



## De la Pesadilla a la Poesía

En el presente artículo tratare de desarrollar los temas que hasta ahora han sido de mi interés en todos los años que llevo de práctica clínica.

Hasta ahora casi todas mis presentaciones y escritos versan sobre el Síndrome de Estrés Postraumático (PTSD) y su tratamiento, pero también he trabajado y escrito sobre las neurociencias y el momento "mágico" del cambio, como ocurre y como se logra.

Específicamente en el presente artículo también quiero tratar de esperanza, de la esperanza en los tratamientos, también de mi perseverancia, al tratar a pacientes sin "esperanza" o "crónicos" cuyo supuesto destino es que cada vez empeoren más y más, en los que se prevé que no es posible ningún cambio en todo caso a mejor, aquí voy a intentar conjugar todos mis intereses anteriores y centrándome en el PTSD como paradigma de enfermedad difícil y hasta hoy casi imposible de tratar, bien por su dificultad, bien por la incomprensión y falta de conocimientos que había hasta mediados del pasado siglo, bien por su invisibilidad.

Según Herman, Scaer, Shore, Levine, Van del Kolt y un largo etc., y a la luz de las investigaciones sobre el cerebro con las nuevas tecnologías sabemos que en el PTSD ocurre que:

Hay una afectación profunda del organismo "físico". Sea cual sea el origen del trauma, durante el suceso traumático ocurren en el organismo tensiones musculares muy profundas que tiene como objetivo el proteger al organismo del daño o de la muerte, también sabemos que inmediatamente después del suceso traumático y cuando la persona está a salvo, es necesario que esa tensión se descargue del sistema para evitar el excesivo gasto energético y los dolores crónicos. No voy a pararme a escribir otra vez cómo funciona el SNA ni el SNC ni lo que ocurre hormonalmente. Solamente quiero retomar un hecho, en estos casos de Estrés Postraumático Crónico nos encontramos

con que el organismo tiene unos niveles de estrés muy altos y esto se va a reflejar tanto en el sistema musculo-esquelético, el hormonal y el sistema nervioso, también en la forma de pensar reaccionar y los mecanismos de defensa que va a utilizar esta persona.

Este tipo de respuestas postraumáticas parecen ser idénticas tanto en los animales como en los humanos, incluidos los mecanismos de defensa, salvo uno que es la compulsión a la repetición. Algunos clínicos la interpretan como la necesidad de repetir situaciones parecidas con la intención inconsciente de poder resolver las tensiones musculares crónicas y de restaurar lo dañado buscando la salud. Otros clínicos nos hablan de cómo en los humanos hay una especificidad y es que en los momentos de alta excitación o de predación, al mismo tiempo que hay un fogonazo de adrenalina hay una descarga de endorfinas que sirve para atenuar el dolor muscular o de las heridas en los momentos de agresión que nos podamos seguir peleando o huir. Pero esto al mismo tiempo tiene implicaciones en lo que se refiere a los mecanismos de recompensa cerebrales en las conductas de riesgo y a la posible repetición de las situaciones traumáticas, sencillamente como una manera de poder seguir obteniendo la descarga de opiáceos endógenos y el bienestar que nos producen.

Hay otro momento tanto en los animales como en los humanos en los que ocurre una gran descarga de opiáceos endógenos y es durante el Shock inescapable S.I. En esos momentos, el corazón que estaba latiendo muy rápidamente se enlentece, la presión arterial baja de manera precipitada, la tensión muscular se colapsa como resultado de la asunción de un aparente estado vegetativo reforzado. La mente focalizada en el estímulo y alerta se vuelve abotargada y disociada en parte debido a los altos niveles de endorfinas. El acceso y almacenamiento de la memoria quedan dificultados y debe esperarse la aparición de una amnesia por lo menos para algunos de los acontecimientos ocurridos durante el estado de congelación.

El animal congelado está en un estado de movimientos suspendido con altos niveles de actividad parasimpática y endorfínica. La fisiología de la respuesta de congelación en su esencia incluye un estado elevado de tono parasimpático, con residuos adicionales de un estado que le precede de alta

excitación simpática, un estado distinto de salida desde el equilibrio homeostático habitual entre los sistemas simpático y parasimpático.

También se ha observado que cuando en algunos casos el animal-presa que se congela y sobrevive al periodo de inmovilidad sin ser matado, en prácticamente todas las ocasiones, el animal se despertará y comenzará a temblar. Esto puede ser tan imperceptible como un escalofrío o sacudida o tan dramático como una crisis de gran mal epiléptico.

Es como si la actividad motora y protectora que está asociada y guardada en la memoria procedimental inconsciente necesitara ser soltada como un medio de descargar la energía autonómica retenida, al mismo tiempo el animal puede sudar y puede persistir hasta varios minutos en esta conducta que termina habitualmente con una serie de respiraciones profundas a modo de suspiros, después se levantara y saldrá corriendo como si nada hubiera pasado.

En lo que se ha observado hasta ahora en los humanos es que parecen recobrase del estado de shock sin esta actividad muscular, y parece ser que lo que se puede considerar como una adaptación de la corteza pre-frontal y así no estar sometido a la tiranía instintiva, no es así, si no una peligrosa supresión dando lugar a una agravación de la experiencia traumática en la memoria inconsciente y en los sistemas de excitación y alerta del SN. Tanto Scaer y Levine apuntan a que la excesiva promiscuidad y confinamiento de los humanos pueden inhibir la capacidad de huida o defensa bajo amenaza predisponiéndonos a una respuesta de congelación y de disociación, parecida a las respuestas de los animales en cautividad que les hacen no aptos a la vida en libertad en el futuro.

Casi todos los terapeutas que trabajamos con personas afectadas por este síndrome y con trabajo corporal apuntan que en el tratamiento es necesario que el paciente recobre el tono muscular adecuado y que les ayudemos a permitir sin miedo estas descargas naturales y espontaneas de su organismo, también como un medio de volver a confiar no solo en sí mismos y en su propios organismos y naturaleza, como además en la confianza hacia otros seres humanos que casi siempre resulta tan dañada.

Todo de lo que he descrito anteriormente es muy importante en el tratamiento y en los momentos de cambio para nuestros pacientes, pero no lo es menos ni más fácil el trabajo con la combinación los mecanismos defensivos, las fases de tratamiento y las diferentes partes de la personalidad, sobre las que he escrito en otros momentos y también el conjugar todo el tiempo el trabajo psicológico- corporal, en las distintas fases del tratamiento, esto es a veces una labor de artesanía fina, en la que no podemos primar el trabajo con un método más corporal o más analítico ya que están estrechamente imbricados, ¿podemos decir que el tono de nuestra voz al dirigirnos a nuestro paciente, la estancia donde nos encontremos, su comodidad, su luz, la distancia a la que nos ponemos con nuestro paciente no es trabajo corporal? ¿Podemos decir que no estamos teniendo en cuenta sus mecanismos defensivos y no estamos induciendo el cambio al introducir por ejemplo mayor tolerancia antes del momento de disociación?

Creo que hoy en día ya ninguno de nosotros psicoterapeutas en Análisis Bioenergético osamos trabajar con pacientes que tienen este síndrome a la manera "tradicional" si es que ahora mismo hay una manera tradicional de trabajar en A.B., es decir catárticamente ya sabemos que esto es iatrogénico y produce agravamientos y más partes de la personalidad disociadas.

Pero volviendo al tema que os expuse al principio, creo que igual de importante que todo lo anteriormente expuesto para lograr la mejoría de nuestros pacientes es necesaria la esperanza

Creo que la palabra técnica en psicoterapia de esperanza es Resiliencia .

Boris Cyrulnik el gran maestro de la Resiliencia del que seguro que todos habléis oído hablar o leído sus libros dice:

*"La resiliencia se define como la capacidad de los seres humanos sometidos a los efectos de una adversidad, de superarla e incluso salir fortalecidos de la situación."*

*"A priori, antes de hablar, es preciso que el desarrollo de mi cerebro humano esté correctamente programado; es necesario que mis ojos se encuentren con una figura de apego para suscitar en mí las ganas de hablar, y que me impregne el baño lingüístico social de los adultos que me rodean. (...) El habla ya no pertenece al cielo, sino que tiene su origen en el cuerpo, en lo afectivo y en lo social".*

Por lo tanto Cyrulnyk da mucha importancia al carácter social del ser humano, somos homínidos, y también vuelvo a citar textualmente sus palabras:

*“Al final de la vida, uno de cada dos adultos habrá vivido un traumatismo, una violencia que lo habrá empujado al borde de la muerte. Pero aunque haya sido abandonado, martirizado, inválido o víctima del genocidio, el ser humano es capaz de tejer, desde los primeros días de su vida, su resiliencia, que lo ayudará a superar los shocks inhumanos. La resiliencia es el hecho de arrancar placer, a pesar de todo, de volverse incluso hermoso”.*

Cuando nos encontramos con una persona resiliente nos encontramos con un ser que contó con una persona, familiar o no, que los aceptó y valoró a pesar de sus defectos y de su aspecto, y es más, a pesar de lo que les había pasado o habían sufrido. Quizás nos encontremos en nuestra consulta con que la persona está tan abrumada por el sufrimiento y la disociación que no “recuerda” a estas personas o persona o estos momentos tan humanos y vinculables que vivió. O nos encontremos con personas que realmente no han vivido esas relaciones o han sido momentos tan escasos que no son significativos.

Este concepto de esperanza, de Resiliencia es contrario a Destino:

Hace poco una paciente jovencita que perdió a su madre con 5-6 años en lo que su familia se obstina en llamar un “asesinato” y ella un accidente (un conductor en dirección contraria por una autopista embistió el coche que conducía su madre), me decía: “La gente no cree en la mala suerte pero yo sí creo en ella y la gente cuando ve lo que me pasa día a día se asombra de esta, primero se muere mi madre, luego mi padre ya no está, toda mi familia es una hipócrita, a los 6 años me tienen que operar de la tripa y luego ya no puedo ni estudiar ni hacer nada porque cada vez que intento algo mi tripa me juega malas pasadas, estas semanas, me levanto proponiéndome hacer las tareas de la casa que hemos pactado, pero me pongo mala, me duermo, estoy muy cansada y encima el ordenador (que es nuevo) no deja de pasarle cosas súper raras y no me funciona”. ¡Dime ahora que no tengo mala suerte!...

Las personas que padecen el síndrome del PTSD, muchas veces tienen como creencia que no tienen solución que su dolor, el tipo de relaciones que establecen, o su malestar no tiene remedio, no se puede confiar en nadie y

se ven imposibilitados para mantener relaciones de intimidad y tranquilidad, todo esto es más grave cuanto más afectados estén.

La sumisión al destino puede ser tranquilizadora por ejemplo en las religiones y para los que no han sufrido traumas, así podemos ir caminando, viviendo por un camino recto y sin obstáculos donde todo tiene su causa y efecto, pero esto no es ni real ni sano para casi la mitad de la población como poco.

Muchas veces tanto lo "Social" como lo "Psicológico" apoya este sistema de creencias (del destino o lo inevitable) y en esto incluyo las creencias muchos psicoterapeutas de que los pacientes que han sufrido violencia abusos etc., tenderán a repetir con sus seres queridos y con su entorno este tipo de relaciones. Esto por supuesto aparte de construir un sistema de creencias construye una serie de prejuicios y desconfianzas en nuestros pacientes y hacia nuestros pacientes.

Y esto no es cierto, la resiliencia espontanea existe de hecho las estadísticas nos dicen que de cada 1000, el 74% evoluciona favorablemente, si bien es cierto que hay una alta tasa de historias violentas o de Estrés Traumático en los delincuentes o personas que ejercen la violencia, mucho más de la mitad de las personas que han sufrido PTSD no ejercerán estas pautas.

...Aunque también es cierto que algunos pacientes vienen a tratamiento por esto, pero creo que realmente es que han percibido en sus fantasías o en sus relaciones la tendencia a veces difícilmente contentible de estas conductas, es ahí donde creo que deberíamos explorar y no dar como un hecho estas creencias.

De nuevo nos encontramos con la importancia durante el tratamiento, no solo de:

Ayudarles y enseñarles a pensar-reflexionar sobre lo acontecido para poder transformar tanto el recuerdo como el daño producido tanto por lo acontecido, como por estos mismos recuerdos.

También del "trabajo corporal" del entonamiento, acunamiento, de la mirada, ayudarles a conectar con su propia energía y potencia, con ello lo que hacemos que nuestros pacientes, en resumidas cuentas, con la capacidad que tengamos de aceptarles, se acepten, de amarles se amen y de valorarles y admirarles se valoren y estos serán los cimientos también para la construcción de la resiliencia y el ayudarles a encontrar el Sentido.

El Sentido, es a veces el sentido de la reparación, que es el que daría final y sentido al excesivo sufrimiento, pero a veces esto no es posible y es suficiente el poder fundar una familia o tener unos hijos, por su puesto esto, no será lo mismo que haber tenido una infancia feliz o una familia tranquila y en paz, pero sí estarán en el mundo de los vivos podrán dar sentido al desastre para vivir una vida soportable.

El que no haya sentido (puede que a veces sea cierto, no hay razón ni causa), pero esto nos cosifica, para volver a humanizar, hay que recuperar una de las funciones más humanas la de dar sentido razonar y reflexionar sobre lo acontecido y sobre lo que acontece. Dar respuestas al ¿Por qué, por qué?. Esos recuerdos finalmente procuran un espacio de libertad íntima. "Esto no pueden quitármelo, no pueden impedir que lo comprenda y lo utilice a la menor ocasión" También el sentido ayuda a restablecer los vínculos y el sentido de pertenencia a un grupo o al grupo de los humanos

*Cyrulnik dice: "Para escribir el trauma sin hacer que regrese el pasado hay que integrar esta labor de rememoración en un proyecto, en una intención, en una ensoñación, No se puede volver a amar ni volver a ser totalmente humano hasta que no nos enseñan de nuevo a serlo"*

**Porque sin memoria y sin esperanza viviríamos en un mundo sin razón.**

## Bibliografía

Herman L. Judith (1992). Trauma y Recuperación. Ed. Espasa.

Van der Kolk A. Bessel; Van der Hart Onno; Marmar R. Charles (1996)

Dissociation and information processing in Posttraumatic Stress Disorder. In

Van der Kolk A. Bessel, McFarlane C. Alexander, Weisaeth Lars (Eds.):

*Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society.* The Guilford Press.

Peter Levine (1999). *Curar el Trauma.* Ed. Urano.

Rober C. Scaer. (2001) *El Cuerpo Soporta la Carga.* The Hawort Medical Press.

Boris Cyrulnik.(2008). *Los Patitos Feos.* Ed. Gedisa

Boris Cyrulnyk.(2008). *El amor que nos cura.* Ed. Gedisa.