

Un nuevo tratamiento para el Trastorno de Estrés Postraumático

Por David H. Clayton Ph.D.

Contenido

1. Antecedentes	3
2. Enfoques de tratamiento para el Trastorno de Estrés Postraumático	4
3. Alteración de recuerdos traumáticos	7
4. Neurobiología de la Hipnosis	7
5. Nuevo enfoque de tratamiento hipnoterapéutico	9
6. Temas de entrenamiento para el procedimiento.....	9
7. Orientación a la realidad.....	10
8. Práctica.....	11
9. Proceso de tratamiento	12
10. Explorando el evento o experiencias traumáticas.....	12
11. Uso de señalización Ideo motora para seguridad.....	13
12. Conclusión.....	23
13. Referencias.....	24

Antecedentes

La memoria juega un papel clave en la teoría, las consecuencias neurobiológicas y el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático. Un tratamiento exitoso para el Trastorno de Estrés Postraumático requiere una alteración y / o una reorganización de todas o algunas de las asociaciones entre los diversos estímulos que constituyen la memoria traumática. La investigación neurobiológica y clínica distingue dos subtipos de Trastorno de Estrés Postraumático: (a) de re experimentación e hiperactividad (bajo afecto modulado) y (b) disociativo (sobre afecto modulado), cada uno requiriendo diferentes enfoques de tratamiento. Estos dos subtipos se pueden ver como polos opuestos en un continuo de desregulación emocional (Lanius et al., 2010).

Este artículo se enfoca en el tratamiento de formas agudas de trauma que resultan en el subtipo (a) del Trastorno de Estrés Postraumático. Los enfoques de tratamiento para el trauma crónico resultante de trauma psicológico, sexual y físico que conducen al subtipo (b) del Trastorno de Estrés Postraumático, han sido reportados por Clotre, et al. (2002).

El traumatismo agudo a menudo está compuesto por una exposición repentina de un solo evento a un revoltijo desorganizado de estímulos e información somato sensorial que incluye componentes visuales, auditivos, olfativos, kinestésicos, emocionales, intelectuales, etc., todos unidos por un Trastorno disociado intenso y a menudo incapacitante, una memoria emocional, fragmentalmente codificada y almacenada en la amígdala. El carácter disociado y fragmentado de las memorias en el Trastorno de Estrés Postraumático en general, da como resultado deficiencias en la recuperación y una discontinuidad persistente entre los diversos componentes de la memoria, particularmente los componentes emocionales y cognitivos (Spiegel, 1997; Spiegel y Cardeña, 1991). Después de haber sido traumatizadas, las víctimas de Trastorno de Estrés Postraumático siguen repitiendo sensaciones, acciones y emociones relacionadas con el trauma (Kolk, 2015 p. 180). Cualquier estimulación posterior de la amígdala por cualquiera de los estímulos originales provoca una cascada de actividad neuronal desencadenante de miedo que constituye el trauma original (Canli, et al., 2000). La neuroimagen de individuos traumatizados revela un funcionar comprometido del tálamo, lo que hace que el trauma sea recordado como impresiones sensoriales separadas: ya sean estas imágenes, sonidos, o fragmentos somatosensoriales sin un "marcador de tiempo" pasado, o sea, sin un comienzo, un intermedio y un final, y éstos van acompañados

de emociones intensas. , generalmente de terror e impotencia (Kolk, 2015 p.70). Además, la hiper excitación a largo plazo en pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático resulta en una amígdala agrandada así como en atrofia del hipocampo, debilitando severamente a aquellos con Trastorno de Estrés Postraumático. Como resultado de esta nueva investigación de neuroimagen, el Trastorno de Estrés Postraumático ahora se identifica correctamente como un Trastorno orgánico en lugar de un Trastorno neurótico (Sapolsky, 2017: 34, 78).

En un estudio reciente de familias estadounidenses, los efectos del trauma se han correlacionado con efectos intergeneracionales de larga duración. Mediante informes retrospectivos, se estableció una asociación entre los problemas de conducta de un niño y los padres que han vivido experiencias adversas en la infancia, incluido el trauma. (Schickendanz, et. Al., 2018). En particular, el estudio demostró que para las madres que estuvieron expuestas a cuatro o más experiencias adversas en la infancia, sus hijos tenían el triple de probabilidades de ser hiperactivos y más de cuatro veces la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental o emocional. Este estudio sugiere que para estas madres expuestas a experiencias adversas en la infancia, el vínculo con sus bebés y sus niños pequeños puede ser extremadamente desafiante cuando tiene que lidiar con las situaciones relacionadas a la crianza de niños que normalmente son estresantes y emocionalmente demandantes y que generalmente surgen en los primeros dos años de vida de sus hijos.

Enfoques de tratamiento para el Trastorno de Estrés Postraumático

Hasta la fecha, el desarrollo de tratamientos para el subtipo (a) del Trastorno de Estrés Postraumático de re experimentación e hiper excitación, más común, incluyen: terapia farmacológica, psicoterapia mejorada con fármacos y tratamientos basados en la psicología.

Actualmente, solo dos medicamentos están aprobados para el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático: sertralina y paroxetina (Jeffereys, 2011). Sin embargo, ninguno ha demostrado ser eficaz con el Trastorno de Estrés Postraumático relacionado con los militares y ex militares (Kamendi, et al, 2016). Más recientemente, dos medicamentos más antiguos, se muestran prometedores en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático. La ciclobenzaprina,

recetada originalmente para los espasmos musculares, cuando se administra en dosis más altas, se ha mostrado prometedora en un pequeño estudio relacionado con el Trastorno de Estrés Postraumático relacionado con los militares y ex militares para reducir los síntomas del mismo (Brooks, 2016).

Recientemente, se descubrió que la doxiciclina antibiótica de tetraciclina reduce el recuerdo de la memoria de amenaza en un 60% en un pequeño estudio bien controlado (Bach, Tzovara y Vunder, 2017). La MDMA (3, 4-metilendioximetanfetamina), también conocida como "éxtasis", se ha probado en estudios a pequeña escala para mejorar la psicoterapia en pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático resistentes al tratamiento. La MDMA se asoció con respuestas reducidas en la amígdala a expresiones iracundas y temerosas y recuerdos posteriores que permitieron al paciente examinar sus experiencias traumáticas sin emociones incapacitantes. Los autores sugirieron que las limitaciones en los enfoques mejorados con MDMA son principalmente legales y políticos (Curran, 2016).

Los tratamientos basados en la psicología más comunes que se utilizan actualmente en el tratamiento del subtipo (a) del Trastorno de Estrés Postraumático son la Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma y EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular). Se compararon en un estudio meta analítico y ninguno resultó ser más eficaz (Seidler G y Wagner F, 2006) cuando se comparan con un tercer enfoque de tratamiento común, la Terapia de Exposición, que tiene el mayor apoyo empírico, (Berg, et al., 2008). La Terapia de Exposición produjo la mayor reducción en los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Taylor, et.al. 2003). Otro tratamiento, la Terapia basada en Mindfulness se encontró que tiene un efecto modesto en la disminución de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Polusny et al., 2015).

Finalmente, de los tratamientos basados en la psicología para el subtipo (a), la hipnoterapia se ha utilizado con éxito en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático con veteranos de Viet Nam (Spiegel, 1992). Spiegel descubrió que la hipnosis es especialmente adecuada para el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático, no solo por su utilidad en el tratamiento sino también por la similitud entre los fenómenos hipnóticos y los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, en particular la disociación, que según el pronosticó aparece poco después de experiencias traumáticas. Además, Spiegel descubrió que los veteranos de Vietnam con Trastorno de Estrés Postraumático tenían puntajes de hipnotizabilidad más altos que lo normal en las pruebas estandarizadas y, en

consecuencia, respondían bien a la hipnosis en general. La estrategia hipnoterapéutica de Spiegel implicaba acoplar el acceso a recuerdos traumáticos disociados con una reestructuración positiva de esos recuerdos en una perspectiva más amplia (Spiegel, 1992).

La relación entre la hipnotizabilidad y el Trastorno de Estrés Postraumático, así como la utilidad específica de la hipnoterapia como modalidad de tratamiento, particularmente entre los veteranos de combate, también ha sido corroborada por otros estudios (Bryant, et al., 2003; Stutman, & Bliss, 1985; Spiegel D, et al., 1988). Estos estudios y otros sugieren que la hipnosis puede ser útil tanto en la evaluación como en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático y como un complemento en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático de tipo crónico (Abramowitz, et al, 2008). En general, existe un considerable apoyo empírico para el uso de la hipnosis en el tratamiento de una variedad de condiciones además del Trastorno de Estrés Postraumático (Lynn, et al 2012). En la actualidad, sin embargo, no hay estudios sistemáticos controlados sobre la efectividad de los tratamientos hipnóticos para el Trastorno de Estrés Postraumático. Al igual que otros enfoques de tratamiento basados en la psicología, la hipnoterapia requiere capacitación profesional (Foa, et al., 2008).

Se estima que las tasas de abandono de los tratamientos de Trastorno de Estrés Postraumático basados en la psicoterapia son del 18%, y del 30% para la farmacoterapia. Una nueva investigación muestra que cuando a los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático se les daba una opción entre la sertralina (Zoloft) y la terapia de exposición prolongada, eran significativamente más propensos a adherirse a su elección de tratamientos. Los pacientes que no tuvieron opción tuvieron una tasa de abandono tres veces mayor que los pacientes que "aceptaron" su preferencia de tratamiento. (Melville, 2017) Esta investigación señala la importancia que las expectativas tienen en los resultados exitosos del tratamiento. De los tratamientos basados en la psicología, la hipnoterapia se puede adaptar más fácilmente para satisfacer las necesidades de los pacientes y, como resultado, puede mejorar significativamente las expectativas del paciente que conducen a un resultado exitoso.

Alteración de recuerdos traumáticos

Como se dijo anteriormente, para que un tratamiento para el Trastorno de Estrés Postraumático sea efectivo, debe ayudar a reorganizar y alterar, de alguna manera, la memoria traumática. En la búsqueda de ese objetivo, los investigadores de la Universidad de Ámsterdam (Soeter y Kindt, 2015) utilizaron un fármaco betabloqueante con aracnofóbicos. La acción del betabloqueante inhibió la liberación de norepinefrina y produjo una alteración de los recuerdos emocionales a largo plazo asociados con la fobia. Después de tomar la droga, los sujetos con aracnofobia podían tocar las arañas casi de inmediato y su exposición repetida a las arañas no incluía la liberación de adrenalina. Tres meses más tarde pudieron sostener arañas. Los investigadores concluyeron que sin la liberación de norepinefrina, la reacción emocional incapacitante original se vio alterada o alterada de alguna manera cuando se volvió a consolidar en la memoria a largo plazo. Este hallazgo es respaldado por la investigación de la neurobiología del aprendizaje y la memoria que respalda el concepto de que cada vez que se recupera una memoria y luego se re-establece, la nueva bioquímica reemplaza a la anterior durante la reconsolidación de una memoria a largo plazo, lo que resulta en una alteración (de un grado u otro) en la memoria angustiante original (Izquierdo y Medina, 1997; Panksepp y Biven, 2012). Según el investigador y terapeuta de Trastorno de Estrés Postraumático y psiquiatra Bessel Van Ker Kolk, mientras la memoria traumática permanezca inaccesible, las víctimas de trauma no pueden cambiar sus recuerdos o su respuesta "traumática". El objetivo del tratamiento debe centrarse en ayudar a las víctimas, a liberarse de la posible respuesta de lucha o huida y la desconexión crónica, a través de la integración de todas las piezas fragmentadas de sus recuerdos para formar una narración sólidamente arraigada en su memoria pasada, permitiendo que sus cerebros se den cuenta de que están seguros el presente (Kolk, 2015. pp. 77, 87).

Neurobiología de la Hipnosis

Un reciente estudio de imágenes de resonancia magnética funcional realizado en la Facultad de medicina de la Universidad de Stanford, dirigido por el Dr. David Spiegel, identificó distintas áreas en el cerebro de sujetos hipnotizados que muestran actividad y conectividad alteradas (Jiang et al., 2016). Junto con investigaciones previas que sugirieron (Deeley et al, 2012) que el estado hipnótico

produce alteraciones en la red neuronal por defecto, el grupo de Spiegel descubrió que la alta hipnotización también se asocia con una mayor conectividad funcional entre otras dos redes neuronales: la red neuronal ejecutiva y la red neuronal de prominencia. Descubrieron que tanto la actividad reducida como la conectividad aumentada involucraban las tres redes, cambios que caracterizan la hipnosis. Este estudio, documenta por primera vez cómo se centró la atención, el control somático y emocional mejorado, la falta de autoconciencia y los estados disociativos (todas las características o fenómenos de hipnosis reconocidos) se manifiestan neurológicamente durante el trance hipnótico. Una vez obtenidos y combinados, estos fenómenos hipnóticos, entre otros, permiten la elaboración de enfoques hipnoterapéuticos particularmente adecuados para el tratamiento de recuerdos profundamente incrustados, disociados y emocionalmente incapacitantes asociados con ambos subtipos del Trastorno de Estrés Postraumático. Una de las ventajas distintivas de usar hipnosis en los casos de Trastorno de Estrés Postraumático es la capacidad del operador hipnótico de proteger a su sujeto cuando se trata de recuerdos emocionales altamente cargados. En ese mismo sentido, la hipnosis también acelera en gran medida la relación entre el sujeto y el operador, lo que contribuye a los resultados positivos del tratamiento. Estratégicamente, el trance hipnótico ofrece un tipo único de estado psicológico alterado en el que la conciencia del sujeto puede dirigirse de cualquier forma necesaria para lograr su terapia.

Un buen ejemplo del uso creativo de los fenómenos hipnóticos y los mecanismos mentales se puede encontrar en un enfoque desarrollado por Spiegel (Spiegel y Spiegel, 2004). Se refieren a su enfoque como la "técnica de pantalla dividida". Usando el mecanismo mental de proyección y el fenómeno hipnótico de la alucinación positiva, a los sujetos hipnotizados se les enseña a proyectar sus imágenes negativas, sensaciones y pensamientos lejos del yo en una pantalla o en la mitad de una pantalla dividida imaginada o alucinada, mientras que las positivas, constructivas y las imágenes opuestas, etc. se proyectan en otra pantalla o en el otro lado de una pantalla dividida. Usando el fenómeno hipnótico de disociación, los recuerdos se pueden separar y desconectar de cualquier componente físicamente doloroso del trauma. La utilidad de esta técnica permite la manipulación de cualquiera de los componentes que comprenden el trauma, incluido el afecto y su intensidad, y la aceleración o ralentización de la revisión utilizando el fenómeno hipnótico de la distorsión del tiempo. En el proceso, al sujeto se le enseña el control de su experiencia mientras permanece seguro durante su terapia. La pantalla dividida proporciona una forma de reestructurar y reorganizar el trauma, lo que da como resultado que las memorias originales se moderen y sean más soportables.

Nuevo enfoque de tratamiento hipnoterapéutico

Los fenómenos hipnóticos son fundamentales para la inducción del trance y como vehículo de la terapia. Como en el enfoque del autor que se describe a continuación, la inducción del trance utiliza los fenómenos hipnóticos de la catalepsia y el comportamiento ideo motor, mientras que la terapia utiliza los fenómenos hipnóticos de hipermnesia, disociación, regresión y sugestión post hipnótica. La metodología principal utilizada en este enfoque gira en torno al desmontaje de los componentes (estímulos) del trauma mediante eventos de trance múltiple. Cada componente (estímulo) del trauma se experimenta por separado en trance y luego se revisa brevemente en estado de vigilia inmediatamente después de cada trance. Después de que todos los componentes del trauma han sido traídos a la conciencia, brevemente experimentados y descritos, se produce un trance final durante el cual el sujeto recibe una sugerencia post hipnótica que, al despertar volverá a ensamblar los componentes de su trauma para formar una nueva organización del trauma que le proporcionará la "historia" de su experiencia traumática. Esta nueva narrativa dará lugar a una sensación de seguridad y la sensación de estar más vivo en el presente y la comprensión de cómo fue traumatizado y dónde encaja su trauma en su historia general de vida. Además, se le dice al sujeto que en los próximos días y semanas, sentirán progresivamente que están recuperando un sentimiento de propiedad de su cuerpo y mente. "Ser libre de saber lo que sabe y sentir lo que siente sin sentirse abrumado, enfurecido, avergonzado o colapsado". El resultado final es un recuerdo de su trauma que es más aceptable y tolerable.

Temas de entrenamiento para el procedimiento

El autor ha descubierto que al usar este enfoque hipnótico y otros, la preparación y la capacitación del tema son esenciales para un buen resultado. Para la mayoría de las personas que podrían beneficiarse de este procedimiento, la mayoría no ha experimentado previamente el trance hipnótico. Por lo tanto, entrenar al sujeto para entrar y salir de trances fácilmente constituye el primer paso en la preparación para el proceso de tratamiento.

Como se dijo anteriormente, el trance hipnótico se desarrolla en relación con la aparición de uno o más fenómenos hipnóticos. Los fenómenos hipnóticos, en uno u otro grado, constituyen aprendizajes latentes de experiencia o recursos subdesarrollados que la mayoría de las personas poseen sin saberlo, tal como el mecanismo mental de la proyección. Como se mencionó anteriormente, el autor prefiere facilitar el desarrollo del trance en sus sujetos hipnóticos al provocar el fenómeno hipnótico de la catalepsia y / o el comportamiento ideo motor (aunque la provocación de otros fenómenos hipnóticos también daría como resultado el desarrollo del trance). Ambos fenómenos, si bien no son familiares para la mayoría de los sujetos, se pueden suscitar en la mayoría de los sujetos ingenuos usando algunos enfoques bien desarrollados. A medida que estos fenómenos comienzan a manifestarse en el sujeto, el sujeto, sin saberlo, comienza a desarrollar un trance hipnótico.

Orientación a la realidad

La experiencia de entrar en trance para el sujeto novato puede ser de absorción intensa con una concentración, conciencia y relajación cada vez más profundas, lo que resulta en una disminución de la respiración y la frecuencia cardíaca. A medida que el sujeto profundiza en el trance, se retiran de su realidad externa hacia la realidad interna de sus cuerpos. Si bien su realidad externa todavía está allí, no es necesariamente parte de su realidad interna. Ahora que ya no están atendiendo a su realidad externa, su orientación a la realidad interna les proporciona una mayor receptividad y capacidad de respuesta a las ideas y sugerencias proporcionadas por el operador. Escuchan con mucha atención el valor de las ideas y sugerencias ofrecidas por el operador en función de sus propias necesidades y luego responden a ideas y sugerencias seleccionadas basadas en sus propios aprendizajes experimentales: aprendizajes inconscientes, recuerdos, sentimientos y comprensiones. Las palabras del operador proporcionan simplemente un punto de partida y sus aprendizajes experimentales proporcionan la base para sus respuestas. Por ejemplo, la respuesta de un sujeto a la sugerencia del operador: "¿cómo te sentirías si vieras a tu hermana / hermano sentado allí en esa silla?", trae a la memoria todos sus recuerdos pasados con respecto a sus hermanos. Esa "silla de allá", ya sea real o alucinada, es incidentalmente un apoyo para cumplir su respuesta a su hermano alucinado. El trance hipnótico, cuando se entiende desde esta orientación de "realidad interna", le permite al operador una mejor comprensión de cómo su sujeto procesa sus ideas y sugerencias, lo que es más

probable que le ayude a conducirlo al desarrollo de trances adecuados para la terapia, particularmente trances donde el sujeto puede responder fácilmente a las sugerencias post-hipnóticas, otro fenómeno hipnótico.

Práctica

Erickson descubrió que muchos de sus sujetos necesitaban practicar ciertos fenómenos hipnóticos antes de poder manifestarlos con mayor éxito, incluido el desarrollo de estados de trance más profundos adecuados para la terapia. El uso del enfoque que se detalla a continuación también le brinda al operador una forma de reorientar rápidamente al sujeto para mantenerlo alejado y fuera de reacciones emocionalmente angustiosas que no son lo mejor para el proceso de la terapia.

Una vez que el sujeto alcanza su primer trance, sin importar el nivel que el trance pueda tener, el sujeto puede recibir instrucciones de la siguiente manera: "En el futuro, siempre puede salir de trances de todo tipo cuando cuente de veinte a uno o cuando usted cuenta en silencio para sí mismo de veinte a uno. Con cada número mencionado, podrá despertar una vigésima parte del camino. Entonces, al quince, estará un cuarto despierto. A los diez, estará medio despierto. A los cinco, estará tres cuartos despierto y finalmente, cuando llegue a uno, podrá estar completamente despierto desde la punta de los dedos de los pies hasta la parte superior de la cabeza". En la misma línea también se les dice: "Y, en el futuro, siempre puede entrar en trance si cuento del uno al veinte o si usted cuenta silenciosa y mentalmente para si mismo del uno al veinte. Entonces, a la cuenta de "cinco", estará un cuarto dormido. A la cuenta de diez, estará medio dormido.

Cuando llegue a los quince años, estará tres cuartos dormido y cuando llegue a diecinueve, respire hondo, cierre los ojos (si es que aún no lo ha hecho) y luego, a la cuenta de veinte, exhala muy profundamente y siente que está muy relajado. ¿Lo comprende?" A continuación, se le dice al sujeto: "En un momento, comenzaré a contar de veinte a uno para que pueda practicar como salir del trance". El operador puede contar hacia atrás o hacia adelante al ritmo de la frecuencia respiratoria del sujeto, yendo más o menos rápido dependiendo de la frecuencia de la respiración del sujeto. El conteo se puede iniciar anticipando la próxima respiración del sujeto y se dice el número cuando se ha completado la inhalación del sujeto. Según la experiencia del autor, proceder de esta manera tiende a facilitar la relación o sea el rapport y la cooperación con el sujeto.

"Ahora. ¿Está listo? 20, 19, 18, 17 16 y aquí viene 15 y ahora 15. Un cuarto despierto". 14, 13, 12, 11... y aquí viene 10 y ahora 10. La mitad despierto. Sienta su cuerpo medio despierto. Tómese unos minutos y sienta cómo se siente en su cuerpo estar medio despierto". A medida que el operador reanuda la cuenta regresiva, se dice lo siguiente con un tono de voz diferente, quizá más insistente: "9, 8,7... (Pausa)...9 y 10, medio dormido nuevamente. 11, 12, 13 y 12 y 11 y 10... y ahora medio despierto y medio dormido ...9, 8, 7, 6 y (pausa) 8 y 9 y 10, 11, 12, 13... y (pausa) 10, 9, 8 y 5, 4, 3, 2 y 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10, la mitad dormido. 11, 12, 13, 14, 15 ahora tres cuartos dormido. 16, 17, 18, 19 y 20 ahora profundamente dormido".

Contar de la manera descrita anteriormente, tiene el efecto de hacer rebotar al sujeto entre estar despierto y estar dormido, hasta que esté lo suficientemente inseguro que no sepa hacia dónde va el operador y si está dentro o fuera del trance o en qué trance se encuentra. Muy a menudo, el sujeto responde a este "rebotar" entrando en estados de trance más profundos.

Proceso de tratamiento

Explorando el evento o experiencias traumáticas

Una vez que el sujeto hipnótico ha demostrado su capacidad para lograr trances adecuados para la terapia, el primer paso del tratamiento consiste en provocar un trance y, en ese primer trance, se enseña al sujeto hipnótico a permanecer en trance cómodamente mientras se revisa, de una manera emocionalmente desapegada, la fuente y las circunstancias de los eventos emocionalmente significativos (positivos y negativos) de su pasado, además del trauma por el que están siendo tratados. En respuesta a estas sugerencias, los sujetos a menudo desarrollan una regresión parcial (en oposición a una regresión completa) y disociación. En este estado alterado, se les puede instruir para que usen su intelecto adulto para verse a sí mismos, de una manera emocionalmente desacoplada, durante eventos emocionalmente significativos en etapas más tempranas del desarrollo de su vida. Al autor le gusta usar un enfoque en el que se le dice al sujeto lo siguiente: todos somos realmente diferentes, usted, yo, en diferentes etapas de nuestra vida. Por ejemplo, "el Dave (nombre del operador) de 5 años realmente no sabe cómo se sentirá o se verá el Dave de 10 años y lo que considera importante, y el Dave de 10 años realmente no puede saber cómo se

verán o se sentirán o actuarán o qué experiencias desafiantes podrían enfrentar a los 15 o a los 20 años". Se le dice al sujeto que ponga en fila a todos esos "Daves", cada uno pasando por algún evento o experiencia emocionalmente significativa. "Organícelos como quiera. En línea recta de pequeño a grande o en círculo o en gradas. "No pueden verse ni conocerse, pero usted pueden verlos a todos". Uno o más de esos "Daves" podrían tener algo valioso para compartir con usted mientras trabaja en su problema aquí. Entonces, escuche, mire y aprenda todo lo que quiera. Puede aprender de ellos lo que necesite aprender. Ahora usted es solo una mente, una inteligencia sin emociones. Una mente sin cuerpo, flotando en el espacio mirando a todos esos "Daves". Su inconsciente lo protegerá de sentirse abrumado por cualquier cosa que vea, escuche o aprenda".

Una vez que han demostrado su capacidad de permanecer distantes y así poder contemplar los acontecimientos de sus propias vidas, se les enseña a retirarse rápidamente de los recuerdos emocionalmente cargados a través de una sugerencia hipnótica posterior como:

"... cuando sienta que levanto la mano y el brazo izquierdo esa será su señal para hacer algo. Puede ser que se retire inmediatamente de lo que sea que estuviera mirando o sintiendo, o podría ser para ponerte en blanco y sentirte tranquilo y relajado, o podría significar entrar en otro trance. Pero cada vez que sienta que le doy la señal, estará preparado para llevar a cabo la tarea. ¿Lo entiende?"

Uso de señalización Ideo motora para seguridad

Además de entrenar al sujeto para que responda a la señal del operador para que se retire, también es muy importante entrenar al sujeto para que desarrolle sus propias señales ideomotoras para que pueda comunicarse de forma no verbal con el operador y, lo más importante, hacerle saber al operador, (mientras están en trance), cuando o si necesitan ayuda para retirarse de cualquier experiencia que encuentren abrumadora. En la experiencia del autor, el operador no debe asignar señales ideomotoras para sus sujetos. Hacerlo contradice la autenticidad de este fenómeno hipnótico. Los sujetos se entrenan para desarrollar señales ideomotoras genuinas, señalización que se origina en el nivel inconsciente y que puede hacerse de la siguiente manera, se le dice al sujeto que se siente cómodamente con los pies apoyados en el piso con los brazos apoyados sobre su regazo o, preferiblemente, sobre los brazos de la silla con las manos colgando cómodamente de los brazos de la

silla. Se les ordena elegir una mancha en la pared frente a ellos, fijar su mirada en ellos y, una vez que encuentran un lugar, se les ordena que fijen su mirada en ese punto y no muevan su foco de ese punto. Luego se les dice una variación sobre lo siguiente:

"... la primera forma en que aprendemos a comunicarnos es de forma no verbal. Aprendemos el lenguaje corporal antes de aprender a usar palabras. Por ejemplo, aprendemos a asentir con la cabeza para decir "sí" antes de aprender la palabra "sí" y aprendemos a negar con la cabeza por "no" antes de aprender la palabra "no". También aprendemos a señalar "detener" al levantar uno de nuestros brazos hacia el nivel medio, doblando nuestra mano hacia arriba en la muñeca y luego empujando la palma y el brazo lejos de nuestro cuerpo. Aprendemos a señalar "No sé" levantando ambos hombros mientras doblamos los codos y, al mismo tiempo, levantamos los brazos y los hombros con las palmas hacia arriba. Aprendemos a señalar "ven aquí" moviendo uno de nuestros dedos índice hacia nosotros. En otras palabras, la primera forma en que aprendemos a comunicarnos es de forma no verbal y luego, cuando aprendemos a hablar esas palabras, seguimos usando nuestra comunicación no verbal, a menudo sin saberlo, incluso mientras hablamos esas palabras. Y, como todos sabemos, algunas personas "hablan" mucho con sus manos. Ahora voy a hacerle una pregunta a su mente inconsciente y va a escuchar la pregunta con su mente consciente, pero no quiero que responda con su mente consciente. Solo deje que su inconsciente responda por sí mismo. Haré la pregunta de tal manera que su inconsciente pueda responder mi pregunta de forma no verbal. Puede o no estar consciente de cómo responde su inconsciente, pero ni usted ni yo, ni siquiera mi inconsciente, sabemos cómo va a responder nuestro inconsciente. Vamos a esperar. No hay nada que necesite hacer. Solo deje a su inconsciente que responda por sí mismo. Ahora esta es la pregunta y luego ambos esperemos: (hablado más despacio con énfasis) ¿Cómo, la mente inconsciente de (nombre del sujeto) cree que me señalará? ¿Levantará un dedo con una de sus manos, levantará una de sus manos y brazos, o levantará una sola mano o asentirá o sacudirá la cabeza? Ahora esperemos y dale a su mente inconsciente la oportunidad de pensar cómo me responderá"¹.

Los movimientos inconscientes de los músculos tienen una serie de características distintivas que incluyen: un tiempo de retraso entre el momento en que se hace la pregunta y cuándo se da la respuesta; los movimientos musculares

¹ Para una explicación más completa sobre el establecimiento de señalización ideomotor, ver: Erickson, M. H. (1964). Una técnica hipnótica para pacientes resistentes: el paciente, la técnica y su lógica y experimentos de campo. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7 (1), 8-32.

son titubeantes, vacilantes, espasmódicos; y se ejecutan de manera perseverante, generalmente con la presencia de catalepsia. Un movimiento muscular suave y continuo tiene un origen consciente. Cuando los primeros movimientos se manifiestan, a menudo son vacilantes y mínimos, por lo general operando fuera de la conciencia del sujeto. También existe una especie de paradoja respecto a los auténticos movimientos ideo motores: el sujeto debe entrar en trance, como mínimo, aunque sea temporalmente, para poder señalar.² Una vez que se detecta un movimiento muscular, el operador puede decir:

"... bien... buen trabajo... ahora voy a hacerle otra pregunta a su inconsciente. (Habla más lento con énfasis). ¿Cómo cree que (el nombre del sujeto) dará una señal de "sí"? ¿Con un dedo, una mano, un brazo o la cabeza?

De nuevo, el operador debe esperar hasta que se detecte un movimiento y luego se acepte cualquier movimiento. A continuación, se solicita una señal de "no" de la misma manera. Una vez que se han establecido ambas señales de "sí" y "no", probar esas señales se convierte en el siguiente paso importante. El operador puede explicar de la siguiente manera:

"... ahora demos a su inconsciente la oportunidad de practicar señalando" sí "y" no "a algunas preguntas sin importancia. ¿Está sentado? (esperando la señal de "sí" suponiendo que el sujeto está sentado y si llega), ¿está de pie? (otra vez, esperando la señal de "no" y si llega) ¿Le molestaría ponerse de pie? ¿Le importaría sentarse? ¿Le importaría que le haga esta pregunta? ¿Cuál es su nombre?

Si bien estas últimas preguntas pueden parecer lo suficientemente inocentes, si las señales del sujeto son auténticas, la respuesta a cualquiera de estas preguntas debe ser una señal de "sí" o de "no", cualquiera de las cuales indica la presencia de trance. Esto se debe a la tendencia del sujeto hipnotizado a escuchar el significado literal de una pregunta. Literalmente, la pregunta: "¿Le importaría levantarse?" Requiere una respuesta "sí" o "no". "Sí, me importa (de pie), o" no, no me importa (de pie). Además, la respuesta a la pregunta: "¿le importa que le pregunte cuál es su nombre?" Debería ser "sí" o "no". Si el sujeto proporciona su nombre, están respondiendo a las implicaciones de comportamiento de la pregunta que es una respuesta conscientemente aprendida. En tal caso, el operador puede decir lo siguiente:

² La obtención de señales ideo motoras constituye una técnica de inducción de trance. Ver nota al pie anterior para referencia.

"... esa fue su mente consciente respondiendo. Déjeme hacer la pregunta de nuevo y, esta vez, deje que su inconsciente responda. En este momento, solo quiero saber la respuesta de su mente inconsciente... lo que su inconsciente piensa. Deje que responda por sí mismo. Él puede hacerlo todo solo".

Si después de transcurrido un período de tiempo razonable no se percibe ni un movimiento muscular de tipo inconsciente, el operador puede decir:

"...ahora... solo deje que su cabeza asienta o se sacuda en respuesta a la siguiente pregunta. ¿Está ahora en trance?"

Para las personas que tienen dificultades para señalar con los dedos, las manos y / o los brazos, asentir con la cabeza es muy básico y, con un poco de aliento, los sujetos generalmente pueden tener éxito al manifestar algún tipo de movimientos inconsciente del músculo del cuello. Es irrelevante si la cabeza del sujeto asiente o sacude. Lo importante es la naturaleza del movimiento muscular. Nuevamente, ¿es un movimiento suave y continuo que se inicia rápidamente después de que se formula la pregunta? O bien, ¿hay una pausa y luego el movimiento comienza vacilantemente y en un movimiento de detención y / o sacudidas? Si es tentativo y se detiene, el operador puede alentar diciendo: "¡bien! Solo déjelo asentir por sí solo. Está bien. Que lo haga todo por su cuenta. Deje que siga asintiendo". El último tipo de respuesta es probablemente de origen inconsciente y el primero tiene más probabilidades de tener un origen consciente. Si el operador está convencido de que el movimiento (o movimientos) es inconsciente, puede pasar a la siguiente tarea.

Como se mencionó anteriormente, algunos sujetos hipnóticos novatos pueden necesitar practicar antes de que puedan manifestar la señalización ideomotora. Si pueden practicar los movimientos musculares ideomotores, primero como una alucinación, luego pueden transferir ese aprendizaje al movimiento real. El movimiento ideomotor alucinado tiene el mismo efecto que un movimiento ideomotor real, ya cuando el sujeto desarrolla un trance hipnótico. En tales casos, se le dice al sujeto que cierre los ojos y vea una imagen de sus dedos, manos, cuerpo de brazos, etc. Luego, se hace la misma pregunta como se sugirió antes: "¿cómo piensa (nombre del sujeto) que su mente inconsciente me dará señales? ¿Con un dedo, una mano y un brazo o sus cabezas? Luego se le indica al sujeto que simplemente asienta con la cabeza cuando vea la señal en su mente. "¿Se moverá un dedo, una mano se levantará o la cabeza asentirá o se sacudirá?" Si cuando venga el movimiento de cabeza, el movimiento muscular tiene el aspecto inconsciente

característico, esto es una indicación de que el sujeto ya está en trance. Luego, el operador puede instruir al sujeto: "simplemente continúe y deje que su cabeza asienta para decir "sí" y se agite para decir "no" por sí misma mientras trabajamos juntos". Cuando el sujeto comienza a asentir o a sacudir la cabeza con movimientos musculares inconscientes, no se necesitan otros tipos de señalización. En otras palabras, el sujeto puede necesitar primero alucinar el movimiento ideomotor antes de que realmente pueda crear un movimiento muscular inconsciente que el operador pueda observar.

Una vez que las señales ideomotoras auténticas han sido probadas y autenticadas, el operador puede preguntar al sujeto:

"... ¿cómo (el nombre del sujeto) cree que señalará" Quiero / necesito su ayuda para sentirme seguro y tranquilo "o" Quiero su ayuda para salir de un trance"?

Con los años, el autor ha sido testigo de una serie de señales en respuesta a la pregunta anterior. Las señales de "Quiero su ayuda" son invariablemente más pronunciadas que las señales "sí" y "no" que el sujeto había establecido previamente. La señal de "Necesito ayuda" es más distinguible. Por ejemplo, si las señales "sí" o "no" implican pequeños (pero consistentes) movimientos de los dedos (moviéndose de un lado a otro o moviéndose hacia arriba y hacia abajo) con una o ambas manos, la señal "Necesito ayuda" podría involucrar un elevamiento de la mano o la levitación completa del brazo / mano. El autor desea enfatizar la importancia de las señales ideomotoras genuinas para el sujeto durante la hipnoterapia. Para el sujeto, los movimientos ideomotores se pueden comparar con una expresión de "individualidad". En la experiencia del autor, no es exagerado decir que el sujeto siente cierto "orgullo" al manifestar sus propias señales únicas.

En resumen: antes de iniciar el tratamiento para el Trastorno de Estrés Postraumático, el sujeto debe demostrar (a sí mismo y al operador) su capacidad para responder a (1) que el operador inicie la sugerencia post hipnótica de levantar el brazo y, en respuesta, se retire rápidamente de situaciones cargadas y experimentar la calma, y de (2) improvisar su propia señal ideomotor única para: "Necesito ayuda".

Luego se produce un nuevo trance en el que se dirige al sujeto para que comience a explorar su experiencia traumática y permanezca emocionalmente desapegado y tranquilo, solo ver pero no sentir. Se les dice que pueden observarse a distancia experimentando algo emocional y / o físicamente complicado, o pueden

pretender ver a alguien que no conocen, experimentando algo emocional y / o físicamente complicado. Una vez que comienzan a identificar los diversos componentes y eventos de su trauma a través del fenómeno hipnótico de la hipermnesia (recuerdo vívido), se les anima a relacionarse con el operador sobre lo que están aprendiendo sobre su trauma sin despertar. Los sujetos generalmente necesitan ayuda para aprender a hablar en trance. El autor ha descubierto que dar la siguiente sugerencia a menudo es útil.

"Quiero que aprenda que solo puede despertar del cuello hacia arriba... solo deje que su rostro comience a despertar. Primero su cuello y luego puede comenzar a sentir su cara despertando lentamente... todos los músculos, nervios y órganos asociados con el despertar del habla... ...lo suficiente para que pueda hablar conmigo sin perturbar su cuerpo calmado y relajado por debajo del cuello".

Una vez que han identificado algunos, pero no necesariamente todos los componentes esenciales de su trauma, reciben la siguiente sugerencia post-hipnótica:

"... pronto comenzaré a contar de nuevo desde el 20 hacia el 1 y, a medida que transcurra el conteo, puede descubrir que está despertando la vigésima parte del camino con cada número pronunciado. Cuando yo llegue al "uno", puede despertar completamente. Poco después de despertar, le preguntaré: "¿está despierto?" Y dirá "sí" o "ya". De repente, pero no inmediatamente después de decir "sí" o "ya", solo las emociones asociadas con su trauma y ninguna otra, lo inundarán y envolverán completamente". Quiero que en ese momento se aferre a esas emociones el tiempo suficiente para contarme un poco sobre ellas y, después de que lo haga, empezaré a contar desde el 1 al 20 y cuanto más alto el número que vaya contando, más cómodo se sentirá y cuando alcance el número 20 todos los sentimientos angustiantes y dolorosos se habrán desvanecido. Me aseguraré de que pueda manejar lo que sea que experimente y de que pueda "salir" inmediatamente, si es necesario, como aprendió antes".

Cuando el sujeto se despierta de este primer trance de tratamiento, el operador lo saluda con "hola", como si acabaran de regresar de algún lado. Una pequeña conversación puede seguir con respecto a cómo se sienten y en lo que han estado pensando. En breve, sin embargo, el operador interrumpe casualmente con la señal post-hipnótica, "¿está despierto?". En términos generales, cuando los sujetos responden a sugerencias post-hipnóticas, vuelven espontáneamente y sin saberlo a otro trance. A medida que el operador reconoce el desarrollo de este

trance espontáneamente desarrollado, se hace la siguiente declaración: "familiarícese con ese sentimiento y cuéntemelo". El sujeto generalmente responde a esta sugerencia mostrando algún tipo de excitación fisiológica a medida que comienzan a experimentar nuevamente la emoción angustiante. Su frecuencia respiratoria y latidos del corazón pueden aumentar repentina y notablemente; alguna parte de su cuerpo puede comenzar a temblar o moverse, o su cuerpo puede quedar completamente quieto. En este punto, el operador puede preguntar: "Hábleme de eso". ¿Qué está sintiendo: se siente asustado, enojado, triste, que siente? "Tan pronto como el sujeto comienza a describir la(s) sensación(es) que está experimentando, el operador comienza a contar de nuevo desde el 1 al 20. A la cuenta de 10, el operador puede decir: "ahora esta medio dormido... la sensación casi se ha ido ahora". Una vez que el conteo alcanza el 20, se sugiere al sujeto que deje su mente en blanco y que su cuerpo se relaje profunda y cómodamente. Una vez que el sujeto comienza a responder con una disminución de la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca y una relajación en parte o en todo su cuerpo, el operador declara que ahora tiene otra tarea. Al sujeto se le dice que en poco tiempo el operador comenzará a contar de nuevo desde el 20 hasta el 1 y dirá:

"... esta vez cuando despierte, verá solo imágenes como una película del evento angustiante. No sentirá ninguna de las emociones. Verá solo las imágenes asociadas con su emoción angustiante. Quiero que me cuente sobre las imágenes o la película que está viendo y, una vez que lo haga, comenzaré a contar de nuevo desde el 1 hasta el 20 y una vez más, entrará en otro trance y todas las imágenes desaparecerán de su vista. Una vez que esté en un nuevo trance, tendré otra tarea para que haga. ¿Lo entiende?"

Si el sujeto responde con un asentimiento no verbal o un "sí" verbal, entonces el operador comienza a contar de nuevo desde el 20 hasta el 1. De lo contrario, el operador repite las instrucciones hasta que el sujeto demuestre comprensión. (Dependiendo del número de componentes que comprende la experiencia traumática del sujeto, se pueden utilizar otros trances para experimentar un componente auditivo o un componente olfativo o kinestésico, cada uno expuesto por separado y brevemente discutido.) A medida que el sujeto despierta, nuevamente el operador puede decir "Hola" y preguntar "¿cómo se siente? o ¿dónde ha estado?" y luego, como antes, se da la sugerencia post-hipnótica: "¿Está despierto?", Y de nuevo el sujeto vuelve a desarrollar espontáneamente un trance. A medida que el nuevo trance comienza a avanzar, el operador pregunta: "cuénteme sobre las imágenes que está viendo... la película que está viendo, las escenas que está viendo".

Después de que el sujeto termine de describir las imágenes o "escenas" relacionadas a su experiencia traumática, el operador repite el patrón y comienza a contar nuevamente desde el 1 hasta el 20. Cuando el sujeto desarrolla otro trance, el operador puede hacer sugerencias al sujeto para despejar su mente de todas las imágenes y escenas.

En el paso final, el operador inicia otra sugerencia post-hipnótica:

"...en un momento, voy a pedirle que despierte nuevamente después de que termine de contar desde el 20 hasta el 1. Después de abrir los ojos, le preguntare si está despierto y dirá "sí" o "ya". Entonces, de repente, pero no de inmediato, pondrá juntas todas las emociones y las imágenes (así como cualquier otro componente del trauma, es decir, olfativo, kinestésico, etc.) de su angustiante experiencia. A medida que continúe armando su propia historia, comenzará a tener una sensación de seguridad y una sensación de estar más vivo en el presente, así como una comprensión de cómo fue traumatizado y dónde encaja su trauma en su historia de vida en general".

Además, se le dice al sujeto que en los próximos días y semanas, sentirá progresivamente que están recuperando un sentimiento de propiedad de su cuerpo y de su mente.

"Descubrirá que se siente más libre para saber lo que sabe y sentir lo que siente sin sentirse abrumado, enfurecido, avergonzado o colapsado. Al final, tendrá un recuerdo de su trauma que es más aceptable y tolerable. Podrá manejar toda la experiencia de una mucho mejor manera y sentirá que ha logrado algo muy importante".

Una vez que el sujeto indica que comprende la tarea, el operador comienza a contar desde el 20 hasta el 1. Después de que el sujeto despierta, nuevamente se le da la señal post hipnótica, "¿está despierto?". Una vez que el sujeto dice "sí" o "ya" y comienza a entrar a otro trance, el operador le pregunta al sujeto: "cuénteme otra vez sobre su angustiada experiencia". ¿Cómo se siente al respecto de ella, ahora? "A medida que el sujeto responde, se presta especial atención a cómo el sujeto habla sobre su experiencia. Por lo general, se necesita poco estímulo para que el sujeto profundice en el evento, incluso mencionando partes de la experiencia que no estaban relacionadas anteriormente. Sin embargo, si el sujeto duda en elaborar o hablar, el operador puede indicar:

"...lo importante es lo que piensa ahora y cómo se siente ahora sobre lo que le sucedió y no lo que me relata. Si prefiere puede quedárselo para usted ahora y dejar que todo se hunda, creo que es una buena idea. Si alguna vez quiere hablar de ello en algún momento en el futuro, le agradeceré que me haya enseñado todo al respecto".

Finalmente, si el sujeto parece permanecer en trance, el operador comienza a contar de nuevo desde el 20 hasta el 1 y cuando el sujeto se despierta, no se da ninguna sugerencia post-hipnótica. En este punto, se le puede pedir al sujeto que hable un poco sobre lo que ha aprendido y cómo se siente. Se puede ofrecer una sesión de seguimiento días o semanas después en la que el operador puede evaluar los efectos de la hipnoterapia.

El enfoque hipnótico descrito anteriormente fue desarrollado por el autor mientras enseñaba a estudiantes de postgrado en psicología clínica en Guatemala durante los últimos diez años. Estos estudiantes a menudo son confrontados y desafiados por una población de pacientes expuestos a múltiples traumas. A través de la prueba y error, este enfoque evolucionó en respuesta a la necesidad de proporcionar una terapia de trauma efectiva pero breve.

En base a la investigación neurobiológica y clínica citada anteriormente, p. Sapolsky (2017: 129, 149), el autor plantea la hipótesis de que extrayendo los componentes (estímulos) de una memoria traumática dada, por separado, de forma fragmentaria, el paciente con Trastorno de Estrés Postraumático hipnotizado, por medio de su estado separado y disociado y su perspectiva, puede regular y reorganizar de manera más efectiva las respuestas de Estrés asociadas con su trauma. Se hipotetiza además que los pacientes fueron capaces de lograr esto, en parte, al utilizar su corteza pre frontal para iniciar y acelerar la "separación de patrones" a través de la neurogénesis del hipocampo con su integración neuronal resultante en otros circuitos asociados con el trauma. El autor sugiere que este "proceso de re-aprendizaje" se mejora considerablemente durante el estado alterado del trance hipnótico. Este proceso les permitió volver a aprender, revisar y re ensamblar sus recuerdos traumáticos, tanto dentro como fuera del trance hipnótico, lo que resulta en una reducción significativa de los síntomas de hiper excitación y re-experimentación. El trauma no fue reprimido o eliminado. Más bien, resurgió reordenado, menos angustiante y mejor tolerado.

Mientras investigaba la literatura de hipnoterapia sobre el Trastorno de Estrés Postraumático, el autor descubrió que el enfoque de reestructuración y

pantalla dividida de Spiegel (2004) compartía mucho en común con el enfoque del autor. Al igual que el enfoque de pantalla dividida de Spiegel, el autor también descubrió que su enfoque también ha sido eficaz en el tratamiento de una variedad de casos difíciles en los que los recuerdos emocionales intensos crean importantes desafíos de tratamiento, incluidas las fobias.

Conclusión

La investigación sobre la neurobiología del aprendizaje y la memoria respalda el concepto de que cada vez que se recupera y explora una memoria y luego se restaura de nuevo, la nueva bioquímica reemplaza a la anterior durante la reconsolidación de una memoria a largo plazo, lo que resulta en una alteración (en un grado u otro) en la memoria angustiante original en sí. De los enfoques psicológicos que se utilizan actualmente en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático, la hipnoterapia es particularmente adecuada para la recolección, la modulación, la integración y la reorganización de recuerdos traumáticos. Esto se debe, en parte, a la similitud entre los fenómenos hipnóticos y los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, en particular, la disociación, pero también a la flexibilidad y dinámica de los fenómenos hipnóticos en la creación de una terapia mediante la cual la naturaleza dolorosa e incapacitante del trauma puede ser mejor tolerado a través del proceso de reorganización de la memoria traumática original. En este artículo, el autor describe un enfoque hipnoterapéutico en el que los diversos estímulos y la información somato sensorial que comprende la memoria traumática se deconstruyen en sus diversos componentes (estímulos) utilizando sucesos de trance múltiple. Después de acceder y experimentar cada componente por separado, tanto en trance como en un breve estado posterior a la vigilia, se produce un trance final durante el cual los componentes de la memoria se vuelven a consolidar para formar una memoria recientemente organizada, lo que resulta en una marcada reducción en los síntomas de re experimentación e hiper activación haciendo al trauma, más tolerable y aceptable para el paciente.

La historia de la hipnosis como un tratamiento para las condiciones traumáticas se extiende por 200 años, sin embargo, hasta la fecha, no se ha realizado estudios sistemáticos de su eficacia como tratamiento Postraumático. (Carden ~ a, 2000). El autor sugiere que los estudios bien diseñados y controlados (incluida la neuroimagen) que demuestren su eficacia como tratamiento de trauma serán necesarios antes de que la hipnoterapia se convierta en una opción de tratamiento generalmente reconocida, enseñada y utilizada en la cultura clínica "científica" actual. Hasta entonces, la hipnoterapia seguirá siendo una opción de tratamiento Postraumático eficaz a corto plazo, aunque subutilizada.

Referencias

- Abramowitz, E. G., Barak, Y., Ben-Avi, I., & Knobler, H. Y. (2008). Hypnotherapy in the treatment of chronic combat-related PTSD patients suffering from insomnia: a randomized, zolpidem-controlled clinical trial. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 270-280.

- Bach, D. R., Tzovara, A., & Vunder, J. (2017). Blocking human fear memory with the matrix metalloproteinase inhibitor doxycycline. *Molecular Psychiatry*.

- Berg, A. O., Breslau, N., Lezak, M. D., Matchar, D. B., Mellman, T. A., Spiegel, D., & Vega, W. A. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder: an assessment of the evidence. Institute of.

- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Library*.

- Brooks, M. Positive Topline Results for Military-Related PTSD. *Medscape Medical News Psychiatry*. 5/19/2016.

- Bryant, R. A., Guthrie, R. M., Moulds, M. L., Nixon, R. D., & Felmingham, K. (2003). Hypnotizability and posttraumatic stress disorder: A prospective study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(4), 382-389.

- Canli, T., Zhao, Z., Brewer, J., Gabrieli, J. D., & Cahill, L. (2000). Event-related activation in the human amygdala associates with later memory for individual emotional experience. *Journal of Neuroscience*, 20(19), RC99-RC99.

- Carden˜a, E. (2000). Hypnosis in treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 225-238.

- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1067.

- Curran, V. How Ecstasy Augments Psychological Therapy in PTSD. Presentation given at the 29th European College of Neuropsychopharmacology Congress (ENCP) Sep. 27, 2016. Abstract S.23.02. Presented September 19, 2016.

- Deeley Q, Oakley DA, Toone B, Giampietro V, Brammer MJ, Williams SC, Hilligan PW. (2012). Modulating the default mode network using hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn*. 60(2):206-28. doi: 10. 1080/00207144.2012.648070.

- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2008). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.

- Gilbertson, M. W., Orr, S. P., Rauch, S. L., Pitman, R. K. (2015). Trauma and posttraumatic stress disorder. In: Stern, T. A., Rosenbaum, J. F., Fava, M., Biederman, J., & Rauch, S. L. (2008). *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. Elsevier Health Sciences: Ch. 34.

- Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B., & Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Library*.

- Izquierdo, I., & Medina, J. H. (1997). Memory formation: the sequence of biochemical events in the hippocampus and its connection to activity in other brain structures. *Neurobiology of Learning and Memory*, 68(3), 285-316.

- Jeffereys, M. (2012, September 12). Clinician's guide to medications for PTSD. Retrieved October 15, 2016, from www.ptsd.va.gov/professional/pages/clinicians-guide-to-medications-for-ptsd.asp

- Jiang, H., White, M. P., Greicius, M. D., Waelde, L. C., & Spiegel, D. (2016). Brain activity and functional connectivity associated with hypnosis. *Cerebral Cortex*.

- Kelmendi, B., Adams, T. G., Yarnell, S., Southwick, S., Abdallah, C. G., & Krystal, J. H. (2016). PTSD: From neurobiology to pharmacological treatments. *European Journal of Psychotraumatology*, 7.

- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-647.

- Lynn, S. J., Malakataris, A., Condon, L., Maxwell, R., & Cleere, C. (2012). Post-traumatic stress disorder: cognitive hypnotherapy, mindfulness, and acceptance-based treatment approaches. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(4), 311-330.

- Melville, N. A. (2017, April 12). Patient Preference Key to PTSD Treatment Adherence. Retrieved April 13, 2017, from <http://www.medscape.com/viewarticle/878509>.

- Polusny, M. A., Erbes, C. R., Thuras, P., Moran, A., Lamberty, G. J., Collins, R. C., ... & Lim, K. O. (2015). Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress disorder among veterans: A randomized clinical trial. *Jama*, 314(5), 456-465.

- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *The Cochrane Library*.

- Sapolsky, R. M. (2017). *Behave: The Biology of Humans at Our Best and Worst*. Penguin.

- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515-1522.

- Soeter, M., & Kindt, M. (2015). "An abrupt transformation of phobic behavior following a post-retrieval amnesic agent". *Biological Psychiatry*, 78, 880-886.

- Spiegel, D., Hunt, T., & Dondershine, H. E. (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 145(3), 301.

- Spiegel, D. (1992). The use of hypnosis in the treatment of PTSD. *Psychiatric Medicine*, 10(4), 21.

- Spiegel D. Trauma, Dissociation and Memory, in *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. Edited by Yehuda R. McFarlane A. New York, the New York Academy of Sciences, 1997, pp 225-237.

- Spiegel, D., & Cardeña, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 366.

- Spiegel, H., & Spiegel, D. (2004). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. American Psychiatric Pub.

- Article: Functional Connectivity & Hypnosis [E-mail to D. Spiegel]. (2016, October 12).

- Stutman, R. K., & Bliss, E. L. (1985). Posttraumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery. *The American Journal of Psychiatry*, 142(6), 741-3.

- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 330.

- *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. Institute of Medicine (US). Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder National Academies Press, 2008.