feeding procedure in the treatment of a stress-related anxiety disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1982;13:235-237.
- Keane TM, Kaloupek DG. Imaginal flooding in the treatment of post-traumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1982;50:138-140.
- Cooper NA, Clum GA. Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: a controlled study. *Behav Ther*. 1989;3:381-391.
- Keane TM, Fairbank JA, Caddell JM. Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behav Ther*. 1989;20:245-260.
- Boudewyns PA, Hyer L. Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. *Behav Ther*. 1990;21:63-87.
- Boudewyns PA, Hyer L, Woods MG. PTSD among Vietnam veterans: an early look at treatment outcome using direct therapeutic exposure. *J Trauma Stress*. 1990;3:359-368.
- Foa EB, Rothbaum BO, Riggs D. Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59:715-723.
- Foa EB, Dancu CV, Hembree EA. The efficacy of exposure therapy, stress inoculation training and their combination in ameliorating PTSD for female victims of assault. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67:194-200.
- Foa EB, Cahill SP, Hembree E. Effectiveness of prolonged exposure with and without cognitive restructuring for PTSD. Presented at: the International Society for Traumatic Stress Studies Annual Meeting; December, 2001; New Orleans, LA.
- Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63:948-955.
- Deblinger E, McLeer SV, Henry D. Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering from post-traumatic stress: preliminary findings. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*. 1990;29:747-752.
- Richardson DA, Lovell K, Marks IM. Post-traumatic stress disorder: evaluation of a behavioral treatment program. *J Trauma Stress*. 1994;7:669-680.
- Marks I, Lovell K, Noshirvani H. Treatment of post-traumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:317-325.
- Tanrier N, Pilgrim H, Sommerfield C. A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic post traumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67:13-18.
- Thompson JA, Charlton PFC, Kerry R. An open trial of exposure therapy based on deconditioning for post-traumatic stress disorder. *Br J Clin Psychol*. 1995;34:407-416.
- Rothbaum BO, Hodges L, Alarcon R. Virtual reality exposure therapy for PTSD Vietnam veterans: a case study. *J Trauma Stress*. 1999;12:263-271.
- Rothbaum BO, Hodges L, Ready D. Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:617-622.
- Kilpatrick DG, Veronen LJ, Resick PA. Psychological sequelae to rape: assessment and treatment strategies. In: Dolays DM, Meredith, eds. *Behavioral Medicine: Assessment and Treatment Strategies*. New York, NY: Plenum Press; 1982:473-497.
- Resick PA, Jordan CG, Girelli SA. A comparative victim study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behav Ther*. 1988;19:385-401.
- Veronen LJ, Kilpatrick DG. Stress inoculation training for victims of rape: efficacy and differential findings. Paper presented at: 16th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy; 1982; Los Angeles, CA.
- Pearson MA, Poquette BM, Wasden RE. Stress inoculation and the treatment of post-rape trauma: a case report. *Behav Ther*. 1983;6:58-59.
- Watson CG, Tuorila JR, Vickers KS. The efficacies of three relaxation regimens in the treatment of PTSD in Vietnam war veterans. *J Clin Psychol*. 1997;53:917-923.
- Frank E, Anderson B, Stewart BD. Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behav Ther*. 1988;19:403-420.
- Frank E, Stewart BD. Depressive symptoms in rape victims. *J Affect Disord*. 1984;1:269-277.
- Hickling EJ, Blanchard EB. The private practice psychologist and manual-based treatments: post-traumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behav Res Ther*. 1997;35:191-203.
- Frueh BC, Turner SM, Beidel DC. Trauma management therapy: a preliminary evaluation of a multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related PTSD. *Behav Res Ther*. 1996;34:533-543.
- Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol*. 1992;60:748-756.
- Resick PA. Does prior history of victimization affect rape therapy outcome? Paper presented at: the NIMH Research Workshop on Violence in the Lives of Women: Impact and Treatment; September 1994; Washington, DC.
- Resick PA, Nishith P, Astin M. A controlled trial comparing cognitive processing therapy and prolonged exposure: preliminary findings. Paper presented at: the Lake George Research Conference on Posttraumatic Stress Disorder; March, 1998; Lake George, NY.
- Echeburua E, de Corral P, Zubizarreta I. Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behav Modif*. 1997;21:433-456.
- Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Protocols, Principles, and Procedures*. New York, NY: Guilford. 1995.
- Chemtob CM, Tolin DF, van der Kolk BA. Guidelines for treatment of PTSD: eye movement desensitization and reprocessing. *J Trauma Stress*. 2000;13:569-570.