

UN CAMBIO DE PARADIGMA: LAS RELACIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL CON CONCIENCIA SOBRE EL TRAUMA¹

Autoras: Angela Sweeney, Beth Filson, Angela Kennedy, Lucie Collinson & Steve Gillard

Traducción al español: Aislinn García Herno

PALABRAS CLAVE:

Trauma; enfoques con conciencia sobre el trauma; TIA; TIC; sobrevivientes de trauma; usuarios de servicios; retraumatización; trauma psiquiátrico; daño iatrogénico; trauma social.

ACERCA DE LAS AUTORAS:

Angela Sweeney es una superviviente de trauma e investigadora. Ha trabajado en investigación EN salud mental desde 2001, y tiene un interés particular en la salud mental perinatal y los enfoques con conciencia sobre el trauma (TIA). Su investigación actual está dirigida a comprender y mejorar los procesos de evaluación de las terapias basadas en la conversación.

Beth Filson es una escritora y entrenadora de TIA con sede en Estados Unidos. Trabaja con diversos grupos para integrar los TIA en la política y la práctica. También contribuye al desarrollo del Apoyo Intencional entre Pares y de alternativas de apoyo entre pares al sistema psiquiátrico. Su experiencia prematura de múltiples ingresos hospitalarios orienta su trabajo.

Angela Kennedy es una psicóloga clínica que ha trabajado en el NHS desde 1990. Encabeza la atención al trauma para un gran Fondo de Salud Mental y lidera también la Red Clínica del Norte de Inglaterra (North of England Clinical Network). Su enfoque es aplicar el conocimiento clínico al cambio en todo el sistema, incluyendo culturas y liderazgo enfocados en la compasión.

Lucie Collinson es una es un administradora de salud pública especializada en el plan de formación de Londres y Miembro Clínico Académico de la NIHR en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Ha trabajado como doctora en el NHS y en el extranjero y tiene experiencia en la investigación de servicios de salud.

Steve Gillard es profesor asociado en el área social y la salud mental de la comunidad en el Population Health Research Institute. Su investigación actual se centra en el papel cada vez más importante que desempeñan las personas con experiencias propias en el desarrollo de nuevas prácticas en la salud mental.

Correspondencia:

Dra. Angela Sweeney, St George's, Universidad de Londres, Population Health Research Institute, Cranmer Terrace, Londres SW17 ORE, Reino Unido. Correo electrónico: asweeney@sgul.ac.uk

Derechos de autor y uso

El Real Colegio de Psiquiatras 2018. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution- NonCommercial-NoDerivatives (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), que permite la reutilización, distribución y reproducción no comercial en cualquier medio, siempre y cuando la obra original no haya sido alterada y esté debidamente citada. El permiso escrito de Cambridge University Press debe obtenerse para su reutilización comercial o con el fin de crear una obra derivada.

RESUMEN:

Los enfoques con conciencia sobre el trauma surgieron en parte como respuesta a la investigación que demuestra que el trauma está generalizado en toda la sociedad, que está altamente correlacionado con la salud mental y que es un problema de salud pública costoso. El cambio fundamental en la provisión de apoyo utilizando un enfoque con conciencia sobre el trauma es pasar de pensar "¿Qué funciona mal en ti?" a considerar "¿Qué te ha ocurrido?". Este artículo, escrito por supervivientes al trauma y profesionales de la salud, describe enfoques con conciencia del trauma para la salud mental, por qué son necesarios y cómo se pueden superar las barreras para que puedan implementarse como un proceso de cambio organizacional. También describe cómo el trauma pasado puede ser entendido como la causa de la angustia psíquica para muchos usuarios, cómo los usuarios pueden ser retraumatizados por el personal sin preparación acerca del trauma y cómo el personal puede experimentar indirectamente el trauma del usuario y puede quedar traumatizado por prácticas como el aislamiento/encierro y la contención. La atención mental consciente del trauma brinda oportunidades para mejorar las experiencias de los usuarios del servicio, mejorar los entornos de trabajo del personal, aumentar la satisfacción laboral y reducir los niveles de estrés mejorando las relaciones entre el personal y

¹Trauma-informed approaches (TIA), que en adelante traducimos como "enfoques con conciencia sobre el trauma".

los pacientes a través de una mayor comprensión, respeto y confianza.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

- Apreciar las definiciones de base amplia sobre el trauma.
- Comprender qué son los enfoques con conciencia sobre el trauma y por qué han surgido, incluido el potencial de (re) traumatización en el sistema de salud mental
- Considerar cómo trabajar con enfoques con conciencia sobre el trauma, incluso en organizaciones con pocos conocimientos acerca del trauma, y las posibles barreras y oportunidades de hacerlo.

DECLARACIÓN DE INTERESES

A. S. está financiado por una beca posdoctoral del Instituto Nacional de Investigación en Salud (NIHR). Este artículo presenta una investigación independiente parcialmente financiada por el NIHR. Las opiniones expresadas son las de los autores y no necesariamente las del Servicio Nacional de Salud, el NIHR o el Departamento de Salud.

La investigación ha encontrado de manera consistente que las personas que usan los servicios de salud mental han experimentado altas tasas de trauma en la infancia o la edad adulta (por ejemplo, Kessler 2010) y que estas tasas son más altas que en la población general (por ejemplo, Mauritz 2013). También se ha descubierto que las personas que usan los servicios de salud mental tienen más probabilidades de haber experimentado violencia o trauma en el año anterior que la población general (por ejemplo, Khalifeh 2015). Un estudio retrospectivo realizado con 17000 personas de clase media blanca americana encontró no solo que el trauma en la infancia es prevalente sino que sus influencias en la salud física, mental y emocional de estos adultos puede acortar su esperanza de vida (ejemplo, Felitti 1998). El efecto del trauma es acumulativo: a cuantas más experiencias traumáticas haya sido expuesta una persona mayor es el impacto en su salud mental y física (Shevlin, 2008).

Además, tener una historia de trauma está asociado con peores consecuencias para los supervivientes, incluyendo mayor probabilidad de intento de suicidio, autolesiones, ingresos más frecuentes y más largos y mayores niveles de medicación (Read 2007; Mauritz 2013). También hay una creciente evidencia de que el trauma en la infancia moldea nuestra neurobiología.

El Cuadro 1 describe cómo la investigación neurocientífica contemporánea está mejorando nuestra comprensión de las formas en que el trauma afecta a las personas. Esto destaca aún más la interacción entre los ámbitos sociales, personales y biológicos que conforman el "triángulo del bienestar" y que no pueden existir en forma aislada (Siegel 2012). El trauma es costoso tanto en términos humanos como económicos. Los costos económicos incluyen los de pérdida de empleo, presentismo (estar en el trabajo, pero no funcionar bien), reducción de la productividad y la provisión de servicios de salud mental y otros servicios (por ejemplo, McCrone 2008). Pero el impacto real está en las personas y la sociedad, el trauma no solo afecta a las personas en el presente, sino que atraviesa generaciones desde el punto de vista social, psicológico y, según sugiere la evidencia reciente, epigenéticamente (por ejemplo, Yehuda 2016).

CUADRO 1 Investigación neurocientífica contemporánea sobre los efectos del trauma

La investigación neurocientífica ha demostrado el impacto del trauma en el cerebro, incluidos los cambios en los sistemas sensoriales, el volumen de materia gris, la arquitectura neuronal y los circuitos neuronales (por ejemplo, Read 2014). También hay un creciente cuerpo de evidencias de que el trauma deja una huella no solo en el cerebro, sino también en la mente y el cuerpo, lo que representa la importancia de ampliar nuestra comprensión y nuestro enfoque para curar el trauma (Van der Kolk 2014). Experimentar trauma infantil complejo crea una "plantilla" a través de la cual se procesan las entradas futuras; las respuestas neuronales se sensibilizan y pueden reactivarse con tensiones aparentemente menores (Van der Kolk 2005). Esto significa que los supervivientes al trauma están "preparados" para responder a situaciones y relaciones que incorporan características de eventos traumáticos del pasado o en los que existe una amenaza percibida. Esto también se puede entender a través de una "ventana de tolerancia" más estrecha, con el termostato de estrés ajustado demasiado alto o demasiado bajo y que se puede activar fácilmente en estados de hiperactividad o hipoacentuación por señales externas (Siegel 1999)

Las respuestas de supervivencia incluyen luchar, huir y bloquearse. Estas respuestas de defensa del sistema nervioso autónomo pueden llevar a las personas a desregularse en un estado de hiperexcitación, donde los sentimientos de terror y pánico desencadenan el uso de estrategias de afrontamiento como el uso indebido de sustancias y la autolesión para reducir la angustia (Raju 2012).

Estas adaptaciones conductuales autodestructivas a menudo están relacionadas con baja autoestima, vergüenza y culpa. Otros efectos incluyen escuchar voces y dificultades para comer. Estas respuestas pueden parecer extremas o anormales cuando no se tiene en cuenta el historial de traumas y se pueden interpretar erróneamente como síntomas de enfermedad mental. Del mismo modo, la ira explosiva, salir de los servicios o evitarlos, la apatía extrema, el sobrecumplimiento o incumplimiento y el llanto silencioso posiblemente necesiten ser reconocidos y entendidos como respuestas adaptativas del trauma. Estos ejemplos de desregulación emocional pueden beneficiarse de la comprensión emocional y las estrategias de regulación adaptativa (Powers 2015). Aprender a autorregular estados elevados de excitación e intensas emociones puede sanar los efectos del trauma (Levine 2010).

Además de mejorar la autorregulación, los supervivientes al trauma se benefician del desarrollo de relaciones saludables, que pueden haber carecido durante la niñez, en particular un vínculo seguro con un cuidador principal. A través de las relaciones, los supervivientes a traumas pueden aprender a sentirse seguros, confiar en los demás, aprender nuevas formas de relacionarse con las personas y a ser misericordiosos consigo mismos (Van der Kolk 2014). El enfoque biomédico y las intervenciones asociadas no reconocen el valor de las relaciones saludables y significativas que mitigan el impacto destructivo del trauma (Van der Kolk 2005).

Los enfoques con conciencia sobre el trauma (TIA) en los servicios de salud mental poseen una literatura bastante amplia en lo crucial de la teoría, junto con una evidencia emergente base.

Un número reducido de estudios han explorado la efectividad de tales enfoques y han encontrado reducciones en los síntomas y en el uso de aislamiento y contenciones, así como mejorías en las habilidades de afrontamiento, salud física, el mantenimiento en el tratamiento y estancias más cortas del paciente (Sweeney 2016). Los enfoques TIA también ofrecen esperanza a los supervivientes de que los costes humanos en el curso del trauma pueden ser superados (por ejemplo, Filson 2016).

¿Qué es el trauma?

Tanto el DSM-5 como la inminente CIE-11 han centrado la atención clínica en la definición y reconocimiento del trauma y sus efectos. En el DSM-5, el trauma y sus consecuencias en salud mental se entienden como desencadenados por eventos traumáticos externos: específicamente la exposición actual o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual vividos de manera directa o indirecta o presenciando el evento/s (APA 2013).

Un proceso de consulta condujo a una amplia lista de simpatizantes dentro del trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y diagnósticos relacionados en el DSM-5 (Friedman 2013). En contraste, el borrador actual de la CIE-11 incluye el trastorno de estrés posttraumático complejo (CPTSD) (por ejemplo, Karatzias 2018); para ser diagnosticado de TEPTC, las personas deben cumplir todos los criterios diagnósticos para el TEPT y adicionalmente expresar dificultades en la regulación afectiva, el autoconcepto, y las relaciones y vínculos afectivos.

El conceptualizar las respuestas al trauma como trastornos con una etiología y unos síntomas identificables es opuesto a entenderlas como respuestas humanas normales a la extrema adversidad; por tanto esta conceptualización ha sido sumamente discutida (por ej. McHugh 2007).

Por ejemplo, el presidente del Grupo de trabajo DSM-IV ha argumentado en contra de la sobremedicalización de la experiencia humana (Frances 2013). Las formas alternativas de conceptualizar el trauma y sus efectos incluyen el 'Power Threat Meaning Framework' (Marco de Poder, Amenaza y Significado), una narrativa psicosocial basada en la alternativa al diagnóstico psiquiátrico (Johnstone 2018) y el de la organización federal estadounidense SAMHSA (Administración de Servicios Mentales y Abuso de Sustancias, 2014), expuesto en el Cuadro 2.

CUADRO 2 Definición de trauma por la organización SAMHSA.

'El trauma individual es el resultado de un evento, serie de eventos o conjunto de circunstancias que un individuo experimenta como físicamente o emocionalmente dañinas o que amenazan la vida y que tienen efectos adversos duraderos en el funcionamiento individual mental, físico, social, emocional o en el bienestar espiritual.'

(Administración de Servicios Mentales y Abuso de Sustancias, 2014: p. 7).

La conceptualización de SAMHSA (Tabla 1) abarca tres factores: el evento traumático, que no necesariamente pone en peligro la vida, reconociendo que, como animales sociales, podemos ser traumatizados por actos que amenazan nuestra integridad psicológica / social; la forma en que se experimenta el evento (el contexto intra e interpersonal); y sus efectos. Notablemente, estas conceptualizaciones alternativas reconocen el papel de los traumas sociales, que posiblemente se pasan por alto en el DSM-5 y en la propuesta de la CIE-11. Por ejemplo, la pobreza a veces se ha descrito como "la causa de las causas" del sufrimiento mental (Read 2010): la última encuesta de morbilidad psiquiátrica para adultos del Reino Unido encontró que, entre las personas que reciben subsidio de

empleo y apoyo (para personas que no pueden trabajar por razones de salud), cerca de la mitad habían intentado quitarse la vida (NHS Digital 2016). También se ha encontrado que la población de raza negra es más propensa a experimentar traumas (p. Ej. Hatch 2007), que están sobrerrepresentados en el sistema de salud mental y que reciben las respuestas más adversas y negativas (como el tratamiento obligatorio) que causan daños iatrogénicos (por ejemplo, Morgan 2004; Mohan 2006). Los enfoques con conciencia sobre el trauma en salud mental sitúan a las personas en sus contextos sociales y políticos para comprender cómo los traumas complejos afectan a los estados pasados y actuales.

Sin embargo, hay preocupación entre algunos supervivientes de que, al adoptar una amplia conceptualización del trauma, el término pudiese perder su significado, es decir, con todo y cualquier cosa bajo su etiqueta (Taggart, comunicación personal, 2018). En consecuencia, se debe reconocer la gravedad de las experiencias y los efectos del trauma, considerando a los individuos capaces de desarrollar sus propias narrativas. (Taggart, comunicación personal, 2018).

Para implementar de manera efectiva los enfoques con conciencia sobre el trauma en la asistencia sanitaria general (a diferencia de los servicios especializados en el trauma), el trauma no necesita un diagnóstico válido o medición confiable, porque se implementan los principios de compromiso para todos los usuarios, independientemente de si han sobrevivido al trauma. Estos enfoques son, en efecto, un proceso de cambio organizacional que crea entornos de recuperación para el personal, los supervivientes, sus amigos y aliados, con implicaciones para las relaciones. También se reconoce que las experiencias de trauma están generalizadas en todos los grupos demográficos de la sociedad y tienen un impacto no solo en los usuarios, sino también en el personal, aliados, familiares y otros; este conocimiento sustenta nuestra capacidad de ser compasivos.

TABLA 1: ENTENDIENDO EL TRAUMA

Evento:

El trauma es un evento externo con efectos duraderos sobre el bienestar.

Puede incluir amenazas reales o percibidas

El trauma puede ser un solo evento o una serie de acontecimientos que se agravan con el paso del tiempo.

Las formas de trauma más conocidas incluyen la violencia física y sexual, el abuso y la negligencia en la infancia, los desastres naturales y la violencia social (por ejemplo, la intimidación, la guerra, la cultura de pandillas, la violación).

Las formas menos comprendidas de trauma incluyen el racismo, la urbanicidad, la pobreza, la desigualdad, la opresión y el trauma histórico (el legado de grupos enteros que han experimentado violencia como la esclavitud, el Holocausto o el genocidio).

Implicaciones para los servicios de atención: Las intervenciones en el trauma deben incluir una comprensión de los contextos y condiciones de vida pasados y presentes de las personas.

Experiencia:

Las reacciones al mismo evento pueden variar de persona a persona; el mismo evento puede o no ser experimentado como traumático por diferentes personas.

El trauma debe entenderse en el contexto de la experiencia individual del evento. No hay dos personas que experimenten exactamente lo mismo de la misma manera.

Los eventos traumáticos implican un "poder sobre", por el cual una persona, grupo o evento tiene poder sobre otro.

Las experiencias traumáticas pueden llevar a sentimientos de culpa ("¿Por qué yo?"), vergüenza ("Es mi culpa") y traición, lo que puede destruir la confianza.

La experiencia y la creación de sentido en torno al trauma están relacionadas con las creencias individuales y culturales, los apoyos sociales, el género, la edad y una multitud de otros factores.

Implicaciones para los servicios de atención: Los servicios pueden volver a traumatizar a los supervivientes a un trauma, especialmente cuando se basan en relaciones de poder y existe una falta de confianza. La retraumatización del sistema de salud mental puede impedir que se logren buenos resultados.

Efectos:

Los efectos adversos del trauma pueden ocurrir inmediatamente después o tener un inicio retardado.

La duración de los efectos puede ser de corta duración o de por vida.

La persona puede no conectar necesariamente la experiencia del trauma con sus efectos.

Existe una creciente evidencia de que el trauma puede afectar a la salud física, mental y emocional, al desarrollo neurológico y al desarrollo de las habilidades interpersonales.

Las relaciones interpersonales pueden verse afectadas de manera significativa, ya que los supervivientes al trauma pueden tener dificultades para confiar en los demás.

La capacidad de hacer frente a la vida diaria y a las dificultades diarias puede verse afectada.

Los procesos cognitivos pueden alterarse, incluyendo la memoria, la atención y el pensamiento.

Los efectos del trauma, incluyendo terror, hipervigilancia, excitación constante, psicosis, adormecimiento y disociación; causan agotamiento y cansancio a las personas.

Implicaciones para los servicios de atención: Los amplios efectos del trauma en los supervivientes sugieren la necesidad de un enfoque holístico de los servicios y los apoyos.

EL TRAUMA EN EL SISTEMA DE SALUD MENTAL:

“Posiblemente ninguna intervención que quite el poder a la persona sobreviviente fomente su recuperación, sin importar lo mucho que parezca ser en pro de sus intereses ”(Herman 1998).

Retraumatización

La tendencia actual en los sistemas de salud mental es conceptualizar las conductas extremas y de angustia como síntomas de enfermedad mental en lugar de como estrategias de adaptación a traumas pasados o presentes.

Como consecuencia, las intervenciones a personas en situaciones de extrema angustia pueden ser inútiles e incluso (re) traumatizantes. La retraumatización –que significa “traumatizarse de nuevo”- ocurre cuando algo en una experiencia presente recuerda a un trauma pasado, como la incapacidad de detener o escapar de una amenaza personal percibida o real. Las formas evidentes de retraumatización incluyen aislamiento, contención, medicación forzada, registros corporales y observación durante todo el día. En el Cuadro 3 se presenta una narración de una mujer que experimenta 24 h de observación en una sala de pacientes psiquiátricos.

CUADRO 3: CASO CLAIRE

Claire ha sido ingresada en el hospital después de un intento de autolítico. El personal está preocupado porque ella se autolesione o intente suicidarse de nuevo y ha establecido una observación las 24 horas del día. Claire es de naturaleza reservada y encuentra la presencia constante de otra persona durante el aseo personal, comer y dormir humillante. Los miembros del personal que observan a Claire no interactúan mucho con ella y, en lugar de sentirse respaldada, Claire siente que está siendo castigada. Tiene pocas oportunidades para hablar sobre las cosas que la llevaron a querer suicidarse. La observación constante y el no poder decidir también desencadenan los sentimientos asociados con los recuerdos de intromisiones no deseadas y la falta de privacidad en la infancia. Esto deja a Claire

Existe evidencia empírica de que los usuarios de los servicios mentales frecuentemente presencian o experimentan eventos traumáticos en los entornos psiquiátricos; en el marco de los pacientes hospitalizados (aislamiento, contención, agresión física, etc.) (p. Ej., Freuh 2005; Cusack 2018) y en los entornos psiquiátricos generales (por ejemplo, Örmon 2017) y que estos eventos son dañinos para aquellos que los experimentan y atestiguan. Los usuarios de salud mental y aquellos que los apoyan citan la falta de comprensión del trauma como una barrera para reducir el aislamiento y el control (Brophy 2016). También puede haber una falta de capacitación en enfoques alternativos para responder a la angustia, y una falta de reconocimiento del papel que tiene la coacción en la perpetuación de las crisis y la legitimación de la fuerza. El uso de prácticas de control puede, por supuesto, ser traumático para el personal que las ejecuta u observa, lo que respalda aún más la necesidad de adoptar enfoques alternativos menos traumatizantes.

La retraumatización también puede relacionarse con las experiencias de trauma histórico o cultural de las personas, como patologizar la respuesta de un individuo al racismo (Jackson 2003). Formas menos obvias de (re) traumatización incluyen el uso de relaciones de 'poder sobre' que reproducen el poder y la impotencia al ignorar las experiencias, puntos de vista y preferencias del individuo. Butler y sus colaboradores explican:

'Puede haber mensajes implícitos en el trato o la comunicación en la prestación de cuidados que también pueden ser desencadenantes para un sobreviviente de trauma si le recuerdan a aspectos de la traición, violación de los límites, objetificación, impotencia, vulnerabilidad y falta de acción experimentados durante el trauma original '(Butler 2011).

El cuadro 4 describe las experiencias de una mujer por la falta de opciones en los servicios perinatales.

Cuadro 4. Viñeta del caso: Emma

Emma, una madre primeriza con un bebé de 4 meses, es derivada por su médico de atención primaria a un servicio perinatal especializado. Durante su primera cita con el psiquiatra perinatal, se le pregunta a Emma sobre su historia de vida y ella revela experiencias de abuso infantil. Explica que se siente abrumada y sin esperanza, y teme no ser apta para criar a su bebé. Emma dice que le gustaría estar en contacto con mujeres que están pasando por experiencias similares, ya que siente que le daría fuerzas saber que no está sola y la ayudaría a construir una red de apoyo. El psiquiatra perinatal cree que Emma experimenta depresión posnatal y le prescribe un antidepresivo. Emma está amamantando y no quiere el antidepresivo porque pasará al bebé. Sin embargo, el psiquiatra le dice que el daño causado al bebé por la depresión de Emma será mucho mayor que el daño causado por el medicamento y le explica que este es el único tratamiento disponible para ella. Emma se queda confundida y se siente culpable, creyendo que cualquiera de las dos opciones que elija dañará a su hijo. Donde antes temía no ser apta para ser madre, ahora está convencida. Emma no es derivada al grupo de apoyo de compañeras ya que el servicio perinatal no facilita esto. En cambio, se le recetan antidepresivos y tiene una cita dentro de un mes para el seguimiento.

Trauma vicario:

El trauma vicario generalmente se refiere al efecto del trabajo con personas traumatizadas en los profesionales, e incluye la fatiga por compasión, la contratransferencia y el agotamiento (por ejemplo, Schauben 1995). Pero las organizaciones en las que no existe conciencia sobre el trauma pueden en sí mismas causar un trauma vicario en el personal. Por ejemplo, confiar en el aislamiento y la contención para controlar la angustia no solo es dañino para la persona que la padece: los clínicos pueden aprender a confiar en el uso de estas medidas en lugar de su capacidad relacional para participar de manera colaborativa, particularmente cuando las organizaciones sin conciencia sobre el trauma le dan una alta prioridad a la gestión de riesgos. Esto puede tener un enorme efecto negativo en los miembros del personal, formando y reconstruyendo la identidad (Knight 2015) desde un 'Soy una persona compasiva y atenta que está aquí para ayudar a los demás' a un 'Solo tengo que conseguir que pase un día más'. Usar la fuerza para manejar conductas extremas puede causar que los usuarios teman y desconfíen del personal, lo que resulta en una intervención deficiente y, por lo tanto, un personal potencialmente frustrado e insatisfecho que confía aún más en la fuerza y el control. Sandra Bloom ha discutido estos temas en términos de 'procesos paralelos'²(Bloom 2006).

¿QUÉ SON LOS ENFOQUES CON CONCIENCIA SOBRE EL TRAUMA Y POR QUÉ LOS NECESITAMOS?

Los enfoques con conciencia sobre el trauma fueron inicialmente desarrollados en América del Norte y actualmente están recibiendo una atención global creciente, incluyendo el trabajo pionero de A.K. en UK. Se basan en el reconocimiento y la comprensión global de la prevalencia y los efectos generalizados del trauma.

Esto nos dirige hacia un cambio de paradigma fundamental en el pensamiento partiendo de ¿Qué funciona mal en ti? para llegar a ¿Qué te ha sucedido? (Caja 5).

²“Procesos Paralelos” (Sandra Bloom): Los profesionales en los sistemas del cuidado de la salud mental pueden adoptar, reflejar e imitar sin saberlo los síntomas de sus usuarios. Esto combinado con el trauma vicario dentro del sistema puede conducir a la fatiga por compasión del personal, al agotamiento y a prácticas poco éticas; contribuyendo así a un deterioro en la atención a los usuarios.

CUADRO 5 El cambio de paradigma clave en los enfoques con conciencia sobre el trauma

El cambio fundamental en los enfoques con conciencia sobre el trauma pasa de pensar "¿Qué funciona mal en ti?" a considerar "¿Qué te ha sucedido?" (Foderaro, citado en Bloom 1995). Esto significa que los proveedores de asistencia sanitaria comprenden y reconocen la prevalencia y los efectos generalizados del trauma en las personas e incorporan esto en su práctica. Sin embargo, como observa Taggart, esto solo puede considerarse una mejora si no se convierte en otra forma de coacción. (Taggart, comunicación personal, 2018).

En lugar de ser un servicio específico o conjunto de normas, los enfoques con conciencia sobre el trauma son un proceso de cambio organizacional tendente a crear ambientes y relaciones que promuevan la recuperación y prevengan la retraumatización.

Servicios específicos de trauma

La ayuda específica para el trauma puede ser diferenciada de los enfoques con conciencia sobre el trauma. En los servicios específicos para el trauma, el individuo tiene una historia conocida de trauma y las intervenciones se dirigen directamente a sus efectos (ej. EMDR). En cambio, los enfoques con conciencia sobre el trauma son constituidos en un entendimiento de exposición generalizada al trauma entre los usuarios de la red y también entre los proveedores de ayuda o profesionales.

Los principios de los enfoques de trauma informado

Los principios básicos de los enfoques de trauma informado incluyen los siguientes (adaptado de Elliot 2005; Bloom 2006; Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2014):

1. Viendo a través de la/s lente/“gafas” del trauma

Estas prácticas reconocen y comprenden la alta prevalencia, los signos comunes y los efectos generalizados del trauma. Hay un acuerdo de las vías a través de las que el trauma puede influir en las emociones y por consiguiente en la conducta, lo que lleva al desarrollo de estrategias de afrontamiento que pueden parecer excesivas, peligrosas o dañinas sin una comprensión integral de las múltiples consecuencias del trauma (Cuadro 1)

2. Apreciación del trauma invisible y de la interseccionalidad.

Se adopta una comprensión amplia del trauma, que implica una apreciación de los traumas comunitarios, sociales, culturales e históricos. Como el racismo, la pobreza, el colonialismo, la discapacidad, la homofobia y el sexismo y su interseccionalidad. Los servicios entienden el contexto y las condiciones de vida de las personas y están capacitados en lo correspondiente a lo cultural y al género. Para lograr esto, el personal permanece con actitud abierta y considera todas las perspectivas.

3. Conversaciones respetuosas sobre el trauma

Cuando se les pregunta a los usuarios sobre el trauma, esto se hace de manera respetuosa, sensible, oportuna y apropiada, y se le ofrece al individuo la opción clara de elegir si responder o no (Cuadro 6). Existe un acuerdo sobre la posible retraumatización causada por la descripción de los eventos traumáticos, y el daño potencial causado por la repetición de la historia cuando nada cambia (Filson 2011). Además, los supervivientes pueden no reconocer que los eventos pasados han tenido efectos adversos y duraderos en

ellos, por ejemplo, debido a las definiciones de trauma, la normalización de eventos traumáticos dentro de las familias y las comunidades o la incapacidad de recordar experiencias tempranas.

4. Caminos hacia el soporte específico para el trauma

Cuando los supervivientes se ven capaces de informar acerca de una historia traumática y solicitan o desean servicios específicos para el trauma, estos servicios deben estar disponibles o facilitarse a través de la coordinación entre dispositivos.

5. Prevenir el trauma dentro del sistema de salud mental

Estos enfoques entienden que los principios operativos fundamentales de coerción y control en los servicios de salud mental pueden conducir a la (re) traumatización y el trauma vicario. Por lo tanto, se toman medidas deliberadas para eliminar y / o mitigar las posibles fuentes de coacción y fuerza, y los factores desencadenantes que las acompañan.

6. Honestidad y transparencia.

Las relaciones de confianza se construyen entre el personal y los usuarios a través de un énfasis en la apertura, la transparencia y el respeto. Esto es esencial porque muchos supervivientes al trauma han experimentado relaciones de secreto, traición y / o poder.

7. Colaboración y reciprocidad.

Estas aproximaciones entienden que las relaciones de cuidado en salud mental pueden tener aspectos unilaterales, con una persona que actúa como ayudante de una “persona que recibe ayuda”³. Estos roles pueden reproducir desequilibrios de poder y reforzar una sensación de discapacidad e impotencia en la “persona que recibe ayuda” (Mead, comunicación personal, 2018). Por lo tanto, las relaciones e intervenciones luchan por la colaboración a través de la transparencia, la autenticidad y la comprensión de lo que ambas personas consideran de ayuda.

8. Empoderamiento, elección y control

Se emplean enfoques basados en las fortalezas, que empoderan y apoyan a las personas para tomar el control de sus vidas y el uso de los servicios. Tales enfoques son vitales porque muchos supervivientes al trauma han experimentado una falta absoluta de poder y control. Se enfatiza la adaptación al trauma sobre los síntomas y la resiliencia sobre la patología (Butler 2011).

9. La seguridad

Las amenazas a la seguridad de la persona y, a menudo, a la integridad de su identidad son un elemento central en las experiencias traumáticas. En consecuencia, las prácticas con conciencia acerca del trauma pretenden que el personal y los individuos estén física y emocionalmente seguros, y que ambos definan lo que esto significa y lo negocien relacionalmente. Esto se extiende a la seguridad física, psicológica, emocional, social, de género y cultural, y se crea a través de medidas como la decisión informada y la competencia cultural y de género.

³El término inglés empleado originalmente en el artículo es “helpee”.

10. Grupos de supervivientes

Estos enfoques se esfuerzan por lograr relaciones de reciprocidad y colaboración entre el personal y los usuarios a través del trabajo conjunto. Además, las atenciones pueden ser dirigidas y prestadas por personas con experiencia directa (con vivencias en primera persona).

Claramente, dentro de estos enfoques, el trauma endémico es un motivador para el cambio organizativo y la mejora de las relaciones, junto con un intento de abordar las necesidades relacionadas con el trauma.

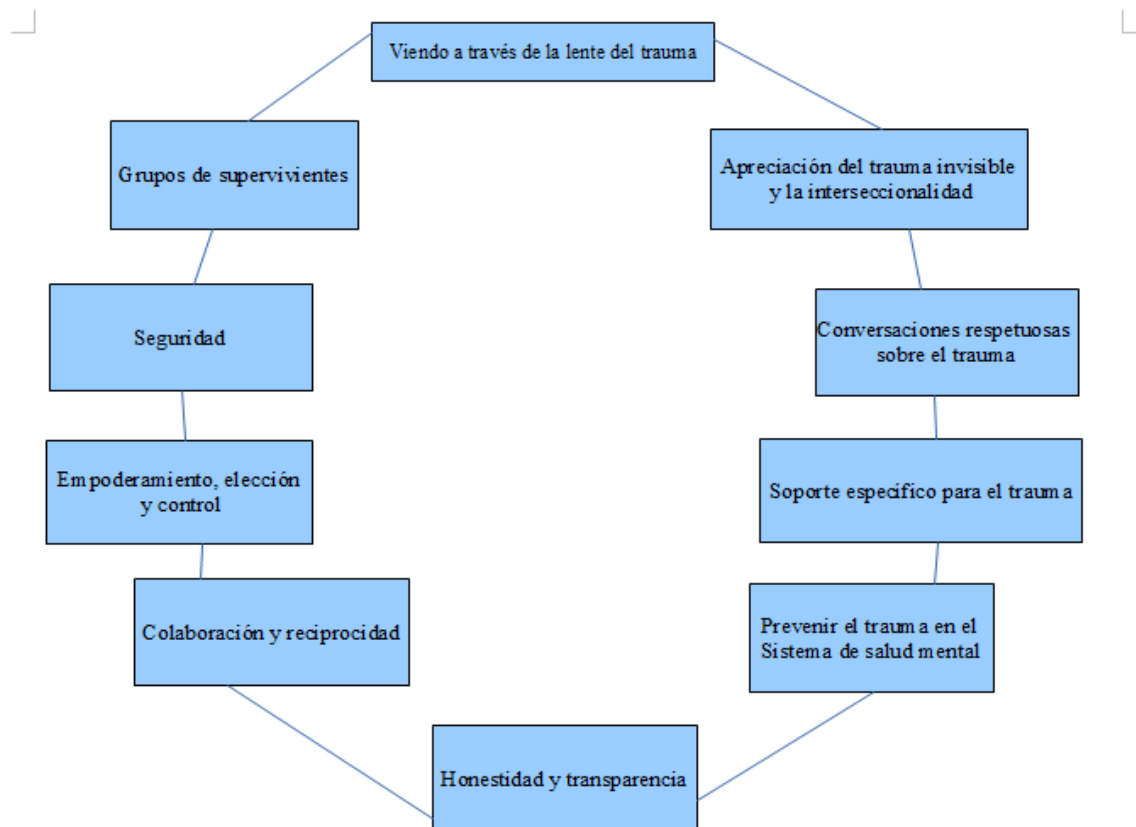


Imagen. Los 10 principios clave de los enfoques con conciencia sobre el trauma.

Enfoques con conciencia sobre el trauma, política contemporánea y buenas prácticas

Los principios citados se superponen con otros enfoques de buenas prácticas. Por ejemplo, los principios de colaboración, empoderamiento, decisión informada y control tienen mucho en común con la toma de decisiones compartida (Elwyn 2012) y la participación del usuario del servicio, por ejemplo, en la planificación de la atención (Grundy 2016). La competencia cultural y de género son principios bien establecidos de buenas prácticas (Schouler-Ocak 2015; Contra la violencia y el abuso 2017). El apoyo entre pares se está convirtiendo en un elemento importante de la atención de salud mental en el Reino Unido (Gillard 2013), en línea con los principios citados (Mead 2006). Los esfuerzos de investigación y clínicos para mejorar las plantas de agudos también se superponen con los principios de los enfoques con conciencia sobre el trauma (Star Wards, <https://www.starwards.org.uk/>; Safewards, www.safewards.net), incluidos los esfuerzos para reducir el control y la contención (O'Hagan 2008). La implementación de enfoques con conciencia acerca del

trauma puede permitir que los comisionados y los servicios de salud cumplan con las recomendaciones de políticas nacionales. Por ejemplo, la toma de decisiones compartida, el aumento de opciones, las experiencias de atención positiva y la mejora de las tasas de recuperación forman parte del Plan de Cinco Años (Mental Health Taskforce 2016; NHS England 2016). En Escocia, estos enfoques son fundamentales para la implementación del marco de conocimientos y habilidades "Transforming Psychological Trauma" (NHS Education for Scotland 2017). El Public Health Wales (2015) ha publicado una serie de informes sobre las experiencias adversas en la infancia (ACE), que apoyan la necesidad de una práctica con conocimiento del trauma. Además, es probable que los servicios con conciencia acerca del trauma estén preparados para incidentes importantes similares a los atentados del Manchester Arena o el incendio de la Torre Grenfell en Londres.

CUADRO 6 Preguntando sobre trauma y abuso

Es muy raro que los supervivientes a traumas revelen espontáneamente sus experiencias traumáticas, sin embargo, los profesionales de la salud mental a menudo temen preguntar a las personas sobre sus experiencias pasadas o actuales de trauma (Lea 2007). Read y sus colaboradores informan una serie de razones para esta renuencia a preguntar, entre ellas: la necesidad de centrarse en las preocupaciones inmediatas; miedo a causar angustia; miedo a la traumatización vicaria; las cuales sostienen un modelo biogenético causal de la angustia psíquica y una falta de formación. Estos autores recomiendan:

- Preguntar a todos sobre sus experiencias de trauma y abuso.
- preguntar en la evaluación inicial, pero no durante una crisis
- preguntar en el contexto de la historia psicosocial general de la persona
- Prólogo de preguntas de trauma con una breve declaración de normalización
- Utilizar preguntas específicas, con ejemplos claros.

Las preguntas deben hacerse con sensibilidad y al ritmo de la persona. Debe asegurarse a los usuarios tener que revelar abuso o trauma si no lo desean y el poder negarse a responder preguntas. Es importante tener una comprensión de la disociación, comúnmente asociada con el trauma, y ser sensible a esto. Cuando los individuos eligen no revelar experiencias traumáticas o simplemente no pueden hacerlo, el personal debe ser receptivo a esto y ser capaz de reconocer los signos asociados con el trauma anterior, sin la necesidad de una divulgación completa. Cuando una persona revela trauma y abuso, Read y col. recomiendan que el profesional responda de la siguiente manera:

- tranquilizar a la persona y apoyarla en que la divulgación es algo bueno
- No tratar de averiguar los detalles del trauma o abuso
- Preguntar si alguien ha sido informado previamente y cómo fue.
- Ofrecer apoyo específico para el trauma y saber cómo derivar allí a las personas.
- Preguntar si el trauma está relacionado con sus dificultades actuales.
- comprobar su seguridad actual (libertad de abuso)
- verificar el estado emocional de la persona al final de la sesión
- ofrecer una cita de seguimiento

OBSTÁCULOS PARA CREAR RELACIONES CON CONCIENCIA SOBRE EL TRAUMA EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Antes de describir los aspectos relacionales de estos enfoques, nos gustaría explorar las barreras sistémicas

que pueden evitar que el personal participe de estos enfoques. Lo hacemos al mismo tiempo que reconocemos que muchos profesionales participan de enfoques con conciencia sobre el trauma sin, quizás, nombrarlos como tales.

- **Barreras relacionadas con el trabajo en el sector público del Reino Unido:**

- La austeridad, la falta de fondos y la falta de recursos, en particular la escasez de personal, puede hacer que el entorno laboral sea estresante y, en ocasiones, abrumador
- El volumen de papeleo puede reducir el tiempo para actividades clínicas, para desarrollar relaciones e interactuar con los usuarios del servicio
- Lidar con cambios jerárquicos, impredecibles y frecuentes en los servicios públicos, junto con un sinnúmero de nuevas iniciativas a implementar, puede generar confusión y agotamiento (Sweeney 2016)
- La baja moral y la alta rotación del personal, particularmente en las plantas de agudos, pueden entorpecer cambios significativos a largo plazo.

- **Barreras relacionadas con la falta de cultura organizativa de apoyo:**

- Las culturas organizacionales pueden dejar de apoyar, o pueden entrar en conflicto activo con los métodos de trabajo de los enfoques con conciencia sobre el trauma; un ejemplo es una cultura de aversión al riesgo que fomenta que el personal desarrolle enfoques de autoridad y poder.
- Una falta general de supervisión, capacitación y apoyo, junto con una falta específica de capacitación en enfoques con conciencia del trauma.
- Pocas oportunidades para reflexionar sobre las prácticas y bajo feedback entre el personal y los usuarios.
- La confusión y tal vez el temor con respecto a la introducción de principios concienciados con el trauma en la práctica clínica, más allá de la reducción del aislamiento y la contención (Muskett 2014).

- **Barreras relacionadas con el continuo predominio de los modelos biomédicos de estrés psíquico:**

- Renuencia a cambiar de modelos biomédicos causales como explicación al malestar mental a modelos holísticos biopsicosociales, o la falta de exposición a modelos alternativos.
- Fuerte enfoque biomédico en la preparación de los profesionales de la salud mental, lo que dificulta el desafío de las culturas dominadas biomédicamente
- El énfasis biomédico significa que se descuidan los aspectos sociales y psicológicos, lo que lleva a una falta de inversión de recursos en diversos servicios y tratamientos de salud mental.
- Poca divulgación de la noción de trauma social, urbano, histórico y cultural.
- Los fundamentos históricos de la psicología, incluido el conductismo con sus suposiciones erróneas de que la empatía y la compasión recompensan el mal comportamiento.
- La comprensión del alcance del trauma expone la naturaleza humana como cruel y perversa, desafiando nuestra visión del mundo y dificultando la aceptación de esa realidad.

Además, se han identificado una serie de barreras a la hora de preguntar sobre el abuso infantil, incluida la

creencia de que las personas quieren ser interrogadas sobre sus experiencias por alguien del mismo género o antecedentes culturales, sosteniendo modelos causales biogénéticos de sufrimiento mental. (Young 2001) (Cuadro 6).

La identificación de estas barreras puede indicar algunos de los cambios necesarios para ayudar al personal a trabajar plenamente en enfoques con conciencia de trauma (para obtener más información sobre cómo superar estas barreras, consultar Sweeney 2016).

SUPERAR LAS BARRERAS PARA CREAR RELACIONES CON CONCIENCIA SOBRE EL TRAUMA EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

A pesar de estas barreras, muchos profesionales que no trabajan en organizaciones que aplican los modelos con conciencia sobre el trauma, desean practicar estos enfoques reconociendo sus beneficios. Butler y sus colaboradores han brindado una excelente visión general de las formas en que los profesionales pueden garantizar que se promulgan los principios de seguridad, confiabilidad, elección, colaboración y empoderamiento (Butler 2011).

Consideramos otras dos áreas clave relacionadas con la comprensión del impacto y la universalidad del trauma.

"¿Qué te ha sucedido?", Preguntando por el trauma

Aunque el cambio de pensar: "¿Qué es lo que funciona mal en ti?" a considerar "¿Qué te ha pasado?" es orientativo, el indagar sobre el trauma a un ritmo oportuno es sin embargo fundamental.

Es probable que la realización de tales preguntas descubra la magnitud del trauma y abuso experimentado por el individuo, lo que proporciona mayor motivación de cara a la necesidad de adoptar enfoques con conciencia sobre el trauma. El Cuadro 6 ofrece una descripción general de cómo los profesionales pueden preguntar sobre el abuso en base a un documento importante de Read y sus colaboradores (Read 2007).

Sugiere que a todos los usuarios de los servicios de salud mental se les debe preguntar sobre sus experiencias de trauma y abuso, y en el Reino Unido esto se considera una práctica estándar (por ejemplo, Rose 2012). Sin embargo, una revisión sistemática reciente de la investigación internacional encontró que tan sólo entre el 0 y el 22% de los usuarios informan que se les ha preguntado acerca de las experiencias de abuso (Read 2017). De manera similar, una revisión bibliográfica encontró que los profesionales de la salud mental no preguntan de manera rutinaria a las personas en entornos psiquiátricos agudos acerca de sus experiencias de abuso sexual en la infancia (Hepworth 2013). Esto puede deberse en parte a que los profesionales se sienten insuficientemente preparados para responder de manera efectiva a las revelaciones (Rose 2011). Un estudio con un pequeño número de psicoterapeutas en servicios de atención temprana informó que preguntar por el abuso estaba relacionado con el conocimiento de los terapeutas sobre modelos de malestar mental basados en traumas, ya que enfatizaban las relaciones terapéuticas con los usuarios, sus cualidades personales, habilidades y confianza (Toner 2013).

Además, tener un modelo psicosocial acerca de la psicosis era una base esencial para realizar valoraciones de traumas. Hay investigaciones prometedoras que sugieren que, con capacitación y apoyo, el personal puede obtener la confianza y el conocimiento necesarios para evaluar y tratar efectivamente el trauma (Walters 2015).

Sin embargo, no es suficiente con simplemente preguntar, ya que preguntar sobre el abuso de una manera

desinformada acerca del trauma puede ser retraumatizante (Cuadro 6). Esto incluye preguntar sin asegurarse de que la persona sienta que puede negarse a responder, hacer preguntas demasiado detalladas, no saber dónde derivar a una persona que revela un trauma pasado y no entender cómo actuar. Por lo tanto, es fundamental que los profesionales estén capacitados no solo para realizar preguntas de rutina respetuosas sobre el trauma, sino también sobre cómo responder mejor a las revelaciones y cómo traducir la información en cuidados individualizados de trascendencia; esto significa claramente que debe haber servicios apropiados para derivar a los supervivientes (Scott 2015). Los clínicos también deben tener claro que pueden tener el deber de violar la confidencialidad, por ejemplo, cuando el autor de los hechos traumáticos representa un riesgo actual para los demás (Rouf 2016). Para los usuarios, ser interrogado extensamente acerca del trauma sin una respuesta adecuada y un seguimiento puede ser vivido como una forma de silenciamiento y/o similar a tener una herida abierta en la cirugía y dejarla al descubierto.

Entendiendo el afrontamiento adaptativo

Muchos de los comportamientos mostrados por los supervivientes de trauma pueden parecer desconcertantes, peligrosos o extraños si no son vistos a través de las “gafas del trauma” (Cuadro 1). Filson explica así la respuesta de la psiquiatría:

"Estaba esencialmente desconectado de cualquier contexto que pudiera haber explicado el caos dentro y alrededor de mí. Esto es lo que sucede cuando se ve al individuo como el problema, en lugar del mundo en el que vive el individuo. Cuando las acciones que adoptamos para enfrentarnos, adaptarnos o sobrevivir están privadas de significado, nos vemos bueno., locos "(Filson 2016 : p. 21).

Al realizar el cambio hacia un modelo que asume que los usuarios podrían haber experimentado un trauma y reconocer que los comportamientos extremos pueden ser adaptaciones a los traumas en lugar de los síntomas de una enfermedad mental, los profesionales pueden comprender mejor las formas en que un superviviente enfrenta el momento presente. A menudo, los comportamientos extremos pueden entenderse si se encuadran como el mejor intento de un superviviente para sobrellevar, conectar y comunicar su dolor (Filson 2013) (Cuadro 7).

A veces, la etiología es menos importante que la respuesta del facultativo a la angustia. Ya sea que el profesional lo vea o no como un síntoma de una condición de salud subyacente (mental o física: por ejemplo, Barry, 2011) o incluso vea la crisis como una elección, aunque sea una elección no adaptativa, la respuesta del profesional puede causar más angustia y aumentar la alarma, o puede ayudar a disminuir la angustia y regresar a la homeostasis emocional y fisiológica.

Sin embargo, reconocer el dolor emocional y psicológico subyacente y trabajar con la persona para desarrollar conocimientos y habilidades para manejar, eliminar e incluso transformar su angustia requiere una disposición más a largo plazo y adoptar un modelo holístico de angustia mental que centralice el papel causal del trauma y aprecie plenamente el alcance y la gravedad de su impacto. Esto implica un cambio de una

comprensión biomédica de la salud mental a un modelo biopsicosocial.

CUADRO 7. Entender los comportamientos extremos como una forma de afrontar, relacionarse y comunicarse.

Muchas de las respuestas problemáticas al trauma que las personas tienen a menudo son su mejor intento de hacerle frente, relacionarse y comunicarse.

Afrontamiento: La asunción de riesgos o el comportamiento autodestructivo (por ejemplo, el uso de sustancias ilegales, la autolesión extrema..) pueden ser una forma inconsciente de afrontar el sufrimiento interno, como la vergüenza y la baja autoestima, y el manejo de la desregulación emocional y la lucha, huida o congelación (por ejemplo, Baker 2013).

Conectar/Relacionarse: En lugar de etiquetar a los usuarios que muestran un comportamiento difícil como 'manipuladores' o 'en busca de atención', los profesionales pueden tratar de comprender la angustia y los temores que subyacen a las formas particulares que tiene cada uno de tratar de satisfacer las necesidades y las dificultades para expresarlas, y así conectarse con los usuarios con empatía en lugar de juzgarlos.

Comunicación: Las investigaciones indican que experimentar un trauma en la infancia tiene un efecto importante en el desarrollo neurológico, haciendo que nuestras respuestas a las amenazas sean intensas y se desencadenen fácilmente, comprometiendo nuestra capacidad de calmarnos y nuestra capacidad de integración (Van der Kolk 2003).

Este tipo de sufrimiento está "cableado" de manera que no se puede gestionar fácilmente a través del idioma. Además, el lenguaje ha fallado a muchos supervivientes al intentar detener el abuso, especialmente cuando se ignora el "No" o la violación continúa. En consecuencia, los comportamientos extremos pueden ser el único medio que tiene un superviviente de trauma para expresar o comunicar la angustia extrema que están experimentando. (Basado en Filson 2013)

"Está claro que no hay un subconjunto de personas traumatizadas para las que podamos construir nuevas estructuras, nuevas instituciones que se adapten de manera más adecuada a sus necesidades. El mundo es un lugar traumatizado "(Bloom 2006: p. 58).

Blanch y sus colaboradores han elaborado una guía para la participación de mujeres en relaciones de apoyo entre pares desde la conciencia sobre el trauma (Blanch 2012). Muchas de las recomendaciones son aplicables a todas las relaciones en los servicios de salud mental, incluso entre hombres y mujeres, los usuarios de servicios y los proveedores, entre el personal y dentro del Servicio Nacional de Salud (NHS) como organización. Incluye:

- Desarrollar relaciones que no juzguen y sean empáticas, respetuosas y usen una comunicación honesta y directa.
- Reflexionar sobre los prejuicios raciales o culturales y crear un espacio para que las personas exploren y definan su identidad cultural.
- Adoptar una "lente de género" para crear entornos más seguros y desarrollar apoyos que respondan a las necesidades e historias de mujeres y hombres.

- Usar el lenguaje de las experiencias humanas en lugar del lenguaje clínico para facilitar que las personas exploren la totalidad de sus vidas.
- Ir más allá de un rol de ayuda hacia la reciprocidad y el poder compartido.

Sobre este último punto, explican:

Trabajar desde la conciencia sobre el trauma significa reconocer algunas de las formas en que "ayudar " puede reforzar la impotencia y la vergüenza, erosionando aún más el sentido de identidad de las mujeres y su capacidad para dirigir sus propias vidas. Significa reconocer las cosas que se pueden estar haciendo en las relaciones que mantienen a las mujeres en roles dependientes, provocan enfado y frustración, o provocan respuestas de supervivencia como peleas, huida y / o bloqueo '(Blanch 2012: p. 49).

Los profesionales no siempre identifican, aprecian o tienen conocimiento de los efectos de las dinámicas de poder dentro de las cuales trabajan y de la cultura que existe para "ayudar o rescatar" a las personas de manera paternalista y desempoderadora. Es posible que los profesionales reflexionen sobre estas prácticas e intenten ir más allá de ellas para trabajar con las personas de forma más empoderada. El Cuadro 8 describe cómo las respuestas a Emma y Claire (Cuadros 3 y 4) podrían haber sido distintas según un enfoque consciente del trauma:

RECUADRO 8 Qué de diferente tendrían las historias de Claire y Emma trabajando desde el enfoque de trauma informado

Claire

En otra sala donde los planes de cuidados se basan en una formulación de la persona en su contexto, se entiende que observar a una persona a todas horas puede ser negativo para su recuperación a largo plazo. En esta sala, otra persona llamada Claire todavía se somete a observación las 24 horas del día, pero el personal se sienta con ella para que les explique por qué y cuáles son sus preocupaciones. El personal es lo más interactivo posible. Intentan validar los sentimientos de angustia de Claire y conversar sobre la creación de un plan para terminar las observaciones con estrategias mutuamente acordadas. Se logra la colaboración mutua en lugar del " hacer cumplir". Esta Claire siente que tiene esperanza, porque la apoyan con las cosas que son importantes para ella.

Emma

En otro servicio perinatal donde atienden desde una perspectiva con conciencia sobre el trauma, Emma contaría con una persona que se encargase de su cuidado, que le preguntase con sensibilidad sobre sus experiencias de trauma, que le ayudase a establecer vínculos entre estas experiencias y su angustia emocional y problemas de crianza, también le preguntaría si Emma se siente a salvo del abuso. Este profesional se vincula con el pediatra del niño para ver qué opciones de apoyo entre pares (locales o en línea) tiene Emma. Emma se da cuenta de que lo que siente es común en sus circunstancias y se siente lo suficientemente conectada como para explorar lo que necesita para desarrollar su confianza como madre.

En las unidades psiquiátricas de hospitalización debería abordarse la retraumatización que se produce a través de las relaciones de poder que se basan en contenciones físicas o químicas y el aislamiento para controlar a las personas. La investigación ha encontrado que el uso de la contención física aumenta el riesgo de lesiones tanto para el personal como para los usuarios del servicio, el riesgo para los usuarios del servicio incluye el riesgo de muerte (por ejemplo, Mind 2013). En cambio, los profesionales pueden explorar y desarrollar técnicas alternativas como no entrar en escalada, el empleo de las voluntades anticipadas y los planes de crisis, la identificación de factores de riesgo, la escucha activa y la mediación (O'Hagan 2008).

Un ensayo controlado aleatorizado del enfoque de Safewards⁴ para reducir el conflicto y la contención en las unidades psiquiátricas de hospitalización encontró que implementar intervenciones simples que mejorasen las relaciones entre el personal y los pacientes reducía el uso de medidas de control.

Los profesionales pueden reducir los comportamientos defensivos (como la agresión) si consideran qué factores desencadenantes relacionados con el trauma, incluido su propio comportamiento, pueden estar contribuyendo a la situación.

Responder al comportamiento defensivo de manera abierta y tranquila, en lugar de reproducirlo, puede disipar el nivel de excitación a través de un proceso de coregulación.

Entender, moderar y gestionar los temores/factores desencadenantes que conducen a las respuestas agresivas es un componente esencial de los enfoques con conciencia sobre el trauma.

Más allá del uso del encierro y la contención, las relaciones de poder también se manifiestan de manera sutil. La investigación sugiere que las experiencias de los usuarios de salud mental se caracterizan por la impotencia y la coerción formal e insidiosa, lo que puede llevar a un temor a la búsqueda de ayuda y a la participación (por ejemplo, Norvoll 2016).

Al hacerse partícipes de los enfoques con conciencia del trauma, los profesionales pueden reflexionar sobre cualquier modelo paternalista de relación que ellos mismos sostengan y que pueda inhabilitar la autonomía y la conciencia de sí mismo de una persona, que desencadene la huida, la lucha o el bloqueo y los sucesivos mecanismos de afrontamiento para sobrellevar la situación, y que impida a las personas crear los sistemas de apoyo que necesitan.

Sencillamente, esto puede significar ir más allá de las interacciones, o una falta de las mismas, que erosiona el sentimiento básico de humanidad de los usuarios del servicio. Por ejemplo, la investigación sobre alianzas terapéuticas ha encontrado que los usuarios de los servicios son frecuentemente ignorados por el personal del hospital, lo que provoca frustración e ira prevenibles (Sweeney 2014) (Cuadro 9).

CUADRO 9. Retraumatización sutil: interacciones deshumanizantes en salas psiquiátricas

Como investigador superviviente que realiza una investigación en unidades psiquiátricas sobre alianzas terapéuticas, yo (A.S.) presencié los tipos de interacción con los servicios que los usuarios describían en sus entrevistas: Un hombre negro se acercó al control de enfermería y les dijo que no había tomado su medicación. "Sí la tomé", declaró la enfermera sin mantener contacto visual, con una respuesta brusca y una implicación mínima. "No la tomé, ¿puedes comprobarlo?". No le respondieron. La clara frustración del hombre se convirtió en ira. "Pregúntale a esa enfermera, ella lo sabe". De nuevo no hubo respuesta o implicación. El hombre comenzó a gritar. "No me hables así. Sigue gritando y llamaremos a la policía" le dijo la enfermera. El hombre siguió gritando, su ira aumentaba a medida que su pregunta seguía sin respuesta. Una enfermera salió del control y se paró frente al hombre. "Tranquilízate o llamaremos a la policía". El hombre retrocedió con su puño, amenazando verbal y físicamente con golpearla. Finalmente, se echó atrás, se alejó, todavía visiblemente enojado. Su medicación todavía seguía sin ser comprobada.
Ver Sweeney 2014 para más detalles acerca del estudio.

Esta investigación encontró además que: "Las alianzas terapéuticas positivas se basan en las cualidades

⁴ El modelo Safewards es un modelo llevado a cabo por el sistema nacional de salud de Reino Unido. Se trata de un modelo que explica la variación en el conflicto y la contención, realizando amplios estudios acerca de ello. Se puede consultar su página web: <http://www.safewards.net/>

humanas básicas del personal y su capacidad para comunicarse con los usuarios. Todos los usuarios apreciaron las relaciones con el personal que demostró amabilidad; calor; empatía; honestidad; confiabilidad; tranquilidad; respeto y simpatía; disponibilidad; calma; y humor' (Sweeney 2014).

Los usuarios del estudio describieron mejores relaciones con los miembros del personal que les transmitieron *humanidad básica*⁵ y demostraron niveles de interés y compromiso con ellos.

Formar relaciones arraigadas en estas cualidades puede generar confianza, conexión y esperanza en los usuarios, y es la base de las relaciones positivas y de los enfoques con conciencia sobre el trauma, pudiendo transformar la experiencia de los usuarios.

De hecho, un cuerpo de publicaciones sobre alianzas terapéuticas indican que las relaciones terapéuticas entre el personal y los usuarios generan resultados positivos en la medida en que pueden considerarse una forma de terapia (por ejemplo, Priebe 2008). Esto es particularmente importante porque experimentar un trauma puede tener un gran impacto en las relaciones interpersonales, mientras que ser partícipe de relaciones significativas puede mediar el impacto destructivo del trauma (por ejemplo, Van der Kolk 2005).

Esto sugiere que se deben apoyar, alentar, reconocer y evaluar estas cualidades en el personal. También existe una clara necesidad de mayor transparencia y confianza, y mayor énfasis en el consentimiento informado, y en la inclusión de los usuarios en las conversaciones sobre las ayudas que necesitan, en línea con la toma de decisiones compartida (por ejemplo, Elwyn 2012).

El Cuadro 10 da cuenta de las experiencias de Ted en cuanto a las respuestas del personal a la escucha de voces.

Para los profesionales interesados en explorar otros principios y técnicas, el Cuadro 11 sugiere una variedad de recursos posibles.

CUADRO 10 Viñeta: Ted

Ted ha sido ingresado en hospitales psiquiátricos muchas veces, escuchando voces que amenazaban con hacerle daño. Durante sus primeros ingresos, el personal le dijo a Ted que las voces estaban en su cabeza y que no tenía nada que temer. Aunque esto era cierto, a Ted no lo tranquilizaba, sino que se puso más ansioso al sentir que no lo escuchaban ni lo creían. Ted empezó a preocuparse de que si estos pensamientos tan horribles venían de su propia mente, debía de estar loco o ser una mala persona. Se asustó más de los contenidos de su mente.

Recientemente, el hospital de Ted capacita a su personal en los enfoques con conciencia sobre el trauma. Cuando Ted explica lo que está experimentando, el personal se toma el tiempo de escucharlo y explorar sus temores. Le preguntan a Ted qué sentido tienen para él las voces y sobre las ocasiones anteriores en que pudo manejarlas. El personal también le pregunta si está al tanto de la Red de Escuchadores de Voces.

Al adoptar este enfoque, el personal no discute sobre la realidad, sino que reconoce la angustia emocional de Ted y la atiende. Esto tiene el mismo propósito de hacerle saber a Ted que está a salvo, pero Ted lo experimenta como algo más amable y valioso porque se siente escuchado. También significa que Ted ha establecido relaciones sólidas con muchos miembros del personal y, en consecuencia, se siente respaldado. El personal ayuda a Ted a comprender que sus reacciones son frecuentes en personas con su historia y encuentran formas de ayudarlo a advertir que las voces son provocadas por tensiones sociales particulares. Ted está empezando a explorar cómo estos desencadenantes se vinculan con su pasado.

⁵. Traducido de manera literal de artículo original. Humanidad básica se refiere a la capacidad innata de interesarse por el bienestar de los demás. En sus expresiones más desarrolladas, motiva comportamientos respetuosos, útiles, de valoración, de crianza, de protección y altruistas.

CUADRO 11 Recursos adicionales para profesionales:

Competencia	Recurso
Voluntades anticipadas	- Quinlan C, Coffey A (2015) Mental health nurses' perspectives on psychiatric advance directives. <i>Mental Health Practice</i> , 18(7): 25–30. - - - - Crisis planning Registered Nurses Association of Ontario (2017) <i>Crisis Intervention for Adults Using a Trauma-Informed Approach: Initial Four Weeks of Management</i> (3rd edn). International Affairs and Best Practice Guidelines Centre.
Atención compasiva	Kennedy A (2013) A compassionate formulation of task drift in mental health staff. <i>Mental Health Review Journal</i> , 18: 73–82.
Evitación de la escalada	Price O, Baker J (2012) Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 21: 310–9.
Duelo	Poole J and Ward J (2013) Breaking open the bone: storying, sanism, and mad grief. Chapter 6 in B LeFrancois, Menzies R and Reaume G (Eds) <i>Mad Matters: A critical reader in Canadian Mad Studies</i> . Canadian Scholars Press Inc: Toronto, Ontario.
Mediación	BRDGES Academy training course 'Mediation Through a Trauma Informed Lens' (https://brdgesacademy.com/courses/mediation-through-a-trauma-informed-lens/)
Perspectiva de las madres	Muzik M, Ads M, Bonham C, et al (2013) Perspectives on trauma-informed care from mothers with a history of childhood maltreatment: a qualitative study. <i>Child Abuse and Neglect</i> , 37: 1215–24.
Puesta en marcha/Implementación	Brown VB (2018) <i>Through a Trauma Lens: Transforming Health and Behavioral Health Systems</i> . Routledge.
Ámbitos de hospitalización	- Muskett C (2014) Trauma-informed care in inpatient mental health settings: a review of the literature. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 23: 51–59. - Wilson A, Hutchinson M, Hurley J (2017) Literature review of trauma-informed care: implications for mental health nurses working in acute inpatient settings in Australia. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 26: 326–43.
Fomento de la tranquilidad	Mediators Beyond Borders International (https://mediatorsbeyondborders.org/what-we-do/trauma-informed-peacebuilding/)
Apoyo entre pares	- Blanch A, Filson B, Penney D, et al (2012) <i>Engaging Women in Trauma-Informed Peer Support: A Guidebook</i> . National Centre for Trauma-Informed Care. - Filson B, Mead S (2016) Becoming part of each other's narratives: Intentional Peer Support. Chapter 12 in J Russo and A Sweeney (Eds) <i>Searching for a Rose Garden: Challenging Psychiatry, Fostering Mad Studies</i> . PCCS Books, Monmouth.
Salud física	Weissbecker I, Clark C (2007) The impact of violence and abuse on women's physical health: can trauma-informed treatment make a difference? <i>Journal of Community Psychology</i> , 35: 909–23.
Técnicas psicodinámicas	Alessi EJ, Kahn S (2017) Using psychodynamic interventions to engage in trauma-informed practice. <i>Journal of Social Work Practice</i> , 7 Dec (online only: doi: 10.1080/02650533.2017.1400959).

Psicosis	Read J (2018) Making sense of, and responding sensibly to, psychosis. <i>Journal of Humanistic Psychology</i> , 5 Mar (online ahead of print: doi 10.1177/0022167818761918)
Asunción de riesgos	Felton A, Wright N, Stacey G (2017) Therapeutic risk-taking: a justifiable choice. <i>BJPsych Advances</i> , 23: 81–8.
Aislamiento/encierro y contención	- O'Hagan M, Divis M, Long J (2008) <i>Best Practice in the Reduction and Elimination of Seclusion and Restraint. Seclusion: Time for Change</i> . Te Pou Te Whakaaro Nui: The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development. - Cusack P, Cusack FP, McAndrews S, et al (2018) An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 19 Jan (early view: doi.org/10.1111/inm.12432).
Conductas autolesivas	Shaw C (2016) Deciding to be alive: self-injury and survival. Chapter 9 in J Russo and A Sweeney (Eds) <i>Searching for a Rose Garden: Challenging Psychiatry, Fostering Mad Studies</i> . PCCS Books, Monmouth.
Supervivientes de abuso y agresión sexual	Richmond K, Geiger E, Reed C (2013) The personal is political: a feminist and trauma-informed therapeutic approach to working with a survivor of sexual assault. <i>Clinical Case Studies</i> , 12: 443–456.
Trabajo social	Knight C (2015) Trauma-informed social work practice: practice considerations and challenges. <i>Clinical Social Work Journal</i> , 43: 25–37.
Suicidio	Webb D (2010) <i>Thinking about Suicide: Contemplating and Comprehending the Urge to Die</i> . PCCS Books. Also accompanying website with the same title, at https://thinkingaboute suicide.org/
Autorregulación sistémica	Ford JD, Blaustein ME (2013) Systemic self-regulation: a framework for trauma-informed services in residential juvenile justice programs. <i>Journal of Family Violence</i> , 28: 665–77.

REFLEXIONES FINALES:

Las acciones específicas que los profesionales de la salud mental pueden adoptar para devenir en un enfoque con conciencia del trauma pueden parecer difusas, particularmente más allá de los pasos obvios para reducir el aislamiento y la contención (Muskett 2014). Esto se debe a que trabajar desde el trauma no significa marcar una lista de acciones. En cambio, estos enfoques representan un cambio en la ideología y en la perspectiva de la prestación de servicios, con un cambio concomitante en las formas de relacionarse que pueden transformar las experiencias de los supervivientes de los servicios y de las relaciones terapéuticas. Este cambio ideológico es plasmado por paso de pensar "¿Qué funciona mal en ti?" a considerar "¿Qué te ha ocurrido?".

Al introducir en la práctica los principios de conciencia sobre el trauma, el personal de salud mental intenta: reconocer las tasas de trauma, incluidos los traumas sociales y de desarrollo complejos, en personas que utilizan servicios de salud mental; hacer preguntas de forma sensible sobre el abuso y orientar a las personas hacia un apoyo apropiado; asegurar la competencia cultural y de género; adoptar modelos basados en fortalezas que vean; entender al usuario como experto en su propia vida que ha tenido las habilidades suficientes para sobrevivir; conectarse de manera que reconozcan el dolor que subyace a las angustias y a las conductas extremas; y reconocer y abordar las dinámicas de poder que impiden la reciprocidad, la

colaboración y la elección y, en consecuencia, evitan que los supervivientes se vinculen con los dispositivos.

Como hemos comentado, esto coincide con la política actual del NHS y otros modelos contemporáneos de buenas prácticas, recordando que si no se cumplen los principios citados, es probable que los supervivientes del trauma no puedan participar de las prestaciones que se les ofrecen (Elliot 2005).

Los enfoques con conciencia sobre el trauma están comenzando a introducirse en la práctica de salud mental del Reino Unido (Sweeney 2016). Más allá de la atención médica, también están influyendo en los servicios de personas sin hogar en el Reino Unido, servicios para niños y familias, servicios de justicia penal para menores y adultos, servicios de violencia doméstica y en otros.

“One Small Thing”, por ejemplo, es una organización benéfica que trabaja con los profesionales que trabajan con mujeres en el sistema de justicia penal para desarrollar una práctica con conciencia sobre el trauma (www.onesmallthing.org.uk/about/). El nombre de la organización indica el valor de esas pequeñas cosas, como la compasión, la comprensión, el respeto, y su poder para marcar una gran diferencia (www.onesmallthing.org.uk/about/). Esto refleja nuestra creencia de que los profesionales que trabajan solos pueden dar grandes pasos para trabajar con conciencia sobre el trauma, incluso cuando se enfrentan a barreras culturales y organizativas.

Agradecimientos

Las viñetas clínicas incluidas en este artículo se inspiraron en una exploración de las experiencias de personas con daños iatrogénicos en Tees, Esk y Wear Valleys NHS Foundation Trust como parte del Programa de Recuperación de la organización. Este trabajo fue realizado por expertos en primera persona de la organización, con el fin de informar las buenas prácticas clínicas y de la gestión de la seguridad. A.S quisiera agradecer a los Grupos Asesores por su contribución al estudio APTT (comprensión y mejora de los Procesos de Evaluación para Talking Therapies), del cual surgió este artículo: Vanessa Anenden, Katie Bogart, Dra. Sarah Carr, Dra. Jocelyn Catty, Profesor David Clark, Dra. Sarah Clement, Alison Faulkner, Sarah Gibson, Mary Ion, Steve Keeble, Dra. Angela Kennedy (coautora), Dra. Gemma Kothari y Lana Samuels.

Bibliografía

- Against Violence and Abuse, Agenda Alliance for Women and Girls (2017) *The Core Components of a Gender Sensitive Service for Women Experiencing Multiple Disadvantage: A Review of the Literature*. AVA.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn)* (DSM-5). American Psychiatric Publishing.
- Baker C, Shaw C, Biley F (eds) (2013) *Our Encounters with Self-Harm*. PCCS Books.
- Barry H, Hardiman O, Healy DG, et al (2011) Anti-NMDA receptor encephalitis: an important differential diagnosis in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 199: 508–9.
- Blanch A, Filson B, Penney D, et al (2012) *Engaging Women in Trauma-Informed Peer Support: A Guidebook*. National Centre for Trauma-Informed Care.
- Bloom S (1995) *Creating sanctuary in the school*. *Journal for a Just and Caring Education*, 1: 403–33.
- Bloom S (2006) *Human Service Systems and Organizational Stress: Thinking and Feeling Our*
- Way out of Existing Organizational Dilemmas (Report for the Trauma Task Force). Community Works.
- Bowers L, James K, Quirk A, et al (2015) Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: the Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52: 1412–22.
- Brophy L, Roper C, Hamilton B, et al (2016) Consumers' and their supporters' perspectives on barriers and strategies to reducing seclusion and restraint in mental health settings. *Australian Health Review*, 40: 599–604.
- Butler LD, Critelli FM, Rinfrette ES (2011) Trauma-informed care and mental health. *Directions in Psychiatry*, 31: 197–210.
- Cusack P, Cusack FP, McAndrews S, et al (2018) An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27: 1162–76.
- Elliot D, Bjelajac P, Fallot R, et al (2005) Trauma-

- informed or trauma-denied: principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, 33: 461–77.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al (2012) Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27: 1361–7. doi:10.1007/s11606-012-2077-6.
- Esaki N, Larkin H (2013) Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) among child service providers. *Families in Society*, 94: 31–7.
- Felitti G, Anda R, Nordenberg D, et al (1998) Relationship of child abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14: 245–58.
- Filson B (2011) Is anyone really listening? *National Council Magazine*, (2): 15.
- Filson B (2013) *Self-Injury: The Attempt to Cope, Connect and Communicate*. Webinar for MA Department of Public Health – Suicide Prevention Bureau and the National Association of State Mental Health Program Directors (<https://www.youtube.com/watch?v=JfapTEOR6g0>).
- Filson B (2016) The haunting can end: trauma-informed approaches in healing from abuse and adversity. In *Searching for a Rose Garden: Challenging Psychiatry, Fostering Mad Studies* (eds J Russo, ASweeney): 20–4. PCCS Books.
- Frances A (2013) Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life. *Psychotherapy in Australia*, 19(3): 14–8.
- Freuh C, Knapp R, Cusack K, et al (2005) Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56: 1123–33.
- Friedman MJ (2013) Finalizing PTSD in DSM-5: getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress*, 26: 548–56.
- Gillard S, Edwards C, Gibson S, et al (2013) Introducing Peer Worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research*, 13: 188.
- Grundy AC, Bee P, Meade O, et al (2016) Bringing meaning to user involvement in mental health care planning: a qualitative exploration of service user perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23: 12–21.
- Hatch S, Dohrenwend B (2007) Distribution of traumatic and other stressful life events by race/ethnicity, gender, SES and age: a review of the research. *American Journal of Community Psychology*, 40: 313–32.
- Hepworth I, McGowan L (2013) Do mental health professionals enquire about childhood sexual abuse during routine mental health assessment in acute mental health settings? A substantive literature review. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 20: 473–83.
- Herman J (1998) Recovery from Psychological Trauma. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52: S98–S103.
- Jackson V (2003) In our own voice: African-American stories of oppression, survival and recovery in mental health systems. *Off Our Backs*, 33(7/8): 19–21.
- Johnstone L, Boyle M, Cromby J, et al (2018) *The Power Threat Meaning Framework: Towards the Identification of Patterns in Emotional Distress, Unusual Experiences and Troubled or Troubling Behaviour, as an Alternative to Functional Psychiatric Diagnosis*. British Psychological Society.
- Karatzias T, Cloitre M, Maercker A, et al (2018) PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(suppl 7): 1418103.
- Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, et al (2010) Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197: 378–85.
- Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, et al (2015) Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychological Medicine*, 45: 875–86.
- Knight C (2015) Trauma-informed social work practice: practice considerations and challenges. *Clinical Social Work Journal*, 43: 25–37.
- Levine P (2010) *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. North Atlantic Books.
- Mauritz M, Goossens P, Draijer N, et al (2013) Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology*, 4 (doi: 10.3402/ejpt.v4i0. 19985).
- McCrone P, Dhanasiri S, Patel A, et al (2008) *Paying the Price: The Cost of Mental Health Care in England to 2026*. King's Fund.
- McHugh P, Treisman G (2007) PTSD: a problem diagnostic category. *Journal of Anxiety Disorders*, 21: 211–22.
- Mead S, McNeil C (2006) Peer support: what makes it unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10: 29–37.
- Mental Health Taskforce (2016) *The Five Year Forward View for Mental Health: A Report from the Independent Mental Health Taskforce to the NHS in England* (February 2016). Mental Health Taskforce.
- Mind (2013) *Mental Health Crisis Care: Physical Restraint in Crisis. A Report on Physical Restraint in Hospital Settings in England*. Mind.
- Mohan R, McCrone P, Szmukler G, et al (2006) Ethnic differences in mental health service use among patients with psychotic disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41: 771–6.
- Morgan C, Mallett R, Hutchinson G, et al (2004) Negative pathways to psychiatric care and ethnicity: the bridge between social science and psychiatry. *Social Science and Medicine*, 58: 739–52.
- Muskett C (2014) Trauma-informed care in inpatient mental health settings: a review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23: 51–9.
- NHS Digital (2016) *Adult Psychiatric Morbidity Survey: Survey of Mental Health and Wellbeing, England, 2014*. NHS Digital (<https://digital.nhs.uk/catalogue/PUB21748>). Accessed 3rd April 2018.
- NHS Education for Scotland (2017) *Transforming Psychological Trauma: A Knowledge and Skills Framework for the Scottish Workforce*. Scottish Government.
- NHS England (2016) *Implementing the Five Year Forward View for Mental Health*. NHS England.
- Norvoll R, Pedersen R (2016) Exploring the views of people with mental health problems on the concept of coercion: towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science and Medicine*, 156: 204–11.
- O'Hagan M, Divis M, Long J (2008) *Best Practice in the Reduction and Elimination of Seclusion and Restraint. Seclusion: Time for Change*. Te Pou Te Whakaaro Nui: The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development.
- Örmon K, Hörberg U (2017) The unnecessary suffering and abuse caused by healthcare professionals needs to stop: a study regarding experiences of abuse among female patients in a general psychiatric setting. *Clinical Nursing Studies*, 5: 59–64.
- Powers A, Cross D, Fani N (2015) PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in highly traumatized sample. *Journal of Psychiatric Research*, 61: 174–9.
- Priebe S, McCabe R (2008) Therapeutic relationships in psychiatry: the basis of therapy or therapy in itself? *International Review of Psychiatry*, 20: 521–6.
- Public Health Wales (2015) *Adverse Childhood Experiences and Their Impact on Health-Harming Behaviours in the Welsh Adult Population*. Public Health Wales NHS Trust.

- Raju R, Corrigan FM, Davidson AJW, et al (2012) Assessing and managing mild to moderate emotion dysregulation. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18: 82–93. *Practice*, 32: 407–14.
- Read J, Hammersley P, Rudegeair T (2007) Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13: 101–10.
- Read J (2010) Can poverty drive you mad? 'Schizophrenia', socio-economic status and the case for primary prevention. *New Zealand Journal of Psychology*, 39(2): 7–19.
- Read J, Fosse R, Moskowitz A, et al (2014) The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry*, 4: 65–79.
- Read J, Harper D, Tucker I, et al (2017) Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27: 7–19.
- Rose D, Trevillion K and Woodall A et al (2011). Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 198: 189–94. doi: 10.1192/bjp.bp.109.072389.
- Rose S, Freeman C, Proudlock S (2012) Despite the evidence – why are we still not creating more trauma informed mental health services? *Journal of Public Mental Health*, 11: 5–9.
- Rouf K, Waites B, Weatherhead S (2016) *Guidance Document on the Management of Disclosures of Non-Recent (Historic) Child Sexual Abuse*. British Psychological Society.
- Schauben L, Frazier P (1995) Vicarious trauma: the effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19: 49–64.
- Schouler-Ocak M, Graef-Calliess I, Qureshi A, et al (2015) EPA guidance on cultural competence training. *European Psychiatry*, 30: 431–40.
- Scott S, Williams J, McNaughton Nicholls C, et al (2015) *A Briefing for Commissioners. What Survivors of Violence and Abuse Say About Mental Health Services: Responding Effectively to Violence and Abuse* (REVA Briefing 4). NatCen (www.natcen.ac.uk/REVA briefing4).
- Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, et al (2008) Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the National Comorbidity Survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 34: 193–9.
- Siegel DJ (1999) *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. Guilford Press.
- Siegel D (2012) *Pocket Guide to Interpersonal Neurobiology: An Integrative Handbook of the Mind*. W.W. Norton and Company.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014) *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach* (HHS Publication No. (SMA) 14-4884). SAMHSA.
- Sweeney A, Fahmy S, Nolan F, et al (2014) The relationship between therapeutic alliance and service user satisfaction in mental health inpatient wards and crisis house alternatives: a cross-sectional study. *PLoS ONE*, 9(7): e100153.
- Sweeney A, Clement S, Filson B, et al (2016) Trauma-informed mental healthcare in the UK: what is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal*, 21: 174–92.
- Toner J, Daiches A, Larkin W (2013) Asking about trauma: the experiences of psychological therapists in early intervention services. *Psychosis*, 5: 175–86.
- Van der Kolk B (2003) The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12: 293–317.
- Van der Kolk B (2005) Developmental trauma disorder: towards a rational diagnosis for chronically traumatized children. *Psychiatric Annals*, 35: 401–8.
- VanderKolk B (2014) *The Body Keeps the Score: Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*. Penguin Books.
- Walters S, Hogg L, Gillmore C (2015) Evaluation of a tailored training programme to improve the assessment and treatment of trauma in an Early Intervention in Psychosis service. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 8: 226–37.
- Yehuda R, Daskalakis N, Bierer L, et al (2016) Holocaust exposure induced intergenerational effects on FKBP5 methylation. *Biological Psychiatry*, 80: 372–80.
- Young M, Read J, Barker-Collo S, et al (2001) Evaluating and overcoming barriers to taking abuse histories. *Professional Psychology: Research &*