

La hipnosis y los trastornos posttraumáticos

Etzel Cardeña*, José Maldonado, María José Galdón y David Spiegel

Uniformed Services. University of the Health Sciences. Bethesda, MD (United States of America)

Resumen: De acuerdo con las estadísticas, casi todos nosotros experimentaremos al menos un suceso traumático a lo largo de nuestra vida, pero sólo una minoría desarrollará una condición posttraumática (por ejemplo, trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés posttraumático). El uso de la hipnosis en el tratamiento de las condiciones posttraumáticas tiene una historia larga y venerable. Sus técnicas deberían ser particularmente útiles en estos casos porque, al parecer, aumentan la eficacia de otros enfoques terapéuticos más generales y porque los pacientes posttraumáticos tienden a ser muy hipnotizables y sufrir de síntomas disociativos y otros que responden bien a las intervenciones hipnóticas. La hipnosis es particularmente adecuada para un enfoque en tres fases del tratamiento de las condiciones posttraumáticas, con técnicas como la relajación, reforzamiento del ego y procesamiento memorístico. Los teóricos y terapeutas interesados en el trauma, deberían considerar un entrenamiento serio en hipnosis.

Palabras clave: Trastorno por estrés posttraumático, trastorno agudo de estrés, trauma, hipnosis

Title: The hypnosis and the posttraumatic disorders.

Abstract: The statistics show that the majority of us will experience at least one traumatic event during our lifetime, although only a minority will develop posttraumatic conditions (e.g., acute stress disorder or posttraumatic stress disorder). Hypnosis for the treatment of posttraumatic conditions has a long and venerable history. Its techniques should be particularly useful for these conditions because they seem to augment the efficacy of general therapeutic approaches, and because posttraumatic patients tend to be highly hypnotizable and suffer from dissociative and other symptoms amenable to hypnotic interventions. Hypnosis is well suited to a three phase approach for the treatment of posttraumatic conditions, with such techniques as relaxation, ego strengthening, and memory processing. Trauma therapists and theorists should consider serious training in hypnosis.

Key words: Posttraumatic stress disorder, acute stress disorder, trauma, hypnosis

"Mild hypnosis is sometimes useful to accelerate the cure..."
[La hipnosis leve es útil en ocasiones para acelerar la curación (de trastornos posttraumáticos)].

Emilio Mira, 1943, p. 102

La ubicuidad del trauma

El uso de técnicas hipnóticas en el tratamiento de psicopatologías posttraumáticas tiene una historia larga y venerable. En este artículo describiremos la naturaleza de los eventos traumáticos y las reacciones posttraumáticas patológicas, revisaremos brevemente la historia del uso de la hipnosis para los trastornos posttraumáticos, y daremos una introducción a las técnicas hipnóticas utilizadas en estos trastornos. Aún

cuando en España no es habitual el uso de la hipnosis en el tratamiento de pacientes posttraumáticos, justificaremos la conveniencia de añadir esta modalidad al repertorio terapéutico.

La tercera edición revisada del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R; APA, 1987) definía al trauma como una experiencia ajena a la experiencia humana habitual. Quizás más en este siglo que en muchos otros, tal definición se antoja insostenible. Nuestro siglo no sólo ha presenciado dos conflictos bélicos mundiales, el holocausto y la bomba atómica, sino también una presencia constante de guerras civiles fratricidas, ataques entre países vecinos, y un largo etcétera de crueldades perpetradas por los humanos hacia sus semejantes. A la aparentemente incontenible violencia humana hay que añadir la forma en que la naturaleza nos recuerda nuestra fragilidad y tem-

Etzel Cardeña, Ph.D., José Maldonado, M.D., María José Galdón, Ph.D. y David Spiegel, M.D.

* **Dirección para correspondencia / Address for correspondence:** Etzel Cardeña. Uniformed Services. University of the Health Sciences. 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, MD 20814 (U.S.A.)
E-mail: ecardena@mx3.usuhs.mil

poralidad, como en la riada de "Las Nieves" de 1996 (véase Colegio Oficial de Psicólogos, 1997).

No es de extrañar, pues, que investigaciones epidemiológicas en los Estados Unidos hayan señalado que la experiencia de eventos traumáticos es más la norma que la excepción. Por ejemplo, Norris (1997) observó que un 69% de una muestra de 1,000 sujetos había experimentado durante su vida al menos uno de 10 tipos de eventos traumáticos. Resnick et al. (1993) hallaron el mismo porcentaje en una muestra de 4,008 mujeres. Aunque es probable que la prevalencia de algunos eventos traumáticos sea menor en España, los accidentes automovilísticos, violaciones, asaltos, actos terroristas y catastrofes naturales, no son ajenos a este país.

Los trastornos postraumáticos

Aunque los diagnósticos de trastorno por estrés posttraumático (PTSD o TEP, en 1980) y de trastorno agudo de estrés (ASD o TAE, en 1994) son de reciente cuño, desde hace siglos se ha observado que los eventos traumáticos están asociados con perturbaciones psicológicas y fisiológicas. En los últimos cien años se han dado varios nombres a estos problemas, incluyendo 'corazón de soldado' (soldier's heart), choque de bombardeo (shell-shock) y neurosis de miedo o traumáticas (véase Brende, 1985; van der Kolk, Weisaeth & van der Hart, 1997). Empero, también se ha señalado que la mayoría de individuos expuestos a eventos traumáticos no desarrollan problemas crónicos. Por ejemplo, en el estudio de Resnick y colaboradores (1993), pese a que 69% de la muestra había reportado un evento traumático durante su vida, sólo un 12% de la muestra podría haber recibido el diagnóstico de trastorno por estrés posttraumático en algún momento. Aunque las patologías posttraumáticas crónicas por lo general ocurren sólo en una minoría (Yehuda y McFarlane, 1995), este grupo requiere un tratamiento psicológico eficaz para evitar una vida de sufrimiento. Las técnicas hipnóti-

cas pueden ser de gran utilidad para estos pacientes.

Debemos señalar que el impacto de un evento traumático parece depender de muchos factores, incluyendo el tipo de trauma (por ejemplo, las violaciones producen una mayor incidencia de problemas psicológicos que participar en combate; Davidson et al., 1996) y psicopatología previa (Green, 1994). Las reacciones a eventos traumáticos varían desde alteraciones pasajeras en las áreas conductual (p.ej., evitación, hiperactividad), afectiva (p.e., ansiedad, depresión), cognitiva (pensamientos intrusivos, disociación) y psicósomática (p.ej., trastornos intestinales), hasta cuadros posttraumáticos crónicos (van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996). La edición actual del DSM-IV (APA, 1994) señala dos síndromes posttraumáticos: el trastorno agudo de estrés y el trastorno por estrés posttraumático, aunque otros síndromes clínicos pueden aparecer en forma aislada o en forma comórbida con estos síndromes.

De acuerdo al DSM-IV, los criterios del trastorno por estrés posttraumático son: verse expuesto a un acontecimiento traumático, la reexperimentación persistente de tal acontecimiento (p.ej., mediante recuerdos intrusivos o sueños), la evitación persiste de estímulos asociados con tal evento, e hiperexcitabilidad. Dichos síntomas deben causar deterioro o sufrimiento clínicamente significativos durante más de un mes después del acontecimiento traumático. Es importante señalar que pacientes con este trastorno suelen sufrir también de síntomas disociativos.

En un número reciente de Papeles del Psicólogo sobre Intervención Psicológica en Desastres, desafortunadamente ninguno de los autores hizo referencia al trastorno agudo de estrés (TAE), pese a ser un diagnóstico reconocido por el DSM-IV. Ello puede implicar que este trastorno es aún poco conocido en España. Los criterios del TAE son: estar expuesto a un evento traumático; tres o más fenómenos disociativos tales como desapego emocional, amnesia o despersonalización; las tres clases de síntomas del trastorno por estrés posttraumático

(re-experimentación del evento traumático; un estado excesivo de ansiedad o excitación; y desapego emocional o evitación). El diagnóstico también requiere que los síntomas persistan más de dos días después del evento traumático. Si los síntomas persisten más de un mes, el diagnóstico cambia a trastorno posttraumático de estrés (APA, 1994; Cardaña, 1995).

Dos razones primordiales impulsaron la creación de este nuevo diagnóstico: observaciones clínicas e investigaciones que muestran que los fenómenos disociativos son uno de los predictores más importantes de problemas posttraumáticos crónicos (Spiegel, Koopman, Cardaña & Classen, 1996), y el hecho de que no se puede diagnosticar TEP sino hasta un mes después del evento traumático. Las personas afectadas por un trauma pueden sufrir de problemas clínicos serios y esperar un mes para proporcionar diagnóstico y tratamiento puede disminuir la probabilidad de una recuperación pronta y completa. Desde la publicación del DSM-IV, varias investigaciones han apoyado la validez de este diagnóstico (p.ej., Bremner et al., 1992; Cardaña et al., 1997; Classen et al., 1998; Ehlers, Mayou y Bryant, 1998; Koopman et al. 1996; Marmar et al., 1994; Shalev et al., 1996; Staab et al., 1996), aunque existen problemas conceptuales y empíricos que necesitarán mayor refinamiento (Bryant & Harvey, 1997).

Justificación del uso de la hipnosis para trastornos posttraumáticos

Hay cuatro razones principales para usar la hipnosis y técnicas afines en el tratamiento de trastornos posttraumáticos:

Primero, las técnicas hipnóticas pueden integrarse fácilmente a enfoques terapéuticos diversos tales como las terapias psicodinámica, cognitivo-comportamental y farmacológica (Kirsch, Capafons, Cardaña y Amigó, 1999; Muraoka et al, 1996; Spiegel y Spiegel, 1987). ¿Pero por qué añadir técnicas hipnóticas a estas terapias? Porque los meta-análisis sobre el uso de la hipnosis para tratar trastornos clínicos diversos han mostrado que ésta tiene un efecto

sinérgico en las terapias con las que se integra, en ocasiones aumentando en un 100% la eficacia de dichas terapias (Kirsch, Montgomery y Sapirstein, 1995; Smith, Glass y Miller, 1980; Kirsch et al, 1999). Con todo, hay que mencionar que falta investigación sistemática directa sobre la eficacia de la hipnosis para los trastornos posttraumáticos.

Segundo, los pacientes con TEP suelen tener una mayor respuesta a sugerencias hipnóticas que la mayoría de otros grupos clínicos y 'normales' (Cardaña, 1996; Kluft, 1985; Spiegel, Hunt y Dondershine 1988; Stutman y Bliss, 1985). Como algunos autores han señalado (Levitt, 1994; Spiegel et al., 1993), las técnicas hipnóticas son más eficaces con individuos moderada o altamente hipnotizables, aunque otros factores también afectan la respuesta a la hipnosis (p. e.j., expectativas, véase Schoenberger et al., 1997).

Tercero, la gran mayoría de pacientes con síndromes posttraumáticos sufren también síntomas disociativos (p.ej., Cardaña, 1996; Dracu et al., 1996; Hyer et al., 1993). Ya William McDougall (1920) había comentado que es esencial tratar a la disociación en los síndromes posttraumáticos. Puesto que la hipnosis puede inducir experiencia disociativas en una forma controlada y estructurada, los pacientes pueden aprender técnicas para modular y controlar la aparición involuntaria de estos fenómenos (Spiegel y Cardaña, 1990). Incluso, se pueden usar técnicas hipnóticas para re-estructurar y utilizar fenómenos disociativos con fines terapéuticos (Edgette y Edgette, 1995; Phillips, 1993).

Finalmente, la investigación ha apuntado que durante o después del trauma pueden producirse fenómenos disociativos, incluyendo amnesias totales o, más frecuentemente, parciales (p. ej., Cardaña y Spiegel, 1993; Brown, Schefflin y Hammond, 1998) Los dos modelos predominantes en el tratamiento de trastornos posttraumáticos, el psicodinámico y el cognitivo-comportamental, enfatizan la importancia de recordar el suceso traumático, ya sea para integrar dicha memoria a la personalidad del individuo, o para proporcionar una exposición

repetida al suceso traumático hasta conseguir la extinción de respuestas desadaptativas. Puesto que la hipnosis y los sucesos traumáticos pueden producir estados cognitivos con algunas semejanzas (p. ej., reducción del foco de conciencia, alteraciones en la percepción del tiempo), la teoría de memoria dependiente del estado (mood dependent memory; Overton, 1978) predice que los eventos traumáticos olvidados podrán ser más fácilmente recordados en un contexto hipnótico que ponga a la persona en un estado semejante al del trauma. La facilitación del recuerdo por un estado de conciencia congruente es más evidente cuando otros estímulos asociados con la memoria están ausentes (cf. Eich, 1995). Cabe indicar que es necesario evaluar esta hipótesis en el laboratorio con pacientes posttraumáticos, investigación que aún está por realizarse.

Breve historia del uso de la hipnosis en síndromes posttraumáticos

Probablemente el primer uso de técnicas hipnóticas es el registrado en 1813 por médicos holandeses para tratar un proceso de duelo traumático (cf. Vijselaar y van der Hart, 1992). El uso más generalizado de la hipnosis se remonta a la Primera Guerra Mundial, en que se utilizó para lograr una descarga emocional de memorias traumáticas olvidadas, para restablecer sensación y movimiento en síntomas de conversión, y para lograr una reestructuración cognitiva de la memoria.

Paradójicamente Francia prohibió el uso de la hipnosis en hospitales militares (Southard y Fenton, 1919, p. 740), pese a que Pierre Janet había utilizado la hipnosis exitosamente en cuadros posttraumáticos (van der Hart, Brown y van der Kolk, 1989). Los ejércitos Estadounidense y Británico utilizaron la técnica, particularmente después de artículos como los de Charles Myers, quien describió el uso de la hipnosis para aliviar síntomas posttraumáticos tales como la amnesia, alteraciones perceptuales y reacciones de conversión. (p. ej., Myers, 1916). El británico W. H. Rivers también usó la hipnosis y la reestructuración cognitiva (lo que

llamó "re-educación") con pacientes posttraumáticos. En uno de sus ejemplos de "re-educación", convenció a un paciente de que el horror que había sentido al ver a su amigo volar literalmente en pedazos podía ser substituido por el alivio al saber que tal muerte había sido instantánea y que su amigo no había sufrido. En su antología, Southard y Fenton (1919) describieron 27 curas 'milagrosas' con técnicas hipnóticas, aunque también recomendaron un proceso de re-educación. Hadfield realizó una investigación más sistemática con pacientes de la Primera Guerra Mundial. En un seguimiento con 100 pacientes tratados con "hipnoanálisis", un 90% había logrado una buena adaptación laboral dieciocho meses después de su servicio militar (véase Hadfield, 1944). El psiquiatra español Emilio Mira, quien participó en la Guerra Civil Española, escribió que la hipnosis leve era una técnica útil para pacientes imaginativos y emocionales (quizás altamente hipnotizables?; Mira, 1943).

En la Segunda Guerra Mundial, el desarrollo de la narcoterapia (véase Naples y Hackett, 1978; Sargant, 1942) con medicamentos tales como el sodio-amital hizo que el uso de la hipnosis disminuyera, aunque algunos autores continuaron usando dicha técnica (p.ej., Kardiner y H. Spiegel, 1947). En la actualidad, el péndulo se ha movido nuevamente del uso de narcoterapia al de técnicas hipnóticas, ya que la hipnosis es cuando menos tan eficaz como la narcoterapia, pero sin las reacciones secundarias y riesgos de ésta (Putnam, 1992). Quizás la descripción más completa de las técnicas hipnóticas para condiciones posttraumáticas durante la Segunda Guerra Mundial sea la de Watkins (1949).

Más recientemente, se han utilizado técnicas hipnóticas con diversas poblaciones. Balson y Dempster (1980) describieron el tratamiento de 15 veteranos de Vietnam con condiciones posttraumáticas crónicas o agudas. Los autores utilizaron la hipnosis para fomentar la abreacción, dentro de un contexto psicodinámico. Concluyeron que en el seguimiento, conducido entre 4-24 meses después de finalizar el tratamiento, 12 de los 15 pacientes se mantenían li-

bres de síntomas. Con los datos que proporcionaron los autores, hicimos una prueba binomial que mostró que el nivel de hipnotizabilidad de los pacientes estaba relacionado con el éxito de la terapia ($p < .05$). Brende y Benedict (1980) y D. Spiegel (1981) han descrito otros casos en que la hipnosis fue de gran utilidad con veteranos norteamericanos de la guerra de Vietnam.

Varios estudios de casos, con las correspondientes limitaciones metodológicas, sugieren que las técnicas hipnóticas son útiles con víctimas de asalto sexual y violación (Benningfield, 1992; Ebert, 1988, Manning, 1996; Phillips, 1993; Roth y Batson, 1993; Smith, 1991; D. Spiegel, 1989.), accidentes automovilísticos (Kingsbury, 1988; Leung, 1994), víctimas del holocausto (Somer, 1994) y recuperación de la conciencia durante cirugía (Peebles, 1989).

Otros estudios muestran la eficacia de la hipnosis con grupos culturales diversos, incluyendo a indígenas norteamericanos (Krippner y Colodzin, 1989) e inmigrantes asiáticos (Lee y Lu, 1989) e hispanos a los Estados Unidos (Dobkin de Ríos y Friedmann, 1987). También hay estudios de caso en el uso de la hipnosis con niños traumatizados (Friedrich, 1991; Kluft, 1991; Rhue y Lynn, 1991). El único estudio con asignación aleatoria y otros controles experimentales es el de Brom y colegas (1989), quienes compararon a la hipnosis con la desensibilización sistemática y psicoterapia psicodinámica en el tratamiento de 112 individuos con desórdenes posttraumáticos. Al final del tratamiento y en un seguimiento, las tres técnicas mostraron su eficacia en comparación con la línea bases y con un grupo de espera. La técnica hipnótica fue particularmente útil para los síntomas de re-experimentación. En un meta-análisis de varias formas de tratamiento, Sherman (1998) concluyó que la hipnosis es particularmente útil para mantener ganancias terapéuticas a largo plazo. Como mencionamos anteriormente, las técnicas hipnóticas pueden integrarse con diversas terapias, entre ellas la terapia cognitivo- conductual (French, 1995), las intervenciones estratégicas (Kingsbury,

1992), y la terapia de estados del yo (ego state therapy; Phillips, 1993).

Introducción al uso de la hipnosis para trastornos posttraumáticos

La hipnosis en los trastornos posttraumáticos tiene varios usos, incluyendo las sugerencias de apoyo; el trabajo con memorias traumáticas, con o sin abreacción, (Brende, 1985); y la reinterpretación cognitiva de sucesos traumáticos, como en el famoso caso de Janet en que substituyó una memoria traumática por una benigna (van der Hart, Brown, y van der Kolk, 1989).

La hipnosis puede estar presente en las etapas típicas del tratamiento de trauma (descritas primero por Janet, véase van der Hart et al., 1989). Estas etapas incluyen: 1) establecer la relación terapéutica, disminuir la sintomatología y estabilizar al paciente, 2) el trabajo terapéutico con las memorias traumáticas, y 3) la reintegración psicológica, laboral y social del paciente.

Durante la fase inicial, se pueden dar sugerencias hipnóticas de relajación, especialmente importante en pacientes que, por definición, suelen ser ansiosos e hiperexcitables. Una vez que el paciente ha experimentado quietud y serenidad en el consultorio, se le puede enseñar auto-hipnosis para que consiga resultados similares en su vida cotidiana. Otras sugerencias pueden centrarse en aliviar síntomas comunes entre pacientes posttraumáticos, como el dolor físico, malestar, y perturbaciones de sueño (p. ej., Eichelman, 1985; Jiranek, 1993). Una vez que se ha establecido la relación terapéutica dentro de un marco de seguridad y confianza, se puede pasar a la segunda fase, es decir, el trabajo terapéutico con memorias traumáticas.

Evocar el recuerdo de eventos traumáticos requiere mucho cuidado, para evitar retraumatizar al paciente. Se ha sugerido que revivir memorias traumáticas puede ser contraproducente a menos que el paciente sienta seguridad en la terapia y tenga suficiente fortaleza del yo para confrontar tal material (p.ej., Peebles, 1989). En este proceso, el brindar atención apropiada a los fenómenos de transferencia es especialmente importante (Spiegel, 1992). Las

técnicas hipnóticas pueden facilitar que la reexperimentación de recuerdos traumáticos ocurra en un contexto controlado que comprometa emocional y cognitivamente, pero sin abrumar al paciente (Scheff, 1980).

El trabajo con estos recuerdos debe proceder a un ritmo que los pacientes puedan tolerar. Las técnicas deben adaptarse a las necesidades particulares de los pacientes, enfatizando su control físico y emocional. Algunos pacientes temen que si recuerdan el trauma una vez más perderán el control y simbólicamente vivirán de nuevo la impotencia experimentada durante dicho episodio. Una de las ventajas de la hipnosis es que permite que los pacientes se distancien de sus memorias en una forma controlada, de ser necesario. El terapeuta sirve de guía y ayuda a controlar el recuerdo y expresión de las memorias dolorosas, y de los sentimientos asociados con ellas. Otras técnicas útiles en esta fase incluyen la proyección de las memorias en una pantalla televisiva imaginaria, cuya imagen y sonido el paciente puede controlar, la regresión hipnótica a eventos previos, y la relajación (véase Cardeña, Maldonado, van der Hart y Spiegel, en prensa). Es importante señalar que el terapeuta debe evitar el dar sugerencias implícitas o explícitas para que el paciente 'recuerde' memorias traumáticas que no había recordado hasta ese momento. Por supuesto, esto no niega que durante la terapia, con o sin hipnosis, los pacientes puedan recordar eventos o detalles genuinos que habían olvidado, pero el que una memoria se recuerde o surja repentinamente durante un proceso hipnótico no es ninguna garantía de su autenticidad (p. e.j., McConkey & Sheehan, 1995), pese a la opinión de algunos. Los terapeutas deben tomar en cuenta que la hipnosis acarrea cierto aumento en la sugestibilidad, por lo que se debe evitar formular preguntas sugestivas que puedan predisponer al paciente a crear memorias falsas (Butler y Spiegel, 1997). Finalmente, en la etapa final o de reintegración, se estimula al paciente para que integre el evento traumático en una forma adaptativa, de tal forma que pueda restablecer patrones emocionales, cognitivos y conductuales que permitan el desarrollo perso-

nal; también se debe fomentar el uso de formas de afrontamiento adecuadas. Las técnicas de auto-hipnosis en la vida cotidiana y sugerencias de fortalecimiento del yo son indicadas en esta fase.

Hemos descrito un modelo de tratamiento de pacientes posttraumáticos que utiliza ocho procesos terapéuticos en los que se puede integrar la hipnosis (Maldonado y Spiegel 1998; Spiegel y Cardeña de 1990). Los pasos, identificados por palabras que empiezan con la letra 'c' son: 1) confrontación del evento traumático, 2) confesión de sentimientos y pensamientos relacionados con el evento traumático, 3) hacer conscientes aspectos del trauma que el paciente disoció, 4) un consuelo terapéutico que muestre empatía profesional con el sufrimiento del paciente, 5) condensación de varios traumas en una imagen que pueda ser más manejable, 6) un desarrollo de la concentración en estos pacientes que, por lo general, sufren problemas de atención, 7) un mayor sentido de control de sentimientos y cogniciones, y 8) el desarrollo de la congruencia personal, para lograr una mejor integración de los procesos psicológicos del paciente. También es importante ayudar al paciente a que establezca patrones saludables con su comunidad social y laboral. Este modelo está descrito con mucho mayor amplitud en las referencias citadas anteriormente.

En pacientes posttraumáticos para quienes la relajación no es aconsejable, ya sea por miedo, por problemas de presión baja, o por una tendencia a quedarse dormidos, se pueden emplear técnicas que fomenten un estado de alerta (Cardeña et al., 1998). Finalmente, para aquellos pacientes renuentes a utilizar la hipnosis, se pueden emplear técnicas de sugestión que no usan inducciones hipnóticas, tales como la terapia emocional de auto-regulación, desarrollada por los españoles Amigó y Capafons (Bayot, Capafons y Cardeña, 1997; Kirsch et al., 1999).

Finalmente, la investigación ha apuntado que durante o después del trauma pueden producirse fenómenos disociativos, incluyendo amnesias totales o, más frecuentemente, parciales (p. ej., Cardeña y Spiegel, 1993; Brown, Scheflin y Hammond, 1998). Los dos modelos

predominantes en el tratamiento de trastornos posttraumáticos, el psicodinámico y el cognitivo-comportamental, enfatizan la importancia de recordar el suceso traumático, ya sea para integrar dicha memoria a la personalidad del individuo, o para proporcionar una exposición repetida al suceso traumático hasta conseguir la extinción de respuestas desadaptativas. Un estudio reciente confirma que el recuerdo deficiente de las memorias traumáticas (en este caso después de un accidente automovilístico) es un predictor significativo de psicopatología crónica (Harvey, Bryant & Dang, 1998).

Conclusión

Aunque la investigación sistemática del uso de la hipnosis para trastornos posttraumáticos es limitada, la evidencia clínica sugiere de forma

consistente que la hipnosis puede facilitar, intensificar, y acortar el tratamiento. Los estudios meta-analíticos de la hipnosis para otras condiciones clínicas han mostrado que incrementa la eficacia de las terapias con las que se integra. La hipnosis es especialmente prometedora en los trastornos posttraumáticos porque ha mostrado su eficacia en muchos de los síntomas posttraumáticos y porque los pacientes posttraumáticos tienden a ser altamente disociativos e hipnotizables. Esperamos que este trabajo estimulará a los terapeutas e investigadores españoles que trabajan con pacientes posttraumáticos a obtener entrenamiento profesional en técnicas hipnóticas.

Nota: Agradecemos la ayuda editorial de la Profesora María José Galdón.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Balson, P. M., y Dempster, C. R. Treatment of war neuroses from Vietnam. *Comprehensive Psychiatry*, 211, 167-175, 1980.
- Bayot, A., Capafons, A., y Cardeña, E. (1997). Emotional self-regulation therapy: A new and efficacious treatment for smoking. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40, 146-156.
- Benningfield, M. F. (1992). The use of hypnosis in the treatment of dissociative patients. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1, 17-31.
- Bremner, J. D., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R., y Charney, D.S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328-32.
- Brende, J. (1985). The use of hypnosis in posttraumatic conditions. En W. E. Kelly (Ed.), *Post-traumatic stress disorder and the war patient* (pp. 193-210). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Brende, J., y Benedict, B. (1980). The Vietnam combat delayed stress response syndrome: Hypnotherapy of "dissociative symptoms". *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 38-40.
- Brom, D., Kleber, R. J., y Defare, P. B. (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Brown, D., Schefflin, A., y Hammond, C. (1988). *Memory, trauma treatment, and the law*. Nueva York: Norton.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1997). Acute stress disorder: A critical review of diagnostic issues. *Clinical Psychology Review*, 17, 757-773.
- Butler, L., y Spiegel, D. (1997). Trauma and Memory. En: L. Dickstein, M. Riba, y J. Oldham, J., (Eds.), *Review of Psychiatry* (pp. 11-53). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Cardeña, E. (1995). Los trastornos disociativos. En V. E. Caballo, J. A. Carrobes y G. Buela Casal (Eds.), *Manual de psicopatología y desórdenes psiquiátricos* (493-523). Madrid: Siglo XXI.
- Cardeña, E. (1996). Dissociativity in Gulf War PTSD patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 394.
- Cardeña, E., Alarcón, A., Capafons, A., y Bayot, A. (1998). Effects on suggestibility of a new method of active-alert hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 3, 280-294.
- Cardeña, E., Grieger, T., Staab, J., Fullerton, C., y Ursano, R. (1997). Memory disturbances in the acute aftermath of disasters. En J. Don Read y D. Stephen Lindsay (Eds.), *Recollections of trauma* (p. 568). Nueva York: Plenum.
- Cardeña, E., Holen, A., McFarlane, A., Solomon, Z., Wilkinson, C., y Spiegel, D. (1998). A multi-site study of acute-stress reaction to a disaster. En T. A. Widiger, et al. (Eds.), *Sourcebook for the DSM-IV. Vol. IV* (pp. 377-391). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Cardeña, E., Maldonado, J., van der Hart, O., y Spiegel, D. (en prensa). *The use of hypnosis in the treatment of PTSD. ISSTS*.

- Cardeña, E., y Spiegel, D. (1993). Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *American Journal of Psychiatry*, 150, 474-478.
- Classen, C., Koopman, C., Hales, R., y Spiegel, D. (1998). Acute Stress Disorder as a Predictor of Posttraumatic Stress Symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 155, 620-624.
- Colegio Oficial de psicólogos (1997). Intervención psicológica en desastres. Papeles del Psicólogo, 68.
- Davidson, J., Foa, E. B., Blank, A. S., et al. (1996). Post-traumatic stress disorder. En T. A. Widiger, et al. (Eds.), *Sourcebook for the DSM-IV. Vol. II* (pp. 577-605). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Dobkin de Ríos, M., y Friedmann, J. K. (1987). Hypnotic therapy with Hispanic burn patients. *International Journal of Clinical and Experimental*, 35, 87-94.
- Dracu, C. V., Riggs, D. S., Hearst-Ikeda, D., Shoyer, B. G., y Foa, E. B. (1996). Dissociative experiences and Post-traumatic Stress Disorder among female victims of criminal assault and rape. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 253-267.
- Ebert, B. W. (1988). Hypnosis and rape victims. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31, 50-56, 1988.
- Edgette, J. H., y Edgette, J. S. (1995). *The handbook of hypnotic phenomena in psychotherapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Eich, E. (1995). Searching for mood dependent memory. *Psychological Science*, 6, 67-75.
- Eichelman, B. (1985). Hypnotic change in combat dreams of two veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 112-114.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., y Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.
- Ffrench, C. (1995). The meaning of trauma: Hypnosis and PTSD. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23, 113-123.
- Friedrich, W. N. (1991). Hypnotherapy with traumatized children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39, 67-81.
- Green, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of traumatic stress*, 7, 341-362.
- Hadfield, J. A. (1944). Treatment by suggestion and hypnosis. En E. Miller (Ed.), *The neuroses in war* (pp. 128-149). Nueva York: Macmillan.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., y Dang, S. T. (1998). Autobiographical memory in acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 500-506.
- Hyer, L. A., Albrecht, W., Poudewyns, P. A., Woods, M. G., y Brandsma, J. (1993). Dissociative experiences of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Psychological Reports*, 73, 519-530.
- Jiranek, D. (1993). Use of hypnosis in pain management in post-traumatic stress disorder. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 21, 75-84.
- Kardiner, A., y Spiegel, H. (1947). *War stress and neurotic illness*. Nueva York: Hoeber.
- Kingsbury, S. J. (1992). Brief hypnotic treatment of repetitive nightmares. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 161-169.
- Kirsch, I., Capafons, A., Cardeña, E., y Amigó, S. (Eds.) (1998). *Clinical hypnosis and self-regulation therapy: A cognitive-behavioral perspective*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kirsch, I., Montgomery, G., y Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220.
- Kluft, R.P. (1985). Dissociation as a Response to Extreme Trauma. En R. P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 66-97). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1991). Hypnosis in childhood trauma. En W. Wester y D. J. O'Grady (Eds.), *Clinical hypnosis with children* (pp. 53-68). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Koopman, C., Classen, C., y Spiegel, D. (1996). Dissociative responses in the immediate aftermath of the Oakland/Berkeley Firestorm. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 521-540.
- Krippner, S., y Colodzin, B. (1989). Multicultural methods of treating Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder. *International Journal of Psychosomatics*, 36, 79-85.
- Lee, E., y Lu, F. (1989). Assessment and treatment of Asian-American survivors of mass violence. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 93-120.
- Leung, J. (1994). Treatment of post-traumatic stress disorder with hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 22, 87-96.
- Levitt, E. E. (1994). Hypnosis in the treatment of obesity. En S. J. Lynn, J. W. Rhue, e I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 533-553). Washington, DC: American Psychological Association.
- Maldonado, J. R. y Spiegel, D. (1998). Trauma, dissociation and hypnotizability. En C. Marmar y D. Bremner (Eds.), *Trauma, memory and dissociation* (pp. 57-106). American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Manning, C. (1996). Treatment of trauma associated with childhood sexual assault. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 36-45.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, B.K., Kulka, R.A., y Hough, R. L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- McConkey, K. M., & Shehaan, P. W. (1995). *Hypnosis, memory, and behavior in criminal investigation*. Nueva York: Guilford.
- McDougall, W. (1920-21). Discussion of the revival of emotional memories and its therapeutic value. *British Journal of Psychology*, 1, 23-29.
- Mira, E. (1943). *Psychiatry in war*. Nueva York: Norton.
- Myers, C. S. (Marzo 18, 1916). Contributions to the study of shell-shock. *The Lancet*, 608-613.
- Naples, M., y Hackett, T. P. (1978). The Amytal interview: history and current uses. *Psychosomatics*, 19, 98-105.
- Norris, F. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on dif-

- ferent demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Overton, D. A. (1978). Major theories of state dependent learning. En B. T. Ho, D. W. Richards, y D. L. Chute (Eds.), *Drug discrimination and state dependent learning* (pp. 283-318). Nueva York: Academic Press.
- Peebles, M. J. (1989). Through a glass darkly: The psychoanalytic use of hypnosis with posttraumatic stress disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37, 192-206.
- Phillips, M. (1993). Turning symptoms into allies: Utilization approaches with posttraumatic symptoms. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 179-189.
- Putnam, F. W. (1992). Using hypnosis for therapeutic ab-reactions. *Psychiatric Medicine*, 10, 51-65.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., y Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- Rivers, W. H. (Febrero 2, 1918). The repression of war experience. *The Lancet*, 173-177.
- Roth, S. H., y Batson, R. (1993). The creative balance: The therapeutic relationship and thematic issues in trauma resolution. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 159-177.
- Sargant, W. (Noviembre 14, 1942). Physical treatment of acute war neuroses. *British Medical Journal*, 574-576.
- Scheff, T. (1980). *Catharsis in healing ritual, and drama*. CA: University of California Press, 1980.
- Schoenberger, N., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G., y Pastyrnak, S. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, 28, 127-140.
- Shalev, A. Y., Bonne, O., y Eth, S. (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. *Psychosomatic Medicine*, 58, 165-182.
- Sherman, J. J. Effects of psychotherapeutic treatment for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 413-436.
- Smith, M. L., Glass, G. V., y Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Smith, W. H. (1991). Antecedent of posttraumatic stress disorder: Wasn't being raped enough? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39, 129-133.
- Somer, E. (1994). Hypnotherapy and regulated uncovering in the treatment of older survivors of Nazi persecution. *Clinical Gerontologist*, 14, 47-65.
- Southard, E. E., y Fenton, N. (1919). *Shell-shock and other neuropsychiatric problems*. Boston: W. M. Leonard.
- Spiegel, D. (1981). Vietnam grief work using hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24, 33-40.
- Spiegel, D. (1989). Hypnosis in the treatment of victims of sexual abuse. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 295-305.
- Spiegel, D. (1992). The use of hypnosis in the treatment of PTSD. *Psychiatric Medicine*, 10, 21-30.
- Spiegel, D., y Cardeña, E. (1990). New uses of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 39-43.
- Spiegel, D., Frischholz, E. J., Fleiss, J. L., y Spiegel, H. (1993). Predictors of smoking abstinence following a single-session restructuring intervention with self-hypnosis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1090-1097.
- Spiegel, D., Hunt, T., y Dondershine, H. E. (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 301-305.
- Spiegel, D., Koopman, C., Cardeña, E., y Classen, C. (1996). Dissociative symptoms in the diagnosis of acute stress disorder. En L. Michelson y W. J. Ray (Eds.), *Handbook of Dissociation* (pp. 367-380) Nueva York: Plenum.
- Spiegel, H., y Spiegel, D. (1987). *Trance and treatment: clinical uses of hypnosis*. Nueva York: Basic Books.
- Staab, J. P., Grieger, T. A., Fullerton, C. S., y Ursano, R. J. (1996). Acute stress disorder, subsequent posttraumatic stress disorder and depression after a series of typhoons. *Anxiety*, 2, 219-225.
- Stutman, R.K., y Bliss, E. L. (1985). Posttraumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery. *American Journal of Psychiatry*, 142, 741-743.
- van der Hart, O., Brown, P., y van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 379-396.
- van der Kolk, B., McFarlane, A., & Weisaeth, L. (Eds.) (1996). *Traumatic stress*. Nueva York: Guilford.
- Vijselaar, J., y van der Hart, O. (1992). The first report of hypnotic treatment of traumatic grief: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40, 1-6.
- Watkins, J. (1949). *Hypnotherapy of war neuroses*. Nueva York: Ronald Press.
- Yehuda, R., y McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1705-1713.

(Artículo recibido: 12-5-98; aceptado: 29-6-99)

