

bernhard schlage

bodypsicoterapeuta, autor



El contacto y la regulación afectiva

Habilidades y herramientas para una psicoterapia corporalmente orientada en el contexto terapéutico del trauma - Particularmente en lo que respecta a métodos de integración postural.

Abstract/ Resumen

Este artículo explora, con base en la nueva investigación neurofisiológica, cómo el contacto influencia las diferentes áreas de nuestro cerebro a través de los receptores neuronales, y cómo diferentes técnicas de contacto apoyan la necesidad del cliente de regulación afectiva.

En él se demuestra cómo no evadir la expresión emocional, siguiendo la propuesta de A. F. Schore concerniente a la regulación afectiva y al desarrollo de un yo interior resiliente para los clientes; es útil trabajar con el ciclo afectivo para entender de una manera más profunda las dificultades que los clientes emocionalmente traumatizados están sufriendo y de qué manera el hecho de entender el marco de la ventana de tolerancia va a apoyar tanto a aquellos clientes que están sufriendo de emociones muy profundas y dolorosas, como a aquellos que están sufriendo de una falta de contacto con cualquier reacción emocional.

Palabras clave

Contacto, regulación afectiva, receptores mecánicos de la piel, gráficas del ciclo afectivo, ventana de tolerancia.

Situación inicial: Veamos primero el contacto inicial entre cliente y terapeuta: previamente, nosotros tuvimos contacto por email o teléfono. Leímos líneas escritas por el otro, escuchamos la voz del otro y siempre empezamos a relacionarnos con las señales que recibíamos: - ¿Cómo expresó el cliente su interés en la terapia: fue principalmente en términos técnicos?; ¿fue más en términos de necesidades y deseos, o acaso tuvo el cliente dificultades para hacerse entender debido a emociones que lo obstaculizaban?;

- Por teléfono: que característica del sonido de la voz del cliente resuena en nuestro interior como terapeutas: ¿Recuerdas (o "recordamos") que, debido a nuestro "sistema de compromiso social" (Porges, 2001), a menudo asociamos un rostro y un cuerpo a una persona con tan solo escuchar su voz? : ¿Qué sentimientos surgen acerca de la otra persona? - incluso si tu no estas entrenado en "sentir el elemento chino primario en esa voz" (Ohashi, 1992; capítulo 3);
- ¿Dónde resuena la voz del cliente en tu propio cuerpo a medida que la escuchas?
- ¿Cuáles canales sensoriales utilizan los clientes? : ¿Son ellos más dados a la "visualización", al "diálogo con la voz interna" o hablan acerca de sus sentidos y sensaciones corporales!? Hay montones y montones de información que puede ser percibida antes de encontrarse con ellos en realidad.

Y ahora la escena inicial: Primera interacción en persona: La relación entre la visión interna que puedes haber creado de tu cliente y la realidad; ¿qué expresiones faciales muestra el nuevo cliente en este contacto?: ¿Está sonriendo!? ¿O está al borde de las lágrimas? ¿O acaso el contacto cara a cara se siente como si hubiera una gran distancia entre ambos con ojos escépticos observándote? ¿Cómo es la calidad del apretón de manos? ¿Fuerte como si un bulldog apretara tus huesos... o débil, como un trapo? ¿Y cómo se relaciona esto con la tensión en general de la persona que está enfrente de ti?

Esta escena inicial está llena de información sensorial detallada sobre el estilo de interacción de tu cliente. Y en la fisioterapia de cuerpo usamos nuestro cuerpo como un regulador psicobiológico interactivo para todas las emociones que pueden darse en esta situación (Diamond et al. 1963; Shore 2001b). Courtois (1999)

describe que los clientes particularmente traumatizados, debido a sus experiencias dolorosas, experimentan grandes dificultades a la hora de establecer comunicación menos temerosa en una relación terapéutica. Por esto, los terapeutas tienen necesidad de buscar ser creativos en lo que respecta a patrones de interacción tanto conscientes como inconscientes.

En un nivel básico sentimos, por ejemplo, que no hay sentimiento. Solo una máscara de interacción más o menos amistosa, las emociones son "hipo-agitadas" (acerca de hipo/hiper agitación ver: Post et al., 1997), no hay nada con lo que conectarse; o menos aún: tal vez hay un silencio que no podemos comprender; o algo como un oscuro y profundo agujero o vacío que se abre al contacto, pero no puede ser tocado de forma alguna; o el caso opuesto, que es éste: El nivel básico de interacción se da en un estado de hiper agitación: Surge mucho dolor en el primer contacto con el cliente: Lágrimas causadas por algo que ha sucedido en camino a la consulta o en los últimos días antes del encuentro; o los clientes tienen fantasías concernientes a tus habilidades como terapeuta: Leyeron algo en internet que los ha marcado profundamente, o ven algo en tus ojos que genera en ellos el surgimiento de una desconfianza básica...

¿Cómo te relacionas, como terapeuta, con esta situación de vinculación!? ¿Te tomas la retroalimentación emocional de manera personal, por ejemplo como un resultado de tus buenas o malas estrategias de marketing!? ¿Te recuestas con una "cara calmada" (Hornak et al., 1996), sencillamente observando lo que sientes!? ¿Utilizas diferentes patrones de interacción para descubrir cómo lidiar con esta situación?: ¿Eres consciente del cambio en tu voz mientras hablas en este primer contacto?

¿Y qué pasa con la auto organización de tu propio cuerpo durante el contacto con el cliente?: ¿Te sientes cómodo? ¿Están tus brazos cruzados!? ¿Y tus piernas!? ¿O estás reaccionando a este cliente con gestos abiertos y sencillos?: ¿relajas tus brazos, te sientas en dirección al cliente e imitas su expresión facial y te adaptas a ella? ¿Eres capaz de seguir sus gestos para acercarte a entender su significado? ¿Le das retroalimentación a tu cliente sobre su expresión facial y sus gestos?!. ¿Intentas empezar a regular las emociones en este primer contacto o te sientes abrumado por ellas?! (Acerca de la intención endógena dirigida del

cerebro humano para permanecer en relación ver: Dunn, 1995, p.724).

Durante esta **primera fase** tu apoyas **el sistema de compromiso social** tuyo y de tu cliente (Porges, 2001) para encontrar regulaciones para una buena interacción que permita tanto una situación de compartir sentimientos fundamentales como apoyar la necesidad de límites claros o regulaciones, lo cual es una necesidad para ambos como seres humanos adultos. Para lograr esto sólo necesitamos un poco de jerarquía y un sistema de retroalimentación recíproca confiable en el contexto de una relación casi simétrica. Esto difiere completamente del antiguo paradigma terapéutico del terapeuta como una "hoja en blanco" que ve los problemas de transferencia del cliente desde una perspectiva objetiva. "El observador de una situación es parte de la situación" (Greene, 2004; Capítulo 4: Heisenberg y la Vaguedad). Y nuestro sistema de compromiso social es un buen regulador interno para todos estos asuntos de contacto e interacción que pueden surgir.

En esta primera fase empezamos a dar retroalimentación sobre la interacción corporal con los clientes: sobre aquellas de las que ambos estamos conscientes: como el sonido de su voz, la fuerza o velocidad de sus movimientos, o acerca de los sentimientos en esta situación de vinculación en la que estamos compartiendo espacio y tiempo en un contexto terapéutico. Tratamos de ayudar a que el cliente desarrolle la habilidad de dar y recibir retroalimentación en cuanto a lo corporal. Del mismo modo en que los buenos padres interactúan con sus hijos: dando retroalimentación sobre la existencia con toda su presencia física. Después, también incluiremos componentes inconscientes de la interacción. La "lectura corporal" (Prester/Kurz, 1976) especialmente, va a darse más adelante, cuando se haya desarrollado una base sólida de confianza, lo cual no sucedería en la situación inicial de un contexto terapéutico.

Más adelante puede que osciles entre estas regulaciones y los siguientes métodos de autorregulación que puedes usar para recrear una y otra vez una situación terapéutica de confianza y desarrollo personal para ambas partes del contacto terapéutico.

En esta situación inicial de la terapia, tienes la oportunidad de

decidir si puedes continuar con tu tipo de psicoterapia, o si es necesario trabajar con estrategias terapéuticas de trauma. Puede que olvidemos (o no) que aunque desde los años noventa del siglo pasado hay unos antecedentes culturales que sugieren que „todos los clientes están traumatizados“, hay algunos que solo han tenido malas experiencias en su vida y necesitan ayuda para lidiar con ellas, y que solamente algunos de nuestros clientes están traumatizados en una forma que puede ser definida así:

- Hay una comprensión subjetiva de una situación con riesgo de muerte;
- Para el cliente no ha habido una manera de llevar a cabo actividades de reacción de lucha o huida.
- Después de la situación, no hay forma de compartir una unión buena y cariñosa para calmar la reacción nerviosa autonómica (respectivamente: Levine; 2010; capítulo 1)

En la **segunda fase**, el objetivo principal es localizar (Ogden et al; 2010; capítulo 9) “sabiduría corporal” para apoyar las posibilidades de los clientes de encontrar lugares buenos y seguros, su sentido de un mejor “centro”, en cuanto a su sentido de estar centrados en su cuerpo, y especialmente, de fortalecer su habilidad para diferenciar entre una interpretación emocional de una señal corporal y la sensación corporal en sí misma. Ésta es la que va a fortalecer su habilidad de calmarse luego de una hiperexcitación emocional; o, si se encuentran en una situación de hipoexcitación, fortalece la auto-activación de su actividad emocional.

Sea cual sea el tipo de psicoterapia en el que te especialices, de ahora en adelante tienes que manejar todos los detalles de la escena inicial en la situación de vínculo con los clientes, por ejemplo:

- La distancia a la que elegiste trabajar con un cliente,
- El apoyo de gestos: Qué tipo te resultan significativos para el trabajo que tienes por delante: tal vez quieras alentar al cliente a magnificar un gesto para poder descubrir su significado...
- O empiezas a jugar con señales corporales inconscientes que has percibido en la escena inicial.
- O puedes atraer más la atención hacia un área corporal

específica del paciente en la que él se sienta cómodo.

- Invítalo a respirar hacia esa área.
- Atrae su atención hacia pequeños cambios ahí: diferencias en temperatura o percepción de colores bajo la piel.

Todo esto también puede ser descrito en términos de "enraizamiento" (*grounding*), que es un término originario de la bioenergética (Lowen 1975; Ogden et al 2010, capítulo 10) y se ha desarrollado hacia el concepto de "personificación" (*embodiment*) de la experiencia (Hüther, 2011). No es un simple término, es una canasta llena de técnicas, cada una de las cuales permite rastrear recursos somáticos buenos y fuertes, subyacentes o adyacentes a los recuerdos traumáticos que el cliente pueda tener.

Durante esta fase, la relación da la oportunidad a ambos de entrenar: al terapeuta para escoger sus intervenciones y a los clientes para mantener la excitación emocional en un rango óptimo dentro de la "ventana de tolerancia" (Ogden et al 2010; p.67) en su trabajo de memoria: aunque la emoción es evocada para trabajar con ella (cita de Breuer/Freud sobre el hecho de que las memorias sin suficiente afecto no tienen impacto alguno en el proceso de curación 1895; GW1; P.85); hay suficiente regulación, debido al sistema de compromiso social, (para mantener la carga emocional en un grado de intensidad que permita a ambos regular el proceso incluso si al principio se pueden dar "rapidos'" (Levine 1997). El sistema de compromiso social les enseña a ambos: Por un lado al terapeuta, sobre la elección de técnicas que apoyan la regulación en este cliente, y por otro a los clientes sobre cómo lidiar con la excitación emocional sin caer a las cascadas de reacciones post-traumáticas que habían experimentado en el pasado.

Apoyar la consciencia de los clientes quiere decir en un comienzo establecer las áreas del cuerpo en las que los clientes se pueden sentir seguros y cómodos, en las que más adelante ellos puedan balancear su miedo hacia las memorias traumáticas incluso si se sienten separados de su cuerpo (si tienen una tendencia a la hiperexcitación) o establecer una presencia sensorial en un área del cuerpo que pueda después desarrollarse hacia una reacción emocional (si tienen tendencia a permanecer en su hiperexcitación). Ahora tienes que establecer varios **aspectos de la autorregulación de los clientes.**

También ten en cuenta lo siguiente: si tienes un cliente con un desorden alimenticio, ¡el ayuno no es parte de la solución! ¡Si tu cliente pertenece a ese 20% de los europeos que sufren problemas de sueño, que dejen de dormir no es parte de la solución! Y lo mismo es cierto con respecto al contacto: si tienes un cliente que ha sido traumatizado por la violencia, o incluso por el abuso sexual, que evite el contacto es parte del problema y no lleva a ningún alivio del trauma del cliente. En todo caso, como psicoterapeuta corporal, después de hacer que tu cliente sea consciente de la parte física de la interacción debes desarrollar maneras de llegar a una relación más cercana con el cliente y eso incluye el contacto físico. **El contacto físico es parte del proceso de autorregulación del cliente.** (Ver también los conceptos de "contención" en Bion 2004; y "entorno de tenencia" -holding environment- en Winnicott 1990).

Algunos años antes de que Bandler y Grinder (1976; p. 37f; Ogden 2010, capítulo 8) descubrieran durante una grabación de los trabajos de Virginia Satir, Fritz Pearls y Milton Erikson que el diálogo corporal inconsciente entre el terapeuta y el cliente es un factor principal en el éxito de la terapia, Bowlby (1995) demuestra el papel que juegan nuestros cuerpos en la regulación del contacto y la curación terapéutica. Gelder (2004) explica después que esas posturas de espejos activan partes similares del cerebro en todos los participantes de una situación y a esto se le ha llamado "resonancia postural". Y finalmente Rizzolati (et. al. 1996) descubrió la actividad de las "neuronas espejo" como parte de nuestra actividad cerebral para adaptarnos a las emociones de las personas con las que nos comunicamos.

En esta fase, implícitamente empezamos a hacer algo que más tarde, en la tercera fase del trabajo, empezaremos a hacer explícitamente: para los clientes, empezamos a **desarrollar una historia de buen contacto físico**, contacto que reciben nuestros clientes y en el cuál son competentes. Algunos de los clientes traumatizados tienen fragmentos de memoria sobre la "situación original" (Rosenberg 1985) de su experiencia traumática. Otros han aprendido de otra fuente que algo debe haber ocurrido, durante la entrevista anamnética al comienzo del trabajo, tú descubriste que algunos de tus criterios para una situación traumática no resulta pueden ser encontrados en este cliente. No obstante, se da a menudo que la "situación original" no puede ser recordada... de

hecho, pasa lo contrario: los clientes sufren de una falta de memoria de largos periodos de su vida, especialmente de su infancia temprana.

Por lo tanto comenzamos sensibilizando a los clientes a la historia/experiencia de contacto físico que puedan haber recibido: Por ejemplo el contacto de la madre durante la lactancia; el contacto de las manos de la madre/ abuela con él bebe durante el cambio de pañales; la sensación de sus peluches en su piel; contacto corporal o de manos con sus hermanos y hermanas; recuerdos de las patas de las mascotas si hubo algunas en su entorno durante su infancia, como hámster, conejos, perros o gatos; contacto corporal con los familiares mientras que les leían cuentos de hadas o miraban televisión; experiencias de contacto corporal durante la práctica de deportes o danza; o bien un buen contacto de vinculación que puedan recordar los clientes de una relación actual o anterior.

Al hacer esto el terapeuta desarrolla gradualmente un mapa de contacto corporal bueno/beneficioso que los clientes han recibido- por ejemplo la galería de sensaciones de contacto físico con sus parientes. Comienzas a crear un rompecabezas de memoria; al comienzo pueda haber pocos recuerdos; pero paso a paso se desarrollaran algunas islas de memoria sobre un lugar especial en su infancia; alrededor de una fotografía que tienen; de una cierta edad... a veces es solo un pequeño detalle: el color de una pared, el olor de una habitación... sin saber incluso donde se origina. Lo que comenzamos a hacer es al mismo tiempo: reactivar la actividad de memoria del cerebro anterior (von der Kolk 1996) y también romper el patrón de reacciones traumáticas dominadas por la amígdala (Brewien 2001; p.381), mientras se activan otras áreas de actividad en este fase del trabajo.

Esto no solo se logra al hablar: en un proceso paralelo mientras empezamos a despertar el interés del cliente por ciertos tipos de contacto físico y áreas corporales que se sienten seguras, también estamos buscando un nuevo de "rastreo": el rastreo del contacto físico en sí mismo y la percepción de los clientes de diferentes cualidades del contacto físico. Esto puede suceder activamente: ellos recuerdan la piel de las manos de su madre... y los invitamos a explorar la piel de sus propias manos, o las de su terapeuta. O puede suceder de forma pasiva: ellos reciben diferentes cualidades

de contacto físico de parte del terapeuta. Al comienzo, es contacto físico sin ninguna intención; como hacer Reiki, o presionar un punto de acupresión o derretir (¿relajar?) una parte de fascia... nada de eso. Sólo pon la mano en un sitio donde los clientes se sienten cómodos y llama su atención hacia este contacto.

Cuando empiezan a suceder cambios en la **tercera fase** del proceso terapéutico, nosotros apoyamos los recursos del cliente para recibir contacto físico: mantenlos en el "aquí y ahora" (Stern 2004); para ser conscientes de la diferencia entre la sensación corporal y su interpretación emocional (emoción); para sentir la naturaleza del contacto en sí mismo: ¿es cálido o frío; acaso la superficie de su piel se derrite (relaja) al contacto, o acaso persiste la habilidad del cliente de separarse de/inhabilidad del cliente de conectarse con el contacto físico; sienten una necesidad de relacionarse con la calidez de las manos del terapeuta- o por el contrario, temen que algo esté invadiendo su cuerpo a través de esa mano!? (Ver también propuestas para los diferentes tipos de contacto manual en: Busch 2006).

Con clientes que sufren dolor, a menudo se encuentra un patrón inconsciente de usar el contacto físico de alguien como "pararrayos" para descargar su dolor, y lo que sucede cuando el terapeuta les da retroalimentación sobre su patrón. Este proceso entrena la consciencia de la diferencia entre la interpretación del cliente del contacto físico y la intención del terapeuta así como de su propia reacción emocional respecto a la naturaleza del contacto. Cambia la naturaleza: Agrégale algún ligero movimiento, cambia la calidez o presión de la mano (Schlage 2016) y una y otra vez apoya la autorregulación de los clientes, o las regulaciones por parte del sistema de compromiso social del terapeuta con estrategias que ambos hayan aprendido en las fases anteriores del trabajo. Los objetivos principales al comienzo de esta fase son establecer los recursos somáticos (Hermann 2003; Bundy, Lane & Murray 2002), identificar la memoria peri-traumática (Janet 1925) y hacer un mapeo de cualidades de contacto físico (Sollier 1897; Lowen 1967, capítulo 3).

Y recuerda, los recuerdos pueden ser visuales, auditivos (el sonido de la voz de la madre, el sonido del motor del carro del padre o el sonido de los diálogos internos de los clientes...),

algunos clientes tal vez se enfoquen en sus recuerdos olfativos y, especialmente en la psicoterapia corporal, muchos clientes tienen memorias kinestésicas: desde sesiones de Shiatsu u osteopatía que recibieron anteriormente; sentimientos de haber sido rechazados o de ser manipulados mediante el contacto físico. Los terapeutas ayudan al rastreo de estas experiencias táctiles, o la sensación de micro-movimientos autónomos para reestablecer la consciencia corporal de áreas en las que los pacientes se sientan tiesos o pesados... es posible rastrear mientras los clientes se están moviendo ellos mismos partes de su cuerpo, tal vez bajo contacto continuo. Exploramos esto en diferentes áreas del cuerpo: el centro y la periferia, el frente y la parte de atrás, las piernas, los brazos, la cara o la cabeza... y por lo tanto los terapeutas pueden utilizar mapas de sabiduría sobre los posibles antecedentes emocionales en estas áreas (Marcher 2010; Painter 1987), la influencia de las experiencias sensoriales para la regulación de la excitación diádica y la regulación afectiva para establecer una relación más segura tanto con el terapeuta como con el cliente. La estabilización del patrón neurosicológico de la "corteza orbito-frontal" es fundamental para una mejor autorregulación del cliente, para un sistema de compromiso social, y para un patrón de vinculación más seguro en el cliente. Es la experiencia sensorial la que posibilita el desarrollo (Schoore, 2003, p. 219).

Al comienzo de la tercera fase los terapeutas no se concentran en los traumas. Ellos solo abren el cúmulo de recuerdos. Que los terapeutas interpreten los recuerdos demasiado pronto influye, en efecto, en el tipo de recuerdos, especialmente los que conciernen al abuso sexual. Toma tiempo que el cliente y el terapeuta encuentren la diferencia entre:

- Recuerdos de fantasías inconscientes del cliente manteniendo una relación sexual con un adulto o pariente cercano, lo que indica un conflicto no resuelto en la fase edípica del desarrollo psicosexual normal;
- Recuerdos que sigan un "síndrome de falsa memoria" inducido (Stevens et. al. 2007);
- Un recuerdo ofrecido por los clientes de un abuso sexual que realmente ha sucedido.

Incluso si normalmente los clientes en esta fase del trabajo son ambivalentes con tales memorias, los terapeutas deben abstenerse

de hacer cualquier interpretación hasta que ambos hayan recolectado suficientes piezas del rompecabezas de la "situación original" para decidir: qué sucedió en realidad, cuándo, dónde y quien estuvo involucrado.

Es una pregunta que los clientes hacen una y otra vez: "¿Cuántos detalles de los recuerdos son necesarios para salir del patrón traumático de cascada emocional?". Y hay diferentes formas de responder: por supuesto, algunos clientes tienen la necesidad de identificar realmente lo que sucedió exactamente; por ejemplo si los perpetradores siguen vivos, o si los clientes deben permanecer en contacto continuo con estos familiares. Otros clientes se quedan en la fase ambivalente del entendimiento y necesitan volverse más curiosos o más valientes, para seguir en la dirección a la que están apuntando los recuerdos. Pero, finalmente, basta con que tanto el cliente como el terapeuta se den cuenta de que las emociones encuentran nuevos caminos y pueden ser liberadas más fácilmente; y reconocen que está incrementando la habilidad del cliente para autorregular tanto sus reacciones emocionales como de memoria de forma más alineada al ciclo natural afectivo.

- Mientras mantenemos activos los recursos somáticos que hemos desarrollado en la relación cliente/terapeuta, o mediante la autorregulación del cliente, en la tercera fase seguimos trabajando en las consecuencias más traumáticas haciendo contacto:
- Con diferentes áreas del cuerpo (como los costados frontales de las piernas, los brazos, los hombros...),
- Con diferentes capas de esas áreas (por ejemplo, de manera superficial en las áreas de los meridianos y los puntos de acupuntura, en la memoria muscular, entre la fascia de los órganos o más profundo hacia el periostio en los huesos).
- Con diferentes tipos de contacto (por ejemplo siguiendo el contacto; invitando a micro movimientos; evocando emociones más profundas; cubriendo algo...).

Mientras hacemos esto, continuamos elaborando el mapa de la historia biográfica del cliente y también empezamos a rastrear secuencias de memoria traumáticas. Al hacer esto, nos volvemos conscientes de los cambios en ciertas áreas corporales durante la excitación emocional, y cambiamos la orientación y la consciencia, y activamos los recursos somáticos del cliente para tolerar estos

cambios. Interrumpimos cascadas de estrés postraumático mediante las "técnicas de canasta" del enraizamiento ("grounding") y cognición corporalizada ("embodiment") que hemos establecido en fases anteriores, y empezamos a buscar reacciones defensivas incompletas: Los clientes especialmente traumatizados tienen actividades motoras "congeladas" que pueden ser reconocidas por terapeutas experimentados en pequeños movimientos en la periferia de las actividades del cliente: Por ejemplo, presta atención a los movimientos de los dedos o los pies. Estos pueden rastrearse para descubrir qué tipo de reacciones defensivas, o iniciales del tipo "defensa o huida" hay para reactivar.

Al estar conscientes del hecho de que hay alrededor de 700 receptores nerviosos en un metro cuadrado de piel (Juhan 1987, capítulo 2), los psicoterapeutas corporales también pueden escoger diferentes tipos de contacto para estimular la regulación básica del sistema nervioso central mediante estos receptores: Por ejemplo los órganos de Golgi, para disminuir las fibras motoras musculares; los receptores de Pacini para incrementar el feedback propioceptivo y especialmente los receptores de Ruffini para la inhabilitación de la actividad simpática. (Rywerant 1983; Scheilp 2012; p. 151).

Posiblemente, al hacer esto, saldrán a relucir las inhabilitaciones emocionales del sistema límbico y, al contrario del viejo paradigma terapéutico de paso al acto -"acting out"- (van der Hart et. al. 1993, p. 165), ahora somos conscientes de la existencia de diferentes fases de carga emocional: Estamos trabajando con el modelo del ciclo afectivo (Schlage et. al.; pp. 209-223) El cual muestra que cada emoción puede ser vista en diferentes fases y que hay algunas en las que debes ser especialmente cuidadoso al tratar con clientes traumatizados: Por ejemplo algunos de ellos tienen una hiper excitación y posiblemente están abrumados por gran cantidad de sentimientos antes de que se haya alcanzado un suficiente nivel de enraizamiento de experiencia: La habilidad de rastrear el lugar en su cuerpo, de diferenciar entre la interpretación emocional de una sensación corporal y la sensación en sí misma: en este caso, reactivamos las estrategias de fases anteriores del trabajo para reducir la excitación, o si están pasando muy rápido de una emoción fuerte a la siguiente sin ser lo suficientemente capaz de separarse de la señal o relación desencadenante.

En estos casos necesitamos usar más técnicas para mejorar la habilidad de centrarse y desapegarse para regular la excitación emocional. O si el caso es el opuesto y los clientes no pueden cargar con sus emociones lo suficiente para trabajar con los afectos relacionados con sus recuerdos: En este caso, usamos diferentes maneras de cargar el aliento y actividad motora de los clientes para reestablecer su energía emocional en áreas del cuerpo que están bloqueadas, o se sienten congeladas o rígidas.

Para asumir el contacto en las emociones de procesos de integración postural mediante los llamados "rapidos" (Levine 1997) damos soporte al proceso de "derretir energía congelada", que es una metáfora para la reactivación de micro movimientos y desarrollamos la confianza de los clientes en ondas emocionales: De la auto regulación a la reactivación del patrón de defensa o huida. De esta forma, continuamos utilizando estrategias de auto regulación y las del sistema de compromiso social que han sido entrenados en fases anteriores.

Hay fenómenos específicos con el cliente traumatizado que van a surgir y deben ser transformados en otra coreografía: Recordemos: Los clientes, en estas situaciones específicas, sienten que están en una situación que amenaza su vida: Esto quiere decir que muchas de las actividades cerebrales están funcionando con patrones de supervivencia. Esto, a su vez, significa que una gran cantidad de capacidades normales del cerebro no están disponibles para los clientes; las reacciones tempranas inducidas por la amígdala como una excitación emocional muy alta para obtener reacciones, o lo contrario: sub-excitación: la ausencia de todo tipo de contacto emocional, contracción de los músculos e incluso el colapso del tono muscular y de la circulación sanguínea. Los terapeutas a menudo observan esto en estados de hiperexcitación de clientes que sufren de reacciones de estrés post traumático.

Podemos apoyar las reacciones de orientación y mejorar el enraizamiento de la sensación corporal en áreas donde el cliente se siente seguro; cuando los clientes no pueden activar su patrón de defensa o huida del sistema nervioso: Apoyamos sus recursos corporales que fortalecimos en fases anteriores del trabajo; rastreamos micro movimientos y apoyamos su actividad auto reguladora para sacarlos de esos estados de consciencia corporal "bloqueados" o "disociados"; apoyamos la habilidad de los clientes

para manejar emociones aún más profundas y poderosas mientras que, simultáneamente, son conscientes de lo que está ocurriendo. De acuerdo con el conflicto caracterológico básico, escogemos diferentes tipos de coreografías de ciclo afectivo para el rediseño de un cliente más saludable y bien ajustado (<http://icpit.org/philosophical-backgrounds/> ver el capítulo "bodymind intergration defined from several angels"; Marivoet 2016) y finalmente apoyamos la creación de de situaciones de conexión cercana, apoyando así la reorganización final de los clientes (ver la fase cuatro del trabajo). Ogden (2010) describe la necesidad de correlación entre los músculos internos profundos y los músculos de la superficie del cuerpo (citado en Kurtz/Prester 1979). El desarrollo de reacciones defensivas incompletas también es necesario: si los clientes tienen impulsos de defensa o huida, indicados, por ejemplo, por la manera en la que usan los brazos para ganar más distancia, o si las piernas están inquietas o algo por el estilo o si muestran un deseo de correr lejos y escapar, ahora estamos buscando maneras de completar esos movimientos incompletos.

La **cuarta fase del trabajo** es el establecimiento de **experiencias de personificación triunfal y la integración a las relaciones de la vida diaria**.

Aunque este artículo describe el trabajo de trauma psicoterapéutico con los clientes en un modelo de fase, las relaciones terapéuticas reales no funcionan de esta manera. A menudo, durante la cuarta fase salen a relucir recuerdos desconocidos, o es posible que, con el expectativa de terminar la terapia, salgan a flote algunos nuevos recuerdos traumáticos de los que ni el terapeuta ni el cliente estaban conscientes anteriormente (Steele 2005b).

En esta fase del trabajo, el objetivo principal es apoyar al cliente para transferir las herramientas adquiridas de autorregulación y del sistema de compromiso social a las situaciones de la vida diaria (Brown et. al. 1998).

También en la situación de personificación tomamos tiempo para establecer buenas maneras de estabilizar patrones de auto defensa y auto autorización que se han creado en fases anteriores del trabajo. Ahora también tratamos de apoyar la necesidad de los

clientes de ganar más intimidad en el contacto con otras personas o sus parientes (Brown 1998). A menudo después de las experiencias traumáticas de vida, el sistema de conexión se daña de una manera que hace que los clientes sufran de inhabilidad de tener relaciones satisfactorias. Algunos, por ejemplo, pueden ponerse demasiado rápido en una postura de cuidar de alguien más (Sable 2000), o a una intimidad sin regulación de la distancia y la autoconsciencia, o caen en la llamados patrones de relación "paradójicos", o "parentificados" (Minuchin 1974) en las cuales ellos cuidan del bienestar del cliente.

Los clientes deben aprender que el enraizamiento, el centrado, la conexión, el sondeo y el contacto visual, y nuestro sistema de compromiso social, hacen posible variar el contacto y la intimidad en relación con una situación dada y el tipo de relación en la que están. Hay una diferencia entre regularse a uno mismo en relación con un colega en el trabajo o con un amigo cercano o con un miembro de la familia con quien es recomendable tener más distancia.

Juhan (1987; p. XXIX) escribió que los terapeutas crean una onda de información sensorial y motora para las mentes de los clientes que no viene de va más allá del limitado repertorio de su experiencia de vida. La nueva información que llena su falta sensorial de conocer las posibilidades de sus cuerpos de sensibilidad y movimiento va a apoyar a los clientes para lidiar con nuevas maneras de relacionarse con la naturaleza, el contexto y las relaciones.

Janet escribió (1925, p. 988) que la característica principal de un tratamiento terapéutico es una habilidad mejorar de los clientes para experimentar la felicidad y la alegría. Esto es difícil de alcanzar para los clientes traumatizados aunque ellos tienen la necesidad de estas experiencias de vida. Sabemos que - posiblemente debido a problemas de neurotransmisores con el sistema de dopamina- (Cabib & Puglisi-Allegra 1996) es difícil dejar ir a los clientes hacia este tipo de sentimiento, después del trabajo con el "circulo afectivo" y los "rápidos". Debido al hecho de que estos sentimientos tienen la tendencia de abrir a la gente a situaciones y relaciones, estos clientes tienen naturalmente un miedo profundo a este proceso de abrirse. Frijda (1986, p. 368) describe que "las sensaciones disfrutables van a

formar inconscientemente al cuerpo mismo para abrirse a las posibilidades de nuevos patrones de hábitos". Así pues, en esta etapa del trabajo, tenemos que invitar a los clientes a crear sensaciones más positivas en las relaciones y también en la autorregulación.

Esto puede llevar a nuevos hobbies, como la danza, practicar deportes, escuchar buena música, escoger nuevos colores de ropa, o crear cambios en su ambiente. Vamos a apoyarlos en lo que sea que descubramos, para ayudarlos a seguir esta nueva onda de energía, la nueva orientación de funciones cerebrales, y las intenciones del "yo" de los clientes.

En la fase final del trabajo, los terapeutas también deben desarrollar una nueva visión de sus clientes: Dejar de mirarlos a través de los ojos de diagnóstico orientado hacia los déficits, y en vez de esto empezar a mirar en la dirección del potencial humano (Dychtwald 1977; capítulo 9) y la realización de un patrón arquetípico de su alma (Jung 1978).

Trabajo final: De la tragedia al triunfo.

Es una vieja pregunta con la que también las religiones han luchado: ¿Por qué sufre la gente sus experiencias de vida!? Pese a que sabemos que algunos de los problemas globales son el resultado de los hábitos de las personas con intereses comerciales, también sabemos que la gente se relaciona de manera diferente con la misma situación de experiencia de vida. Algunos pueden mirar lo que han experimentado con un corazón más blando y darse cuenta de que gracias a este problema pudieron tener un crecimiento personal de una buena manera. Pero especialmente con las personas traumatizadas es evidente que están repitiendo su patrón de sufrimiento una y otra vez - para ellas, parece que no hubiera salida.

La psicoterapia corporal ofrece soluciones que parecen ser naturales: A pesar de que usamos técnicas adquiridas mediante el aprendizaje, también usamos nuestras voces para calmar, usamos nuestro sistema de compromiso social para regular la relación con nuestra presencia corporal, y utilizamos el contacto para apoyar la contención de lo que ha sucedido. Schlage (2017) escribió sobre los efectos especiales que tiene la transferencia somática en la

situación final, especial para el terapeuta. Podemos decir que cambiamos la alienación de la vida natural y tratamos de reestablecer funciones vitales básicas como sentirse bien en el propio cuerpo, tener buenas relaciones y vivir en un ambiente saludable.

Para este proceso, este artículo tal vez puede dar pistas tanto para los clientes como para nuestros colegas que trabajan en psicoterapia corporal.

Biografía

Bernard Schlege ha dado talleres desde el año 1980 en la mayoría de los países europeos y ha llevado a cabo una práctica de psicoterapia corporal desde el año 1984. Ha dado charlas en congresos internacionales, incluyendo San Francisco, Paris y Sydney. En 1986, el co-fundó un centro de educación para adultos para el cuidado de la salud en el norte de Alemania y después estuvo a cargo de un centro de salud mental hasta el año 2008. Ha sido entrenador de Integración Postural desde 1999 y ha tenido un Certificado Europeo de Psicoterapia (ECP) desde el año 2001. Se especializa en tratar desordenes psicosomáticos, y está actualmente enfocando su trabajo en entrenar la siguiente generación de practicantes de cuidado corporal en psicoterapia corporal. Bernhard es autor de más de 100 artículos sobre psicoterapia corporal y ha escrito cuatro libros.

Referencias - particular en español

- Bandler, R., & Grinder, J. (1976). The structure of magic. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Bion, W. R. (1984). Learning from Experience. London: Karnac. español: Aprendiendo de la experiencia. Barcelona: Paidós Ibérica. 2003. ISBN 978-84-493-0351-7.
- Bowlby, J. (1988). A secure base parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books.
- Bowlby J (1988). A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. Tavistock professional book.

Londres: Routledge. ISBN 0-422-62230-3. OCLC 42913724.

español: Una Base Segura: Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego. Barcelona: Paidós Ediciones. Oder Lateinamerika:

Bowlby, J. (1988). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Breuer, J., & Freud, S. (1955). Studies in hysteria (1893 - 1895). London: Hogarth Press.
español: Estudios sobre la histeria en: Obras Completas, Vol. II, Amorrotu, B. Aires, 9ª Edición, 1996, Cap. IV, p. 264, ISBN 950-518-578-2 (Traducción del alemán por José Luis Etcheverry, título original: Studien über Hysterie (1895).
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. Behavioral Research and Therapy, 39, 373 - 393.
español: Un informe cognitivo de la neurociencia del desorden posttraumático y su tratamiento. Investigación del comportamiento y terapia
- Bundy, A. C., Lane, S. J., Murray, E. A., & Fisher, A. G. (2002). Sensory integration: theory and practice. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Busch, T. (2006) Therapeutisches Berühren als reifungsfördernde Intervention in: Hrsg Marlock, G., Weiss, H., (2006). Handbuch der Körperpsychotherapie, München, Schattauer, pp 517 - 529
- Cabib, S, & Puglisi-Allegra, S. (1996). Stress, depression and the mesolimbic dopamine system. Psychopharmacology. (Berlin), 128, 331 - 342.
- Courtois, C. A. (1991). Theory, sequencing, and strategy in treating adult survivors. New Directions for Mental Health Services, 51, 47 - 60.
- Diamond, S., Balvin, R., Diamond, F., Gardner, M. (1963). Inhibition and choice. New York: Harper & Row.
- Dunn, J. (1995); "Intersubjectivity in Psychoanalysis: a critical review." International Journal of psycho-analysis 76. pp 723-38. doi:10.1017/cbo9780511621994.
- Dychtwald, K. (1977) Bodymind. New York: Pantheon books, Random house.
español: Cuerpo - Mente . Lasser Press Mexicana, Mexico, 1981
- Erken, R., Painter, J., & Schlage, B. (2012). Transformation of the self with bodymind integration postural integration - energetic integration - psychotherapeutic postural integration. Berlin: Holzinger.

- Frijda, N. H. (1986) *The Emotions*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Greene, B. (2004). *Fabric of the Cosmos: Space, Time, and the Texture of Reality*. New York: Alfred A. Knopf.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- about the affectregulation through following mimics and voice: Hornak, J. (1996). *Freud reappraised: a fresh look at psychoanalytic theory*. New York: Guilford Press.
- Janet, P. (1925). *Principles of psychotherapy*. London: Allen & Unwin.
- Juhan, D. (1987). *Job's body: A handbook for bodywork*. Barrytown, NY: Station Hill Press.
- Jung, C. G. (1978). "Approaching the Unconscious" in *Man and his symbols*. London: Picador.
español: *El hombre y sus símbolos*. Barcelona: Paidós2008; ISBN 978-84-493-0161-2.
- Kurtz, R., & Prester, H. (1976). *The body reveals: An illustrated guide to the psychology of the body*. New York: Holt, Rinehart & Winston
- Levine, P. A., & Maté, G. (2010). *In an unspoken voice: how the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic.
español: *en una voz no hablada . cómo el cuerpo libera el trauma y restaura el bienestar - 2013 -ISBN 978-987-1522-20-0*
- Lowen, A. (2012). *The betrayal of the body*. Hinesburg, VT.: The Alexander Lowen Foundation.
- " La traición del cuerpo". 1995 (Der Verrat am Körper)
- Llinas, r., ribary,u., contreras, d.,& pedroarena, c.(1998). *the neuronal basis for consciousness*. philosophical transactions of the royal society of london, series B, biological sciences, 353, p.1841-1849
- Minuchin, S. (1975). *Families family therapy*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Pr.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W.W. Norton.
español: Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. "El trauma y el cuerpo: Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia (Biblioteca de Psicología)" 2009 . ES
- Ohashi, W., & Monte, T. (1992). *Reading the body: Ohashi's book of Oriental diagnosis*. Aquarian/Thorsons.
- Painter, J.(XXXX).*Technical manual of deep wholistic bodywork:*

postural integration. Mill Valley, CA:.

- Porges, S. W., Doussard-Roosevelt, J. A., & Maiti, A. K. (1994). Vagal Tone and the Physiological Regulation of Emotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), p. 167-186. doi:10.2307/1166144
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123-146. doi:10.1016/s0167-8760(01)00162-3
- about the regulation of hyper- and hypo-arousal
Post, R. M., Weiss, S. R., Smith, M., Li, H., & Mccann, U. (1997). Kindling versus Quenching. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821(1 Psychobiology), p. 285-295. doi:10.1111/j.1749-6632.1997.tb48287.x
- about false memory syndrom
Ramirez, S., Liu, X., Lin, P., Suh, J., Pignatelli, M., Redondo, R. L., . . . Tonegawa, S. (2013). Creating a False Memory in the Hippocampus. *Science*, 341(6144), 387-391. doi:10.1126/science.1239073
- "originally scenario"
- Rosenberg, J., Rand, M., & Asay, D. (1989). *Body, self, and soul: Sustaining integration*. Atlanta, GA: Humanics Limited. Chapter 3.
- Rywerant, Y. (1983). *The Feldenkrais method*. New York: K. S. Gieniger Comp.
- Sable, P. (2004). *Attachment and adult psychotherapy*. Lanham: Rowman & Littlefield Pub.
- Schlage, B. (2013). *Die Kunst des achtsamen Herangehens*. *Energie & Charakter*, 36, 51-61. <http://www.bernhardschlage.de/literatur/items/%C3%BCbergang-gespraechstherapie-zu-koerperpsychotherapie.html>
- Schlage, B. (2016). The pleasure of touch - a suggested correlation between the change of the surface of cell membranes and the effectiveness of bodywork methods. *IASI Yearbook of structural integration*, pp. 99-106. <http://www.bernhardschlage.de/literatur/items/the-pleasure-of-touch.html>
- Schleip, R. (2012). Chapter on "Fascia as a sensory organ. A target of myofascial manipulation" in: Dalton, E., & Aston, J. (2012). *Dynamic body: exploring form, expanding function*. Oklahoma City: Freedom from Pain Institute.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation & the repair of the*

self. New York: W.W. Norton.

- Steele, K., van der Hart, O., Nijenhuis, E. (2005). Phase oriented treatment of structural dissociation in complex traumatisation: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(3), p. 11 - 53.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton.
español: "El Momento Presente" en *Psicoterapia y la vida cotidiana*. 2017. Editorial cuatro vientos. Santiago Chile
- Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization, and integration. *Dissociation*, 2(6), p. 162 - 180.
- Van der Kolk, B.A., McFarlang A. C., & Weisaeth L. (ed 1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (p. 303 - 327). New York: Guilford Press.
- Winnicott, D. W. (1990). The theory of the parent-child relationship. in: *The maturational Processes and the facilitating environment*. p. 37-55. London: Karnac Books.
español: "La teoría de la relación padre-hijo." en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador 1992*; Barcelona: Paidós

Contacto

Bernhard Schlage
bodypsicoterapeuta, autor

gemeinschaftspraxis kugel e.v.
En el Steinriede 7, Hofgebäude
30161 Hannover

teléfono y fax 05 11 / 161 42 11
e-mail: post@bernhardschlage.de
página de internet: www.bernhardschlage.de