Nuevos abordajes psicoterapéuticos en el tratamiento del Trauma

Eduardo H. Cazabat[1]

Palabras clave
Resumen
Concepto de Trauma Psicológico
Abordajes Psicoterapéuticos del Trauma psicológico
Los Ingredientes Activos en el tratamiento del Trauma
TFT
TIR
Conclusión
Bibliografía
Sitios Web relacionados

Palabras clave

Trauma psicológico - PTSD - TIR - Traumatic Incident Reduction - TFT - Thought Field Therapy - Terapia del Campo del Pensamiento

Resumen

Los efectos psicológicos del trauma se expresan como cambios en la respuesta biológica al stress, produciendo alteraciones profundas en los mecanismos hormonales relacionados con éste, y en el procesamiento de la memoria.

A partir de 1994, cuando el Dr. Charles Figley lleva a cabo la investigación denominada "Los ingredientes activos en el tratamiento del trauma", han crecido en importancia nuevos tratamientos no tradicionales y controversiales, que dan respuesta rápida y efectiva a las secuelas del trauma.

En este trabajo se presentará una síntesis de dos estos abordajes terapéuticos: TIR (Traumatic Incident Reduction, Reducción de Incidente Traumático) y TFT (Thought Field Therapy, Terapia del Campo del Pensamiento) apoyados en ejemplos clínicos del autor.

[1] Licenciado en Psicología. Master Traumatologist. Director Asociado de Revista de Psicotrauma para Iberoamérica EduCazabat@yahoo.com.ar , http://pagina.de/traumapsicologico Angel J. Carranza 2400, 12-A C1425FXF Buenos Aires-Argentina

Concepto de Trauma Psicológico

El concepto de stress ha ido evolucionando a lo largo de estas últimas décadas. Originalmente, Selye lo definió como la Respuesta General de Adaptación del organismo frente a un estímulo amenazante. Esa respuesta puede ser de dos tipos:

- de afrontamiento de la situación o
- de huida,

o lo que en inglés se denomina *fight, or flight*. Frente a esta situación el organismo reacciona preparándose para la lucha o la huida. Es así a que se produce un aumento en el ritmo cardíaco, en el ritmo respiratorio, aumento de la presión sanguínea, se dilatan las pupilas, se tensan los músculos, se produce una vasoconstricción periférica, aumenta la glucemia, se libera adrenalina, noradrenalina, glucocorticoides, etc. Luego de terminada la pelea o concretada la huida, el organismo recupera su metabolismo original, y la respuesta al estrés desaparece.

Ahora bien, cuando el individuo

A. es enfrentado a una situación percibida como amenazadora para la vida o la integridad física propia o ajena, y
B. reacciona con intenso temor, horror o pánico

se configuran los factores necesarios como para que ese individuo desarrolle un Trastorno por Estrés post Traumático (PTSD por sus siglas en inglés). Vale decir que la respuesta al estrés de la situación
amenazante se autoperpetúa, configurando de esta manera la situación traumática.

Es interesante destacar que con la clasificación DSM IV se produce un cambio de paradigma, expresado en el punto B: el acento recae sobre la reacción del individuo (y no sobre el evento como lo era previamente), es decir el hecho traumático es definido por la reacción del individuo.

Los efectos del trauma psicológico se expresan, entonces, como cambios en la respuesta biológica al estrés, produciendo alteraciones profundas en los mecanismos hormonales relacionados con éste, y en el procesamiento de la memoria. De esta manera, el hecho traumático interrumpe la línea histórica normal de la vida de la víctima, produciendo profundas alteraciones a nivel biológico, emocional, cognitivo y relacional. Es así que la víctima sufre tres clases de síntomas:

A. de reexperimentación del hecho traumático (flashbacks, pesadillas, etc.),
B. de evitación de los estímulos asociados al trauma y de embotamiento psíquico y emocional (sentimientos de desapego, anhedonia, amnesia total o parcial del hecho traumático, etc.) y
C. de hiperactivación (hyperarousal) (hipervigilancia, dificultades para dormir, respuesta de sobresalto, irritabilidad, etc.)

Estos síntomas, que muchas veces son de aparición tardía (hasta años después de ocurrido el hecho traumático), suelen ser mal interpretados, y diagnosticados como depresión, trastornos psicóticos, simulación, etc.

Se suele interpretar a este trastorno como una falla en el mecanismo de la memoria, un intento fallido de archivar el hecho traumático en la memoria explícita o narrativa. De esta manera, quien sufre de un trastorno por estrés post traumático parece haber quedado congelado en el tiempo, fijado al hecho traumático y parece condenado a la dialéctica de, por un lado, revivirlo permanentemente (en un aparente intento de procesarlo o archivarlo) y por otro a evitarlo, olvidarlo, y/o anestesiar sus sentimientos y reacciones para evitar el sufrimiento. El hecho traumático no se “recuerda” sino que se “revive”.

Abordajes psicoterapéuticos del Trauma psicológico

En el 16th. Annual Meeting de la ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies) (Miami, noviembre de 1999) fueron presentados los lineamientos para el tratamiento del Trastorno por estrés post traumático, en los cuales se establecieron estándares sobre la base de la investigación realizada hasta el presente. Es así que ciertos abordajes terapéuticos, (tales como p. ej. la hipnosis, la terapia cognitivo-conductual, la terapia de exposición directa, por inundación, los abordajes psicofarmacológicos, EMDR etc.) cuentan con un bagaje de investigación fuera de toda discusión. Uno de los factores fundamentales de estos tratamientos es el de la exposición directa o imaginaria al evento traumático.

Uno de los metamodelos más aceptados en el campo de la Traumatología Psicológica es el Modelo Trifásico de Judith Herman.

Según este modelo, la primera fase del tratamiento, o de Restablecimiento de la

Seguridad, está orientada a que el paciente no sólo esté, sino también se sienta a salvo. En esta etapa el paciente debe volver a tener control interno y externo, es decir, garantizar su seguridad, tanto como aprender a manejar los síntomas que interfieren en su vida y conllevan el riesgo de retraumatización.

En la segunda fase, de Rememoración y Duelo, el tratamiento se orienta a que el paciente pueda reconstruir la historia traumática. A causa de su naturaleza, las memorias traumáticas rara vez se presentan linealmente. Los fragmentos, a veces incoherentes, las sensaciones físicas y emocionales, deben transformarse en una narración permitiendo de esta manera la integración bajo la forma de la Memoria Explícita o Narrativa.

Finalmente la tercera fase, o de Reconexión, apunta a reconectar al paciente con la vida, con el presente y el futuro, redefiniéndose a sí mismo en el contexto de relaciones y actividades significativas.

Los ingredientes activos en el tratamiento del trauma

En el año 1994, en el Traumatology Institute de la Florida State University, el Dr. Charles Figley, lleva a cabo una investigación conocida como “Los ingredientes activos en el tratamiento del trauma psicológico”. En el mismo se pusieron a prueba cuatro tratamientos no tradicionales y controversiales, que hasta ese momento habían permanecido al margen de los estudios.

Los cuatro tratamientos elegidos fueron: TFT (Thought Field Therapy o Terapia del Campo del Pensamiento), TIR (Traumatic Incident Reduction o Reducción de Incidente Traumático), EMDR (Eye Movement Desensitization and Repprocesing o Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares), y VKD (Visual Kinesthesic Dissociation o Disociación Viso Kinestésica). Los cuatro demostraron ser muy efectivos en un rango de 4 a 8 horas de tratamiento. Todos ellos requieren que el paciente se “sintonice” de alguna manera con el hecho traumático, y tres de ellos incluyen algún tipo de movimiento de ojos (que según se cree participan de alguna manera en el procesamiento de la información)

Traumatic Incident Reduction

Desarrollado por Frank Gerbode MD y Gerald French CTS, es un tratamiento breve, simple, centrado en la persona, y altamente estructurado, que reconoce la influencia del trabajo de Carl Rogers (sin la falta de dirección) y de S. Freud (sin la interpretación y el análisis). Está orientado a eliminar la carga emocional negativa de Traumas pasados, así como también es efectivo para tratar Sentimientos, Emociones, Dolores, Actitudes y Sensaciones negativos.

El procedimiento se basa principalmente en recorrer mentalmente el episodio traumático repetidamente bajo ciertas condiciones terapéuticas. El rol del terapeuta es guiar al consultante en la revisión del incidente traumático sin ofrecer ninguna interpretación, o intervención de ningún tipo: todo el trabajo es hecho por el consultante.

La repetición continuada de este procedimiento permite al consultante no solamente el alivio de los síntomas, sino también promueve insights y decisiones, llegando entonces a lo que se denomina un Punto Final.

Este procedimiento, aparentemente permitiría, por medio de revivir y recorrer reiteradamente el hecho traumático en condiciones controladas, ir poniéndolo de a poco en palabras, integrando, como decíamos más arriba, la memoria traumática a la memoria explícita. De esta manera, la carga emocional, contenida en la memoria implícita se iría desagotando, permitiendo que el hecho traumático quede archivado en la memoria como lo que es: un hecho del pasado, que no amenaza en el presente al individuo.

A modo de ilustración, comentaré el caso de una paciente que sufrió un accidente de tránsito junto a toda su familia, como consecuencia del cual, ella, su esposo y sus dos hijas debieron ser internadas en terapia intensiva durante varias semanas. Luego del largo período de rehabilitación (aproximadamente 1 año) la paciente, aunque ya recuperada físicamente, continuaba con síntomas tales como la reexperimentación del accidente, la imposibilidad de viajar en automóvil largas distancias, trastornos del sueño, angustia, tristeza, falta de motivación e interés por cosas que antes le brindaban gratificación, falta de interés en la vida, etc. Este cuadro, podría haber sido confundido fácilmente con una depresión. Luego de tres sesiones en las que recorrió mentalmente el incidente traumático un elevado número de veces, experimentó intensas catarsis, al final de las cuales, la carga emocional proveniente del accidente se agotó, y recuperó tanto su energía y entusiasmo para vivir, como su capacidad de disfrutar de un viaje en

automóvil durante las vacaciones de invierno.

Otro caso interesante de comentar es el de una joven de 20 años, que comienza a tener recuerdos fragmentarios de haber sido abusada sexualmente por el padre. Luego de la primera sesión, de una duración de aproximadamente 30 minutos, durante los cuales recorrió, una y otra vez el incidente recordado nueve veces, experimentando intensas catarsis, la carga emocional de dicho incidente se disipó, y el comentario textual de la paciente fue: "...bueno, me pasó. Me duele mucho que me haya pasado a mí y el miedo que tengo a que me vaya a pasar de vuelta...no, no me va a pasar porque no lo voy a dejar acercarse a 2 metros. Y sí, pasó pero tengo que salir adelante. Directamente haré las paces con mi cuerpo que se siente totalmente manoseado, y sucio y que no lo quiero a mi cuerpo porque fue tantas veces abusado que...pero bueno, sé que la víctima no es el culpable" En este párrafo, y sólo después de 30 minutos, se puede evidenciar el cambio cognitivo producido, así como la toma de decisiones en el sentido de protegerse. (una versión más desarrollada, con transcripciones textuales de las sesiones y comentarios sobre ellos está disponible bajo el título "Viñeta clínica: un caso de abuso sexual infantil largamente olvidado" en la mesa redonda "Múltiples imágenes del trauma" de este II Congreso Virtual de Psiquiatría)

Thought Field Therapy

La Terapia del Campo del Pensamiento (Thought Field Therapy) fue desarrollada hacia el año 1980 por el Dr. Roger Callahan, en California. El Dr. R. Callahan postuló la existencia de ciertas estructuras, a las que llamó "perturbaciones" en la bioenergía del campo del pensamiento, que serían la causa de los trastornos psicológicos. El tratamiento está orientado a remover esas perturbaciones del campo del pensamiento, por medio de la estimulación de ciertos puntos vinculados con los meridianos de la energía de la acupuntura y cierto tipo de movimientos de ojos. El procedimiento consiste en pedir al paciente que recuerde y se "sintonice" con el hecho traumático. Una vez logrado, se guía al paciente en la realización de ese procedimiento estandarizado (denominado Algoritmo). Al repetir este procedimiento, la perturbación provocada por el recuerdo del hecho traumático va desapareciendo, junto con sensaciones y emociones asociadas, al tiempo que va transformándose la imagen que representa ese recuerdo.

Varias teorías se han enunciado acerca de los mecanismos de acción de la Terapia del Campo del Pensamiento. Algunos autores consideran, a la luz de la teoría del

condicionamiento clásico, que la Terapia del Campo del Pensamiento elicita el reflejo de orientación y sus efectos inhibidores sobre la respuesta condicionada. De esta manera, una respuesta (el algoritmo) que compite con la respuesta condicionada (la reacción emocional frente al recuerdo del trauma) extinguiría dicha respuesta (Denny, 1995). Otros consideran que ingredientes tales como la exposición imaginaria, la observación disociada, y mantener un foco de atención dual (entre otros) darían cuenta de la efectividad de esta terapia (Gallo, 1996)

A continuación comentaré un caso clínico, que, aunque no fue presentado como un hecho traumático originalmente (el motivo de consulta fue una fobia a volar) resulta sumamente interesante desde el punto del funcionamiento de la memoria y el procesamiento de la información.

Se trata de un paciente de aproximadamente 45 años, que por su trabajo debía volar frecuentemente, y que la única manera de lograrlo era mediante la ingesta de alcohol y psicofármacos. De acuerdo con el procedimiento, se le indicó que imagine el peor momento de su reacción fóbica, y se midió en una escala de 0 a 10 la ansiedad que le provocaba en el momento. Se aplicó el procedimiento específico las veces necesarias hasta que la ansiedad bajó a cero. Una vez llegado a este punto, el paciente refirió que se veía a sí mismo, “pero extraño”, sin barba y con una determinada ropa. En la sesión siguiente, contó que su esposa recordaba que la primera vez que él había sufrido la reacción fóbica, estaba vestido con esa ropa, y efectivamente no tenía barba. Esto significa que cada vez que se disponía a abordar un avión, revivía aquel primer episodio traumático, quedando en evidencia la “falla” de la memoria y su imposibilidad de reconocer que ese momento pertenecía al pasado. Una vez desensibilizada la memoria traumática, el evento fue archivado en la memoria como lo que era, un hecho perteneciente al pasado, y el paciente pudo volar sin inconvenientes.

Conclusión

La complejidad de las secuelas de los hechos traumáticos, su persistencia a lo largo del tiempo, la comorbilidad con otros trastornos que muchas veces tornan difícil su diagnostico y tratamiento, la diversidad de la respuesta traumática, etc. ha llevado al desarrollo de nuevos abordajes. Muchos de estos abordajes (como los mencionados) no cuentan aún con un respaldo de investigación y su sustentación teórica (como en el

caso del TFT) es, cuanto menos, bastante discutible. De todas maneras, la experiencia clínica indica un gran nivel de efectividad, que permite suponer que en los próximos años crecerá el numero de investigaciones controladas que corroboren las observaciones clínicas.

Bibliografía

Callahan, R. Thought field therapy: Trauma and treatment. 1996

Cazabat, Eduardo. Viñeta clínica: Un caso de abuso sexual infantil largamente olvidado. Trabajo presentado en el panel Las múltiples imágenes del trauma, del II Congreso Virtual de Psiquiatría. 2001.
(disponible http://www.interpsiquis.com/2001/programa-cientifico.html)

Carbonell, J y Ch. Figley A Systematic Clinical Demonstration Methodology: A Collaboration Between Practitioners and Clinical Researchers. TRAUMATOLOGYe (disponible en http://rdz.stjohns.edu/~trauma)

Carbonell, J y Ch. Figley. Promising PTSD treatment approaches A Systematic Clinical Demonstration of Promising PTSD Treatment Approaches. TRAUMATOLOGYe, 5:1, Article 4, 1999 (disponible en http://rdz.stjohns.edu/~trauma)

Denny, Nathan: An orienting reflex/external inhibition model of EMDR and Thought Field Therapy. TRAUMATOLOGYe, 1:1, 1995 (disponible en http://rdz.stjohns.edu/~trauma)

Foa, Edna et al (Ed) Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.1999

French, G. y C. Harrys. Traumatic incident reduction. Boca Ratón (FL) CRC, 1999

Gallo, F. Reflections on active ingredients in efficient treatments of PTSD, Part 2.

TRAUMATOLOGYe, 2:2, 1996 (disponible en http://rdz.stjohns.edu/~trauma)

Gallo, F. Energy psychology: Explorations at the Interface of Energy, Cognition, Behavior and Health. Boca Ratón (FL) CRC, 1999

Gallo, F. Energy diagnostic and treatment methods. NY, Norton, 2000

Herman, J. Trauma and recovery The aftermath of violence- from domestic abuse to political terror. 2ª ed. New York. Basic Books, 1997

Schapiro, F. Eye movement desensitization and repprocesing: basic principles, protocols and procedures. New York, Guilford Press, 1995

Sitios web relacionados:

Revista de Psicotrauma para Iberoamérica http://www.psicotrauma.com.ar
Soc. Argentina de Psicotrauma http://www.psicotrauma.org.ar
Centro de Estudios del Trauma Psicológico y el Stress
http://pagina.de/traumapsicologico
Trauma pages de David Baldwin http://www.trauma-pages.com
Traumatology-e (journal electrónico) http://rdz.stjonhs.edu/~trauma
Traumatic Incident Reduction: http://www.healing-arts.com/tir
Emotional Freedom Techniques, de Gary Craig: http://www.emofree.com