

CLINICA DE LAS CATASTROFES

Autor: Lic. Rodolfo H. Bilmezis¹

Encontramos para abordar estas temáticas, para pobladores de una zona proclive a desastres naturales es de importancia vital, pero no sólo por ello, sino que en tanto sujetos psíquicos, también estamos expuestos a catástrofes sociales.

Esta temática nos trae dramáticamente la realidad externa, de una manera incuestionable, que nos lleva a considerarla por sí misma como un factor desencadenante (serie complementaria) de sufrimiento psíquico.

En las catástrofes, emerge la realidad con una intensidad de estímulos-tensión que no puede ser controlado por nuestro aparato psíquico y se instala un estado de “emergencia psíquica”. El nivel de excitación-tensión es tan fuerte que nos toma desprevenidos, en el sentido que la expectación ansiosa no funciona, o lo hace inadecuadamente y puede atravesar nuestro sistema de protección antiestímulo. Cuando sucede esto es lo que se denomina

SITUACIÓN TRAUMÁTICA.

En ella, las cantidades de excitación-tensión son tan numerosas e intensas que no pueden ser ligadas a representación mental, así nuestro yo es arrasado y opera la angustia automática, económicamente hablando, perdiendo o disminuyendo la posibilidad de autoconservarnos.

Por ello, es posible ver en las catástrofes, conductas que podemos designar sin lugar a dudas de psicóticas. La diferencia con los estados psicóticos, es que en éstos, por la grave alteración del yo del paciente éste es arrasado pero desde su mundo interno pulsional, por un cúmulo de excitación-tensión, operando también la angustia automática.

En la situación traumática se instala el desamparo psíquico, por la situación vivida básicamente como desamparo biológico, es decir amenaza a nuestra integridad física o de los demás.

Distinta es la situación ante un peligro exterior, real también, pero con un daño esperado y previsto, allí puede operar la angustia realista, asimilable al miedo que permite encontrar la acción adecuada y la posibilidad de autoconservarnos.

La situación traumática al no poder ser ligada a representaciones mentales, es decir pensada, tiende a la repetición, por la sensación dolorosa (intensidad y cantidad de excitación-tensión) que produce la facilitación y las fijaciones psíquicas, que permiten las repeticiones, por ejemplo a través de sueños, episodios flash back, etc.

La situación traumática desencadenada por las catástrofes, ataca la trama psíquica y en particular al yo, a través de las funciones de auto conservación y auto preservación, porque la catástrofe altera un curso “regular”, “previsible” del suceder de los hechos, rompe la trama. El trauma “des-trama” al decir de H. Urquijo.

El efecto de la situación traumática por la catástrofe, produce un verdadero desmantelamiento de los modos de funcionamiento psíquico y por ello requiere modos de intervención clínica singulares.

En las catástrofes, sean naturales o sociales, si el sujeto psíquico no está sólo como un individuo y hay otros, es importante considerar entonces la angustia de “masas” llamada

Trabajo presentado en el VII Congreso Nacional de Psicodiagnóstico y XIV Jornadas Nacionales de ADEIP en el Simposio “Catástrofes y Emergencias”, octubre del 2003.

PANICO. Si bien se lo emplea como angustia individual (ataque de pánico), también se lo usa para expresar fuertes emociones colectivas de terror, perplejidad y horror.

Con el pánico colectivo, despierta el “irrazonable animal de manada” que hay en el hombre, como expresión residual de la reacción ante el peligro de los tiempos prehistóricos. El hombre primitivo vivía en permanente movilización para la huida, como en un pánico crónico.

El hombre actual, cuando forma parte de una masa se “contagia” fácilmente de pánico, porque la persona presa de pánico, produce más efecto que el peligro mismo, pues la reacción de fuga-huida actúa inconscientemente y a la vez produce muchas reacciones psicósomáticas. Además, el psiquismo funciona apoyado en los grupos, en la estructura social y sobre ésta se garantiza la continuidad de nuestras identificaciones, núcleo de nuestra identidad.

La manera como el sujeto está integrado en la formación social, influye en la forma de reacción psíquica en las catástrofes. Por ello, que todo acceso de pánico colectivo, es un indicador de la cohesión o de la inestabilidad emocional de la masa social. Una formación social efímera es más propensa al pánico, tal es el caso de lo que puede suceder en un estadio deportivo, y también cuanto más joven es un grupo social, tanto más vulnerable es al pánico.

Por eso, el pánico en los niños es más intenso y porque las identificaciones son profundas con el comportamiento de los adultos, dependen en alto grado de ellos.

Además, tres componentes predisponen al pánico colectivo: el MISTERIO, el PELIGRO INESPERADO y la AMENAZA DE LOS DESCONOCIDO. Porque lo amenazante y misterioso hace que el mundo cambie o pueda llegar a cambiar bruscamente y lo peligroso produce que las cosas habituales puedan tornarse extrañas y hostiles, lo conocido se vuelve desconocido.

Siguiendo a S. Bleichmar, diremos que la situación traumática está en el borde de lo conocido-desconocido, entre representaciones que se conocen y estímulos-tensiones intensas que no pueden ser representadas mentalmente, es decir pensadas.

Por ello en las catástrofes después del primer shock, hay intensa confusión.

Puede suceder tras estas reacciones, la súbita inmovilidad, “el quedarse helado”, que está vinculado con formas muy primitivas de defensa, de camuflaje, que implica cambios peculiares de la economía energética (fase cataléptica). Esto sucede cuando el peligro es enorme e inesperado, por ejemplo en los terremotos o primeras experiencias de bombardeos. Puede luego presentarse una reacción más activa.

La muerte por pánico en las catástrofes, es un tema casi olvidado y se ocasiona por el brusco descenso de la tensión arterial y/o por la asfixia por la súbita rigidez cataléptica.

Mención aparte merecen los suicidios que se producen durante los terremotos, porque el arrasamiento de tensión psíquica sobre el yo se hace insostenible.

Evolución psíquica de la situación traumática:

Los estados de angustia evolucionan en algunas horas o días, unas veces hacia la resolución, otras dejando secuelas pasajeras, pero puede ocurrir que den lugar a complicaciones.

La resolución de estos estados raramente tiene lugar en forma brutal y masiva, lo frecuente es que alternen ondas de apaciguamiento y reagudización. La repetición imaginaria del acontecimiento tiene un papel fundamental de CATARSIS, persistiendo durante meses signos menores de ansiedad.

El DSM IV describe dos formas de ansiedad:

- a) **TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO:** las alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro laboral o social y duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas y aparecen el primer mes que sigue al acontecimiento.
- b) **TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:** las alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas y se prolongan más de un mes. Puede ser agudo si los síntomas duran menos de tres meses y crónico si dura más de tres meses.

Otras formas de las complicaciones pueden ser:

- 1) **PSICOSIS:** la situación traumática puede desencadenar una psicosis con gran confusión mental, temática de pesadillas, tenebrosos horrores, perplejidad.
- 2) **NEUROSIS:** por descompensación de una neurosis inaparente, tras la situación traumática, siguen secuelas neuróticas, por ejemplo fóbicas.
- 3) **TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS:** la situación sigue hacia una afección psicósomática, por ejemplo afección cardíaca.

En la evolución después de la situación traumática por una catástrofe, hay que tener en cuenta numerosos **FACTORES PSICOSOCIALES:**

- La estabilidad y el equilibrio de la personalidad
- La integración a la formación social actual (por ejemplo el caso de la tripulación de un barco).
- La preparación para las circunstancias que se enfrentan.
- La situación del grupo social dentro de la sociedad (el caso de pobladores de un asentamiento inestable en un terremoto).
- La repetición de los acontecimientos (réplicas de sismos).
- El grado de fatiga de las personas.
- El estado de enfermedad de los pobladores.
- La cultura y el momento histórico.

Intervención clínica:

La imbricación de componentes corporales y psíquicos por la situación traumática determina una doble preocupación:

- a) La posibilidad de intervención psicoterapéutica.
- b) La posibilidad de medicación psicofarmacológica.

La intervención psicoterapéutica en el acceso es simple y básica: hay que **ESTAR PRESENTE Y TRANQUILO**, no se trata de analizar, no hay posibilidad de exploración en el acceso agudo, es decir la posibilidad de otorgarle representación mental vendrá después. El funcionamiento mental instala espontáneamente en las situaciones traumáticas dos formas de conductas frente al mismo:

- Intento de procesamiento a través del alejamiento y descanso, es decir la retirada para la reconstrucción del equilibrio perdido.
- Intento de descarga tardío, a través de accesos emocionales y fenómenos motrices.

Las dos formas apuntan al mismo fin: **EL CONTROL TARDIO.**

El abordaje psicoterapéutico puede apuntar a reproducir ambas conductas, ofrecer al paciente la posibilidad de satisfacción de los deseos de pasividad-descanso, no reactivando

los niveles de excitación-tensión y por otro lado facilitar la catarsis, es decir los procesos de descarga.

La primera herramienta terapéutica es aconsejable cuando el yo está muy atemorizado, la segunda cuando es posible, es más directa.

El principal objetivo terapéutico inicial es establecer correctamente la proporción de REASEGURAMIENTO Y CATARSIS.

Posteriormente, si la situación traumática ha instalado complicaciones psíquicas, surgirá práctica clínica apuntando a la búsqueda de representación mental. Para ello, quien la ha padecido, debe sentir en el terapeuta que lo reconoce en la existencia de su sufrimiento – CONTACTO EMPATICO- así, el reconocimiento y la confianza en el terapeuta abrirá las posibilidades para la búsqueda de representación mental, es decir de simbolización.

La práctica clínica en las catástrofes demanda formas singulares de intervención profesional, ya que en ellas se produce un verdadero “desmantelamiento” de los modos de funcionamiento psíquico.

Prevención de la situación traumática:

¿ Es posible la preparación para las situaciones traumáticas desencadenadas por las catástrofes ‘ El yo del sujeto psíquico puede prepararse y realmente nunca estar preparado. La diversidad del funcionamiento psíquico, facilita que haya “zonas” donde la preparación es casi imposible. Al decir de J. Rodríguez “uno nunca está preparado para pensar lo impensable”.

La prevención es necesario que se desarrolle en forma grupal, siguiendo a H. Urquijo, “al trauma que destrama, hay que oponerle una trama que desträume”.

Tres son las condiciones de la prevención:

- 1) PREPARACIÓN: cuando las personas están preparadas, los hechos pierden su penetración misteriosa. Preparación significa a nivel material (primeros auxilios, almacenamiento de alimentos, etc.) y a nivel psicológico.
- 2) INFORMACIÓN: significa el conocimiento de lo que puede suceder o sucede. Cuando se está bien informado se minimiza el impacto de lo desconocido y lo mágico. La información es comunicación y refuerza la sensación de estar juntos, el “nosotros” se refuerza, la “trama” se instala.
- 3) ACCIÓN: acción es acción organizada, en que las personas saben sus tareas y obligaciones en los momentos de catástrofe. Cuando las personas saben que hacer disminuyen las posibilidades de generar fantasías terroríficas.

Finalmente, una vez sucedida la catástrofe, el garantizar en las personas las gratificaciones mínimas esenciales: ALIMENTACIÓN Y DORMIR, ayudan a soportar mejor las situaciones traumáticas producidas por las catástrofes.