

PSICOTERAPIA POST-TRAUMÁTICA

CONTRIBUCIÓN A UNA TEORIZACIÓN PSICODINÁMICA DE “DEFUSING Y DEBRIEFING PSICOLÓGICO”

Philippe Bessoles*

Resumen

La dimensión psicológica ha sido introducida recientemente en Francia en todos los servicios de emergencia y sociedades de ayuda voluntaria (Crocq, L., 1995). Las metodologías utilizadas para tratar a las víctimas siguen protocolos tales como defusing y debriefing, inspirados por los anglosajones o los franceses. El primer tipo de protocolo, elaborado por J. Mitchell, USA (CIDS-Critical Incident Stress Debriefing, 1988), enfatiza las distorsiones cognitivas que se producen cuando se enfrenta un traumatismo. El objetivo es dirigir al paciente hacia una representación mental adaptada a los riesgos traumáticos y a una sedación de los síntomas invalidantes. El segundo protocolo, elaborado principalmente por los países de habla francesa (Lebigot, F., 1977) enfatiza una aproximación psicoterapéutica temprana. El objetivo es promover los afectos dentro de un marco contenedor de la regulación psicodinámica post-traumática. Se concentra en las experiencias de la vida personal de la víctima enfrentadas a las experiencias individualizadas de desamparo, colapso psíquico o angustias primitivas.

Estos métodos opuestos están basados en diferentes ideas acerca del trauma psíquico. Nuestra contribución sugiere que la investigación respecto del proceso original (Aulagnier, P.; Bertrand, M.; Roussillon R...) debe ser incluida en el manejo de las patologías post-traumáticas. Siguiendo los trabajos de Baillo, L. y Griole, G. proponemos reevaluar los riesgos psicopatológicos del traumatismo inmediato y, por lo tanto, subrayar la necesidad de una intervención psicoterapéutica temprana.

Palabras clave: *trauma psíquico, emergencia, crisis, debriefing, defusing, psicoterapia temprana.*

Summary

Psychological dimension has been recently introduced in France for all voluntary aid societies and emergency services (Crocq, L., 1995). The methodologies used to treat victims follow protocols such as “psychological defusing or debriefing” inspired by the

* PhD en Psicopatología Clínica, profesor universitario, calificado para dirigir investigaciones. Director de la Maestría Clínica en “Victimología y Criminología”, Universidad Pierre Mendes France, Grenoble II.

Anglo Saxons or the French. The first type of protocol, elaborated by J. Mitchell, USA (CIDS-Critical Incident Stress Debriefing, 1988) emphasizes the cognitive distortions when facing a traumatism. The objective is to lead the patient towards a mental representation adapted to the traumatic risks and a sedation of the dissabilitating symptoms. The second protocol, mainly elaborated by the French speaking countries (Lebigot, F., 1997) emphasizes an early psychotherapeutic approach. The objective is the promotion of affects within the retaining framework of a post traumatic psycho-dynamic regulation. It concentrates on the personal life experiences of the victim facing the individualized experiences of dereliction, psychic collapse or primitive anguishes.

These opposing methods are based on different ideas of the psychic trauma. Our contribution suggests that the research on the original processes (Aulagnier, P.; Bertrand, M.; Roussillon R....) should be included in the management of peri-traumatic pathologies. Following the works of Bailly, L. and Briole, G. we propose to re-evaluate the psychopathological risks of immediate traumatism and therefore underline the need for early psychotherapeutic intervention.

Key words: *Psychic trauma, emergency, crisis, debriefing, defusing, early psychotherapy.*

Introducción

Los terribles acontecimientos recientes en el Sudeste Asiático (diciembre de 2004) refuerzan, como si aún fuese necesario, la necesidad de tratar los síntomas traumáticos post-inmediatos directos o indirectos de las víctimas. El doble aspecto de la sedación sintomática y la prevención de la psicopatología crónica o posterior refuerzan la necesidad de un cuidado psíquico inmediato. La importante cobertura mediática de las consecuencias del tsunami en el golfo Indo-asiático, muestra para un amplio público las dramáticas implicancias de un traumatismo natural o inducido. La toma de rehenes en Bedlam, Ossetia del Norte (3 de septiembre de 2004), los actos terroristas en New York (11 de septiembre de 2001) o en Madrid (marzo de 2004) ilustran este segundo origen. La crueldad de los acontecimientos traumatizantes enfatiza las diferencias en las técnicas y métodos utilizados en el campo para tratar a las víctimas. Debemos destacar dos aspectos principales, sobre los que volveremos:

- Las técnicas de *defusing* son una respuesta a los riesgos de disociación peri-traumática. Se utilizan desde las primeras horas luego de que ha ocurrido el traumatismo. El propósito de *defusing* es un inmediato des-shocking de, por ejemplo, los efectos del desconcierto psíquico o la huida con pánico. El objetivo es

una “verbalización emocional inmediata” (Crocq, 1999) dentro del marco contenedor de psicoterapeutas que brindan un apoyo compasivo. Esta metodología está controvertida debido a que sus protocolos carecen de rigor y es de inspiración “fenomenológica”.

- Las técnicas de *debriefing* son consideradas preventivas. En su mayor parte, consisten en la prevención de síndromes psíquicos traumáticos. Se oponen dos tendencias epistemológicas importantes, sin que se haya probado la eficiencia de alguna de ellas (Nehmé, Ducrocq, Vaiva, 2004). La primera se refiere a los trabajos de 1983 acerca del protocolo de Jeffrey Mitchell, CIDS, cuyo campo teórico es conductista y cognitivo. Originalmente, esta técnica se tenía en cuenta para las personas cuyo trabajo era ayudar en los lugares donde habían ocurrido los desastres. La segunda, llamada *debriefing* francés, es utilizada como una psicoterapia temprana post-traumática. Lebigot, F. y de Clercq, M. (2001) la definen como un proceso dinámico de enlace de afecto/pecepción; un re-registro en el orden simbólico (particularmente el lenguaje) y una prueba preliminar de realidad regulada por los psicoterapeutas.

De la psiquiatría de la “línea del frente” a las emergencias médico-psicológicas

Las reglamentaciones del Ministerio de Salud de Francia DH/E04-DGS/SQ2 N° 97/283 del 28 de mayo de 1997 especifican los alcances de la emergencia médico-psicológica (extracto):

“Los desastres no solo causan injurias físicas sino también injurias psíquicas, individuales o colectivas, inmediatas o pospuestas, agudas o crónicas. (...) Las víctimas requieren cuidado urgente de la misma manera que quienes han recibido injurias físicas. La rápida intervención de los médicos psiquiatras, enfermeras y psicólogos, previamente entrenados e integrados en las unidades de ayuda de emergencia, debe asegurar tratamiento inmediato y post-inmediato. Este tratamiento debe ser extendido al apoyo psicológico para las personas cuyo trabajo es la ayuda. También incluye un diagnóstico psicológico luego de cada misión”.

Las dificultades de diagnóstico de los estados agudos post-traumáticos complejizan las metodologías de tratamiento de las víctimas. Estas dificultades están relacionadas con los sistemas teóricos de referencia, los que algunas veces divergen entre sí y no son muy prácticos en el nivel clínico. Los modelos teóricos inherentes a la patología peri-traumática surgen frente a entidades nosológicas en debate (*desorden de estrés post-traumático, traumatismo agudo y trauma psicológico inmediato...*), dependiendo de las escuelas de pensamiento y de las “tradiciones” psiquiátricas.

La clasificación de las intervenciones psicológicas data de los años 70 en Estados Unidos. En Europa, el antecedente proviene de la psiquiatría militar, llamada “psiquiatría de la línea del frente” (Bailly, 2003). Es aún más antiguo, porque fue usado por el ejército francés en 1917 (a menos que le demos crédito al psiquiatra ruso A. Autocratov, de haber sido utilizado durante la guerra ruso-japonesa durante 1904-1905). El anglicismo para *debriefing*, lo mismo que para *defusing* implica alguna “aproximación” prejuiciosa a un consenso metodológico. Originalmente, la palabra *debriefing* fue usada en la fuerza aérea (Bailly, 2003). Los pilotos eran *briefed* antes de una misión (blancos para destruir, plan de vuelo *back up*, etc.) y *debriefed* luego de su regreso. Históricamente (1917), Salmon, T.W. (Salmon, T.W., 1917) formalizó los cinco principios fundantes de la psiquiatría de la línea del frente: “Inmediatez, proximidad, expectativa, simplicidad, centralidad”. Por el contrario, el término *debriefing* fue propuesto por primera vez por Marshall, S. en 1945 (Marshall, S., 1971). Fue recién en 1983 que Mitchell, J. (1988) clasificó la técnica de Marshall, S. para aplicarla a equipos de rescate, en particular bomberos. La “psiquiatría de la línea del frente” se refiere a la urgencia del tratamiento psíquico en los campos de batalla. El contexto psicopatológico es el de las neurosis de guerra y neurosis traumáticas. Desde la descripción del “síndrome de la bala de cañón” observado durante las batallas napoleónicas o el *shell shock* descrito durante la Primera Guerra Mundial, el tratamiento de los síndromes post traumáticos sigue los cambios realizados en el concepto de traumatismo. Tal como fue enfatizado por Lebigot, F. (1998a), la intervención psicoterapéutica temprana inspirada por las recomendaciones de T.W. Salmon tuvo lugar durante la Segunda Guerra Mundial sin ser clasificada en términos de *debriefing*.

En este contexto histórico, dos metodologías clínicas “radicales” caracterizan el manejo de las emergencias traumáticas. No hay una distinción entre el aspecto *difusing* y el *diebrifing*, especialmente en la medida que algunos investigadores (Audet, Katz, 1999) consideran el *difusing* como un *diebrifing* condensado. Definido característicamente, él proviene de una posición “intervencionista”. Se requiere que el paciente “relate el drama” que acaba de experimentar y se “sugieren” estrategias conductuales y cognitivas adecuadas para manejar mejor el trauma. La segunda estrategia consiste en promover la colaboración a través de un trabajo consistente en expresar los afectos. Los factores de riesgo son el nublamiento de la conciencia de manera persistente o el comienzo de breves alucinaciones, por ejemplo.

Los patrones técnicos de *debriefing* psicológico -anglosajón o europeo- son utilizados con frecuencia (principalmente) siguiendo sistemas de referencia teóricos psicoanalíticos o conductistas.

Aspectos psicopatológicos del peri-trauma

La intervención psicológica post-traumática inmediata tiene una estructura precisa. Se pone en marcha durante las primeras horas siguientes al trauma, en la medida en que concierne al *difusing*. Está caracterizada por una primera paradoja. No hay un perdido implícito o explícito por parte de las víctimas. Las psicopatologías que se encuentran son reacciones inmediatas post-traumáticas que van desde la reacción llamada estrés adaptado hasta el estrés sobrecargado.

El cuadro clínico es de estupor abrumador, excitabilidad incontrolable, automatismos conductuales o la “huida en pánico”. Se observa tanto una semiología neurótica como reacciones patológicas que son clasificadas dentro del registro psicótico, por ejemplo, obnubilación de la conciencia, crisis alucinatorias o agitación maníaca (Bessoles, 1997, 2000; Bessoles, Mormont, 2004).

La polisintomatología post-traumática demanda dos observaciones: la primera es la confusión epistemológica entre reacciones de orden biofisiológico tales como estrés o patologías psíquicas de expresión somatoforme, como ansiedad, histeria de conversión, taquicardia o colopatías. La segunda es la importancia de una evaluación diagnóstica diferencial, por ej., el análisis comparativo de una semiología reactiva enfrentada a una semiología reactivada dentro del contexto del trauma.

El método general de una emergencia clínica es sedar el trastorno, tanto en el nivel de los recursos farmacológicos (ansiolíticos, drogas psicotrópicas) como en el psicológico. Este método general no asegura de ninguna manera el resto del proceso terapéutico. El objetivo sigue siendo prevenir la instalación de los traumas y su morbilidad.

Entre una clínica apresurada y una a largo plazo, que actúa como un espejo, y/o una clínica prematura ortopédica cognitiva y representativa, que desplaza los síntomas incrementando su destructividad, es aconsejable reconocer las implicancias de estas situaciones de emergencia de la crisis post-traumática. Se pueden reconocer tres principales categorías:

- El primero se refiere a la destrucción del envoltorio psíquico primario, por ej., los que contienen las protecciones somato-psíquicas y la identidad psíquica individual y psicosocial.

El trauma tiene la tendencia a “penetrar” los límites entre uno mismo y el otro, desde el cuerpo interno y externo, de la misma manera que los síndromes de ataque o de tortura (Lebigot, Bessoles, 2005). Altera de forma duradera la relación

de confianza, de la misma manera que el incesto o la toma de rehenes. Destruye los lazos familiares y sociales de la misma manera que el genocidio o los conflictos étnicos. Divide la imagen corporal así como en los casos de violencia sexual colectiva, etc. El trauma no es solo un evento trágico, es vivido en el sentido fenomenológico de las psicosis (Crocq, Bouthillon, Julien, 1990). Definir el trauma como un encuentro súbito y brutal con la realidad de la propia muerte nos parece inadecuado. Siguiendo los trabajos de N. Prieto y F. Lebigot (Lebigot et al., 1997), proponemos definir el trauma (más precisamente el trauma inmediato) con un encuentro con el vacío, en el sentido del vacío psicótico y el desamparo, con su grupo de ansiedad disolvente, desintegración psíquica, despersonalización...

- El segundo es el establecimiento de un entorno psíquico y físico reasegurador con el objetivo de contener y ser contenido. La función clínica es proveer una cobertura psíquica temporaria que corrija los ataques patológicos internos y externos del paciente. El clínico es por lo tanto su “vocero” y su “mensajero de pensamientos”, en el sentido winnicottiano del término, por ej., sostenimiento y manipulación (*holding* y *handling*). Lleva, sostiene y mantiene un discurso que ha sido secuestrado y aniquilado en el trauma abrumador.
- El tercer aspecto reside en la evaluación de los factores de riesgo, no solo en el sentido de las escalas de evaluación (Steinitz, Crocq, 1999), las que son útiles en la investigación clínica, sino en el sentido de la semiología observada. Este paso incluye la identificación de las claves anamnésicas de vulnerabilidad, déficits proyectivos, signos de colocarse repetidamente en situaciones de peligro o conductas destructivas, etc...

Principios generales de *defusing* y *debriefing* psicológico

Independientemente de las metodologías y sus fundamentos teóricos, los objetivos generales de las intervenciones tempranas post-traumáticas son:

- Hacer menos dramática y “normalizar” las respuestas iniciales a las reacciones inmediatas post-traumáticas.
- Prevenir y reducir la aparición de problemas post-traumáticos posteriores, explicando su frecuencia y su “normalidad” de aparición.
- Ofrecer la posibilidad de tratamiento terapéutico y apoyo social legal, si es necesario.

Agrandes rasgos, existen dos escuelas opuestas en el tema del tratamiento de las víctimas. Esta oposición se refiere al mismo tiempo a la implementación de la metodología



y las técnicas de ayuda y a los sistemas de referencia teórico-clínicos que sustentan estas acciones.

La metodología anglosajona y su adaptación francesa proponen un protocolo estricto, que plantea algunos principios para seguir en el orden correcto para una mejor eficiencia. Este es el caso de los tres principios generales del “recibimiento SVP” de J.F. Katz (1999).

1. El primer principio se refiere a la estructura. El objetivo es implementar un plan médico y de seguridad en el lugar y reestablecer una sensación de protección, seguridad, control sobre los acontecimientos y expresión de los afectos.

2. El segundo principio se refiere al escuchar. Promueve la verbalización y la validación de la normalidad de las reacciones post-traumáticas. Sigue los siete pasos de la metodología del *debriefing* descrita por J.T. Mitchell (1983), que son:

- a. Paso de introducción (tiempo utilizado por el equipo interviniente para introducir el sistema).
- b. Paso de descripción, durante el cual aquellos que toman parte son invitados a describir el acontecimiento y sus experiencias reales vividas.
- c. Paso de reflexión, que promueve el desarrollo psíquico individual en relación con las reacciones emocionales e inmediatas debidas al trauma.
- d. Paso de respuesta, que requiere la expresión de los afectos y la sensibilidad individual y colectiva.
- e. Paso de los síntomas, en el que cada uno de los que toman parte describe su conducta desde el acontecimiento, particularmente el aspecto sintomático.
- f. Paso de enseñanza, con el objeto de “normalizar” las reacciones y prevenir reacciones posteriores.
- g. Paso de conclusión, invita a plantearse más preguntas y propone un seguimiento individual para las personas que lo solicitan.

3. El tercer principio está ligado al retorno a la vida civil a través de un diagnóstico predictivo de factores de resiliencia y una preparación psicológica para un registro psicosocial.

Observamos algunas variaciones en las técnicas de Jeffrey Mitchell y también en el método recomendado por Armstrong, K. (Armstrong, O’Callahan, Marmar, 1991).

Las circunstancias del terremoto de San Francisco (17 de octubre de 1989) nos permitió focalizar el método de debriefing en cuatro pasos: el descubrimiento del acontecimiento, sentimientos y reacciones, estrategias para manejarlo (enfrentarlo) y el cierre, que prepara al paciente para volver a su hogar.

En 1997, Dyregrov, A. (1997), del “Centro para crisis psicológicas” en Bergen (Noruega), refiriéndose a las técnicas de Mitchell, J., propuso “proceso *debriefing*”. Esta variante consiste en unir el paso de los síntomas con el de las reacciones (pasos 4 y 5) con el objetivo de movilizar el apoyo colectivo del grupo.

Entre otros autores, Raphael, B. (1986), en Australia, propone la exploración de aspectos cognitivos al mismo tiempo que los aspectos psicoafectivos. En 1994, Shalev, A. (1994) insistió en lo negativo de dejar afuera el aspecto cognitivo de las implicancias traumáticas y la necesidad de cambiar “memoria visual en memoria verbalizada”.

La escuela francesa, que posee una importante experiencia clínica por el hecho de haber tenido que manejarse en emergencias traumáticas (víctimas del estadio Furiani en 1992, víctimas del secuestro de Air France en 1994, etc.), define un marco técnico y metodológico llamado “*debriefing* francés”. Este posee un propósito preventivo y terapéutico. Crocq, L. (Crocq, Bessoles, 2004) establece los diez principios de la intervención psicológica temprana con las víctimas.

1. Establecer una “cámara de aire” intermedia para las víctimas, en la que vuelvan a retomar valores, tiempo y espacio normales.
2. Rescatar el confort de las personas en su integridad, por ejemplo, apoyándolas de manera que puedan volver a ser autosuficientes.
3. Alentarlos para que verbalicen su propia experiencia del hecho traumático.
4. Informar a la persona acerca del estrés semiológico, el trauma y sus características temporarias.
5. Alentar la eliminación del aislamiento e incomunicación post-traumática.
6. Ajustar las relaciones de grupo y calmar las derivaciones xenofóbicas.
7. Reducir el sentimiento de desvalimiento, fracaso y culpa.
8. Preparar para un retorno al ambiente social y familiar.
9. Identificar a los individuos que podrían sufrir descompensaciones psíquicas.
10. Concluir el reajuste.



Los trabajos de F. Lebigot (1998b) enfatizan la necesidad de reajustes clínicos y teóricos para las situaciones de emergencia inmediata post-traumática. Subraya la confusión creada entre estrés bio-psicológico y la noción psicológica de trauma psíquico. Considera que las metodologías anglosajonas son inadecuadas para el tratamiento de experiencias de desamparo, colapso psíquico y aniquilamiento inherentes a la ruptura y entrada de mecanismos de defensa psíquicos de la víctima y sus sistemas de significados. El autor recomienda la expresión individual de los afectos, los pensamientos y las ideas dentro del marco de contención y regulación de profesionales de la salud entrenados en técnicas de *debriefing*.

Dos escuelas se oponen en el tratamiento de patologías peri-traumáticas. El movimiento iniciado por Mitchell, J. promueve una aproximación cognitiva al acontecimiento y se puede atribuir a un diseño esencialmente educacional y readaptativo. El movimiento francoparlante promueve principalmente los aspectos preventivos y terapéuticos. Este último movimiento puede ser definido como un “tratamiento terapéutico temprano”.

Tratamiento psicoterapéutico temprano post-traumático

Nuestra contribución propone, por lo tanto, un *defusing* y *debriefing* clínico que esté encuadrado bajo el concepto psicodinámico de trauma. Este concepto se basa en la modelización del registro del pictograma y los procesos iniciales, tal como fue teorizado por Aulagnier, P., ya desde 1975 (Aulagnier, 1975). Nuestra propuesta procede con un objetivo terapéutico doble:

- Regulación de la explosión de afectos (escapar presa de pánico u opresión psíquica, por ej.) a través de una “mayéutica de los afectos” (Crocq, 2004). Esto implica la gradual reconstrucción de la envoltura psíquica temprana de la víctima. Esta envoltura depende de aquello que precede al establecimiento de un marco de reaseguramiento y contención. Es la condición principal para poder promover la expresión de los afectos. Esta regulación requiere la construcción de un espacio de tipo transicional, en el que el afecto pueda ser expresado sin ninguna amenaza de retaliación y sin que sea sinónimo de un colapso psíquico irreversible. Este espacio no puede ser pedagógico, ni educacional, ni interpretativo. Es tanto físico como psíquico, donde “el pensamiento puede ser pensamiento en sus más simples expresiones primarias tónico-emocionales”. Su objetivo de contención tiende a regular estas “reales explosiones” (Bertrand, 2004) de afectos de dolor inherentes al traumatismo que se ha vivido.
- Promover procesos de ligadura psíquica entre afecto y representación. El terapeuta tiene una función de mediación, de “vocero” y portador del pensamiento. Este

“portar” (*carrying*) es un sinónimo de *holding*, por ejemplo, *holding* y apoyo. El aspecto distintivo de un traumatismo es ser “un evento que ha sido, pero que no ha ocurrido”. “No es un encuentro sino un enfrentamiento” debido a su falta de “extraterritorialidad representativa” (Bessoles, 2004). Esta mediación terapéutica es similar a la transformación de los elementos “beta” impensables en elementos “alfa” pensables, según la tabla de Bion, W. R. (“herramienta para pensar los pensamientos”) (Bion, 1982).

Una metodología de la prevención

La mayoría de los autores (*Stressor, debriefing model*) estiman que “en casi todos los casos, un tratamiento temprano permite que la duración de los síntomas se reduzca en un promedio de 50%”. Desde un punto de vista empírico, podemos señalar las siguientes indicaciones generales:

Las reminiscencias traumáticas con frecuencia actúan como episodios de despersonalización durante años -inclusive décadas- luego de un traumatismo, especialmente de naturaleza sexual. Este es el caso de mujeres durante períodos de “crisis de identidad”, tales como el período alrededor del parto o de la menopausia. Sucede que aquellas que han tenido “tratamiento psicológico” (no especificado) durante los sucesos traumáticos han tenido mejores aptitudes para la “resiliencia” que otras. La brecha en estos datos es que estas pacientes han sido víctimas de asaltos sexuales de diferente tipo, a diferentes edades y bajo diferentes circunstancias.

La semiología de expresión psicótica depende del impacto psíquico de la confusión de la imagen del cuerpo. La fuerza de ruptura e intrusión del trauma desmantela la envoltura psíquica primaria del yo-piel. Este no cumple su función de contención psíquica, marco básico del registro del pictograma, apoyo sensorial y sensitivo de los mecanismos proto y pre-representativos, etc.

La experiencia de despersonalización (anteriormente disociación peri-traumática, de Pierre Janet) más o menos temporaria, cualquiera sea la cualidad y cantidad del trauma, es una constante del trauma inmediato. Hemos observado alucinaciones (manía persecutoria y de interpretación, breve, aguda y alucinatoria) en personas que pedían admisiones en servicios especializados. No podemos erradicar la hipótesis de antecedentes psicopatológicos en estos pacientes, aun cuando la investigación a través de la anamnesis no los haya detectado.

La visión de la realidad de la muerte produce con frecuencia reminiscencias del trauma. La hipótesis acerca del encuentro brutal y repentino con la muerte solo responde

superficialmente a los riesgos reales cuando se trata del aniquilamiento de la víctima. Nuestras observaciones parecen más acordes con la sintomatología de la psicosis. Muchos pacientes dan testimonio de experiencias de extremo sufrimiento, como ser cortados en pedazos, despedazados, sentimiento de propia extrañeza, despersonalización, apartamiento de la realidad, des-vinculación psíquica. Muchas veces señalan en las sesiones de *debriefing*: “hubiera preferido morir que vivir ese infierno...”.

Finalmente, la desintegración de las eficiencias simbólicas y representativas establece el impacto traumático sobre los pensamientos o ideas vacilantes. El aspecto distintivo de un traumatismo es tener efectos “presimbólicos y prerepresentativos”. En el doble significado de imprimir y confiscar, roba la capacidad mental, incluida en las expresiones corporales más rudimentarias (*shock* abrumador, por ej.) como en las expresiones gráficas más elementales, con vacilaciones de espacio y tiempo.

Contribución a una teorización psicodinámica de *defusing* y *debriefing*

Cuatro argumentos fundamentales subrayan la importancia del tratamiento temprano en el tema de la victimología clínica. Estos argumentos están basados en los modos de registro pictográfico de Aulagnier, P. mencionados anteriormente.

1. La vacilación de espacios de pensamiento hace que fracase el “hipotético nivel de representación individual”. Lo somático toma el lugar del registro patógeno (temblores, hiperkinesis, tics, colopatías, gastroenteritis...) sin la aparición de aspectos neuróticos de ansiedad, como conversión histerogénica o fobia. Lo traumático no representable está “representado” en la forma de huellas, pasajes o impresiones. Esta inscripción “sin significado” (Green, 1982) no beneficia el hecho de retomar lo psíquico, lo que duplicaría la experiencia sensible y sensorial con un posible significado. Por el contrario, la brutalidad de lo que ha sido vivido atrapa a la víctima. Es el *shock* psíquico con sus aspectos de mortificación, mantenimiento del *statu quo* y mineralización. Los modelos de inscripción (pictograma de placer y rechazo) propuestos por Aulagnier, P. relativos al proceso primario son ineficientes. El “impacto traumático” sobrepasa el nivel de representabilidad. La onnipresencia patógena “solidifica” el terror, el que se repite constantemente a sí mismo sin ser capaz de evacuar su sobrecarga sensorial. Esta evacuación sensorial es la condición *sine qua non* de la representación de cosa y palabra. El terror no accede al registro de la escena primaria (fantasía) y menos aún al registro de la idea secundaria (enunciación). La escena traumática mantiene sus efectos psicóticos a través de su brutalidad de pura realidad. Solamente la intervención psicoterapéutica temprana puede “pacificar”, mediando y regulando esta “desintegración psíquica post-traumática”.

2. La aglutinación (Bléger, 1981) de los objetos patogénicos se refiere a la tendencia a ser incapaz de escapar al trauma debido a una adhesión que no es de mortificación sino realmente de vacío. “El terror no me abandona”, decía una paciente mujer. A pesar de sus esfuerzos de cognición, su ordalía se le impone, debido a la falta de distancia psíquica que le permita pensar en él. El espacio necesario para la eficiencia simbólica es imposible, debido a su “naturaleza altamente sensitiva”. Es suficiente con escuchar a estas pacientes (mujeres) decir cuánto “el olor del agresor se les pegó en la piel”, u observar los rituales compulsivos de lavado de víctimas de violación. La marca traumática registra en el nivel de la significación formal (Anzieu, 1987) la “perversión” de las sensibilidades y sensorialidades. Esta marca con frecuencia actúa como una quemadura, como en el síndrome del objeto quemante.

3. La adhesividad que acabamos de mencionar tiende a eliminar los espacios de mediación entre la víctima y el traumatismo. La clínica del traumatismo inmediato siempre se registra en un espacio que trae confusión. La consulta clínica subraya las dificultades de separar los espacios del agresor de los espacios de las víctimas, sin referirse para este tema a los mecanismos de identificación con el agresor tal como el “síndrome de Estocolmo”. La situación es confusional, no separada, interpenetrada con la imagen cuasi analógica de adhesividades de psicosis emergentes, algunas alucinaciones posesivas, o pequeños automatismos mentales o alguna forma de esquizofrenia incipiente, en particular hebefrenia catatónica. El promover espacios de mediación, definidos como espacios transicionales por Winnicott, D.W., consiste, -en el caso de situaciones de emergencia post-traumática- en crear (recrear) una zona intermedia víctima/agresor, donde la víctima no es más “el puro producto” de su agresor (Bessoles, 2005a). Es el caso de mujeres violadas sistemáticamente durante tiempos de guerra o limpieza étnica, y de niños concebidos como consecuencia de estas violaciones. El resultado final es una contaminación transgeneracional y de filiación que aniquila la temporalidad, llevándola a una “eternidad” traumática. Promover espacios y tiempos potenciales, además de la actualidad del trauma, es la primera prioridad de la clínica post-traumática. Permite reconstruir un pasado y un futuro no patógeno.

4. La noción de espacio transaccional tomada de Pankow, G. (1983) y su modelo de psicoterapias de las psicosis se expande hacia los de Winnicott, D.W.. Este modelo tiene en cuenta las posibles transacciones psíquicas entre la víctima y el psicoterapeuta. Estos espacios solo pueden aparecer una vez que las envolturas psíquicas están suficientemente reconstruidas para poder preservar la unidad del paciente. Este espacio sostiene la necesaria “destoxificación” (en el sentido bioniano) a una metabolización de objetos traumáticos. Esto supone la expresión traumática emocional que tiende a “disolver” (elaboración y catarsis) los afectos de un dolor particularmente



destrutivo. Comienza el trabajo de curación de la memoria de eventos traumáticos pasados.

Conclusión

Siguen existiendo muchas preguntas referidas al tratamiento de pacientes en crisis y situaciones de emergencia post-traumática. Esto también supone alguna “revisión” psicopatológica de la noción actual de trauma psíquico. Las víctimas del terrorismo, torturas o situaciones traumáticas extremas muestran cuán insuficientes siguen siendo todavía nuestros modelos clínicos y teóricos.

Pensar en el traumatismo inmediato como un “tiempo clínico de psicosis” (Bessoles, 2005b) lleva a privilegiar metodologías de intervenciones psicoterapéuticas tempranas “sistemáticas”, con el objeto de prevenir los efectos del *shock* posterior o del traumatismo crónico.

Bibliografía

Anzieu, D., (1987), *“Les signifiants formels et le Moi Peau”*, *Les enveloppes psychiques*, París. Dunod, pág. 1-22.

Armstrong, K., O’Callahan, W.; Marmar C., (1991), *Debriefing Red Cross Disaster Personnel: the Multiple*.

Audet, J. y Katz, J.F., (1999), *Précis de victimologie générale*, París, Masson.

Aulagnier, P., (1975), *La violence de l’interprétation. Du pictogramme à l’énoncé*. París, PUF.

Bailly, L., (2003), “Le débriefing psychologique: indications et limites”, *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. París. Dunod.

Bertrand, M., (2004), *Trois défis pour la psychanalyse. Théories, Cliniques, Thérapeutiques*, París. Dunod.

Bessoles, P., (1997, 2000), *Le meurtre du féminin. Clinique du viol*, Lecques, Editions Théétète.

Bessoles, P., (2004), “*Torture et temporalité. Contribution à une sémiologie de psychose post traumatique*”, *Les Cahiers de Psychologie Clinique*, Bruselas, De Boeck Université.

Bessoles, P., (2005a), "*Barbarie et traumatisme. Clinique de la terreur*", *Champ Psychosomatique*. París, L'Esprit du Tempág.

Bessoles, P., (2005b), "*La régulation psycho dynamique post traumatique*", *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, Tomo 6, N° 6, París, Princeps Editions.

Bessoles, P. y Mormont C., (2004), (*sous la direction*), *Victimologie/Criminologie, approches cliniques*, Lecques, Editions Théétète.

Bion, W.R., (1982), "*Attaques contre les liens. Le trouble de penser*", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, N° 25, París, Gallimard.

Bléger, J., (1981), *Symbiose et ambiguïté, étude psychanalytique*, París, PUF.

Crocq, L., (1999), *Les traumatismes psychiques de guerre*, París, Editions Odile Jacob.

Crocq, L., (2004), "*L'intervention psychologique immédiate*", *Le Journal des Psychologues*, N° 214, pág. 50-55.

Crocq, L. y Bessoles, P., (2004), (*sous la direction*), *Récidive, réitération, répétition: lien d'emprise et loi des séries, Victime/Agresseur*, Tomo IV, Saint-Maximin, Editions du Champ Social.

Crocq, L.; Bouthillon, P.; Julien H., (1990), "*Stress immédiat et séquelles psychiques chez les victimes d'attentats terroristes*", *Psychologie médicale*, N° 24 (5), pág. 465-470.

De Clerq, M. y Lebigot, F., (2001), *Les traumatismes psychiques*, París, Masson.

Dyregrov, A., (1997), "*The Process in Psychological Debriefing*", *Journal of Traumatic Stress*, N° 10 (4), pág. 589-606.

Green, A., (1982), "*Après coup, l'archaïque*", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, N° 26. París. Gallimard, pág. 195-215.

Katz, J.F., (1999), "*Les principes de l'accueil SVP*". En Audet, J. y Katz J.F., (1999), *Précis de victimologie générale*, París, Masson.



Lebigot, F., (1998a), “*Le débriefing individuel du traumatisé psychique*”, *Annales Médico-psychologiques*, N° 155 (6), pág. 370-378.

Lebigot, F., (1998b), “*Le débriefing individuel du traumatisé psychique*”, *Annales Médico Psychologiques*, N° 156 (6), pág. 417-420.

Lebigot, F. y Bessoles, P., (2005), *Situation d'urgence-Situation de crise: clinique du psycho-traumatisme immédiat, Victime/Agresseur*, Tomo V, Saint-Maximin, Editions Le Champ Social.

Lebigot, F. et al., (1997), “*Le débriefing psychologique collectif*”, *Annales Médico-psychologiques*, N° 155 (6), pág. 370-378.

Marshall, W.L., (1971), “*A combined treatment method for certain sexual deviations*”, *Behavior Research and Therapy*, N° 9, pág. 292-294.

Mitchell, J.T., (1983), “*When Disaster Strikes: the Critical Incident Stress Debriefing Process*”, *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.

Mitchell, J.T., (1988), “*History Status and Future of CISD*”, *Journal of Emergency Medical Services*, N° 13, pág. 49-52.

Nehmé, A.; Ducrocq, F.; Vaiva, G., (2004), “*Les débriefings psychologiques dans la prévention des syndromes psychotraumatiques. Revue de la littérature*”, *Revue francophone du Stress et du Trauma*, Tomo 4, N° 4; París, Princeps Editions.

Pankow, G., (1983), *Structure familiale et psychose*, París, Editions Aubier Montaigne.

Raphaël, B., (1986), *When disaster strikes*, Basic Book, New York.

Salmon T.W., (1917), “*Care and treatment of mental diseases and war neuroses (shell shock) in the British army*”, *Mental Hygiene*, Volumen 1, pág. 509-547.

Shalev A., (1994), “*Debriefing Following Traumatic Exposure*”. En Ursano, R.J., Mac Caughey, B., Seguin-Sabouraud, A.; De Vries H., (1996), *Intérêts des thérapies comportementales et cognitives dans la prise en charge des victimes*, París, Masson.



Steinitz, V. y Crocq L., (1999), “*Echelle d’Impact Traumatique*”. En Audet, J. y Katz, J.F., (1999), *Précis de victimologie générale*, París, Masson.

Stressor Debriefing Model, *Journal of Traumatic Stress*, N° 4 (4), pág. 581-593.

Fecha de recepción: 30/05/06
Fecha de aceptación: 06/09/06