

## Eventos traumáticos en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo: implicaciones etiopatogénicas, nosológicas y terapéuticas.

Traumatic events in patients with obsessive-compulsive disorder: Etiopathogenic, nosological, and therapeutic implications.

Álvaro Frías Ibáñez <sup>a</sup>, Carolina Palma Sevillano <sup>b</sup>, Ana Horta Llovet <sup>c</sup>, Judit Bonet Álvarez <sup>d</sup>.

<sup>a</sup>FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon-Llull, Barcelona, España. <sup>b</sup>FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon-Llull, Barcelona, España. <sup>c</sup>Centro de Salud Mental de Adultos. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Mataró. Barcelona, España. <sup>d</sup>Centro de Salud Mental de Adultos. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Mataró. Barcelona, España.

Correspondencia: Álvaro Frías Ibáñez (alvarofriasibanez@gmail.com)

Recibido: 05/10/2012; aceptado con modificaciones: 12/01/2013

**RESUMEN: INTRODUCCIÓN.** El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una patología neuropsiquiátrica en donde se propugna un papel accesorio de los factores de riesgo psicosociales. A pesar de ello, existe un subgrupo de pacientes cuya etiopatogenia, fenomenología, diagnóstico y terapéutica se halla condicionada por la presencia de eventos traumáticos (ET). **CASO CLÍNICO.** Se expone el caso de una mujer adulta joven que desarrolló una psicopatología compatible con TOC y trastorno por estrés posttraumático (TEPT) tras sufrir abusos sexuales durante la adolescencia temprana. Aunque se implementaron tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos convencionales, su curso fue fluctuante, exacerbándose en el contexto de una nueva agresión sexual. **CONCLUSIONES.** Los ET constituyen un factor de riesgo inespecífico para el TOC, ya sea como variable predisponente o precipitante. Adicionalmente, pueden determinar su topografía, siendo el ejemplo más paradigmático la presencia de obsesiones de “polución mental” tras sufrir abusos sexuales. A nivel nosológico, existen evidencias preliminares para postular una entidad clínica nueva (“trastorno obsesivo-compulsivo posttraumático”), la cual englobe aquellos sujetos con comorbilidad entre TOC y TEPT tras un ET. En el plano interventivo, los pacientes con obsesiones de “polución mental” precisan estrategias psicoterapéuticas adicionales a las implementadas en sus homólogos de naturaleza más neurobiológica. **PALABRAS CLAVE:** trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés posttraumático, comorbilidad.

**ABSTRACT: INTRODUCTION.** Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a neuropsychiatric condition where an accessory role of psychosocial risk factors is advocated. However, there is a subgroup of obsessive patients whose etiology, phenomenology, diagnosis and therapeutic features are conditioned by the presence of traumatic events (TE). **CLINICAL CASE.** A young adult woman developed OCD and posttraumatic stress disorder (PTSD) after suffering sexual abuse during early adolescence. Although psychotropic and psychotherapeutic conventional treatments were implemented, the course was fluctuating, exacerbated in the context of a new sexual assault. **CONCLUSIONS.** TE constitute a nonspecific risk factor for OCD, either predisposing or precipitating variable. Additionally, they can determine their pathoplasty, the best example being the presence of “mental pollution” obsessions after suffering sexual abuse. There is preliminary evidence to postulate a new clinical entity (“posttraumatic obsessive-compulsive disorder”), which encompasses subjects with OCD and PTSD comorbidity after TE. Obsessions in patients with “mental pollution” require additional psychotherapeutic strategies compared to neurobiological homonyms **KEY WORDS:** obsessive-compulsive disorder, posttraumatic stress disorder, comorbidity.

### *Introducción*

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una patología neuropsiquiátrica en cuya etiopatogenia se propugna un papel accesorio de los factores de riesgo psicosociales. En contraposición a este planteamiento, el presente caso pretende poner de relieve la relevancia de los eventos traumáticos (ET) en un subgrupo de sujetos con dicho trastorno.

### *Motivo de consulta*

Se expone el caso de una mujer de 19 años derivada al Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de Mataró para valoración por síncope vasovagales de etiología no filiada.

### *Historia del problema*

A los 13 años de edad, la paciente fue objeto de abusos sexuales por parte de un allegado de la familia, ocultando lo sucedido por sentirse estigmatizada. A raíz de ello, inició clínica compatible con trastorno por estrés postraumático (TEPT) (p.e. pesadillas, imágenes intrusivas, ansiedad de separación) y TOC (p.e. lavado compulsivo de manos). A partir de los 19 años, presentó varios síncope vasovagales en contexto de estresores menores (p.e. conflictos interpersonales), siendo remitida al servicio de Neurología del hospital de área, lugar donde se descartó etiología somática tras efectuarse analítica general, electroencefalograma (EEG), electrocardiograma (ECG), resonancia magnética (RM) y tomografía axial computarizada (TAC).

### *Psicobiografía*

Parto y puerperio sin incidencias. Desarrollo normativo de los hitos madurativos. No se objetivaron antecedentes somáticos relevantes. Desde la infancia destacaba por ser perfeccionista, racional, hiperresponsable, escrupulosa y con elevada rigidez cognitiva. Buen rendimiento académico. Socializada aunque selectiva en las amistades. Estilo educativo rígido. No síntomas patognomónicos del espec-

## NOTAS CLÍNICAS

tro autista. Antecedentes psiquiátricos en familiar de segundo grado (“trastorno de la personalidad no especificado”).

*Exploración clínica*

Durante la entrevista se hallaba consciente y vigil. Contacto distante, con alta necesidad de control externo. Funciones neurocognitivas preservadas. Discurso fluido y bien estructurado. A nivel afectivo, destaca alexitimia y restricción emocional. Pensamientos intrusivos de contaminación experimentados en el Yo subjetivo, con compulsiones de lavado (1-3 horas/día) ante el contacto físico con hombres. Recuerdos y pesadillas recurrentes sobre el abuso sexual. Evitación de lugares relacionados con el trauma (p.e. localidad donde residían en aquella época). Síncopes psicógenos. Aversión al sexo. Niega síntomas psicóticos. No se identifica psicopatología de la esfera alimentaria. Insight parcial de enfermedad. En el plano caracterial, se aprecia racionalización y represión emocional como principales mecanismos de defensa, conllevado ello escasa conciencia de los estados emocionales internos (alexitimia).

*Diagnóstico*

- Trastorno obsesivo-compulsivo F42.8
- Trastorno por estrés postraumático F43.1
- Trastorno disociativo no especificado F44.9
- Rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad

*Tratamiento y evolución*

Durante el primer año de tratamiento ambulatorio se observó una evolución fluctuante en relación a la psicopatología referida. A nivel psicofarmacológico, se administró clomipramina 25 mg 2-1-2, lormetazepam 2 mg 0-0-1 y diazepam 5 mg 1-1-1, disminuyendo los recuerdos y pesadillas del trauma. En cuanto a las intervenciones psicológicas, se implementó terapia constructivista, reconstruyéndose su narrativa vital a través de la exploración e integración parcial de los ET. Respecto a las técnicas cognitivo-conductuales, se incorporó un módulo de mentalización,

el cual mejoró su capacidad para identificar y canalizar las emociones (p.e. expresar tristeza o rabia). Por otro lado, se le instruyó en un programa de inoculación al estrés, evidenciándose resultados exiguos en relación a los síncope psicógenos, motivo por el que todavía persistían ante algunos conflictos interpersonales. En lo referente al TOC, aceptó iniciar exposición con prevención de respuesta en formato de terapia de pareja, empleándose como estímulos ansiógenos las caricias provenientes de su compañero sentimental. En dicho momento del proceso terapéutico, la paciente fue objeto de otra agresión sexual por parte de un conocido, manifestando exacerbación de su clínica basal (p.e. mayores compulsiones de lavado, ansiedad de separación, crisis de agitación psicomotriz, amnesia disociativa). Actualmente, mantiene seguimiento ambulatorio semanal, llevándose a cabo una labor de contención emocional, psicoeducación familiar y exposición progresiva a los estímulos traumáticos. A nivel psicotrópico, se ha incorporado olanzapina 10mg para controlar las alteraciones de conducta asociadas a los flashbacks.

### *Conclusiones*

El papel de los ET en el TOC apenas ha sido objeto de interés clínico por parte del paradigma biologicista, existiendo una ínfima literatura en relación a su relevancia en la etiopatogenia, estatus nosológico y tratamiento de dicho trastorno.

Respecto al peso de los ET en la génesis del TOC, diversos estudios retrospectivos con muestras de pacientes obsesivos señalan que su prevalencia se halla en un horquilla entre el 6 y el 25 por cien (1-3), no existiendo diferencias cuantitativas en comparación a otros pacientes psiquiátricos (4). Como factor de riesgo inespecífico, la presencia de ET en un sujeto con TOC ha de plantear al clínico dos marcos explicativos a la hora de elaborar su formulación clínica. La primera posibilidad es que los ET actúen como variable predisponente, siendo su influjo indirecto al aumentar el riesgo relativo de desarrollar un estilo cognitivo caracterizado por la "evitación experiencial" (5-7), en línea con una disposición caracterial a disociar evidenciada en distintas investigaciones con esta población (8-9). Esta tendencia disociativa tras un ET es aún más probable si el sujeto presenta adicionalmente rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad premórbidos, principalmente intelectualización (5). La segunda opción es que el ET participe directamente como agente precipitante (3), hallazgo ya recogido en la psiquiatría clásica bajo la denominación "histeria traumática" (10). En este contexto, diversos estudios de casos señalan que la propia naturaleza del ET puede condicionar adicionalmente la patoplastia del TOC, siendo el ejemplo más paradigmático las obsesiones de contaminación en víctimas de abusos sexuales (11-12). Sobre esta cuestión, se ha

## NOTAS CLÍNICAS

postulado un constructo denominado “polución mental”, el cual alude a una sensación de suciedad interna ante la presencia de imágenes, pensamientos, impulsos o recuerdos egodistónicos (13).

En cuanto al ámbito nosológico, una de las principales líneas de investigación ha sido el estudio de aquellos pacientes con comorbilidad TOC-TEPT tras un ET (14-15). En relación a esta cuestión, los datos de prevalencia indican que la probabilidad de presentar uno de los dos trastornos es entre tres y diez veces superior si se ha sido diagnosticado previamente de uno de ellos (1, 16-18). No obstante, el clínico ha de considerar el riesgo de comorbilidad espuria ante el potencial solapamiento psicopatológico, siendo el principal foco de controversia la filiación de las imágenes o pensamientos intrusivos (15). Adicionalmente, la existencia de este tipo de comorbilidad ha venido a plantear dos teorías explicativas en torno a dicha asociación. Por una parte, se ha señalado la presencia de terceras variables, principalmente correlatos comunes a nivel emocional (p.e. asco), conductual (p.e. condicionamiento clásico/operante) y neurobiológico (p.e. déficit serotoninérgico) (15, 19). Por otro lado, se ha sugerido una relación funcional entre ambas patologías (20), no existiendo evidencias empíricas que confirmen que los síntomas obsesivo-compulsivos constituyan un mecanismo de afrontamiento (reforzador negativo) ante la clínica TEPT cuando se controla el humor depresivo (21). Respecto a su estatus nosológico, diversas investigaciones empíricas se han emprendido para postular una entidad clínica denominada “trastorno obsesivo-compulsivo postraumático” (TOCP), categoría que englobaría aquellos sujetos con TOC y TEPT tras un ET (14). Sobre esta cuestión, resultados preliminares sostienen que los pacientes con TOCP, a diferencia de los sujetos con TOC “puro” o previo al ET, presentan una clínica obsesiva más severa, de inicio más tardío y con mayor número de intrusiones de contaminación (16, 18, 22).

Una última área de interés versa sobre el tratamiento del TOC desencadenado por un ET, en concreto la intervención con mujeres con “contaminación mental” tras un abuso sexual. Dos premisas cabe considerar a la hora de abordar la psicoterapia con estas pacientes, las cuales contribuyen además a explicar su peor evolución en comparación a otros sujetos obsesivos (14, 22). La primera es que la sensación de suciedad no se circunscribe al espacio externo (piel), hecho que limita la eficacia de las terapias conductuales convencionales (p.e. exposición con prevención de respuesta). Ello ha estimulado el uso de técnicas tales como la reestructuración cognitiva y la modificación de imágenes (23), disponiéndose de un ensayo clínico sin grupo control que destaca las bondades de incorporar este tipo de recursos terapéuticos (24). La segunda cuestión es que los síntomas de “polución mental” mantienen una relación positiva con la clínica TEPT cuando ambas se dan de manera comórbida (25), hecho que hace preceptivo abordar los síntomas postraumáticos concomitantes. En conjunto, son necesarias más investigaciones

empíricas para determinar la eficacia diferencial de estas intervenciones en sujetos “contaminadores mentales”.

En conclusión, la presencia de ET en pacientes con TOC constituye una variable psicosocial potencialmente relevante en el ámbito etiopatogénico, nosológico e interventivo de dicho trastorno. En comparación a sus homólogos más neuropsiquiátricos (sin ET), las características distintivas de estos síntomas obsesivo-compulsivos postraumáticos sugieren la adopción de una perspectiva idiosincrásica a la hora de plantear la formulación clínica y el plan terapéutico de estos pacientes.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Grabe HJ, Ruhrmann S, Spitzer C, Josepeit J, Ettelt S, Buhtz F, et al. Obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. *Psychopathology* 2008;41(2):129-34.
- (2) Shavitt RG, Valério C, Fossaluzza V, da Silva EM, Cordeiro Q, Diniz JB, et al. The impact of trauma and post-traumatic stress disorder on the treatment response of patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010;260(2):91-9.
- (3) Rosso G, Albert U, Asinari GF, Bogetto F, Maina G. Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: clinical features and symptom dimensions. *Psychiatry Res* 2012;197(3):259-64.
- (4) Caspi A, Vishne T, Sasson Y, Gross R, Livne A, Zohar J. Relationship between childhood sexual abuse and obsessive-compulsive disorder: case control study. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2008;45(3):177-82.
- (5) Mathews CA, Kaur N, Stein MB. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety* 2008;25(9):742-51.
- (6) Briggs ES, Price IR. The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *J Anxiety Disord* 2009;23(8):1037-46.
- (7) Carpenter L, Chung MC. Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychol Psychother* 2011;84(4):367-88.
- (8) Belli H, Ural C, Vardar MK, Yesilyurt S, Oncu F. Dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2012, en prensa.
- (9) Selvi Y, Besiroglu L, Aydin A, Gulec M, Atli A, Boysan M, et al. Relations between childhood traumatic experiences, dissociation, and cognitive models in obsessive compulsive disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2012;16(1):53-9.
- (10) Breuer J, Freud S. *Studies on hysteria*. New York: Basic Books, 1957.
- (11) Coughtrey AE, Shafran R, Lee M, Rachman SJ. It's the feeling inside my head: a qualitative analysis of mental contamination in obsessive-compulsive disorder. *Behav Cogn Psychother* 2012;40(2):163-73.
- (12) Elliot CM, Radomsky AS. Mental contamination: The effects of imagined physical dirt and immoral behavior. *Behav Res Ther*. 2012;50(6):422-7.
- (13) Rachman S. Pollution of the mind. *Behav Res Ther* 1994;32(3):311-4.

NOTAS CLÍNICAS

(14) Pitman RK. Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a case study. *Compr Psychiatry* 1993;34(2):102-7.

(15) Fostick L, Nacasch N, Zohar J. Acute obsessive compulsive disorder (OCD) in veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *World J Biol Psychiatry* 2012;13(4):312-5.

(16) Lafleur DL, Petty C, Mancuso E, McCarthy K, Biederman J, Faro A, et al. Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: is there a link? *J Anxiety Disord* 2011;25(4):513-9.

(17) Nacasch N, Fostick L, Zohar J. High prevalence of obsessive-compulsive disorder among posttraumatic stress disorder patients. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21(12):876-9.

(18) Fontenelle LF, Cocchi L, Harrison BJ, Shavitt RG, do Rosário MC, Ferrão YA, et al. Towards a post-traumatic subtype of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2012;26(2):377-83.

(19) Badour CL, Bown S, Adams TG, Bunaciu L, Feldner MT. Specificity of fear and disgust experienced during traumatic interpersonal victimization in predicting posttraumatic stress and contamination-based obsessive-compulsive symptoms. *J Anxiety Disord* 2012;26(5):590-8

(20) Tuerk PW, Grubaugh AL, Hamner MB, Foa EB. Diagnosis and treatment of PTSD-related compulsive checking behaviors in veterans of the Iraq war: the influence of military context on the expression of PTSD symptoms. *Am J Psychiatry* 2009;166(7):762-7.

(21) Merrill A, Gershuny B, Baer L, Jenike MA. Depression in comorbid obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychol* 2011;67(6):624-8.

(22) Sasson Y, Dekel S, Nacasch N, Chopra M, Zinger Y, Amital D, et al. Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a case series. *Psychiatry Res* 2005;135(2):145-52.

(23) Steil R, Jung K, Stangier U. Efficacy of a two-session program of cognitive restructuring and imagery modification to reduce the feeling of being contaminated in adult survivors of childhood sexual abuse: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011;42(3):325-9.

(24) Warnock-Parkes E, Salkovskis PM, Rachman J. When the problem is beneath the surface in OCD: the cognitive treatment of a case of pure mental contamination. *Behav Cogn Psychother* 2012;40(4):383-99.

(25) Olatunji BO, Elwood LS, Williams NL, Lohr JM. Mental pollution and PTSD symptoms in victims of sexual assault: A preliminary examination of the mediating role of trauma-related cognitions. *J Cogn Psychother* 2008;22(1):37-47.