Abordatge del trastorn per estrès posttraumàtic amb simptomatologia dissociativa greu en el context d'Hospital de Dia: a propòsit d'un cas

Rodríguez Pérez I*, Polo Gómez M* , Masferrer Herrera MC*

*Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Parc de Salut Mar, Barcelona.

Objectiu

El trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) és una síndrome que inclou símptomes de reexperimentació, evitació i afectació emocional i cognitiva, que apareix després de l'exposició a un esdeveniment traumàtic[1]. Es tracta d'un trastorn freqüentment comòrbid amb el trastorn depressiu major (TDM) en una tercera part dels casos[2]. En el context perinatal, s'ha observat que l'exposició al maltractament durant la infantesa està associat robustament amb el diagnòstic de TEPT durant l'embaràs[2]. Segons l'evidència actual, s'aconsella com a primera línia de tractament la teràpia cognitiu-conductual focalitzada en trauma (TCC-FT), o la teràpia EMDR[3]. S'ha demostrat l'eficàcia d'ambdues per reduir els símptomes posttraumàtics, de depressió i d'ansietat. Alguns estudis suggereix que la teràpia EMDR és més efectiva que la TCC-FT a l'hora de reduir els símptomes d'ansietat i depressió[4]. L'objectiu del següent treball es descriure el tractament psicològic d'un cas de TEPT i TDM des del marc d'Hospital de Dia (HD) seguint el protocol EMDR.

Mètode

S'exposa el cas d'una dona de trenta-dos anys amb antecedents d'abusos físics a la infància que inicia simptomatologia compatible amb un trastorn per estrès posttraumàtic i trastorn depressiu major després d'un esdeveniment estressor, concretament, després de la interrupció voluntària de l'embaràs per trisomia. Inicialment, es du a terme tractament ambulatori a la unitat de psiquiatria perinatal per part de psiquiatria, necessitant posteriorment ingrés a hospitalització a domicili. Després de vuit mesos de l'event estressor, es manté la repercussió a escala funcional, amb un important aïllament social i requerint incapacitat laboral temporal, pel que és derivada a Hospital de Dia. A nivell psicopatològic mostra apatoabulia, clinofilia, marcada angoixa i pèrdua total de l'autonomia per les activitats domèstiques i l'autocura. Durant les visites, s'observa un grau elevat de dissociació, amb desorientació temporal i espacial, enlentiment psicomotor marcat, bloqueig freqüents i dilació en l'acció.

S'administra l'**escala de despersonalització de Cambridge** obtenint una puntuació de 85 punts, amb resultats significatius compatibles amb simptomatologia de despersonalització. S'administra l'**Inventari de Depressió de Beck (BDI-II)**, amb una puntuació de 46 punts, corresponent amb depressió greu (>30 punts).

S'ofereix psicoteràpia amb freqüència de dues visites per setmana. Es treballa amb el protocol **EMDR**, realitzant les dues primeres fases del protocol: **1) desenvolupament del pla de tractament** i **2) preparació**; en la que s'estableix la relació terapèutica i la instal·lació del lloc segur.

A més, es duu a terme **estimulació cognitiva** amb la fi de potenciar les funcions executives, així com es fa la proposta terapèutica de realitzar un **autorregistre** diàriament per potenciar l'orientació temporal. D'altra banda, es treballa la **psicoeducació sobre el procés de dol** i es promou l'acceptació i elaboració del dol.

Resultats

Acut a 16 de les 30 visites programades. Tot i la irregularitat a nivell d'assistència, la pacient mostra compromís i voluntat de prosseguir amb el tractament, tenint en compte la situació amb dificultats socioeconòmiques, i la justificació de les absències degut a la cura de menors a càrrec i gestions administratives. Pel que fa als resultats del seguiment proporcionat, s'observa l'establiment d'un bon vincle, la creació d'un espai de seguretat, no amenaçant i en el que es pot donar un clima de confiança en el que afloren esdeveniments traumàtics no esmentats anteriorment. En el moment actual, atès que no s'ha aconseguit la recuperació de la pacient en el límit de temps administratiu del dispositiu, s'ofereix allargar el tractament. Es fa present la dificultat per abordar casos complexos en el marc d'un programa com és l'Hospital de Dia, que consta d'un temps acotat de tractament de tres mesos, així com es considera la necessitat de flexibilitat per part del dispositiu per oferir una atenció adaptada en casos amb trauma complex que requereixen una teràpia intensiva individual prolongada en un context de sanitat públic.

Conclusions

En conclusió, es consideren com a tractaments amb eficàcia demostrada la teràpia EMDR i la TCC-FT amb la fi de tractar el TEPT. Cal augmentar la formació en aquests procediments als terapeutes, així com facilitar als diferents dispositius poder oferir un *setting* adequat. Cal assenyalar que és necessari que els dispositius, com l'HD, s'adaptin als *tempos* i necessitats tant dels pacients com dels procediments a aplicar, i no hagin de ser els pacients els que s'acomodin als requisits administratius.

Referències

1. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). 5a Ed. Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2014.
2. Seng, J.S., Kane Low, L.M., Sperlich, M.I., Ronis, D.L., Liberzon, I. Trauma history and risk for PTSD among nulliparous women in maternity care. *Obstetrics & Gynecology*. 2009; 114:839-847.
3. Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(12), CD003388.
4. Hudays, A., Gallagher, R., Hazazi, A., Arishi, A., & Bahari, G. (2022). Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(24), 16836.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions

Parc de Salut MAR Barcelona