

Más allá de la cura por el diálogo: Experiencia somática, improntas subcorticales y tratamiento del trauma

Bessel A. van der Kolk, M.D.

Profesor de Psiquiatría

Escuela de Medicina de la Universidad de Boston

Director clínico, del Trauma Center

www.traumacenter.org

Introducción

"Utilizamos nuestras mentes, más bien para ocultar hechos antes, que para descubrirlos. Una de las cosas que la pantalla oculta más eficazmente es el cuerpo, nuestro propio cuerpo, refiriéndome con ello, a las partes internas y externas, a sus interiores. Al igual que un velo arrojado sobre la piel para cubrir su pudor, la pantalla elimina parcialmente de la mente los estados internos del cuerpo, aquéllos que constituyen el flujo de vida según se avanza en el viaje de cada día." Damasio (1999, p. 28)

"El cerebro llega a contener, a través de una experiencia suficiente, un modelo del mundo; a la vez, está buscando constantemente nuevas formas de ordenar las cosas, de crear nuevas categorías." (Calvin, 1990, p. 261)

"Así, consideraremos a los recuerdos como entidades que predisponen a la mente a manejar las situaciones nuevas de acuerdo con unas formas antiguas recordadas; concretamente, como entidades que reajustan los estados de partes del sistema nervioso" (Minsky, 1980).

El desafío terapéutico

La investigación realizada en los laboratorios orientada a aclarar los procesos de la memoria en el hombre han mostrado de manera coherente que la memoria es un

proceso activo y constructivo: la mente está reensamblando de manera constante las antiguas impresiones, agregándolas a la nueva información. Los recuerdos no son considerados como hechos precisos sino que son transformados en relatos que nos contamos a nosotros mismos y a los demás, con el fin de transmitir una narración coherente de nuestra experiencia en el mundo. En raras ocasiones genera nuestra mente imágenes, olores, sensaciones o acciones musculares precisas que reproduzcan exactamente experiencias previas. De hecho, los más renombrados investigadores de la memoria tales como Elizabeth Loftus, Dan Schachter y John Kihlstrom niegan de manera enfática que la mente sea capaz de reproducir de manera precisa las improntas de experiencias previas.

Nos hemos visto, sin embargo, enfrentados al hecho de que, en individuos diagnosticados de PTSD (trastorno por estrés post-traumático), tras el episodio traumático aparecen en éstos emociones, imágenes, sensaciones y reacciones musculares particulares relacionadas con el trauma que pueden llegar a estar profundamente grabadas en la mente de estos pacientes y que parece ser que estas improntas traumáticas vuelven a ser reexperimentadas meses, años, incluso décadas después de ocurrido el episodio en cuestión, sin que sufran transformaciones significativas. (Janet, 1889, 1894; van der Kolk & van der Hart, 1991; van der Kolk & Fisler, 1995; van der Kolk, Osterman, & Hopper, 2000).

Es precisamente esta incapacidad para transformar e integrar las improntas sensoriales asociadas al trauma la que determina que en las personas que presentan TEPT se comporten como si estuvieran viviendo en el pasado, incluso estando relativamente conscientes de que sus reacciones son desproporcionadas con relación a los estímulos actuales. Sin embargo, teniendo en cuenta la infinita capacidad que tienen las personas para racionalizar sentimientos y conductas irracionales, las personas con traumas no suelen darse cuenta que estos sentimientos o acciones son irrelevantes en el presente. La discrepancia entre los sentimientos y conductas "irracionales" de las personas y las racionalizaciones que utilizan al respecto, son una función de la conciencia humana que sirve, entre otras cosas, para protegerse de tomar conciencia del verdadero significado de los mensajes que son transmitidos por las áreas del cerebro que se especializan en la preservación del individuo y la detección de peligros.

La extraordinaria capacidad que tiene la mente humana para distorsionar sus propias experiencias queda ilustrada en el estudio longitudinal de la salud psicológica y física realizado con 200 estudiantes no licenciados de la Universidad de Harbad que participaron en la Segunda Guerra Mundial (Lee, Valliant, Torrey y Elder, 1995). Cuando, al cabo de 45 años, fueron entrevistados éstos nuevamente en relación con sus experiencias, aquéllos que no habían padecido TEPT, habían modificado considerablemente sus relatos originales: los horrores más intensos de los sucesos habían sido blanqueados. Los que, en cambio, habían sufrido el trauma, es decir, aquéllos que habían desarrollado el "trastorno" que denominamos TEPT, habían sido incapaces de modificar aquellos recuerdos de guerra, conservando básicamente intactos sus recuerdos, 30 años después de los sucesos traumáticos.

Así, si bien podemos considerar como "normal" el hecho de distorsionar los propios recuerdos, en los sujetos con TEPT parece ser que éstos son incapaces de superar el suceso en particular y minimizar su efecto. El proceso que evita que los recuerdos sean "procesados", es decir, que sean integrados en un gran conglomerado de los depósitos de la propia memoria autobiográfica, se denomina disociación - fracaso en la integración de todos los elementos de la experiencia en un todo coherente. La disociación es el

proceso que evita que los recuerdos traumáticos sean integrados, determinando que éstos tengan una existencia relativamente independiente de la restante experiencia consciente de una persona. Dado que el problema del TEPT es la disociación, el tratamiento debería estar orientado hacia la *asociación*.

En relación con los recuerdos traumáticos que necesitan ser asociados, éstos no guardan relación con el recuento verbal del pasado sino que están relacionados con los elementos sensoriales o emocionales fragmentarios de la experiencia traumática que son desencadenados en las personas con TEPT que se ven enfrentadas a un número suficiente de elementos sensoriales y emocionales que están relacionados con el trauma. Cuando éstos se activan, la red neural completa en la cual está almacenado el recuerdo, resulta estimulada, precipitando, así, la repetición de la vivencia de un antiguo y terrorífico suceso (Lang, 1985; Pitman et al, 1990; van der Kolk & van der Hart, 1991).

De este modo, el trastorno patológico nuclear del TEPT consiste en que determinadas sensaciones o emociones relacionadas con experiencias traumáticas siguen repitiéndose siguiendo vías inopinadas que, además, no se diluyen con el tiempo. Ello no significa que las narraciones que realizan las personas con traumas para explicar lo que está sucediendo no cambien: las narraciones son una función de la interacción que se produce entre el que habla y el oyente. Las palabras que emplean las personas para explicar sus emociones y sensaciones dependen en alto grado del contexto en el cual es narrada la historia: las entradas y retroalimentación recibidas por el entorno y el lenguaje que es culturalmente aceptable para explicar la experiencia interna. El tratamiento del TEPT consiste, en gran medida, en ayudar a los pacientes a superar las improntas traumáticas que dominan sus vidas: sensaciones, emociones y acciones que, aunque irrelevantes para las demandas del presente, son desencadenadas por impresiones corrientes que siguen reactivando antiguos estados mentales basados en el trauma. Hasta hace poco disponíamos de escasos conocimientos que permitieran ayudar a las personas a integrar esas improntas traumáticas desintegradas. Tradicionalmente, antes de la aparición de los métodos contemporáneos de evaluación de resultados de tratamiento, muchos clínicos, desde Pierre

Janet hasta Milton Erickson y sus seguidores, consideraban que la hipnosis era el tratamiento de elección. Desgraciadamente, la eficacia de la hipnosis en el tratamiento del TEPT no ha sido nunca estudiada de manera sistemática. La técnica EMDR (MOVIMIENTO OCULAR DESENSIBILIZADOR Y DESENSIBILIZADOR) fue la primera de un grupo de nuevas terapias que no recurría primariamente a la narración de experiencias traumáticas, sino que reclamaba ser capaz de integrar, de manera rápida y eficaz, los recuerdos traumáticos, demandando para ello que los pacientes con TEPT centraran intensamente su atención en las emociones, sensaciones y significado que tenía la experiencia traumática a la vez que seguían la mano del médico quien inducía la aparición de movimientos sacádicos oculares lentos. La EMDR tenía una serie de ventajas con relación a la hipnosis, incluido el hecho de que puede ser fácilmente añadida a un protocolo de tratamiento. Ello permite realizar con relativa facilidad investigaciones relacionadas con los resultados del tratamiento. Articulada hacia 1988 por Francine Shapiro, ha sido objeto de un intenso estudio científico, encontrándose que es un tratamiento bastante eficaz del TEPT . (por ej. Chemtob et al, 2000) si bien el papel específico que juegan los movimientos oculares en la acción terapéutica sigue siendo motivo de controversia.

La naturaleza subcortical de los recuerdos traumáticos

El poder que tienen los antiguos recuerdos de rondar en el presente con su incontrolable intensidad y precisión nos enfrenta con la interrogante fundamental de cómo procesa la mente la información que le resulta abrumadora desde el punto de vista emocional. Una vez producido el suceso traumático en las personas, surgen determinados sentimientos, sensaciones o acciones que, sin razón aparente, generan un conjunto predecible de respuestas emocionales o físicas que son absolutamente irrelevantes para lo que está sucediendo realmente. Parece ser que estas reacciones que aparecen en las personas que presentan TEPT como consecuencia de la activación de redes neuronales cerebrales son activadas por sensaciones, emociones y sentimientos que se corresponden con las experimentadas en el momento

del trauma. Ello tiende a activar una respuesta que habría sido relevante en la situación original (tales como lucha o fuga), aunque no logra resolver el daño, dolor, terror o desamparo que la persona experimenta como tampoco logró en el momento del propio trauma original (Kardiner, 1941).

Se considera que, por definición, una situación es traumática cuando un suceso, o conjunto de sucesos, llegan a definir la manera en que las personas organizan las subsiguientes percepciones. En la primera teoría exhaustiva del stress traumático postuló Janet, en 1899, que éste sería el resultado de personas experimentando "emociones vehementes" en el momento del trauma. Éstas impedirían, en su opinión, integrar la experiencia completa en una narración satisfactoria. Janet fue el primero en proponer la idea de que la incapacidad de observar y "poseer" plenamente lo que ha sucedido es la causante de un fallo esencial de la memoria: el suceso es organizado, no como una parte coherente, integrada del propio yo, sino que como emociones, percepciones visuales o sensaciones cinestésicas inconexas que se reinstalan cuando las personas se ven expuestas a sensaciones o emociones que les recuerdan dichos sucesos.

Janet propuso que existían al menos dos sistemas de memoria diferentes para las experiencias emocionales intensas: uno es un sistema de memoria autobiográfico que es verbal y que sirve a la función social de comunicar a otros las propias experiencias. El otro sistema de memoria, que llamaríamos hoy, memoria "implícita", contiene las improntas sensoriales y emocionales de sucesos concretos que determinan el valor que las personas atribuyen a dichas improntas (Pitman et al, 1993, van der Kilk & van der Hart, 1991). Janet sugirió que ambos sistemas de memoria funcionan con relativa independencia entre sí.

Actualmente podríamos argumentar que las áreas subcorticales del cerebro, aquellas partes primitivas que no están bajo control consciente y que no tienen representación lingüística, tienen una forma de recordar diferente que la de los niveles superiores del cerebro, localizados en el córtex prefrontal. En condiciones normales, estos sistemas de memoria están integrados

armónicamente mientras que, en condiciones de niveles incrementados de la hiperactivación, el sistema límbico y el tronco del encéfalo pueden producir emociones y sensaciones que están en contradicción con las propias actitudes y creencias, lo cual determina que las personas se comporten "irracionalmente".

Investigaciones actuales han demostrado que los niveles elevados de activación interfieren con la función del lóbulo frontal (Arnsten, 1999; Birnbaum, Gobeske, Auerbach, Taylor, & Arnsten, 1999), que volver a vivir una experiencia traumática interfiere con el funcionamiento adecuado del área de Broca (región cerebral necesaria para expresar los sentimientos con palabras) (Rauch et al. 1996) y con la función ejecutiva, localizado en la región dorsolateral del córtex prefrontal (Lanius, en prensa). Parece ser que lo anterior, junto con el funcionamiento alterado de otras regiones cerebrales (tales como el hipocampo, tálamo y cíngulo, ver más abajo), procesos que son necesarios para una evaluación adecuada de los estímulos entrantes, serían responsables del hecho de que las improntas sensoriales y emocionales del trauma se organicen de manera fragmentaria (van der Kolk & Fisler, 1995; van der Kolk et al, 1996; van der Kolk et al 2000).

En el recuerdo de un suceso particular, las personas no suelen volver a vivir las sensaciones físicas, emociones, imágenes, olores o sonidos asociados a tal suceso. En condiciones normales, todos los aspectos recordados de la experiencia tienden a coalescer en una narración coherente que capta la esencia de lo que ha sucedido. Según es recordado y narrado un hecho a otras personas es probable que la narración vaya cambiando gradualmente en el tiempo y en la fuerza. Los recuerdos "implícitos" de los sucesos traumáticos tienen cualidades muy diferentes. Cuando los episodios traumáticos son recordados, las personas "vuelven a tener" la experiencia: ellas quedan sumergidas bajo los elementos sensoriales o afectivos de los antiguos traumas. La psicoterapia tradicional se ha centrado principalmente en la construcción de una narración que permita explicar porqué una persona siente de una manera determinada, esperando que si se logra comprender su contexto, sería posible que los síntomas

(sensaciones, percepciones, reacciones emocionales y físicas) desaparecieran. O, como lo expone Freud en *Remembering, repeating and working through* (1914): "mientras que el paciente lo vive como algo real y presente, nosotros debemos emprender la labor terapéutica que consiste principalmente en trasladar el suceso hacia atrás, como algo que pertenece al pasado".

Freud y el trauma

Tras visitar La Salpêtrière, Freud adoptó los conceptos referentes a la histeria que estaban en vigencia en dicha institución retornando, luego, a Viena (James, 1984). En 1893 escriben Freud y su nuevo mentor, Joseph Breuer, un artículo seminal denominado "La fenomenología de la histeria" (1893) en el que se identifican aspectos críticos referidos a la relación entre trauma, memoria y proceso terapéutico. Tras observar que estos pacientes solían carecer de una memoria narrativa para los episodios traumáticos, afirmaron ellos que "los histéricos sufren principalmente de los recuerdos". El tema principal de la "Fenomenología de la histeria" era la pregunta: ¿qué existe en los recuerdos de los traumas que hace que éstos sean insensibles al proceso normal de desgaste que, de manera típica, sufren todos los recuerdos? Breuer y Freud postularon que, en condiciones normales, un suceso inquietante emocionalmente es detenido por una reacción física adecuada. Ello se acompaña de una descarga autonómica o muscular que, de alguna forma, promueve la integración mental de la experiencia en los depósitos de la memoria autobiográfica. Al igual que Janet, ellos opinaban que era crucial superar sucesos emocionalmente inquietantes a través de la asociación de dicha experiencia con otros recuerdos previamente almacenados en la memoria. Ello permite crear un contexto psicológico mayor para la experiencia en particular. Cuando se produce la integración adecuada, el suceso en cuestión llega a servir de idea que guía futuras acciones, dejando así de ser algo que aparece una y otra vez, sin resolverse, al margen de otras experiencias vitales.

En su artículo postularon Breuer y Freud (1893) que, cuando las personas encuentran una expresión física adecuada que alivie su distress emocional como ocu-

re, por ejemplo en un acto de venganza, pueden superar el trauma. Mucho antes de que el concepto fuera introducido en la Psicología (Maier & Seligman, 1976), ellos habían ya propuesto que, esencialmente, en el origen de las neurosis traumáticas estaría el "**shock ineludible**". Sin embargo, ellos no consideraban que la acción física fuera la única forma que tienen las personas para superar improntas emocionales de experiencias pasadas.

En su artículo expresan ellos la creencia de que las personas pueden finalmente superar estas intensas experiencias encontrando una expresión verbal adecuada para los elementos emocionales y expositivos de la experiencia. Con esta afirmación colocaron Breuer y Freud a la psicoterapia en la vía de la "curación por el diálogo" para el siguiente siglo.

Sin embargo, el supuesto básico según el cual la expresión verbal de los hechos y sentimientos asociados a una experiencia traumática pueda conducir de manera fiable a su resolución, está todavía pendiente de demostración. Tal vez sería tanto o más válido postular que el hecho de emprender acciones que permitieran superar la propia sensación de desvalimiento en el momento en el que está ocurriendo la experiencia y de dar expresión a las sensaciones que están asociadas con el recuerdo del trauma, ayudarían efectivamente a las personas a superar sus traumas. Ésta es una de las muchas preguntas que están pendientes de estudio.

Breuer y Freud (1893) quedaron impresionados por otra característica de las experiencias extremadamente desconcertantes: que con frecuencia existe una escasa, o nula, capacidad verbal para representar el suceso. Bien sea que es debido a un olvido intencional, a disociación involuntaria o a una supresión y evitación activa no es relevante desde el punto de vista terapéutico: **el resultado neto resulta ser que con frecuencia los pacientes no son capaces de hablar del propio asunto que necesita ser procesado para poder llegar así a un acuerdo respecto de lo que ha sucedido y poder seguir viviendo. De esta manera, la naturaleza oculta de las improntas traumáticas ha resultado molesta para muchas escuelas de psicoterapia. La cuestión importante, necesaria para una resolución eficaz, era:**

¿cómo crear redes asociativas que permitieran a las personas integrar y "poseer" la realidad de lo que les ha ocurrido de forma tal que no se repita, una y otra vez, sin resolución?. En otras palabras: ¿cómo hacer conscientes las improntas inconscientes?.

Freud utilizó inicialmente la hipnosis aunque luego, preocupado por el problema de la sugestionabilidad, decidió recurrir a la técnica de la asociación libre de ideas esperando, mediante los lapsus linguae, una mejor comprensión de los sueños y otros procesos disociativos, fuera posible que los pacientes y analistas pudieran tener un acceso más profundo al inconsciente. Al mismo tiempo descubrió Freud que los supuestos mentales inconscientes y las experiencias interpersonales serían re-vividas en la relación de transferencia. La terapia psicoanalítica optó por apoyarse en lo sucesivo en los pilares gemelos de la comprensión de los procesos de pensamiento de los pacientes, según queda de manifiesto en la asociación libre de ideas y en los sueños, y en la reactuación de los esquemas interpersonales previos y de derivados de las relaciones de apego que existen dentro de la transferencia.

El procesamiento de la experiencia

Los seres humanos están de manera continua, filtrando, interpretando, transformando y dando sentido a la información sensorial entrante, la cual puede proceder del interior: músculos, vísceras, equilibrio químico relacionado con la alimentación, respiración, fatiga, o bien del exterior: imágenes, tacto, olfato y sonidos. Estas sensaciones carecen de sentido salvo cuando son interpretadas y agregadas a otras sensaciones, configuraciones y al esquema mayor de las cosas. Una función básica de la mente humana consiste en evaluar el significado de toda la información entrante e integrar su significado emocional y cognitivo. En este proceso es necesario explorar millones de posibles conexiones y asociaciones que permitan crear una interpretación adecuada de la relevancia existencial que tienen. La mente necesita crear luego una respuesta que no sólo produzca satisfacción interna sino que, a la vez, esté en concordancia con las demandas y expectativas del entorno.

Ya desde el mismo momento del nacimiento, son los procesos interpersonales los que proporcionan el significado y contexto de las sensaciones y emociones. Los recién nacidos están expuestos de manera continua a estímulos externos e internos que no comprenden o que no saben cómo aliviar. Los bebés dependen de quienes les cuidan para modificar lo que están sintiendo y están programados para llorar para atraer la atención. Los bebés confían en sus cuidadores para idear la forma de resolver su angustia, aflicción o sufrimiento, situación que éstos solucionan mediante determinadas actuaciones (alimentos, cambiar pañales) y proporcionándoles bienestar, simplemente mediante su presencia, por el contacto físico, emitiendo sonidos y realizandomovimientos (mecer, etc.).

Si los niños están bien cuidados, éstos logran establecer relaciones entre las señales corporales, la aflicción y las diversas formas de sentirse mejor lo cual trae como consecuencia de que aprenden a utilizar sus propias señales corporales y emociones como guías para la acción. Como primates estamos programados para buscar a otros para que nos proporcionen el alivio y regulación que no podemos proporcionarnos a nosotros mismos. Buscamos ayuda, bien porque somos incapaces de comprender y de enfrentarnos a sentimientos y sensaciones físicas molestas o sino, porque carecemos de los esquemas internos que nos sirvan de guía para el alivio. Esto determina que las personas sean propensas a echar la culpa a otros de ser la fuente de sus problemas y a esperar que sean otros los que les proporcionen alivio. Esta dependencia puede conducir fácilmente a la aparición de los diferentes tipos de tensiones y malentendidos con los cuales todos, aunque especialmente los padres de niños pequeños y los terapeutas de sujetos con traumas, estamos íntimamente familiarizados. Si el consuelo no logra aliviar el sufrimiento, las personas seguirán buscando otros medios que les proporcionen alivio. Éstos pueden incluir aferrarse desamparadamente a otros, consumir drogas o alcohol que alteran sus formas de percepción o involucrarse en actos tales como la bulimia o la auto-mutilación, actos que ellos saben que producirán desplazamientos en su mundo interno.

La conciencia corporal propia sigue siendo, independiente de la calidad de las experiencias previas de los cuidados recibidos, **el mismísimo fundamento de**

la propia conciencia. Las personas están de manera continua intentando entender el significado que tienen sus sensaciones y la mayor parte de las veces logran colocarles en el contexto al cual pertenecen. Según van madurando las personas, van desarrollando una capacidad cada vez mayor de crear asociaciones mentales con sus sensaciones físicas particulares que tienen sentido para ellos previniendo así que surja la ansiedad. Sin embargo, cuando el significado que tienen las sensaciones físicas experimentadas resulta un misterio o cuando éstas están asociadas a niveles extremados de activación o embotamiento, pueden las personas llegar a ser incapaces de imaginar que hacer para manejar sus sensaciones y hacer que tengan un sentido. Las sensaciones no tienen posibilidad alguna de ser asociadas a potenciales soluciones, y las personas entran en pánico o bien, se encierran en sí mismas en un intento de ignorarlas o de alejarlas de sí mismo.

Trauma y sensaciones físicas

La unicidad del trauma consiste en que determinadas sensaciones están grabadas en la mente y el cuerpo que tienden a interpretarlas dentro de los límites estrechos de la definición impuesta por un pasado traumático. Ejemplo de ello es: las reacciones que presentan los veteranos de guerra al sonido de los petardos en el verano (aunque no en invierno, ya que la temperatura es diferente) o cómo los supervivientes de un incesto pueden reaccionar a determinadas sensaciones físicas que ellos relacionan con la violación. Tras el desarrollo del TEPT, la mente pierde su flexibilidad para acoplar la información sensorial entrante a una amplia gama de asociaciones: el trauma se convierte en un agujero negro en el que se conectan todas las sensaciones, "como el agua de lluvia que descende por el tejado para caer por el canalón" (Sank & Hopfield, 1987, p. 106; Pitman & Orr, 1990. Considerando que el TEPT consiste en un mundo sensorial congelado, el desafío terapéutico consistirá en abrir la mente del paciente a nuevas posibilidades de forma tal que él o ella sean capaces de enfrentarse a las nuevas experiencias más bien de manera abierta y flexible antes que interpretar el presente como una continua repetición de las vivencias del pasado.

Un elemento central del TEPT consiste en la incapacidad de colocar adecuadamente determinadas sensaciones físicas dentro del contexto de las experiencias corrientes propias y de reaccionar, en cambio, de manera inmediata con acciones tales como una presteza física hiperactiva o, sino, con congelación. Tales respuestas parecen ser los equivalentes sensorio-motores de las escenas retrospectivas visuales (flashbacks o destellos rememorativos) – intrusiones del pasado que son irrelevantes en el presente. Parece ser que los procesos sensorio-motores del trauma original no han sido aún asimilados, disparándose éstos fácilmente si se activa un número suficiente de elementos sensoriales del trauma original. Es poco probable que la persona traumatizada sea consciente de las sensaciones físicas que precipitan las emociones terribles y las acciones amenazadoras. Éstas no son experimentadas conscientemente como algo causado por recuerdos de algo que ocurrió en el pasado - la hiperactivación o la reacción de congelación no tienen generalmente un contexto histórico. Es como si las personas traumatizadas carecieran de una fuerza organizadora central que les permitiera situar lo que está ocurriendo en su adecuado contexto - de tiempo y espacio. Las sensaciones relacionadas con el trauma están congeladas en el tiempo y el enfermo puede llegar a creer que éstas no acabarán nunca y que él no puede hacer nada para detenerlas.

Al experimentar tales emociones intensas, las personas tienden a seguir la inclinación humana de encontrar un sentido a lo que están sintiendo. En su intento de crear un contexto, las personas traumatizadas intentan imaginar qué elementos existen en su entorno habitual que les hace sentir lo que sienten: buscan estímulos corrientes "allá afuera" que permitan explicar porqué están tan alteradas. Tienden a culpabilizarse a sí mismos y pensar que no son personas normales. Esto es comprensible ya que es probable que algo o alguien haya servido de disparador de las sensaciones que precipitan la aparición de tales terrores, vergüenza, ira o disgusto. Sin embargo, es probable que el intentar de hallar en el presente una explicación para tales sensaciones derive en una atribución de la causa a un falso estímulo, dando así lugar a "**falsas cogniciones**".

La neurobiología del trauma

Si bien las formulaciones psicológicas básicas de cómo procesa la mente las experiencias traumáticas ya habían sido elaboradas en gran medida hacia finales del siglo pasado (y redescubiertas de manera episódica a lo largo del siglo XX - van der Kolk et al., 1996), es solamente en los últimos 20 años cuando hemos logrado obtener una real comprensión de cómo el cerebro media en estos procesos. La comprensión de estos procesos cerebrales ha comenzado, a su vez, a ser útil para mejorar las intervenciones psicoterapéuticas que son necesarias para superar el trauma.

Existen muchos estudios que muestran que las personas con TEPT, al enfrentarse con elementos del trauma original, presentan reacciones psico-fisiológicas y respuestas neuroendocrinas que son el reflejo de haber sido condicionados a responder frente a determinados recuerdos traumáticos tal y como si estuvieran siendo sometidos a una re-exposición al trauma original. En otras palabras, a pesar de que el suceso traumático puede haber ocurrido hace muchos años atrás, sus cuerpos siguen reaccionando como si estuvieran siendo traumatizados nuevamente. **Kardiner lo expuso en 1941** de la siguiente manera: "**su foco de atención se ha reducido a estímulos relacionados con la amenaza**". En los pacientes con TEPT, al enfrentarse a un número suficiente de elementos sensoriales que coinciden con las improntas sensoriales existentes en el momento del trauma original (tales como ser tocado de una determinada manera, estar expuesto a determinados olores o ver cosas que recuerdan el suceso anterior), se activan sistemas biológicos como si estuvieran siendo expuestos nuevamente al trauma.

Uno de los sistemas biológicos que ha sido identificado como afectado por las experiencias traumáticas es la **amígdala**, aquella parte del sistema límbico que está implicada en la interpretación del **significado emocional de la experiencia**. Investigaciones recientes han mostrado que el sistema límbico juega un papel importante como causa de que los sujetos traumatizados interpreten recuerdos relativamente inocuos como presagio de retorno del trauma. Una parte del sistema

límbico, la amígdala, actúa como "detector de humo" que interpreta cuando la información sensorial entrante puede constituir una amenaza. La amígdala es la responsable de formar los recuerdos emocionales que se producen en respuesta a sensaciones, sonidos, imágenes, etc. particulares que han sido relacionadas con el riesgo para la vida o con situaciones peligrosas. Estas interpretaciones emocionales se considera que son "indelebles", es decir, muy difíciles de extinguir (LeDoux, 1996): una vez que la amígdala ha sido condicionada a considerar determinados sonidos, olores, sensaciones corporales, etc. como peligrosas, es probable que el cuerpo reaccione frente a estos estímulos como disparador del retorno del trauma. El desafío para cualquier psicoterapia eficaz, consistirá, por tanto, en decondicionar a la amígdala de manera que los recuerdos inocuos no sean considerados como un retorno del trauma.

La tiranía del lenguaje

En un artículo anterior (van der Kolk, 1994) he explicado en términos generales como, mediante el empleo de la psicoterapia tradicional orientada hacia el insight, es posible que las personas aprendan a comprender que determinadas reacciones emocionales o somáticas pertenecen al pasado y que son irrelevantes para sus vidas actuales. Esto puede ayudarles a restar valor, aunque no a abolir, las respuestas fisiológicas automáticas que se producen frente a recuerdos traumáticos. Aunque el insight de esta naturaleza proporciona una mejor comprensión de porqué sienten ellos lo que sienten, es poco probable que logre reconfigurar los sistemas de alarma del cerebro.

En un estudio con neuroimágenes obtenidas mediante TEPT, mostramos (Rauch et al., 1996) cómo cuando las personas están reviviendo sus experiencias traumáticas se produce una menor activación del área de Broca y una mayor activación del sistema límbico en el hemisferio derecho del cerebro. Esto hace pensar que cuando las personas con TEPT están reviviendo su trauma, experimentarán una gran dificultad para verba-

lizar tal experiencia. De hecho, el aumento relativo de la activación en el hemisferio derecho, en relación con la del izquierdo implicaría que, cuando las personas están reviviendo el trauma, están sumidas en la experiencia: están teniendo el trauma, aunque carecen de la capacidad para analizar en el espacio y tiempo correspondiente lo que está sucediendo.

La experiencia ha mostrado que, al demandar de las personas que describan verbalmente su trauma mientras se encuentran en el proceso de revivirlo, ello puede resultar enormemente desconcertante e incluso, a veces, imposible. El hecho de revivir el trauma sin estar firmemente asentado en el aquí y ahora deja a las personas con TEPT más traumatizadas de lo que estaban antes. El recuerdo del episodio traumático puede resultar tan doloroso que muchas personas optan por no exponerse a situaciones en las que se requiere esto de ellas, incluidas las terapias de exposición.

La investigación realizada con tales terapias ha mostrado que si las personas son capaces de continuar con el tratamiento, y revivir el episodio traumático a través de las palabras y sentimientos experimentados en un contexto terapéutico seguro, existe una probabilidad significativa de que superarán el TEPT (Foa et al. 1999; Resick & Schnicke, 1992). Sin embargo, estas formas de tratamiento tienen también una elevada tasa de abandono (Pitman et al., 1991; Ford & Kidd, 1998; Spinazzola et. al., 2000), lo que probablemente sea debido a que las personas, al experimentar el trauma, se sienten estimuladas en exceso sin que exista un alivio rápido para ello. Así, en el tratamiento del TEPT, el desafío central consiste en saber cómo ayudar a las personas a que procesen e integren sus experiencias traumáticas sin que se sientan traumatizadas una vez más o, como se expresaría en el lenguaje de la neurociencia: ¿cómo procesar el trauma de forma tal que quede sofocado en vez de reencendido (Post, Weiss, Li & McCann 1997)?.

Dilemas clínicos a los que se enfrenta el terapeuta de pacientes traumatizados

Los médicos que tratan a pacientes con TEPT se ven enfrentados a una serie de cuestiones que complican la capacidad de proporcionar una psicoterapia eficaz.

1. Mudez. Los sujetos traumatizados carecen frecuentemente de la capacidad para comunicar verbalmente la esencia de lo que les ha sucedido. Las improntas de su trauma, por el contrario, consisten en sensaciones y percepciones que pueden no tener sus equivalentes verbales. Los pacientes con TPET, al enfrentarse con sensaciones que reinstalan un estado traumático, simplemente tienen sus sentimientos, conductas mal adaptativas y sensaciones corporales molestas, sin que sepan bien de dónde proceden éstos. Si bien las palabras pueden proporcionar una validación, un contexto, una capacidad para proporcionar una explicación del origen de estas sensaciones y emociones, es poco probable que logren neutralizar las asociaciones emocionales de estas sensaciones y, hacerlas desaparecer. Además, muchos de los sujetos traumatizados padecen de **alexitimia, proceso que consiste en una falta de capacidad para interpretar el significado de sus sensaciones corporales: ellos simplemente pueden no saber lo que están sintiendo.**

2. Re-traumatización. Muchas personas con TEPT, al recordar el trauma, se sienten tan perturbadas emocionalmente que ya el mero hecho de su recuerdo actúa en ellas como si estuvieran siendo re-traumatizadas. Ello tiene como resultado que muchos sujetos con TEPT eviten la psicoterapia basada en el diálogo.

3. La relación. Muchas personas con TEPT han visto su confianza destrozada y son reacios a sentirse vulnerables frente a otros, especialmente cuando se trata de asuntos que los hacen sentirse aterrorizados y avergonzados. Muchos médicos suponen que una relación terapéutica sana es la piedra angular de cualquier iniciativa terapéutica. La mayoría de los médicos parece creer que proporcionar una relación que haga posible que los pacientes bajen sus defensas y abandonen su desconfianza resulta esencial para acceder a los recuerdos más dolorosos y vergonzosos de su respuesta. Al mismo tiempo, los médicos que trabajan con sujetos traumatizados están todos muy familiarizados con la

fragilidad de la relación terapéutica que existe en el caso de TEPT: las frecuentes pérdidas de confianza, las interrupciones bruscas del tratamiento, la gran cantidad de diferentes terapeutas que han sido requeridos para obtener alivio a lo largo del tiempo, los intensos dilemas de transferencia en los que se mezclan amor y odio en toda su intensidad, todo ello puede determinar que la labor terapéutica, es decir, la labor de reflexión y análisis, sea prácticamente imposible. En la relación terapéutica cabría considerar la conveniencia de proporcionar un contexto tal que alentara al paciente a movilizar activamente sus defensas, incluso en su relación con el terapeuta, y a ser perspicaz respecto de dónde deposita su confianza. Sólo cuando el paciente sea capaz de estar en posesión de defensas adecuadas será posible acceder a sus recuerdos sin que exista el riesgo de re-traumatizarle.

4. Evitación. Parece ser que muchos individuos sometidos a psicoterapia logran elaborar una narración del trauma que satisface la necesidad suya de comunicar la esencia de lo que han sufrido aunque dejan, sin embargo, excluidos algunos de los elementos críticos de la experiencia.. Puede ser posible que sean precisamente estos elementos excluidos, que son las sensaciones a las que el paciente evita enfrentarse activamente y revivir en la relación terapéutica, los que sean más proclives a reaparecer en forma de escenas retrospectivas (destellos rememorativos), pesadillas y reactuaciones conductuales.

5. Condicionamiento fisiológico. Las personas con historiales de TEPT, aunque logren recordar la totalidad del trauma, comprender cómo reaccionan en su vida diaria, restablecer relaciones interpersonales de confianza y crear islotes cada vez mayores de seguridad y competencia, seguirán siendo vulnerables y tenderán a reaccionar fisiológicamente frente a recuerdos del episodio traumático como si estuvieran de vuelta en el pasado.

El desafío terapéutico

Teniendo en cuenta estos diversos dilemas, un tratamiento ideal sería aquel que ayudaría a procesar el pasado sin que fuera necesario reexperimentarlo como si estuviera repitiéndose ahora mismo. Tal tratamiento

sería capaz de producir en las personas un decondicionamiento de sus respuestas fisiológicas inadecuadas que adquirieron su ser en el momento del trauma pero que, en condiciones ordinarias, no resultan ser ya relevantes. Siempre que este tratamiento ideal sea llevado a cabo dentro de una relación terapeuta-paciente respetuosa, ello no forzará al paciente a revivir el dolor, la decepción y la vergüenza que experimentó con la traición interpersonal anterior habida dentro de esa relación. Por otra parte, el tratamiento eficaz debería minimizar el tiempo empleado en revivir el pasado y la devastación emocional concomitante a la vez que ayudar a los pacientes a estar plenamente presente en el aquí y ahora, sin la disociación y/o hiper-activación residual propia del TEPT.

Procesamiento emocional de arriba-abajo versus abajo-arriba

Hace más de un siglo, William James formuló la teoría de James-Lang de la conciencia que sostiene que la sensación de la emoción es el resultado de percibir el cambio corporal. Ello significa que la conciencia es fundamentalmente el producto de las interpretaciones que el sistema nervioso central adjudica a las sensaciones físicas que son los productos de los estados corporales. Un hallazgo central de la neurociencia contemporánea, expresado claramente por autores tales como Antonio Damasio (1999), Jaak Panksepp (1998) y Steven Porges (1995, 2000) sostiene que la experiencia sensorial juega un papel crítico en la generación de estados emocionales.

Damasio (1999, p. 29) afirma que "el conjunto de patrones neurales que constituyen el sustrato de la sensación produce dos clases de cambios biológicos: cambios relacionados con el estado corporal y cambios relacionados con el estado cognitivo". La mayoría de las formas de la psicoterapia tradicional han centrado su atención principalmente en los cambios que están relacionados con la interacción entre las emociones y el pensamiento. Cuando una persona está perturbada, se intenta en la terapia captar el sentido de qué es lo que le otorga tal poder emocional a la vez que se examina el significado emocional que existe en los hechos de la

vida del paciente. La mayoría de las terapias han ignorado esencialmente los cambios relacionados con los estados corporales: la dimensión sensorial de la experiencia. Los estados emocionales están generados por el perfil químico corporal, el estado visceral y por la contracción de la musculatura estriada de la cara, garganta, tronco y extremidades (Damasio, 1999).

Los niños aprenden a interpretar sus propias sensaciones físicas, primero dentro del contexto de sus interacciones físicas con la madre. La única herramienta de que dispone la madre para modular los estados emocionales del bebé es la de cambiar directamente las sensaciones físicas del niño: meciéndolo, alimentándolo, acariciándolo, cambiando la fuente de la incomodidad física, como son los pañales húmedos, a la vez que emite sonidos tranquilizadores y realiza otras interacciones físicas confortadoras. El niño es una "criatura subcortical... [que] carece de los medios necesarios para la modulación de la conducta, modulación que es llevada a cabo cuando se desarrollan los centros corticales" (Schore, 1994, p. 30).

Esto se parece de manera notable a la experiencia de las personas traumatizadas que parecen estar a merced de sus sensaciones, reacciones físicas y emociones, lo que dificulta que ellos puedan modular lo que sienten. La hiperreactividad fisiológica es característica del TEPT (Shalev, 1996).

Incluso después de madurar, los seres humanos seguirán confiando en la retroalimentación que les proporciona su propio estado somático para saber si un estímulo particular es peligroso o agradable y no obstante ir ampliando su repertorio de actividades tranquilizadoras, ellos siguen confiando en ser capaces de establecer una homeostasis (sensorial) física que les permita tener un sentido de "flujo" o de "estar asentado". Son muchos los sistemas cerebrales diferentes que están implicados en la integración armónica del funcionamiento mental. La autorregulación comienza a nivel del tronco del encéfalo - una parte del cerebro que está esencialmente oculta a la experiencia consciente y que, además, no puede ser modificada por la razón. Como afirma Damasio (1999, p. 58):

Somos tan eficaces para detener una emoción como lo somos para evitar un estornudo. Sólo conseguimos tener la habilidad para disfrazar algunas de las manifestaciones externas de la emoción aunque no logramos bloquear los cambios automáticos que se producen en las vísceras y el medio interno.

Cuando las personas han sido traumatizadas y desarrollan el TEPT (o cuando, como niños, han sufrido de abusos o abandono, carecerán de la experiencia de haber estado implicados en una "díada regulatoria" sana, de la cual la interacción madre-hijo sana es el prototipo), perderán la capacidad para regular eficazmente los estados emocionales, hecho que se manifestará como **una hipersensibilidad para experimentar como amenazas existenciales, las experiencias desagradables**. Esta hipersensibilidad está basada en la existencia de deficientes mecanismos en modulación. Al carecer de la capacidad para calmarse así mismo, dependerán de acciones tales la pelea o la fuga o de mecanismos patológicos como son la auto-mutilación, consumo excesivo de alcohol, privación de alimentación o la ingestión de alcohol y drogas, para regular la homeostasis interna.

Fischer, Murray y Bundy (1991) han afirmado que:

El cerebro, aunque está formado por sistemas que están organizados jerárquicamente, funciona como un todo integrado. Las funciones integradoras de "nivel superior" han evolucionado a partir de las estructuras de "nivel inferior" y dependen de la integridad de estas estructuras y de la experiencia sensorio-motora. Los centros (corticales) superiores del cerebro están considerados como responsables de funciones tales como la abstracción, percepción, razonamiento, lenguaje y aprendizaje. La integración sensorial y la asociación inter-sensorial, en cambio, se produce principalmente en los centros (subcorticales) inferiores. Se interpreta conceptualmente que las partes inferiores del cerebro se desarrollan y maduran antes que las estructuras de nivel superior; se cree, además, que el desarrollo y óptimo funcionamiento de las estructuras de nivel superior depende, en parte, del desarrollo y óptimo funcionamiento de las estructuras de nivel inferior (p. 16).

Cuando el organismo percibe una amenaza, se activan secuencias fijas, fisiológicas y motoras, predeterminadas tales como el reflejo de sobresalto y las diversas expresiones de las respuestas de lucha/fuga o de congelación. La secuencia más simple son los reflejos involuntarios, localizados en la médula espinal (por ejemplo el reflejo rotuliano). Estas secuencias son las respuestas fijadas más rígidamente mientras que los patrones de respuesta más complejos, tales como las respuestas motoras automáticas que aparecen a edades tempranas, como son andar y correr, están influidos por experiencias previas.

La medida en que estas respuestas inferiores pueden ser inhibidas depende, en parte, del nivel relativo propio de activación emocional que depende a su vez de la activación de los centros de activación localizados en el tronco del encéfalo. En condiciones normales, es posible suprimir la propia ira o irritación, o ignorar la sensación de hambre mientras que los procesos fisiológicos asociados a dichos estados, como son el aumento de la presión sanguínea, la secreción de saliva y la contracción de los músculos del estómago, se van a mantener. Esta inhibición se denomina "procesamiento de arriba-abajo" (LeDoux, 1996, p. 272): Los niveles (neocorticales) superiores de procesamiento pueden, y con frecuencia restan valor, dirigen o interrumpen a los niveles inferiores, elaborando o interfiriendo procesos emocionales o sensorio-motores (Ogden & Minton, en prensa).

Una parte importante de la actividad del adulto está basada en el procesamiento de arriba-abajo: los centros corticales superiores actúan como centros de control. Áreas neocorticales tales como el córtex órbita-frontal, la corteza frontal medial y la región dorsolateral del córtex frontal inhiben jerárquicamente la actividad subcortical (e.g. Schore, 1994). Es como si las personas estuvieran suspendidas por encima de su experiencia somática y sensorial, sabiendo que está ahí, aunque sin consentir que domine sus actos. En condiciones normales, la conciencia permite que las personas alcancen una homeostasis relativa y controlar la maquinaria de la emoción, atención y regulación de los estados corporales. O, como sostiene Damasio (1999, p. 28):

Utilizamos nuestra mente más bien para ocultar hechos antes que para descubrirlos. Una de las cosas que la pantalla oculta más eficazmente es el cuerpo, nuestro propio cuerpo, refiriéndonos con ello, a los interiores y exteriores de éste, a sus interiores. Al igual que un velo arrojado sobre la piel para cubrir su pudor, la pantalla elimina parcialmente de la mente los estados internos del cuerpo, aquéllos que constituyen el flujo de la vida según avanza en el viaje de cada día.

El carácter elusivo de las emociones y sensaciones es probablemente un síntoma, un indicio de cómo cubrimos la presentación de nuestros cuerpos, de cuántas imágenes mentales hacemos uso para enmascarar la realidad de nuestro cuerpo. En ocasiones utilizamos nuestra mente para ocultar una parte de nuestro cuerpo a otras partes de éste en vez de concentrar recursos en los estados internos; es, tal vez, más ventajoso concentrar los propios recursos en las imágenes empleadas para describir los problemas del mundo, las opciones existentes para su solución y sus posibles resultados. Pero esto tiene un coste. Y éste consiste en que tiende a evitar que nos formemos una impresión de cuál es el posible origen y naturaleza de lo que llamamos self".

El procesamiento abajo-arriba representa una forma diferente de procesar la información. Los niños pequeños y los adultos amenazados no son capaces de inhibir estados emocionales que tienen su origen en sensaciones físicas. El procesamiento arriba-abajo está basado en la cognición y está dirigido por el neocórtex. Ello permite tener en cuenta el funcionamiento ejecutivo de alto nivel a través de la observación, monitorización, integración y planificación. Sólo puede funcionar de manera eficaz si el input procedente de niveles cerebrales inferiores está inhibido.

La psicoterapia tradicional cuenta con las técnicas de arriba-abajo para el manejo de emociones y sensaciones perjudiciales que rompen el equilibrio. Éstas son abordadas como interrupciones indeseadas del "normal" funcionamiento que necesitan ser dirigidas a tra-

vés de la razón antes que como fragmentos no integrados de estados traumáticos reactivados. El procesamiento de arriba-abajo está centrado más bien en la inhibición antes que en el "procesamiento" (integración) de sensaciones y emociones desagradables. Ogden y Minton (en prensa) describen el procesamiento de abajo-arriba de la siguiente manera:

Se requiere de los pacientes que sigan atentamente la secuencia de sensaciones e impulsos (procesos sensorio-motores) que va progresando a través del cuerpo a la vez que dejan temporalmente de tener en consideración las emociones y pensamientos que van surgiendo, hasta que las sensaciones e impulsos corporales se resuelvan en un punto de descanso y estabilización en el cuerpo. El elemento de este proceso está formado por personas que están aprendiendo a observar y seguir las reacciones sensorio-motoras no asimiladas (principalmente, el arousal y las reacciones de defensa) que habían sido activadas en el momento del trauma".

El procesamiento de abajo-arriba, por sí sólo, no resuelve el trauma, aunque si se manda al paciente a que siga y articule la experiencia sensorio-motora mientras inhibe conscientemente las emociones, contenido y pensamiento interpretativo, será posible que la experiencia sensorio-motora vaya siendo gradualmente asimilada.

En comparación con la evitación, la toma de conciencia de los propios estados internos permite conocer las sensaciones que, pueden luego ser utilizadas como guías para la acción. Tal conciencia es necesaria si uno desea responder a los requerimientos corrientes en el manejo de la propia vida de una manera adaptada. Al ser consciente de las propias sensaciones, uno incorpora nuevas opciones para la solución de los problemas. Ello permite que las personas no actúen de manera refleja, sino que encuentren mejores formas de actuar para ser adoptadas. "La conciencia establece un enlace entre el mundo de la regulación automática y el mundo de la imaginación - el mundo en el que las imágenes de diferentes modalidades (pensamientos, sentimientos y

sensaciones) pueden ser combinadas para producir imágenes nuevas de situaciones que aún no han ocurrido". (Damasio, 1999, p. 258).

Aprendiendo sobre EMDR

Hace cinco años tuve la visita de mi amigo y colega, Steve Lazrove, quien me mostró dos cintas de vídeo en el que él trataba pacientes con cuadros complejos de PTSD utilizando EMDR. Hasta esa fecha, yo era muy escéptico respecto de esta técnica que estaba tan de moda, ganando muchos adeptos entre los profesionales de la salud mental. Yo consideraba todavía que era otra novedad, como la meditación trascendental o similares. Sin embargo, en las cintas de vídeo pude ser testigo de cómo personas que, como consecuencia de recordar sus experiencias traumáticas presentaban intensas reacciones fisiológicas y distress psicológico evidentes que parecían desaparecer tras varias sesiones con EMDR. Un suceso que, inicialmente parecía ser revivido con una intensidad eterna, al cabo de algunas semanas, se convertía, simplemente, en una historia de algo que pertenecía al pasado, desprovisto de todo interés. Teniendo en cuenta que durante muchos años intenté ayudar a los pacientes a adquirir control sobre sus recuerdos traumáticos y que nunca había conseguido resultados de tratamiento parecidos a los que había observado en las cintas de vídeo, opté por seguir un curso de adiestramiento en EMDR. Consideraba que la parte teórica no era muy útil, aunque sí estaba muy intrigado, tanto como sujeto como objeto, con lo que sucedió durante las sesiones con EMDR.

En mi propia sesión pensaba en el reciente cierre de mi clínica de trauma y el intenso distress que ello me causó. Durante la sesión con EMDR tuve una rápida sucesión de imágenes hipnópicas de mi infancia con mi familia, imágenes que parecían contener algunos elementos relacionados con el cierre de la clínica. Tras media hora de estar procesando dichas imágenes, el distress producido tras el recuerdo del anuncio del cierre de la clínica había disminuido considerablemente. El siguiente elemento del adiestramiento con EMDR estaba relacionado con el tratamiento con EMDR hecho a un colega terapeuta quien deseaba referirse a unos incidentes dolorosos que tuvo con su padre en su adolescencia aunque, por otra

parte, tampoco deseaba que yo me enterara de los detalles de lo que había sucedido como tampoco del distress que ello le causaba. Estaba sorprendido por el intenso efecto producido, efecto que parecía haber sido precipitado por la sesión de EMDR y por la casi total ausencia de intercambio verbal entre él y yo. De hecho, mi caso fue bastante hostil conmigo a lo largo de toda la sesión de EMDR y al final de nuestro episodio me dijo que el encuentro conmigo había sido tan desagradable que nunca volvería a remitirme a ningún paciente. También me dijo que creía que había resuelto esos asuntos tan dolorosos con su padre.

Dejé mi adiestramiento de EMDR nivel I bastante interesado por tres impresiones sobre éste que siguen fascinándome hasta el día de hoy: **(a)** Que parece ser que el EMDR libera procesos de asociación libre de ideas, permitiendo que las personas tengan un rápido acceso a los recuerdos e imágenes del pasado permitiendo que, de alguna forma, sea posible asociar las experiencias vitales dolorosas actuales a episodios vitales previos que han sido dominados con éxito; **(b)** que parece ser que el EMDR es capaz de lograr su acción terapéutica sin que sea necesario que el sujeto deba articular verbalmente cuál fue el origen de su distress. En otras palabras, parece ser que es posible que el EMDR sea eficaz, incluso estando las personas en un estado de relativo silencio; **(c)** que el EMDR puede tener una acción beneficiosa incluso en ausencia de una relación de confianza entre el paciente y el terapeuta.

A partir de entonces todas estas impresiones iniciales se han visto confirmadas por la ulterior experiencia mientras que se ha añadido al menos una fuente adicional de asombro. Parece ser que el EMDR es capaz de atenuar el dolor de una experiencia pasada a la vez que también es capaz de reforzar sensaciones de placer y serenidad asociadas a otras.

Experiencias adicionales con EMDR

Después de haber terminado nuestro primer esfuerzo común para obtener imágenes de personas con recuerdos traumáticos (Rauch et al., 1998), nos interesó la posibilidad de obtener imágenes que permitieran valorar cómo el cerebro de personas con PTSD puede

cambiar tras ser sometidos a un tratamiento eficaz. Cuando los médicos del Trauma Center comenzaron a visionar los vídeos de sus colegas de las personas con PTSD que, tras haber sido sometidas solamente a algunas sesiones de EMDR parecían presentar mejorías importantes, decidimos embarcarnos en la realización de un estudio piloto de los resultados de tratamiento obtenidos con el empleo de EMDR, en el que una de las medidas de los resultados utilizadas serían los cambios observados en la función cerebral. Hemos terminado dicho trabajo recientemente e informaremos en otra parte del conjunto completo de datos obtenidos. Sin embargo, en el estudio realizado observamos que en 8 de los 12 sujetos inscritos se produjo una reducción superior 30% en la puntuación del test CAPS tras tres sesiones. Por lo general, estas disminuciones en la puntuación del TEPT se acompañaban de un descenso concomitante de la reactividad fisiológica producida por un guión de trauma personalizado.

Las imágenes cerebrales de las que disponemos señalan que, previo al tratamiento, algunos sujetos incluidos en el estudio presentaban una menor activación del lóbulo prefrontal cuando eran sometidos a su guión de trauma personalizado. Al cabo de tres sesiones con EMDR parecía ser que existía un aumento en el metabolismo del lóbulo pre-frontal. Ello sería un reflejo del mayor funcionamiento del lóbulo frontal lo cual facilitaría ser capaz de dar sentido a la estimulación sensorial entrante. Pareciera ser que esta mayor capacidad del lóbulo frontal se reflejaría en el cambio que nuestros sujetos realizarían en la narración de sus recuerdos traumáticos. Tras el tratamiento con EMDR, la narrativa de sus traumas adquiriría un carácter más simbólico que antes. Por ejemplo, un sujeto, tras ser sometido a tratamiento con EMDR, informaba que:

Me acuerdo de ello como si se tratara de un verdadero recuerdo, aunque mucho más lejano en el tiempo, más manejable. No tenía la intensidad a la que estoy acostumbrado que tenga. Típicamente, yo me ahogaba en él, pero esta vez yo flotaba encima. Tenía cierta dificultad para traerlo a la memoria. No me sentía tan desvalido ya que tenía la sensación de que tenía en mis manos el control, control, que no me iba a ahogar en él.

De manera parecida, otro sujeto en estado previo al tratamiento, decía: "Me veía a mí mismo muy delgado y desnudo en la ducha. Sólo me veo a mí mismo, como si mi piel estuviera escuchando. Él estaba vestido y yo no". El mismo sujeto, tras el tratamiento con EMDR, expresaba: "No era tan intenso. No me veía a mí mismo en el suelo, delgado y mojado y temeroso. Yo estaba más bien escuchando la cinta y no vi nada, hasta que él me arrinconó contra la pared". Un tercer sujeto informaba tras ser sometido a tratamiento con EMDR: "Esta vez era como una unidad cohesiva. Antes percibía todos y cada uno de los pasos. Ahora es como si fuera un suceso. Es como si fuera un todo, en vez de fragmentos, de modo que es más manejable". Este tipo de cambios en las narraciones personales hace pensar que, a través del EMDR, es posible ayudar a las personas a que generen asociaciones entre las impresiones sensoriales fragmentadas que estaban previamente disociadas.

EMDR como procesamiento acelerado de información

Los desafíos centrales de la psicoterapia han sido siempre la búsqueda de medios que permitan ayudar a los pacientes a adquirir control sobre las sensaciones, que aunque bloqueadas, se infiltran subrepticamente en la conducta y en las emociones. A lo largo de los años, las diferentes escuelas de psicoterapia han recurrido a diferentes técnicas que permiten facilitar el acceso a tales asociaciones, promoviendo así la armonía entre emociones, cogniciones y conducta. Dentro de la tradición psicoanalítica existen 2 herramientas que se han empleado para promover la creación de tales asociaciones que son la hipnosis y la asociación libre de ideas. El psicoanálisis consideraba que la comprensión y análisis de los sueños constituían una herramienta importante para ayudar a las personas a comprender y establecer asociaciones entre los diferentes eventos vitales, motivaciones y experiencias afectivas. Parece ser que el EMDR, por razones que actualmente desconocemos, proporcionaría una tercera vía de acceso para el establecimiento de tales enlaces, método que actuaría mucho más rápido que cualquier herramienta no farmacológica empleada hasta ahora.

Mientras que diversos pacientes tienen experiencias diferentes durante el tratamiento con EMDR e, incluso, los propios pacientes pueden tener diferentes experiencias de una sesión a otra, hay muchos pacientes que informan haber tenido un rápido acceso a material que ellos no habían asociado conscientemente como elementos relevantes de sus actuales dilemas. Algunos pacientes son capaces de expresar más claramente que otros las imágenes y pensamientos que están viniendo a su mente durante las sesiones de EMDR.

La capacidad integradora del EMDR: Transcripción de una sesión

A través de este caso me gustaría ejemplificar la capacidad que tiene el EMDR para ayudar a los pacientes a integrar sus experiencias. El motivo por el cual incluyo esta transcripción es porque nos permite hacer una evaluación del proceso terapéutico que no es posible hacer si recurrimos a otros procedimientos como es la realización de escalas de evaluación, u otros métodos cuantitativos. Ésta es la transcripción de una sesión de EMDR en la que una mujer de 24 años es sometida a su cuarta sesión de tratamiento. Ella llevaba 3 años sometida a psicoterapia individual con un psicoterapeuta en quien ella confiaba y tenía la impresión de ser comprendida, aunque consideraba que no estaba haciendo progresos. Tenía un buen desempeño en su ocupación profesional actual aunque presentaba deterioros graves en sus relaciones interpersonales que ella atribuía a una prolongada historia de antecedentes de incesto paterno y numerosos otros incidentes de abuso sexual a manos de su padre y de sus amigos. Aunque profesionalmente competente, nunca había logrado mantener relaciones personales estrechas de manera ininterrumpida y tenía terror de implicarse en una relación íntima tanto con hombres como con mujeres.

Al final de cada conjunto de movimientos oculares, decía el terapeuta: "Respire hondo" seguido de "qué siente ahora" o "qué idea le viene a la mente ahora". Haciendo un seguimiento cuidadoso de los cambios emocionales, él dice: "deténgase ahí" o "sienta eso" cada vez que observa que el paciente ha alcanzado un nuevo nivel de activación emocional o que surge algún tema emocionalmente significativo. Aparte de estas fra-

ses, el terapeuta se limita a permanecer silencioso y atento, manteniéndose "al margen" de las asociaciones que va estableciendo el paciente.

Paciente: Me doy cuenta que tengo cicatrices – son de cuando él me ataba las manos por detrás de mi espalda. La otra cicatriz es de cuando él me hizo una marca para señalar que yo era suya y ésta (puntos) son huellas de mordiscos.

Yo recuerdo haber sido mojada con gasolina – el me hizo fotos con una máquina Polaroid – y luego me sumergieron en el agua. Fui violada en grupo por mi padre y por dos de sus amigos; yo estaba atada a una mesa, recuerdo como me violaban con botellas de Budweiser.

Terapeuta: **Aplica ENMDR.**

Paciente: Nunca más! Tenía que hacer muecas de modelo, fue estupendo! Ellos me dieron realmente por el culo! Los veía retirarse. Les gritaba, es que no ven que me hacéis daño. Yo no soy vuestra novia.

Terapeuta: **Aplica ENMDR.**

Paciente: Ahora estoy representando mi vida en mi imaginación – mi gran yo sosteniendo a mi pequeña yo – diciendo "ahora estás a salvo".

Terapeuta: **Aplica ENMDR.**

Paciente: Veo una aplanadora arrasando la casa donde yo crecí. Se acabo.

Terapeuta: **Aplica ENMDR.**

Paciente: Alquilé la película "Un bastardo nacido en Carolina". Yo veía cuán pequeña era – y como trataron brutalmente a esa niña. No era mi culpa.

Terapeuta: **Aplica ENMDR.**

Paciente: Tengo una imagen en que aparecen dos yo – esa pequeñita, lista y bonita – y esa pequeña gua-

rra -. *Todas aquellas mujeres que no eran capaces de hacerse cargo de sí mismas o de mí, o sus hombres. – dejando que yo sirviera a esos hombres.*

Terapeuta: **Aplica ENMDR.**

Paciente: *Estoy pensando lo mucho que me gusta Jeffrey (él está ahora en Europa). Pienso que tal vez no quiera salir conmigo. Pienso que "esto no lo puedo manejar". Nunca he sido la novia de nadie y no sabría cómo hacerlo.*

Terapeuta: *¿Qué elementos básicos cree Ud. que desconoce?.*

Paciente: *(llora intensamente. Tengo una imagen de Jeffrey y estoy sentada en la cafetería. Mi padre entra por la puerta. Comienza a gritar a todo pulmón y está empuñando un hacha; él grita "ya te dije que tú me perteneces" – me echa encima de la mesa – luego me viola, y luego viola a Jeffrey. Después de hacer muecas de modelo, ya sabré cómo rechazarlo – aunque todavía no.*

(Grita): *¿Cómo puedes ser "abierta" con alguien cuando estás teniendo visiones de estar siendo violada por tu padre y luego violándonos a ambos?.*

Terapeuta : *¿qué siente en su cuerpo cuando dice eso?.*

Paciente: *Lo siento en mis antebrazos, en mis hombros y en mi pecho derecho. Sólo deseo que me sostengan.*

Terapeuta: **Aplica ENMDR.**

Paciente: *Oigo a Jeffrey decir: "está bien, a él lo han enviado para que cuide de mí. Y no tiene que ver con nada que yo haya hecho y que él desea estar conmigo por mi bien".*

Terapeuta: *¿Qué siente ahora en el cuerpo?.*

Paciente: *Me siento muy en paz. Estoy un poco temblorosa – como cuando estás usando músculos nuevos. Siento algún alivio. Él ya sabe todo esto.*

Siento como que estoy viva y que todo ha pasado. Tengo la sensación que ya no necesito estar congelada porque soy más grande y más lista que él. Pero temo que él tenga otra otra niña pequeña y eso me pone muy, muy triste. Deseo salvarla.

Terapeuta: **Aplica ENMDR.**

Paciente: *Necesito devolver. Tengo, como niña pequeña, mucho que devolver. Tengo imágenes intrusas de un montón de olores – colonia barata, alcohol, y ese olor a vómito. Creo que tengo que hacer algo con esto. Debe existir una razón por la que soy tan lista y no me haya convertido en una drogadicta o en una prostituta. Todo esto debe tener algún sentido de propósito.*

Terapeuta: **Aplica ENMDR.**

Paciente: *Siento realmente que mi madre está aquí. Es realmente agradable. Parece como si ella quisiera que la perdonara. Tengo la sensación de que a mi madre le ha sucedido lo mismo cuando era una niña. Pero ella está bien y ella está orgullosa de mí.*

Terapeuta: **Aplica ENMDR.**

Paciente: *Puedo sentir realmente lo que era abrazarla. (Llora algunos minutos. Puedo sentir sus huesos – ella está disculpándose una y otra vez. Ella me está contando que esto le había sucedido a ella – que había sido mi abuelo (llora profusamente) Ella también me está diciendo que mi abuela siente mucho no estar ahí para protegerme. Que ella intentó protegerme enviando a Richard. Sólo quiero expulsar todos los recuerdos, quiero olvidarlos y se acabó.*

Terapeuta: **Aplica ENMDR.**

Paciente: *Estoy recordando la violación en grupo que sufrí en el garaje. Sintiendo una lengua en mi boca. Sentí que mi abuela estaba ahí, cogiéndome la mano. Eso me daba una sensación de calidez y seguridad.*

Terapeuta: **Aplica ENMDR.**

Paciente: *Siento como que ya ha pasado todo. Sentía como mi abuela en mi edad actual – diciéndome que sentía tanto haberse casado con mi abuelo. Que ella y mi madre están asegurándose que todo acabe aquí (sonrisas y risas).*

Terapeuta: **Aplica ENMDR.**

Paciente: *Tengo una imagen empujando a mi padre fuera de la cafetería con Jeffrey cerrando la puerta detrás de mí. Él se queda fuera. Lo puedes ver a través del cristal – todos se ríen de él.*

Envuelto, fin de la sesión.

EMDR y la transformación de la experiencia

Esta sesión ejemplifica cómo logra una persona, a través del EMDR, transformar sus experiencias e integrar los recuerdos de lo que le había sucedido a ella, combinándolos con sus deseos e imaginaciones, combinación que le permite moverse hacia una sensación subjetiva de determinación y de control. Inicialmente, ella informaba de fuertes imágenes, sensaciones corporales y otras improntas de experiencias horribles de la infancia (cuya realidad jamás ha sido puesta en tela de juicio, y que tampoco necesita serlo, ya que se trata de su experiencia subjetiva que domina las percepciones que tiene ella en el presente. Durante la sesión de EMDR ella logra combinar, con escasa participación del terapeuta, estas imágenes y sensaciones con los deseos de seguir adelante con su vida. Los mismos tres elementos del EMDR que me impresionaron durante mi propia experiencia inicial son también elementos notables en esta sesión de EMDR.

Estos son:

1) La nula o mínima participación del terapeuta, **2)** La relativa ausencia de palabras necesarias para describir los detalles de la experiencia traumática, y **3)** La activación de nuevas imágenes y pensamientos que, en el mejor de los casos, tienen débiles asociaciones con los elementos nucleares del trauma.

A) EMDR fomenta la activación de imágenes y pensamientos que están débilmente asociados a elementos nucleares del trauma. El rasgo distintivo del EMDR que considero más notable es la evidente capacidad que tiene este procedimiento de activar toda una diversidad de sensaciones, emociones, imágenes y pensamientos inesperados que, en condiciones normales, no son accesibles con otros recuerdos. Esta capacidad para la asociación puede estar relacionada con la manera en que las personas integran habitualmente sus experiencias diarias en la totalidad de la experiencia de su yo. Sigmund Freud buscó vías que permitieran activar las conexiones subconscientes, contando con la asociación libre de ideas como el mejor método disponible para él: Tal como reivindica Francine Shapiro (1995) es posible que el EMDR fomente el procesamiento acelerado de la información que era precisamente lo que Freud buscaba cuando inventó el método de asociación libre de ideas. Esta falta de asociación, junto con la persistencia de improntas intensas, no modificadas y no simbolizadas de los elementos sensoriales del trauma, son características de los recuerdos traumáticos (van der Kolk & Ducey 1989).

Robert Stickgold (2000) ha señalado la similitud existente entre los procesos asociativos producidos por el EMDR y lo que parece ser que ocurre en la fase REM del sueño. Él señalaba cómo en la fase REM del sueño se activa la actividad colinérgica en el cerebro. Propone que la actividad colinérgica que existe durante la fase REM del sueño fomenta la asociación vaga, imprecisa entre los diferentes elementos de la experiencia. Son precisamente estas asociaciones vagas las que confieren a los sueños su cualidad irracional, aunque también promueven la aparición de redes asociativas que abren la posibilidad para que surjan asociaciones múltiples y flexibles. A diferencia de los recuerdos traumáticos en los que una sensación desencadena recuerdos asociados muy específicos, las redes asociativas que aparecen en la fase REM, y, de manera aparentemente parecida, en el EMDR, son altamente flexibles. El EMDR, (esperamos con optimismo que sea el futuro tema de una línea totalmente nueva de investigación) parece fomentar, de alguna manera, que las sensaciones relacionadas con traumas sean integradas en nuevas asociaciones que no están necesariamente con conectadas con el pasado traumático.

B) La alianza terapéutica no es un elemento central para adquirir la capacidad de procesar la información, aunque sí lo es la armonía terapéutica.

Para que la terapia proporcionada sea eficaz, es necesario que exista un cierto grado de seguridad y de estructura. Éstas son necesarias para evitar que se activen proyecciones interpersonales de amenaza o rescate. La terapia debe ayudar a las personas a que experimenten sus sensaciones y emociones sin proyectarlas sobre el entorno ni tampoco reactivando una sensación de desamparo y descontrol. La terapia eficaz es aquélla que ayuda a las personas a aceptar las sensaciones relacionadas con traumas por lo que son: recuerdos del pasado.

La posición humana básica es social: el peligro viene del exterior y que, controlando y respondiendo eficazmente al mundo externo, podemos manejar las emociones y sensaciones: Con el fin de poder defenderse a sí mismos y recuperar una sensación de poder y control tienden las personas a proyectar sus estados internos de desorganización o temor en el exterior. Las personas están programadas para controlar e inhibirse cuando sienten que están perdiendo el control. La incapacidad para soportar y utilizar las sensaciones físicas y estados emocionales aumenta la ansiedad y la necesidad de control: *una persona controladora es una persona ansiosa*. La capacidad para manejar las sensaciones como fragmentos finitos diferentes que se van modificando según la persona se va ocupando de ellos proporciona una sensación de dominio y posesión. Éste es el comienzo del establecimiento de nuevos islotes de seguridad y finalidad en el que las personas comienzan a confiar en los procesos corporales antes que luchar con ellos y dominarlos - utilizando para ello, la mente que apoya al proceso del cuerpo.

Cuando las personas se sienten seguras, tienden a tener sensaciones físicas agradables que se acompañan de sentimientos de franqueza y expansión. Ello, por su parte, abre nuevas posibilidades. Las experiencias previas de seguridad, bienestar y calma les permiten a las personas disponer de una reserva de recuerdos placenteros y seguros. Cuando se sienten amenazadas y sometidas a estrés, pueden recurrir a este repertorio para evocar

esas sensaciones y poder, al menos por un momento, utilizarlas para manejar el estrés que están sintiendo.

Esto es lo contrario de lo que sucede con las personas traumatizadas. Ellas suelen ser con frecuencia incapaz de distinguir entre lo interno y lo externo. La tarea de ellos consiste entonces en tomar conciencia de las sensaciones amenazantes que están experimentando y colocarlas en el lugar y tiempo adecuados al que pertenecen. Es necesario que estas sensaciones logren estar organizadas de una manera tal que puedan relacionarse armónicamente con la realidad actual.

Una buena terapia activa y repara estos procesos regulatorios internos dañados facilitando que las sensaciones incompletas relacionadas con el trauma se organicen y originen nuevas metáforas y nuevos contextos. Cuando en el TEPT el déficit central no consiste tanto en una menor capacidad para asociar la nueva información a la experiencia ya existente, sino que más bien en una tendencia a hiper-asociar las sensaciones actuales con el antiguo dolor, la tarea de la terapia consistirá en ayudar a los pacientes a crear nuevas asociaciones que no conduzcan a re-vivir el pasado. Esto no equivale a contar historias: se trata de experimentar físicamente nuevas posibilidades dejando que las sensaciones corporales escindidas sigan su propio curso. Al tener experiencias que están en contradicción con las asociaciones previas, sería posible estimular tal flexibilidad.

Una de las características esenciales de la traumatización interpersonal consiste en el hecho de que las personas que han sido víctimas de abusos y de traición son más proclives a interpretar muchísimas interacciones corrientes como una reactivación del pasado: *son personas fácilmente recelosas, temerosas, agresivas, suspicaces o que se retiran frente a provocaciones menores*. En sujetos crónicamente traumatizados, el esclarecimiento y comprensión de la repetición de la experiencia traumática dentro de la relación de transferencia se convierte frecuentemente en un aspecto central de muchos esfuerzos terapéuticos. Suele suceder con frecuencia que, incluso en pacientes que están convencidos de las buenas intenciones del terapeuta, se dé

el caso de que, ante malentendidos o transgresiones mínimas, se dispare una repetición completa de los afectos, imágenes y sensaciones que están relacionados con el trauma.

Si bien la atención cuidadosa frente a estas trampas de la transferencia es indispensable para obtener un resultado terapéutico exitoso, es poco probable que la propia relación sea capaz de reordenar completamente tanto las respuestas emocionales condicionadas como las anomalías fisiológicas asociadas del paciente. La idea de que una relación humanitaria entre el terapeuta y el paciente pueda proporcionar una experiencia emocional correctora capaz de deshacer el daño del pasado, es una idea que está lastrada de dificultades. Es posible que cualquier técnica que intente ayudar a las personas a hacer frente a sus experiencias traumáticas y que no implique necesariamente la existencia de una relación de confianza logre salvar la ubicua amenaza de una reactuación traumática.

Conclusiones

Si bien es cierto que el conocimiento de los elementos que determinan cómo el trauma afecta a la mente y al cuerpo se conoce hace bien un siglo, con el tiempo se ha ido produciendo un gradual refinamiento de ese cuerpo de conocimiento. Corresponde a una de estas áreas el hecho de comprender que el trauma no está grabado primariamente en la conciencia de las personas sino que, por el contrario, está incrustado en las experiencias sensoriales de las personas. Aunque el diálogo y la adquisición del insight pueden servir de ayuda para que las personas logren recuperar una sensación de dominio, es poco probable que logren modificar las experiencias sensoriales de las personas, que son las que constituyen los motores de la repetición traumática continua. Un notable paso en la exploración de nuevas vías que permiten ayudar a las personas a moverse más allá de la tiranía del pasado ha sido el proceso que comenzaba por mostrar cómo el movimiento ocular bilateral puede ayudar, rápida y eficazmente, a procesar las sensaciones y emociones traumáticas y sus atribuciones asociadas del yo y otros.

Llegado a este punto, sólo podemos hacer especulaciones respecto de cuál es su mecanismo de acción y nos encontramos solamente en el comienzo de la exploración de los elementos precisos de la acción terapéutica. Este nuevo tratamiento, aparte de su notable eficacia terapéutica, ha cambiado nuestros paradigmas más fundamentales de cómo la terapia cambia programas psicológicos.

Evidentemente, el hecho de proporcionar una estimulación bilateral no afecta directamente a la conciencia, y lo más probable es que actúe sobre procesos subcorticales que poco o nada tienen que ver con el insight y la comprensión.

La eficacia del EMDR como terapia es importante para la exploración de los mecanismos básicos subyacentes del estrés post-traumático, entre los que se incluirían la manera en que el trauma afecta a los procesos subcorticales de la regulación de las emociones, de modulación del arousal, de información de amenaza y a los procesos de la memoria. Ello promete arrojar luz sobre una cuestión fundamental que es conocer cómo logra la mente integrar la experiencia de forma tal que ésta esté preparada para una futura amenaza a la vez que es capaz de discriminar lo que pertenece al presente de lo que pertenece al pasado.

Sólo a través de observaciones clínicas cuidadosas, experimentación controlada junto con una integración de éstas con la base de conocimientos de otras múltiples disciplinas tales como la neurociencia, teoría del aprendizaje y psicopatología del desarrollo, será posible que logremos apreciar plenamente la riqueza de este nuevo método de psicoterapia, método que ha mostrado ser una gran promesa para ayudar a las personas a alejarse más allá de la tiranía de la historia de sus traumas.

La Bibliografía y las tablas de los artículos se la pueden pedir a: lydiazuloaga@ya.com