

Psicoterapia del Trauma. El aporte de la Antroposofía

Alejandra Mancini

IBAP en la Universidad de Witten-Herdecke/Alemania

RESUMEN. El tema se introduce por medio de reflexiones respecto al concepto de trauma, causalidad y categorías temporales desde el enfoque antroposófico. Se consideran aspectos relevantes del trauma y factores epistemológicos para fundamentar una visión multidimensional del ser humano, a partir del principio emergente. Se destaca la importancia de la relación humana como factor de influencia a nivel anímico-espiritual. En el contexto señalado, se desarrollan puntos de vista para la psicoterapia del trauma, en relación a la idea steineriana de la trimembración funcional del organismo humano. Ésta tiene como objetivo ayudar al paciente a activar y movilizar la acción de su yo en los diversos niveles de la voluntad, del pensar y del sentir. Se estimula el movimiento y se enfocan la consciencia y el vivenciar.

Palabras claves: Psicotraumatología, evento traumático, reacción traumática, desarrollo de síntomas traumáticos, trimembración, efectividad del yo

ABSTRACT. The subject is introduced by reflections on the concept of trauma, on the causality and time categories against the background of the anthroposophic view. Different trauma-relevant aspects are then considered. Epistemological factors are discussed and the concept of emergence helps to create the basis for a multifaceted image of man. The central significance of relationship as a factor influencing soul and spirit is considered. Points of view for psychotrauma therapy are developed against this background and in the light of Steiner's functional threefoldness of the human organism. The aim of psychotrauma therapy is to encourage the patient to let the 'I' take effect: through activity, the activation of the will part in his thinking and feeling, in his movement, focusing on the mind and sentient experience.

Keywords: Psychotrauma therapy, traumatic event, traumatic reaction, post-traumatic disorders, threefoldness, effectiveness of the 'I'

Introducción

En las últimas décadas ha tenido lugar una intensa discusión respecto al trauma psíquico. Se han tratado de identificar las características centrales y las consecuencias que él conlleva para las personas afectadas y el entorno social, y se han buscado alternativas adecuadas de tratamiento (Fischer et al, 1998; Huber, 2003; Reddemann, 2004). Se destaca sin embargo la necesidad de precisar el concepto de trauma; como constructo y categoría científica debe ser examinado en un contexto semántico específico (Lehmacher, 2013, p. 16), no presuponiendo su validez universal. No corresponde considerarlo como "entidad a-histórica, intercultural y uniforme" (Lehmacher, 2013, p. 17); él tiene un significado específico, de acuerdo al contexto

local, temporal, cultural, socio-político en el que se sitúe. El constructo de trauma como categoría histórica implica un concepto de hombre determinado.

En 1976 se decretó en Alemania una ley para indemnizar a las víctimas de actos de violencia ocurridos en territorio alemán. Esta ley se basa en el principio de causa y efecto entre el acto de violencia y los efectos posteriores perjudiciales para la salud de la persona. El beneficio estatal supone examinar y demostrar la relación causal entre el acto de violencia y sus efectos. (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016). En 1980 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) introdujo el diagnóstico de estrés post-traumático. Este desarrollo habría sido motivado por veteranos de Vietnam que eran tratados por Chaim Shatan y Robert J. Liften (Van der Kolk, 2015, p. 20).

En los años ochenta se impuso en Alemania la convicción que “factores externos, ciertas vivencias, pueden generar daños psíquicos persistentes- una comprensión del trauma y sus consecuencias que corresponde ampliamente con el concepto que también está a la base del trastorno de estrés post-traumático. Desde entonces se utiliza el concepto de trauma psíquico en el sentido de una relación causal entre acontecimientos y desórdenes psíquicos posteriores” (Lehmacher, 2013, p. 114-115).

En el ámbito de investigación antroposófica ha habido en los últimos años escasas publicaciones relativas al tema trauma psicológico (Krause, 2011; Reiner, 2016; Roediger, 2003; Ruf, 2012; Straube, 2016). Una discusión interdisciplinaria con respecto a este tema desde una perspectiva filosófica, médica, psicoterapéutica y pedagógica, no ha tenido lugar en forma suficiente. También faltan resultados de investigaciones empíricas, así como conceptos terapéuticos claros para el tratamiento psicoterapéutico de las personas afectadas.

La psicoterapia y la medicina de orientación antroposófica, con su imagen del ser humano y sus posibilidades de tratamiento específicos, podrían generar valiosos y originales aportes en la terapia del trauma. Este artículo pretende aportar en esta dirección, impulsando la discusión interdisciplinaria, sin pretender dar respuestas definitivas al tema del trauma psíquico en adultos, pero sí apuntando a preguntas relevantes dentro del contexto mencionado.

Dos aspectos del concepto con implicaciones terapéuticas se refieren a la noción de causalidad (Heusser, 2016, 2014) y al concepto temporal (Heusser, 2014). Una causalidad lineal de las reacciones traumáticas desde el pasado es cuestionable. Existiendo influencias potencialmente traumáticas (un evento externo altamente estresante), no implica que las personas expuestas generen necesariamente una reacción traumática posterior. La mayor investigación epidemiológica realizada con una muestra representativa de la población estadounidense (citada en Frommberger, Angenendt & Berger, 2014) dió como resultado que un 60% de las personas encuestadas había vivenciado “por lo menos un acontecimiento traumático en el sentido de los criterios definidos para el trauma”. Sin embargo, sólo una pequeña parte de ellos (8% de los hombres, 20% de las mujeres) había desarrollado un trastorno de estrés post-traumático. A partir de ello, concluyen los autores que factores adicionales al evento traumático deben influir el desarrollo del estrés posttraumático.

El concepto de resiliencia ha sido desarrollado desde el estudio comparativo de biografías que incluyen experiencias potencialmente traumáticas. Emmy Werner realizó un seguimiento de 698 niños de la Isla Kauai durante 40 años (1955–1995). Su investigación mostró que una tercera parte de los niños en situación de riesgo (de familias inestables) crecieron y se convirtieron en adultos amorosos, competentes y seguros de sí mismos (Brisch & Hellbrügge, 2003, p. 21; Van der Kolk, 2015, p. 449). El conocimiento fundamental que generó éste y otros estudios semejantes, fue que condiciones iniciales de vida de tipo adverso no conducen necesariamente a efectos negativos, tales como miseria, fracaso y enfermedad. Personas resilientes disponen de ciertas características y estrategias que les permiten enfrentar circunstancias desfavorables y desarrollarse positivamente hacia la autonomía y salud. La superación exitosa de una experiencia amenazante y potencialmente traumática puede, bajo ciertas condiciones, fortalecer la resiliencia del ser humano afectado y mejorar su capacidad de integración social (Flatten et al., 2013, p. 160).

Motivos individuales y su realización, intenciones y preguntas de sentido, son aspectos que apuntan al futuro y pueden jugar un papel importante en la modificación de la actitud interna al lidiar con experiencias adversas. Aquí radica un potencial valioso para la elaboración y la integración terapéutica exitosa de éstas, lo

que mi experiencia clínica apoya. Una mujer de mediana edad buscó apoyo terapéutico en mi consulta, luego que su hijo mayor hubiera sido asesinado por un inmigrante. Ella había desarrollado una reacción depresiva y sufría de pesadillas con contenido violento, buscaba explicaciones y un sentido a lo ocurrido. Su confianza en el ser humano estaba removida, ella deseaba preservar una actitud abierta e imparcial, especialmente frente a extranjeros. Esto había motivado su elección de una terapeuta de origen extranjero. Esta mujer buscaba ayuda en la psicoterapia para movilizar esas fuerzas, lo que en un inicio le parecía una posibilidad remota. Un aspecto esencial del trabajo psicoterapéutico se abocó al motivo expuesto y a modificar el foco de la pregunta, en vez de intentar buscar una explicación a lo inexplicable (¿Por qué le había tocado a su hijo ese destino?), se le planteó una nueva pregunta: ¿Qué desarrollo interior sería necesario para que ella pudiera integrar la experiencia traumática y vivir de acuerdo a sus códigos éticos?

El psiquiatra antropósofo Peter Matthiessen (2014) propone incorporar el futuro como categoría en la relación con los pacientes en crisis y con ello ampliar la búsqueda unilateral de causas orientada al pasado. Esta actitud se traduce en preguntas con la forma: ¿Desde la perspectiva de un futuro, para qué habrá sido bueno el haber lidiado con esta experiencia o crisis? (Matthiessen, 2014, p. 239). El paso señalado de redirigir la dirección de la atención (lejos del acontecimiento traumático y de la fijación en el motivo carente de sentido) fue un paso decisivo en el proceso terapéutico de la paciente antes mencionada. Ésta constató cómo el impacto traumático transformó su entorno privado, culminando en el encuentro y la maduración del grupo familiar y su entorno social. Gracias al proceso conjunto, la muerte de su hijo había cobrado dignidad y un sentido. Posteriormente ella pudo dar a su vida un nuevo rumbo que nació de la crisis vivenciada.

Trauma psicológico, evolución de la reacción traumática y rasgos distintivos de ella

Trauma se entiende como herida, daño o shock. El trauma psicológico es consecuencia de la exposición a un acontecimiento externo vital estresante. Se define por la reacción posterior al evento, la que conlleva un difícil procesamiento de la experiencia. El manejo de experiencias potencialmente traumáticas tiene en principio un carácter individual. Algunos acontecimientos sobrepasan la capacidad de lidiar adecuadamente con ellos, de procesarlos e integrarlos en la personalidad. Esto puede tener diversas causas, puede ser que la persona no disponga de las habilidades necesarias de manejo y procesamiento de la experiencia per se o temporalmente no esté en condiciones de aplicarlas. Puede ser también que la experiencia sea tan altamente perturbadora (por ejemplo, en caso de guerra) que la mayoría de las personas no puedan lidiar con ella.

El sistema de Clasificación Internacional de Desórdenes Mentales y Conductuales ICD-10 describe diversos tipos de trastornos asociados al trauma, como por ejemplo la reacción aguda de estrés post-traumático, el trastorno de adaptación y el trastorno de estrés post-traumático. Éste último surge como una “reacción tardía y/o prolongada a un evento estresante o a una situación de amenaza excepcional o con dimensión de catástrofe (de duración corta o prolongada) que para la mayoría de las personas provocaría una profunda perturbación” (Dilling et al., 1991, p. 157; World Health Organisation, 2004, p. 147).

No todas las personas que experimentan situaciones altamente estresantes desarrollan posteriormente una reacción traumática. Epidemiológicamente se puede constatar que el desarrollo de estrés post-traumático varía de acuerdo al tipo de violencia experimentado (Frommberger et al., 2014): En el caso de violación se reporta una prevalencia de 90% de la reacción aguda de estrés post-traumático y 50% del trastorno de estrés postraumático; en el caso de guerra, destierro y tortura alrededor del 50%; tras otros casos criminales de violencia aproximadamente 25%; tras accidentes del tránsito e igualmente en casos de enfermedades orgánicas severas (infarto cardíaco, tumor maligno) alrededor del 10% (Flatten et al., 2013). En el curso del tiempo se mostrará si el individuo podrá superar la experiencia de violencia o desarrollará una reacción traumática. Si bien ésta presenta una alta tendencia a la cronicidad (Dilling et al., 1991; World Health Organisation, 2004), puede ella tener una evolución benigna. Se describen las siguientes fases de evolución (Fischer et al., 1998, p. 143):

- (a) El estado de shock inicial dura habitualmente entre una hora y una semana, si es que nuevas vivencias traumáticas no se asocian a las anteriores- tal como es habitual en estados de guerra durante los

cuales pueden ocurrir nuevos ataques o bombardeos. Esta fase de trauma agudo se caracteriza por la inmovilidad física o pasividad de la persona afectada, la que también tiende a negar lo ocurrido, bajo un sentimiento de amenaza constante y de miedo. La vivencia del tiempo (en cámara rápida o lenta) y la percepción (mirada de túnel) se alteran, aparecen síntomas disociativos tales como derealización o despersonalización.

- (b) La vivencia traumática se profundiza y complejiza, mostrando su pleno impacto sobre la persona. Esta fase puede durar hasta dos semanas y se caracteriza por sentimientos de rabia, impotencia, desamparo, así como también por dudas respecto de sí mismo y auto-inculpación. Frecuentemente se observa sobreactivación fisiológica, hipervigilancia, trastornos del sueño, alta alarma, alteraciones de la concentración y la memoria, así como pesadillas y flashbacks.
- (c) Finalmente se puede observar una fase de regeneración en la que los afectados requieren de tranquilidad, apoyo humano y social, así como también de tomar distancia respecto de la situación traumática. La evolución de esta fase decidirá si a largo plazo la persona desarrollará el Síndrome de Estrés Postraumático con sintomatología co-mórbida, como por ejemplo síntomas de tipo depresivo, trastornos del miedo, de tipo disociativo o adictivo.

Rasgos distintivos del trastorno de estrés postraumático son:

- (a) Un estado constante de hiperexcitabilidad fisiológica con temor, alta irritabilidad, tendencia a asustarse y nerviosismo; (Huber, 2011, p. 48). Este estado se alterna repetidamente con:
- (b) Un estado continuo de hipoexcitabilidad fisiológica, acompañado de constricción vivencial, conductas de evitación, retiro social y depresión (Huber, 2011, p. 48).
- (c) Los recuerdos traumáticos se reactualizan incontroladamente como intrusiones que tienen una alta carga emocional, ésto puede ser en forma de imágenes y/o cualidades sensoriomotrices tales como sonidos, olores y sabores. También pueden haber reacciones corporales como convulsiones, sacudidas nerviosas o temblores involuntarios (Huber, 2011, p. 48).
- (d) El revivenciar los eventos traumáticos se alterna repetidamente con la evitación posterior de estímulos que puedan activar la memoria traumática (Van der Hart et al., 2008, p. 19).

En síntesis, un acontecimiento traumático desencadena reacciones a diversos niveles en la persona afectada. En tanto que la experiencia de alto estrés perdure, el núcleo de la personalidad y la fuente de su actividad (el 'yo'), no puede actuar adecuadamente sobre la organización biológica y anímica. El 'yo' no puede desplegar las fuerzas que le son características como es el filtrar, dar forma a la experiencia y estructurarla. Ésta impacta directa e inmediatamente sobre el cuerpo y el ámbito anímico. A nivel corporal, la persona presenta inmovilidad, rigidez corporal y reacciones masivas de tipo vegetativo. Los sistemas simpático y parasimpático están activados, la sensación de frío afecta todo el organismo, la respiración se interrumpe, el pulso y el ritmo cardíaco se aceleran. A nivel anímico-espiritual se puede manifestar disociación, la conciencia de la persona afectada no accede al significado emocional, sensoriomotriz, cognitivo de la experiencia traumática. Las emociones y los afectos asociados a la experiencia no son percibidos conscientemente, se produce una carencia de afectos y un embotamiento emocional. A veces se observan pérdidas en la percepción corporal: no se percibe el dolor, porque no se percibe el cuerpo (despersonalización) o se produce una pérdida de información y la memoria es fragmentaria (amnesia)- el acontecimiento traumático ha sido "olvidado". La persona se vivencia a sí misma enajenada, el mundo le parece irreal (desrealización). Los contenidos vivenciales "olvidados" o escindidos no desaparecen completamente de la consciencia, sino que continúan actuando sobre la experiencia del presente. Experiencias nuevas pueden activar el recuerdo de la experiencia traumática (trigger) generando reacciones incontroladas de alto significado emocional (Mancini, 2016).

En personas traumatizadas se observa un desbordamiento emocional repetido y estados corporales intensos que constituyen una amenaza para ellas, ya que no son controlables ni predecibles. Ellas se vivencian a sí mismas en una situación fundamental de impotencia en relación al mundo externo, al cuerpo y al interior, y con ello se perciben enajenadas de sí mismas. Personas con un trauma agudo pueden presentar fenómenos

disociativos puntuales. En el caso del trauma crónico o repetido, la disociación puede llegar a constituir un mecanismo central de la personalidad que se manifiesta con mayor o menor frecuencia, a lo que alude el enfoque de disociación estructural (Nijenhuis, Van der Hart, Steele & Mattheß, 2004). Este mecanismo si bien conduce a una reducción del estrés asociado al estado de hiperexcitabilidad, también contribuye a la vivencia de pérdida de control respecto de sí mismo, ya que él se activa en forma involuntaria y súbita. En definitiva puede así establecerse que el ser humano con vivencias repetidas o crónicas de tipo traumático se encuentra en una situación de desamparo y enajenación existencial fundamental. Lo que en la reacción traumática aguda puede constituir una labilidad puntual y temporal en la relación del yo con el mundo externo, el cuerpo y el mundo interno pasa a ser una situación persistente y constante. Por ello hablaremos así de una labilidad constitucional en la relación del yo con el entorno, el cuerpo y consigo mismo en casos de trauma repetido o crónico y/o también complejo.

Una paciente que fue abusada emocional, física y sexualmente al interior de su familia durante su niñez y juventud, lo expresó muy claramente: “A veces percibo mi entorno como algo ajeno, aunque sé que lo conozco. Rodeada de personas desconocidas me siento aislada, con frecuencia también respecto a personas que si bien conozco, con las cuales no tengo una relación” (op.cit., p. 56). “A menudo vivencio el propio cuerpo como no perteneciente a mí... miro al mundo a través de los ojos, pero el cuerpo no es ‘yo’” (op.cit., p. 55–56).

Antes de referirnos al desarrollo de medidas terapéuticas, nos ocuparemos de una visión del ser humano que considere su compleja naturaleza. He mencionado en la Introducción que el constructo de trauma implica un concepto de hombre determinado. Ambos están a la base de los diversos enfoques y métodos de tratamiento de éste.

Concepto de Hombre y consideraciones epistemológicas

El ser humano muestra procesos de naturaleza corporal y vital, así como también una vida interior (pensamientos, recuerdos, sentimientos, sensaciones, intenciones, fenómenos de consciencia). Éstos son explicados en la Medicina y Psicología en relación a causas externas (entorno) y/o fisiológicas (sistema nervioso, cerebro). En este artículo deseo presentar una postura alternativa.

El médico antropósofo suizo Peter Heusser plantea en su nuevo libro (2016) preguntas relevantes para nuestro tema. La primera de ellas es de naturaleza ontológica y se refiere por un lado a la característica central de lo anímico-espiritual, y por otro de lo físico-viviente, así como de la interrelación entre estos ámbitos. La segunda pregunta es de tipo epistemológico y dice relación a un camino adecuado para conocer estos ámbitos. El desarrollo de conceptos claros depende en su opinión de la distinción entre los niveles de pregunta mencionados. El autor busca fundamentar empíricamente una visión antropológica del ser humano. Para ello se inserta en una tradición goetheanística-steineriana en diálogo con aportes actuales de la Psicología y la Neurociencia. Este camino enriquece la Psicotraumatología de orientación antroposófica, tanto en relación a los contenidos como a la metodología. En el ser humano los procesos psíquicos y fisiológicos mantienen una relación entre ellos y se influyen mutuamente, pudiendo establecerse incluso ciertas correlaciones. De acuerdo a Heusser, la naturaleza de esta relación en un sentido causal queda por ser aclarada. El hecho de estar interrelacionados y de influenciarse, existiendo cierta correspondencia o un paralelismo entre ambos ámbitos, no justifica el considerarlos como una unidad en sentido ontológico. Asimismo, considera este autor que es erróneo deducir que procesos cerebrales sean la causa de los fenómenos de consciencia, partiendo de la correlación observada. Esta conclusión puede ser encontrada frecuentemente en publicaciones respecto al trauma (por ejemplo Huber, 2003; Van der Kolk, 2015). El autor aduce que “el que los fenómenos de consciencia estén ligados a procesos de tipo físico-material no significa que sean idénticos con ellos. En realidad se trata de ‘relaciones de covarianza’ [...] que permiten asignar correlatos neuronales a fenómenos espirituales” (Heusser, 2016, p. 184). Metodológicamente él propone observar por separado estos ámbitos (de los fenómenos de consciencia versus de sus correlatos neurofisiológicos) para así conocer sus leyes específicas, y luego, en un paso posterior, establecer la naturaleza legítima de la correlación o covarianza entre ellos.

Heusser (2016) en concordancia con Steiner describe al ser humano conformado por diversos miembros constitutivos que se diferencian esencialmente entre ellos: el ámbito corporal (del cuerpo) se diferencia de lo psíquico o anímico (del alma) y éste se distingue de lo espiritual (del yo). Cada uno de ellos posee estructuras y leyes inherentes. Conforme a ello, cada nivel del ser requiere un camino de conocimiento específico; cuerpo, alma y espíritu deberían ser percibidos de un modo particular y captados en conceptos ad hoc para entender su acción conjunta. De acuerdo a Heusser (ibídem), estos diferentes niveles tienen un valor equitativo a nivel epistemológico como ontológico. Como él afirma, “La realidad física es complementada por la realidad psíquica” (p. 186) y “El tipo de causalidad que le es propia a cada nivel de la realidad tiene su fundamentación en los principios y las leyes específicas de cada uno de ellos” (ibídem, p. 190-191).

Siendo estos miembros tan diversos cabe preguntarse: ¿cómo es posible que surja una coherencia en la forma y que tal configuración sea individualizada? Habitualmente se piensa que los niveles más diferenciados del ser humano (vida anímica, fenómenos de consciencia) son una evolución y complejización de los niveles inferiores (cuerpo: neurofisiología cerebral), y que la unidad resultante es un producto aleatorio. Rudolf Steiner plantea por el contrario que el organismo humano es configurado desde el miembro superior (espíritu) hacia los miembros inferiores (alma, cuerpo) del ser y no a la inversa (Heusser, 2016, 2014, 2013). Heusser (2016) conceptualiza este proceso formativo individualizador mediante el “principio emergente”. Este principio establece que la naturaleza y el Hombre están organizados de forma jerárquica a partir de los niveles más altos de organización. En los diversos niveles se observa lo que podría denominarse transiciones emergentes: “se observa que los elementos subordinados o inferiores, si bien [son] condición [indispensable] para la manifestación de las unidades superiores, no son su causa, pues cada nivel tiene sus propias leyes, y éstas se manifiestan por sí mismas al existir las condiciones necesarias...” (ibídem, p. 200).

El ser humano forma bajo el principio emergente un cuerpo dotado de vida, animado y espiritualizado. “El espíritu (el yo de la individualidad humana) es frente a lo anímico una entidad emergente irreductible” (ibídem, p. 259). De modo similar, lo anímico es emergente frente a la vida, así como la vida lo es en relación a lo físico. El proceso emergente conlleva el “sumergente”, construcción implica destrucción. “Un sistema organizado jerárquicamente con niveles emergentes surge...” no sólo por la acción *externa* de la *manifestación* superior sobre la inferior y viceversa, sino por la acción *interna* de sus leyes... “la acción de las leyes respectivamente superiores se muestra, por una parte en el surgimiento de manifestaciones constituidas emergentemente, por otra en las consecuencias que ello conlleva para el nivel respectivo sumergente: el nivel superior actúa *en contra* de éste; el efecto de las leyes - ahora subordinadas- [del nivel inferior] sobre la manifestación es *anulado*. “Ésto se muestra en el mundo de las sustancias y estructuras físico-espaciales como la desaparición respectiva de las propiedades sumergentes, en cuanto aparecen las características emergentes de los niveles superiores”. “El efecto causal de lo anímico sobre los fenómenos se muestra de dos maneras: primero, en forma directa en la manifestación emergente de lo anímico como tal, y segundo, en forma indirecta al retrotraer las propiedades de la vida en el organismo para que se pueda manifestar la consciencia” (ibídem, 2016, p. 193). El antagonismo descrito entre las funciones vitales y de consciencia “existe a nivel filogenético, ontogenético, anatómico-funcional y fisiológico” (ibídem, 2016, p. 194). Esto significa que la consciencia, “si bien se despliega *gracias* al organismo viviente, lo hace *en contra* de éste” (ibídem, 2016, p. 198). El cerebro hace posible la consciencia, “no como su causante, sino como su *contraparte*”. El ser humano y el animal vivencian no sólo a *través*, sino *pese* al cuerpo. En vez de la “vida” se realiza el “vivenciar”. Este vivenciar es emergente frente a la vida y está sujeto a sus propias leyes y fuerzas. Éstas [leyes y fuerzas] deben constituir en consecuencia la causa válida de los fenómenos psíquicos; la organización físico-viviente o su reducción es la *condición* para que los primeros puedan manifestarse” (ibídem, 2016, p. 198). Lo anímico ejerce por una parte una „*función constructora, formadora y configuradora del cuerpo* (ibídem, 2016, p. 199)“. El cuerpo es construido conforme a lo anímico, quedando a disposición de ello (...) y constituyéndose como su “instrumento” (ibídem, 2016, p. 200). Por otra parte, se describe que lo anímico actúa degradando la corporalidad, con lo que se posibilita la *consciencia*. En palabras de Heusser (2016), la propiedad central de lo anímico es la interioridad, la formación de un “espacio interior” que permite “vivir subjetivamente” en él (p. 217).

La auto-organización se manifiesta en todos los niveles de la naturaleza y se adhiere a la idea mencionada: “no son las partes las que se organizan *por sí mismas* hacia una totalidad en el sentido de una ‘causalidad bottom-up’, sino por el contrario la *totalidad se manifiesta a sí misma* en sus partes como una causalidad ‘top-down’, bajo el supuesto de la presencia [de la totalidad] y de las condiciones necesarias del contexto como por ejemplo temperatura, relación entre acidez y alcalinidad, etc.” (Heusser, 2016, p. 200). Así puede ser explicado el porqué los atributos del nivel superior son emergentes, nuevos, autoregulados y no deducibles a partir de los elementos del nivel inferior, “aún cuando sólo puedan realizarse en y gracias a los [elementos] inferiores” (ibídem, 2016, p. 200). De estas observaciones puede concluirse que la ley superior de la totalidad debe tener “de por sí un carácter causal” actuante en la auto-organización” (ibídem, 2016, p. 200).

Este principio de causalidad interna y de auto-organización le permite al ser humano regularse a sí mismo y darse una propia configuración. En el curso de su vida puede aprender a influir y regular su relación con el entorno, así como su vida interior y los procesos de consciencia. Con ello modela, configura y les otorga una forma característica, individualizada. ¿Cuál es en este sentido la situación de la persona con trauma crónico o complejo? Ella tiene dificultad en ejercer esta actividad, ya que vivencias disruptivas, invasivas, con alto impacto emocional, le imponen otra dinámica; se siente invadida e inundada emocionalmente, no puede lidiar con tales vivencias en un sentido autónomo ni imponerles su sello. Un objetivo central de la psicoterapia antroposófica es, en mi opinión, el ayudar a que estos procesos y fenómenos, aún no modelados por el yo, sean colocados bajo su acción. Este proceso responde al principio emergente y se puede realizar durante toda la vida, bajo la condición indispensable que el yo de la persona se active y que existan condiciones facilitadoras del entorno.

¿Cuáles son las condiciones que le permiten a una persona activarse en su interior y ejercer tal actividad? El desarrollo de “lo humano” requiere de un contexto “humanizante” en un sentido espiritual, ya que su constitución surge desde lo espiritual hacia lo anímico y lo corporal. Mi trabajo de tesis en Psicología se refirió precisamente a este problema: lactantes desnutridos, internados en centros de atención temprana, no aumentaban de peso o mejoraban su status psicomotor, aún cuando disponían de alimentación suficiente y de cuidado externo de parte del personal responsable. Recién con el trato personalizado, el contacto físico y emocional directo, a través de la mirada y el lenguaje, les fue posible a los lactantes hacer utilización del alimento ingerido, aumentar de peso y mostrar un progreso en el desarrollo psicomotor (Gómez, Mancini & Valderrama, 1986).

En el ámbito psicoterapéutico las condiciones necesarias del contexto son aquéllas que favorecen la activación del yo y su efectividad. Ellas están representadas en la cualidad de la relación entre la persona traumatizada y su terapeuta. Cabe preguntar, ¿cuáles son los aspectos esenciales de la relación terapéutica, desde una perspectiva anímico-espiritual, que ayudan a la persona a activarse internamente y a movilizar sus fuerzas espirituales? De la respuesta a esta pregunta derivan consecuencias fundamentales que permiten desarrollar medidas terapéuticas pertinentes. Éstas serán tema de las “Directrices para la Psicoterapia del Trauma desde la Antroposofía”.

La relación terapéutica como factor constitutivo humanizante

La Psicología reconoce ampliamente el significado de la relación y del vínculo para el desarrollo humano, así como del rol que ambos desempeñan en la salud o enfermedad. En la literatura se encuentran diversos intentos de incorporar la dimensión espiritual a la terapia del trauma. Ello constituye un desafío, ya que en la Psicología y Psicoterapia no se dispone de conceptos adecuados para los ámbitos corporal, anímico y espiritual del ser humano, así como a su interrelación. Esta situación implica un problema ontológico y epistemológico (Heusser, 2014).

El trauma complejo o crónico tiene en su base eventos estresantes que se producen con frecuencia en el marco de las relaciones humanas. Si éstas se refieren a las relaciones cercanas, lo que es habitual, se habla de un “trauma del vínculo”. La superación del trauma vincular supone que la persona aprenda y experimente la relación humana de un modo nuevo. En este sentido, la relación terapéutica en su configuración y cualidad constituye un factor de acción y sanación imprescindible.

Vínculo es comprendido en la Psicología como la relación interna, perdurable entre un ser humano y sus personas de referencia primaria. Un vínculo seguro en la infancia constituye un factor protectorio en cuanto al desarrollo psíquico posterior, pese a posibles experiencias traumáticas fuera del marco de la relación primaria. Por el contrario, un vínculo temprano inseguro, de tipo evitador o ambivalente (Huber, 2003), involucra un factor de riesgo para la vulnerabilidad o fragilidad psíquica posterior (Brisch et al., 2003).

La conceptualización de la relación humana y del vínculo varía de acuerdo al marco teórico. Autores en la Psicología y Medicina actual describen al ser humano de forma holística; sin embargo, los conceptos utilizados permanecen a menudo algo general. Un ejemplo de esto puede ser visto en las palabras del psiquiatra americano Van der Kolk: “El apoyo social no es lo mismo que estar simplemente en presencia de otras personas. La cuestión crítica es la *reciprocidad*: ser realmente escuchado y visto por las personas que nos rodean, sentir que tenemos el apoyo de alguien en su mente y en su corazón” (van der Kolk, 2015, p. 87). En la versión original: “Social support is not the same as merely being in the presence of others. The critical issue is reciprocity: being truly heard and seen by the people around us, feeling that we are held in someone else’s mind and heart” (van der Kolk, 2014, p. 79). La terapeuta americana Diana Fosha plantea de modo similar: „The roots of resilience... are to be found in the sense of being understood by and existing in the mind and heart of a loving, attuned, and self-possessed other“ (citada en Van der Kolk, 2014, p. 105).

Estas descripciones, si bien son pertinentes a la relación humana en general, constituyen un buen punto de partida a ser especificado para el contexto terapéutico. Especialmente las palabras de Fosha destacan la captación subjetiva de quién recibe apoyo, y no las variables externas objetivables asociadas a tal situación. Es responsabilidad del terapeuta el establecer una comunicación que se adecúe al paciente (“attuned”), y por medio de la cual éste pueda vivenciar las cualidades descritas por Fosha. Esta capacidad del terapeuta le implica una actividad interior y constituye un desarrollo concordante en el sentido “amoroso” y del “autodominio” (loving, attuned, self-possessed). El generar tales condiciones en la situación terapéutica es álgido en el contacto con personas con trauma vincular, ya que éstas carecen de la capacidad de generarlas por sí mismas. (op.cit., cap. 7).

Hartmut Rosa (2016) le da mayor especificidad a la descripción anterior, a través del concepto de resonancia. El autor plantea que “por un lado se establecen relaciones de resonancia o de respuesta entre el mundo que nos rodea, el cuerpo y el cerebro, y por otro lado, entre el cerebro y el espíritu. Éstas posibilitan la comprensión humana y el pensar, así como también aprender, comunicarse y actuar” (p. 246). De acuerdo a lo expuesto por él, tanto “la relación entre sujeto y mundo social puede ser reconstruida como una relación de resonancia, así también la organización interna del percibir, pensar y actuar; al igual que la interacción entre cerebro y organismo pueden ser comprendidas adecuadamente según la lógica de los procesos de resonancia” (p. 249). Para Rosa resonancia es un concepto estrictamente relacional que describe una manera específica en la que el sujeto y el mundo entran en contacto y desde éste reciben su forma. En el “espacio de resonancia se tocan mutuamente, de tal modo que pueden ser comprendidos como respondiendo el uno al otro y a la vez hablando con voz propia, es decir `devolviendo el tono`” (p. 285). Con ello hace referencia a la capacidad del ser humano de ponerse en consonancia con el entorno y entrar en sintonía y comunicación recíproca a nivel corporal, psíquico y social. En una situación terapéutica debe surgir un “espacio de resonancia” en el cual se pueda “por medio de resonancias sincrónicas y de respuesta, captar la situación del cliente, hacerla audible y sensible, y por tanto accesible a la reflexión, pudiendo así ser objetivada y procesada” (Rosa, 2016, p. 286).

El concepto de resonancia es significativo y para la persona traumatizada tiene un valor existencial. El anhelo de experimentar cualidades humanizantes de resonancia puede ser ilustrado con el ejemplo de una paciente adulta. Los padres la “arrendaron” desde temprana edad para prácticas sexuales y pornográficas. En su juventud se prostituyó, mostrando diversas conductas de auto-daño tales como consumo de drogas y alcohol, incidiéndose cortes en la piel y golpeándose. En su primer embarazo tomó la decisión de hacerse cargo de su vida y de sí misma, para poder ser una buena madre. Buscó apoyo en foros de internet con otras mujeres que habían tenido vivencias similares, consiguiendo cierta estabilidad psíquica y una vida relativamente normal con su marido e hijos. Ella experimentaba profunda desconfianza hacia los psicoterapeutas, aduciendo que a éstos sólo les interesaba el dinero y no las personas. Pese a ello me contactó a través de internet y estableció una primera comunicación, interrogándome respecto a diversos temas y sometíendome a prueba durante

seis meses, antes de tomar la decisión de conocerme personalmente. Cuando vino a mi consulta le pregunté qué sentido tenía para ella nuestro encuentro. Su respuesta me conmovió, ella expresó que tenía el deseo profundo de contarle su historia a un profesional y reconocer en su mirada si era vista como monstruo o como ser humano. Deseaba ser reconocida en su humanidad en el contexto del encuentro real y con el conocimiento de otra persona respecto a su vida.

Para mi paciente, al igual que para otras mujeres traumatizadas sexualmente, constituye un aspecto central de su experiencia el hecho de no haber sido “vista” ni “escuchada” en su condición humana, sino de haber sido tratada como un objeto. En general la experiencia de la identidad y dignidad, la consciencia de ser un individuo con un núcleo de naturaleza espiritual, pueden ser socavadas en la base de su desarrollo bajo las circunstancias descritas. Éste es el caso cuando las experiencias de violencia ocurren muy temprano en la vida, especialmente en el contexto de una relación cercana. Expresado con las palabras de otra paciente, faltan como adulto la seguridad interna y “el sentimiento que existe algo propio, un núcleo inconfundible” (Mancini, 2016, p. 45).

Considerando el ejemplo mencionado, es plausible pensar que el ser humano necesita un entorno propicio, a nivel biológico, anímico y espiritual, para poder alcanzar su forma individual. En la psicoterapia antroposófica del trauma se intenta estimular la actividad del paciente a un nivel ontológico, actuando en el sentido emergente. Esta actividad es la base que posibilita el efecto auto-regulador con respecto a la vida interior y su actuar con el mundo exterior. Para poder acompañar al paciente en el sentido indicado es necesario que el psicoterapeuta movilice sus fuerzas espirituales y pueda distinguir entre aquéllo que caracteriza a la persona en su profundidad y lo que constituye su enfermedad. El terapeuta pone estas fuerzas a disposición del proceso en un espacio de resonancia. El efecto de la relación terapéutica en el sentido expuesto depende así del grado de realización del encuentro entre el terapeuta y el paciente como dos individuos. Con el tiempo la experiencia del paciente de sentirse “visto” y “apoyado” le permitirá desarrollar una cierta sensibilidad respecto de sí mismo en el sentido indicado. Este proceso movilizador de fuerzas ayuda a la persona traumatizada a conectarse con fuerzas en su interior, aprendiendo a movilizarlas para darle una forma propia a su vida anímica.

Directrices para la Psicoterapia del Trauma desde la Antroposofía

La acción del ‘yo’ como centro de la personalidad representa por lo tanto una funcionalidad terapéutica central. La imagen antropológica del ser humano con procesos anímicos, correlatos físicos y funcionales constituye el fundamento del actuar terapéutico. Desde ésta es pertinente diferenciar la acción del ‘yo’ en los diversos niveles de funcionalidad humana.

El trabajo psicoterapéutico con un adulto traumatizado incluye diversas estrategias de acción. La primera es de tipo “top-down” y actúa a través de la consciencia y del lenguaje como vehículo del pensamiento. Este tipo de intervención es la habitual en psicoterapia, ella tiene sin embargo un efecto traumaterapéutico insuficiente y problemático, por ejemplo cuando se narra la experiencia traumática. La persona afectada puede dirigir con dificultad su atención y darle un foco, el cuerpo tiene una influencia perturbadora y el intento puede tener un efecto contraproducente, generando despersonalización y pérdida de contacto consigo misma (Van der Kolk, 2015). Ésto muestra la necesidad de una intervención modificada para dirigirse a los fenómenos de consciencia y del pensar. En el caso clínico posterior, esbozaré una posibilidad de hacerlo, ya que la persona traumatizada desea entender lo que le sucede para poder orientarse y desarrollar perspectivas nuevas de acción.

Otro modo de aproximación al trauma está representado por las estrategias de tipo “bottom-up” que se realizan a través del cuerpo, del movimiento y de la percepción (por ejemplo danzaterapia, yoga, equinoterapia) (Van der Kolk, 2015). Desde una perspectiva antroposófica se puede postular que estas técnicas tienen un efecto tranquilizador sobre los fenómenos exacerbados de la consciencia: flashbacks y otros fenómenos intrusivos. Tales intervenciones influyen más directamente sobre el ámbito volitivo. Todas estas intervenciones podrían ser afinadas en cuanto a su efecto, si se considerara la acción específica del ‘yo’ en el nivel funcional sobre el que actúa.

En la psicoterapia tradicional del trauma no se menciona ni conceptualiza explícitamente un tercer ámbito (intermedio) de intervención, a ser ubicado entre los efectos de las técnicas “top-down” (nivel del pensar)- y las “bottom-up” (de la voluntad). Un ámbito intermedio se manifiesta como sensación, vivencia, emoción, resonando en relación al efecto de las dos técnicas mencionadas. Parte esencial del método de Pat Ogden (2009) es enfocar la atención en las sensaciones del presente y dirigirla alternadamente, en un movimiento pendular, hacia uno u otro ámbito de acción (Ogden, Minton & Pain, 2010, p. 234).

Rudolf Steiner (2010) describe el “principio de la trimembración del organismo humano”, de acuerdo con ello pueden distinguirse tres regiones orgánicas relativamente autónomas entre sí, cada una con su funcionalidad. Este principio puede constituir una directriz en el desarrollo de conceptos psicoterapéuticos para el tratamiento del trauma, con sus métodos y pasos específicos. El punto de partida del principio de trimembración es la idea que las fuerzas que forman al cuerpo físico deben ser buscadas en el ámbito espiritual (Sieweke, 1982, p. 116). Tales fuerzas formativas tienen una función compleja, por una parte formar el cuerpo físico y por otra posibilitar la vida interior en relación al organismo. La vida en el organismo humano tiene así una doble característica, es vida en sentido biológico y también vida interior. El cuerpo físico es conformado bajo la premisa de poder constituir el fundamento de la vida anímica. Esto implica que en la biografía de una persona la vida corporal y la vida anímico-espiritual son sostenidas y relacionadas a través de las fuerzas de vida (Sieweke, 2010, p. 118) y bajo la directriz de su ‘yo’.

La “trimembración funcional del organismo” distingue entre el sistema neurosensorial y cerebral, el rítmico o cardiovascular-respiratorio, y el metabólico-motor. En estas tres regiones existe una especificidad tanto en la relación entre los niveles emergentes como en el grado de emancipación de las fuerzas de vida dirigidas a lo corporal. En el sistema neurosensorial se observa el mayor grado de emancipación de las fuerzas vitales respecto del organismo físico, por ello pueden estar a mayor disposición de lo anímico-espiritual. Lo contrario sucede en el sistema metabólico-motor, la mayor parte de las fuerzas de vida permanece aquí unida a lo orgánico. En el sistema rítmico intermedio o cardiovascular y respiratorio se observa una situación de relativa independencia. Estos tres centros pueden ser diferenciados funcionalmente, pero procesualmente están entrelazados gracias a las fuerzas subyacentes.

Este proceso de metamorfosis de las fuerzas vitales no las afecta en su totalidad, parte de ellas permanece vinculada a la corporalidad para preservar la vida orgánica, otra parte se independiza del cuerpo, quedando a disposición de las facultades anímicas. Esta transformación tiene lugar en etapas durante la biografía y puede realizarse durante toda la vida bajo la directriz del ‘yo’.

¿Qué consecuencias derivan de esta visión del ser humano para la Psicotraumatología Antroposófica? El considerar la constelación de fuerzas en las diversas regiones del organismo permite generar efectos terapéuticos diferenciales. Cabe entonces preguntar, ¿de qué modo es posible estimular específicamente la actividad del ‘yo’ en cada uno de éstas?

Partiendo de la correlación entre el fundamento físico y la actividad anímico-espiritual pueden observarse diversos sistemas. Por una parte es posible constatar la activación del sistema nervioso o neurosensorial cuando se produce actividad representativa y pensante. El sistema nervioso no es el fundamento de las otras actividades anímicas, los ámbitos del sentir y el volitivo tienen bases diversas de sustento orgánico: los procesos del sistema rítmico (cardiovascular y respiratorio) están relacionados con la vida del sentir- nuestras emociones se acompañan con frecuencia de modificaciones del ritmo respiratorio y cardíaco; un sistema metabólico y digestivo vital puede constituir la base de las actividades volitivas y los actos realizados por nuestras extremidades.

La diferenciación anterior puede ser complejizada, una actividad anímica se apoya o “ancla” adecuadamente en el organismo, si es que las otras funciones corporales apoyan este proceso. Por ejemplo: “no es suficiente que el sistema neurosensorial genere una actividad que esté en correspondencia con el acto representativo. A la vez deben tener lugar procesos a nivel rítmico y metabólico-motor, ya que el representar consciente está siempre acompañado de acciones sensitivas y volitivas” (Sieweke, 1982, p. 124).

Estas ideas constituyen una orientación metodológica para la Psicotraumatología Antroposófica y permiten superar el dilema de la unilateralidad de las intervenciones “top-down”- y “bottom-up”. Al estimular una actividad anímica en un paciente debemos considerar también las otras actividades. A nivel terapéutico es importante dirigirnos al aspecto volitivo que se encuentra detrás de las actividades anímicas del representar y del sentir. En la terapia esto implica favorecer que el paciente se concentre en el aspecto activo de su experiencia como también se posibilita una actividad fluida entre las diversas actividades anímicas. Se otorga especial relevancia al proceso y menor importancia a los contenidos anímicos: más al acto representativo que a las imágenes representativas, más al sentir en sí que a los sentimientos y las emociones específicas, más al acto volitivo que a lo querido. En este camino surgen imágenes representativas, contenidos emocionales y actos, pero es importante destacar y vitalizar el proceso que conduce a ellos. Con ello se estimula la actividad interior del paciente quien busca auto-expresarse a través de “su” imagen, voz, pensamiento, movimiento. Enfatizando el polo de actividad se puede equilibrar el efecto unilateral y agobiante del polo de consciencia. Asimismo se fomenta la integración de las facultades anímicas y de los contenidos de la experiencia bajo la conducción de su yo, porque la persona traumatizada presenta siempre un cierto grado de disociación. La integración es una actividad del ‘yo’. A diferencia de este enfoque, la Psicotraumatología no antroposófica enfatiza más los contenidos que ejercen un efecto positivo, por ejemplo, representaciones tranquilizadoras, sentimientos agradables (Reddemann, 2004, cap. 2.2.1).

Rudolf Steiner (1982) plantea que el ‘yo’ en el plano físico se manifiesta como voluntad. El trabajo de movimiento (danzaterapia) combinado con elementos de expresión artística (pintura, dibujo) en mi experiencia ha demostrado ser útil en el tratamiento de pacientes altamente disociativos. Éste se dirige en primer plano al polo de la voluntad, fomenta la activación interna y estimula la capacidad de autorregulación. Para ello pueden realizarse movimientos intencionales, enfocando la atención sobre aspectos concretos de la experiencia: se realizan movimientos en el espacio con una cualidad y un efecto específicos- por ejemplo, se camina en línea recta u ondulante, o se modifica el ritmo entre más rápido y más lento-, así también se observa conscientemente la vivencia asociada, la cual será expresada a través del color en una pintura o un dibujo, para posteriormente sintetizar tal experiencia en forma de un concepto o una palabra (título de la pintura). Por último la expresión generada será puesta nuevamente en movimiento. Con este procedimiento se puede constatar que movimientos externos autodirigidos estimulan un movimiento al interior, generando una vivencia que puede hacerse consciente, si es que se activa el polo del pensar o representar (palabra, concepto). Voluntad, movimiento, vivencia y consciencia pueden de este modo ser activadas, desde un primer o segundo plano, fomentando una relación nueva entre ellas que posibilite la integración o unidad.

En otros casos parece pertinente estimular el pensar en primer plano y por medio del pensar también el sentir y del querer en segundo plano. Una paciente de origen griego llega a terapia a los 48 años con una depresión severa. A mi pregunta respecto a cómo se ha podido ayudar en la vida para sobrellevar las dificultades, responde espontáneamente: „gracias a mi capacidad imaginativa“. Dice tener desde hace muchos años la necesidad de desarrollar su espíritu, de apropiarse de conocimiento para entender las cosas como una totalidad. Por éste motivo, lee y reflexiona, también plantea preguntas o hace comentarios que revelan una profundidad, como por ejemplo, en relación al valor de la vergüenza y la dignidad en la religión cristiano-ortodoxa, respecto al conocimiento (lee un libro sobre la Filosofía desde la Antigüedad), a la posibilidad de autodeterminación (“Yo puedo decidir si es que me dejo llevar o le doy una propia dirección a mi alma”) y a la relación que observa entre alma y cuerpo (constata que ésta existe, porque al tener pesadillas orina en la cama). Le recomendé leer a Aristóteles (De Anima); sus preguntas y reflexiones no son abstractas, sino tienen para ella un valor existencial.

Esta mujer de origen humilde experimenta diversas pérdidas y traumas en su vida. Su padre emigra a Alemania a trabajar cuando ella tiene siete meses de vida, la madre lo acompaña cuando la paciente tiene 2 y permanece con él hasta los 4 años de vida de la paciente. Durante este tiempo la paciente y sus dos hermanos mayores viven en una casa a poca distancia de familiares (abuelos, tía) que se ocupan de ellos durante el día. Cuando la madre regresa a Grecia a hacerse cargo de los hijos, la paciente no la reconoce, ha surgido un distanciamiento en la relación, una desvinculación que prevalece. El hito de la separación familiar significa para la paciente inseguridad y abandono que constituyen parte esencial de su vida desde ese momento.

Durante la escuela primaria experimenta violencia emocional y física de parte del maestro, lo que también repercute en un retraso del desarrollo y se manifiesta como enuresis persistente hasta la edad adulta. Con doce años se traslada con la madre y los hermanos a Alemania, experimenta lo que es ser segregada como extranjera y abusada sexualmente por el padre. Con 15 años abandona la escuela y comienza a trabajar como obrera en una fábrica para aportar al sustento familiar. A partir de los 22 años ocurren otros eventos biográficos difíciles: quiere independizarse de su familia y se empareja con un hombre 24 años mayor, con un prontuario criminal; el marido muere dejándole dos hijos y altas deudas por pagar.

El otro aspecto de esta biografía es la enorme presencia de esta mujer: pequeña (150 cm), frágil de contextura (49 kg), de cabello oscuro, de paso seguro y decidido, establece un contacto personal directo. Su intensa mirada y el lenguaje corporal expresivo enfatizan el efecto que ella produce en la relación interpersonal. Su lenguaje verbal es diferenciado y exacto, busca palabras adecuadas para hablar de sus temores, depresiones y complejos de inferioridad. Gracias a la fuerza de su personalidad le es posible superar las crisis y conseguir un dominio sobre su vida.

El acompañamiento psicoterapéutico de esta paciente está dirigido a fomentar la efectividad de su 'yo', la que ella ha conservado pese a sus experiencias traumáticas. Ésto se realiza primeramente por medio de la terapia verbal, la que después de algunos años es complementada por danzaterapia grupal. En la terapia tiene lugar intensos diálogos, una y otra vez se muestra ella y su fuerza al intentar poner en palabras lo que experimenta y piensa. En el contexto de la danzaterapia aparece, por el contrario, insegura y vacilante. De piernas cortas y pies pequeños que le proporcionan poco sostén, muestra habilidades motoras y un dominio corporal insuficientes. Ello le dificulta expresar con claridad y fuerza sus estados internos, algunas vivencias relativas al cuerpo le resultan estresantes. Es guiada a expresar sus vivencias por medio de imágenes internas (pintadas), buscando gestos que lleva al movimiento y finalmente traduce en palabras, es decir, se estimula el movimiento interior para luego diversificándolo en la búsqueda de formas de expresión.

Perspectivas

Este artículo deja abiertas muchas preguntas relacionadas con el concepto y el método expuestos.

Un elemento central de la psicoterapia del trauma de acuerdo a Huber (2003) y Reddeman (2004) se refiere a las técnicas de distanciamiento que le permiten a la persona tomar distancia respecto de sus contenidos anímicos estresantes (sentimientos, imágenes, pensamientos, vivencias asociadas a estados corporales). El concepto de auto-distanciamiento lo introdujo Viktor Frankl en la Psicoterapia. Él coloca las capacidades humanas de auto-distanciamiento y auto-trascendencia en un contexto amplio, considerándolas dos "características antropológicas fundamentales de la existencia humana" (Kurz, 1995, p. 60). Su enfoque incluye la acción del 'yo', en este sentido puede entenderse la capacidad de tomar distancia de sí mismo como una efectividad específica del 'yo', posible de ser observada e investigada.

Otro tema central de la terapia del trauma importante de ser investigado son los procesos de memoria. Se plantea la pregunta de si existe la memoria traumatizada, en caso afirmativo, cabe preguntarse también cómo la persona afectada puede colocar procesos automatizados de memoria (por ejemplo, flashbacks) bajo la acción de su 'yo'.

Las preguntas planteadas son tan sólo dos posibilidades de profundizar y diferenciar lo expuesto en el contexto de futuras investigaciones. Ambas preguntas destacan la dimensión central del 'yo' como agente causal interno. Esta dimensión es central en la psicotraumatología antroposófica.

Agradecimientos

A la Sociedad Antroposófica de Alemania y la Software AG Stiftung por su apoyo ideal y financiero, el que me permitió escribir este aporte como adaptación del artículo en alemán “Psychotraumatheapie und ihre Erweiterung durch die Anthroposophie”, publicado en la revista médico-anthroposófica „Der Merkurstab“, ejemplar de Julio-Agosto 2017, 70(4).

Nota: Las citas de publicaciones en alemán e inglés han sido traducidas por la autora del artículo.

Referencias

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Referat Information, Publikation, Redaktion; 53107 Bonn (Hg). (Stand: Januar 2016.) *Hilfe für Opfer von Gewalttaten* (Broschüre).
- Brisch, K.H., & Hellbrügge, T (Eds.). (2003). *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M.H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Göttingen: Hans Huber.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München, Basel: Verlag Ernst Reinhardt.
- Flatten, G., Gast, U., Hoffmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker A., Reddemann L., & Wöller, W. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörung. S3-Leitlinie und Quellentexte*. Stuttgart: Schattauer.
- Frommberger, U., Angenendt, J., & Berger, M. (2014). Post-traumatic stress disorder – a diagnostic and therapeutic challenge. *Deutsches Ärzteblatt Int.* 111(5), 59–65.
- Gómez, A., Mancini, A., & Valderrama, P. (1986). *El síndrome fetal alcohólico y su relación con la desnutrición temprana. Tesis para optar al título de Psicólogo*, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1986 (manuscrito inédito).
- Heusser, P. (2011). *Anthroposophy and Science: An Introduction*. Frankfurt: Peter Lang, Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- Heusser, P. (2013). Emergenz und Kausalität: systemische Interaktion von Körper, Leben, Seele und Geist des Menschen. En P. Heusser & J. Weinzirl (Eds.). *Medizin und die Frage nach dem Menschen. Wittener Kolloquium für Humanismus, Medizin und Philosophie. Bd 1*. Würzburg: Königshausen & Neumann, pp. 35–50.
- Heusser, P. (2014). Empirischer Zugang zum Geist in Anthropologie und Anthroposophie – Folgen für die Medizin. En J. Weinzirl y P. Heusser (Eds.). *Was ist Geist? Wittener Kolloquium für Humanismus, Medizin und Philosophie. Bd. 2*. Würzburg: Königshausen & Neumann, pp. 193–214.
- Heusser, P. (2016). *Anthroposophie und Wissenschaft. Eine Einführung*. Dornach: Verlag am Goetheanum.
- Huber, M. (2003). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1*. 4. Aufl. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Huber, M (Ed.). (2011). *Viele sein. Ein Handbuch. Komplextrauma und dissoziative Identität – verstehen, verändern, behandeln*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Krause, B. (2011). Erinnerung und Gedächtnis am Beispiel posttraumatischer Belastungsstörung. *Der Merkurstab*, 64(3), 133–137.
- Kurz, W. (1995). Der Mensch auf dem Weg zu sich selbst. En W. Kurz & F. Sedlak (Eds.). *Kompodium der Logotherapie und der Existenzanalyse. Bewährte Grundlagen, neue Perspektiven*. Tübingen: Verlag Lebenskunst, pp. 39–69.
- Lehmacher, K. (2013). Trauma-Konzepte im historischen Wandel. Ein Beitrag zur Rezeptionsgeschichte der Posttraumatic Stress Disorder in Deutschland (1980–1991). Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Hohen Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.
- Mancini, A. (2016). Das Gefühl, dass es da etwas Eigenes, einen unverwechselbaren inneren Kern gibt. En M. Bertram & H.J. Kolbe (Eds.). *Dimensionen therapeutischer Prozesse in der Integrativen Medizin*. Heidelberg: Springer Verlag, pp. 45–63.
- Matthiessen, P. (2014). Das Erfordernis einer Erweiterung des Zeitbegriffs für eine spirituelle Anthropologie. En J. Weinzirl & P. Heusser (Eds.). *Was ist Geist? Wittener Kolloquium für Humanismus, Medizin und Philosophie. Bd. 2*. Würzburg: Königshausen & Neumann, pp. 215–248.
- Nijenhuis, E.R.S., van der Hart, O., Steele, K. & Mattheß, H. (2004). Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. En L. Reddemann, A. Hoffmann, & U. Gast (Eds.) *Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

- Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2010). *Trauma und Körper. Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reiner, J. (2016). Psychotherapie des Ich. In W.U. Klünker, J. Reiner, M. Tolksdorf & R. Wiese. *Psychologie des Ich. Anthroposophische Psychotherapie*. Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben.
- Roediger, E. (2003). Aspekte zur Symptomatik und Behandlung von Störungen nach sexuellem Missbrauch aus anthroposophischer Sicht. *Der Merkurstab*, 56(4), 202–207.
- Rosa, H. (2016). *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp.
- Ruf, B. (2012). *Trümmer und Traumata. Anthroposophische Grundlagen Notfallpädagogischer Einsätze*. Arlesheim: Verlag des Ita Wegman Instituts.
- Sieweke, H. (1982). *Anthroposophische Medizin. Studien zu ihren Grundlagen. 1. Teil*. Dornach: Philosophisch-Anthroposophischer Verlag.
- Steiner, R. (2010). *Von Seelenrätseln*. (GA 21). 10. Aufl. Dornach: Rudolf Steiner Verlag.
- Steiner, R. (1982). *Notwendigkeit und Freiheit im Weltengeschehen und im menschlichen Handeln*. (GA 166). Dornach: Rudolf Steiner Verlag.
- Straube, M. (2016). Versuch eines Konzepts der Traumatherapie. *Der Merkurstab*, 69(6), 431–438.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Editorial Eleftheria, S.L.
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score. Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Great Britain: Penguin Random House UK.
- World Health Organisation (2004). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva.