

Tras el silencio

Mónica Cury Abril

Arteterapeuta.

Enviado: 15- 03-2007

Aceptado: 10- 04-2007

RESUMEN

La intervención desde el arteterapia como espacio de elaboración del hecho traumático favorece la recuperación de la víctima y facilita su reinserción social y su rehabilitación terapéutica a través de la imagen y el proceso creativo. Promueve la expresión desde un lenguaje diferente que permite la canalización de sensaciones, emociones y recuerdos sin empujar a la catarsis. Ofrece una nueva vía expresión que sortea en gran medida la limitación del bloqueo verbal. Permite capturar a través de la imagen plástica las imágenes sensoriales reminiscentes, favoreciendo el recuerdo y la construcción de un relato coherente que posibilite la comprensión de lo ocurrido. Comprensión que abre para la víctima el camino a la integración de su experiencia como una historia personal que ha tenido inicio, desarrollo y final. Desde un ámbito seguro y libre de juicios que posibilita la intervención desde la *salutogénesis*, reconociendo las estrategias de supervivencia y su implicación en los procesos salud/enfermedad.

Palabras clave: Trauma. Silencio. Invisibilidad. Arteterapia. Lenguaje. Creatividad.

SUMARIO 1. Introducción. 2. Antecedentes históricos del Trauma. 3. La naturaleza del trauma. 4. Directrices para el abordaje terapéutico. 5. Una visión desde el arteterapia.

Beyond the silence

ABSTRACT

The intervention from the Art therapy as a space of elaboration of the traumatic fact favours the victim's recovery and facilitates its social reinsertion and its therapeutic rehabilitation through the image and the creative process. It promotes the expression from a different language that allows the canalization of sensations, emotions and memories without pushing to the catharsis. Art therapy offers a new road of expression that eliminates in great measure the limitation of the verbal blockade. It allows capture through the plastic image the sensorial reminiscent images, favouring the memory and the construction of a coherent story that facilitates the understanding of the traumatic event. This understanding opens for the victim the possibility to integrate the experience like a personal history with a beginning, a development and a final. In a sure and free of trials space that facilitates the intervention from the salutogenesis, recognizing the strategies of survival and their implication in the processes health / illness.

Keywords: Trauma. Silence. Invisibility. Art Therapy. Language. Creativity.

CONTENTS

1. Introduction. 2. Historical antecedents of Trauma. 3. The nature of trauma. 4. Guidelines for the therapeutic approach. 5. A vision from the art therapy.

INTRODUCCIÓN

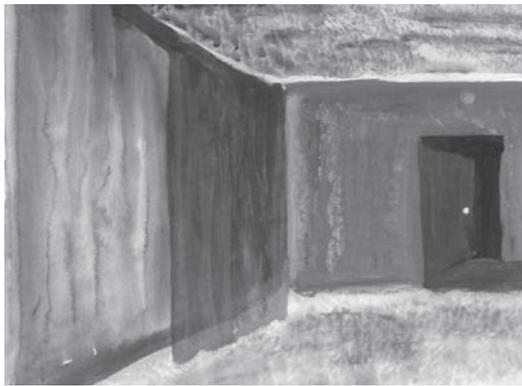
“Lo silencioso que es el destino cuando de repente estalla...”

Luis Rojas Marcos

“Estudiar el trauma psicológico es enfrentarse tanto a la vulnerabilidad humana en el mundo natural como a la capacidad de hacer mal que hay en la naturaleza humana.”

Judith Herman

La enfermedad mental es un marco extenso de referencia en permanente revisión y debate. El trauma aunque fuertemente presente en ella, ha estado a lo largo de la historia ciertamente relegado e inmerso en la maraña psicopatológica sin llegar a tener una entidad



Tras la puerta roja

propia hasta 1980, en que La *American Psychiatric Association* incorporó en el DSM-III el diagnóstico de trastorno por Estrés Post Traumático. Los efectos psicológicos del trauma producen profundas alteraciones en los mecanismos hormonales relacionados con la respuesta biológica al estrés y al procesamiento de la memoria. Es preciso tener en cuenta que los efectos producidos por la experiencia repetitiva del trauma, que genera una respuesta evitativa y amnésica, se suman en muchos casos a los síntomas de los trastornos psicóticos, por lo que es imprescindible mantener una clara

diferenciación de esta sintomatología para mejorar la eficacia de su tratamiento. Ser capaces de detectar y diferenciar el hecho traumático del trastorno responsable de la enfermedad mental, favorece su elaboración y ayuda a evitar su cronificación.

El Arteterapia es, sin duda, capaz de realizar aportaciones en este campo tanto desde la detección, como desde la prevención, el afrontamiento y la recuperación del hecho traumático. Facilita la expresión del paciente desde un lenguaje diferente que permite la canalización de sensaciones, emociones y recuerdos bloqueados y crea una vía de información que retroalimenta la evolución de la psicoterapia individual.

Las personas que han sufrido una experiencia traumática han estado expuestas a un cambio drástico, inesperado y, por qué no, dramático en sus vidas. Su sentido de seguridad se ha visto alterado y, en muchos casos, roto su vínculo de confianza con los otros seres humanos. Permitir la expresión, sin empujar a la catarsis, generar un ámbito seguro que respete sus ritmos y sus deseos, un ámbito libre de juicios donde el paciente se sienta aceptado y reconocido en su condición de individuo capaz, es sin duda el camino para la recuperación. Intervenir desde la *saluto génesis*, reconociendo las estrategias de supervivencia de cada

individuo y su implicación en los procesos salud/enfermedad facilita el uso de estas mismas capacidades para afrontar la enfermedad.

El trauma es invisible a su víctima y el miedo y el aislamiento lo tornará aún más invisible. La imagen puede devolverle entidad, su propia imagen, perdida en la memoria bajo el peso del dolor y dibujar nuevos horizontes. Rescatar del silencio y la invisibilidad a las víctimas y facilitar la expresión de las vivencias traumáticas y los sentimientos que albergan, “es un acto de liberación para los pacientes y un acto de solidaridad de nuestra parte” tal como lo expresa Judith Herman.

Es creciente la conciencia de la relación existente entre trauma y psicosis. Varias investigaciones han establecido ya este vínculo, demostrando que las experiencias traumáticas son una de las causas de la psicosis y en especial de las alucinaciones. Si bien estas investigaciones se centran en el trauma como causa de la psicosis, no debemos olvidar que el trauma no solo está presente en ella desde esta única vertiente.

A través de la investigación que he realizado en el Hospital de día psiquiátrico Puerta de Hierro en los años 2005/ 2006, he podido observar la presencia del trauma en la psicosis en distintas formas, aumentando siempre la sintomatología general y el consecuente deterioro de los pacientes. Cabe por tanto mencionar estas otras formas de presencia del trauma en la psicosis tan significativas como la que hoy despierta el interés investigador: como factor de vulnerabilidad y como respuesta a la ruptura psicótica.

El arte, soporte de nuestra intervención, está configurado tanto por materia como por espíritu, es forma y es contenido. Esta doble estructura no está en función de hacer visible una idea sino para aproximarnos a través de la intuición a su secreto inexpugnable y enigmático. El arte no solo ilustra nuestro mundo sino que es también creador, configurador de ese mundo y del ser humano.

Desde el inicio de nuestra historia hemos mantenido una estrecha relación con el arte. Siempre ha sido una manifestación del espíritu. Las pinturas de Altamira fueron realizadas en un intento por dominar lo incontrolable, lo aleatorio. Fueron la manifestación de una profunda necesidad: aplacar el sentimiento trágico de la vida, lo incierto, lo contradictorio, lo destructivo. Fue la necesidad y el deseo de ocupar un territorio en el que nuestra huella no solo actuara como autorretrato sino como la clara exposición del instinto de apropiación territorial, de la necesidad de pertenencia y fundamentalmente como estrategia de supervivencia. Ellas son el recuerdo del heroico episodio de la inauguración del espíritu de nuestra especie y su lucha con ese mundo tenebroso de lo desconocido. Es como un suspiro de pervivencia y de vida; todo un anhelo de sentir y de expresar, lanzado por el ser primitivo con la enorme nostalgia de su impotencia.

Según Herbert Read¹, estas imágenes prehistóricas son el inicio de la conciencia específicamente humana, todavía ilógica, carente de noción de causalidad pero que capta por primera vez la sincronicidad, la conexión mental entre hechos que ocurren en lugares separados.

Establecer la sincronicidad entre el hecho traumático y la respuesta actual, es uno de los objetivos fundamentales para iniciar un proceso de recuperación. En la prehistoria

¹ Read Herbert, 1980, *Imagen e idea*, Fondo de Cultura Económica, traducción de Horacio Flores Sánchez, México, cuarta reimpresión.

se desarrolló a través de la imagen como ritual a partir de un sistema de signos, gestos e imágenes simbólicas. Hoy el arte nos sigue brindando un poderoso soporte cargado de potencia simbólica al servicio de la supervivencia.

El arte como parte integral de su entidad y por su carácter privado y espiritual, posee un papel fundamental en la lucha por la supervivencia. El instinto generador de formas es un modo de relación con el universo, un acto de crecimiento individual y colectivo que nos adscribe al mundo. “Las imágenes esconden, velan pero también revelan y este es el estatuto antiguo de la imagen”², fundamento del arte.

Por el propio poder de la imagen es que la iconoclastia tiene que ver siempre con la represión, con el no querer ver una realidad que se hace insoportable. Sin duda, “la separación antagónica entre la parte física del organismo y la espiritual, es en sí misma el resultado histórico de la represión”³. Sin embargo en el entorno del arte el ser humano y su esencia física y espiritual son indisolubles.

Para los iconódulos medievales el mundo entero era un sistema de símbolos o imágenes que sugerían lo invisible que tienen detrás y de lo cual participan. Plotinio⁴ sostenía que el poder inherente de la obra era la fuerza que impulsaba a ir más allá de lo que está materialmente presente y visible.

La obra de arte es la proyección y plasmación de la interioridad humana, es estructuralmente conocimiento. Expresa, por y a través de su forma, la realidad a la que se opone el individuo angustiado actuando en su múltiple carácter de denuncia, recuerdo y anticipación.

“Son como vasos, en cuyo cristal bebe y se zambulle nuestra mirada. A través de ellas partimos hacia un destino desconocido: es como trasponer una puerta, que, con su simultaneidad de salida y de entrada, es caracterizada como el símbolo letal originario. Es el tránsito entre la vida y la muerte. Pero también entre lo visible y lo invisible.” (Bloch)⁵

La mirada del arte es una mirada que nos dirigimos a nosotros mismos. Es una mirada que nos enfrenta a la belleza, que contiene en sí la existencia y al mismo tiempo a todo el padecimiento, el horror, la soledad y los miedos a los que nuestra condición nos condena. Es una mirada a nuestro deseo y un vehículo para luchar contra el horror, aplacar el padecimiento y construir un futuro diferente.

La imagen es uno de los espacios antropológicos de mayor potencia simbólica, de conocimiento y de identidad. Nos permiten vislumbrar las transformaciones producidas a través del proceso creador con cada interrupción, cada olvido, cada renovación como reflejo de un nuevo hacer, de una nueva manera de afrontar la existencia.

El arte no puede cambiar el mundo, pero sí contribuir a transformar la conciencia. Nunca podrá eliminar su tensión con la realidad, está ligado a lo existente, como expresión del espíritu, como visión o anticipación del futuro y por ello se constituye como soporte idóneo de la intervención terapéutica.

El Arteterapia ofrece una nueva vía de expresión que sortea en gran medida la limitación

² Azara Pedro, 13/5/99, *Conferencia “Arte y Muerte”*, Facultad de Bellas Artes, Universidad Complutense de Madrid.

³ Jiménez José, 1983, *La estética como utopía antropológica - Bloch y Marcuse*, Tecnos, Madrid.

⁴ Citado por Barasch Moshe, 1991, *Teorías del Arte, De Platón a Winckelmann*, Madrid, Alianza Forma.

⁵ Citado por Jiménez José, 1983, *La estética como utopía antropológica - Bloch y Marcuse*, Tecnos, Madrid, pág: 53.

del bloqueo verbal ya sea patológico, farmacológico o autodefensivo y permite capturar las imágenes sensoriales reminiscentes, favoreciendo el recuerdo y la construcción de un relato coherente que posibilite la comprensión de lo ocurrido. Comprensión que abre el camino a la integración de la experiencia traumática como una historia personal que ha tenido inicio, desarrollo y final, requisito para el trabajo de prevención de la repetición de las crisis psicóticas y su consiguiente deterioro.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TRAUMA

El estudio del Trauma Psicológico ha sido a lo largo de la historia intrincado y controvertido ya que ha estado ligado a movimientos políticos, sociales y culturales y puso en tela de juicio hechos macrosociales, como las guerras y relaciones íntimas y familiares. En la actualidad se revelan cada vez más, situaciones de violencia y abuso en el origen de patologías, entre ellas las drogodependencias, los trastornos de la alimentación, depresiones y psicosis.

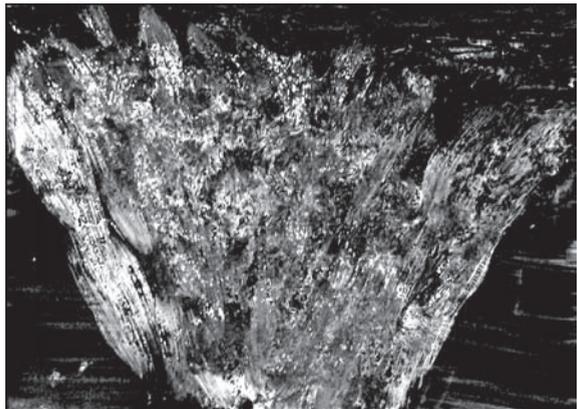
Tres grandes antecedentes construyeron la base del tardío y aún reticente reconocimiento del hecho traumático y sus graves consecuencias para la salud mental de sus víctimas.

El primero fue el estudio de la histeria encabezado por Jean Marie Charcot(1887) quien postuló de forma pionera que los síntomas de las pacientes llamadas “histéricas” tenían su origen en historias traumáticas. Sus seguidores, Pierre Janet y Sigmund Freud, continuaron su labor intentando especialmente determinar su causa. Ambos, cada uno de forma independiente, llegaron a la misma conclusión: que la histeria tenía su origen en el Trauma Psicológico y que generaba un estado alterado de conciencia.

La retractación posterior de Freud significó el final de la teoría traumática de la histeria. Esta posición de Freud, así como el rápido olvido de descubrimientos de tal envergadura, solo se comprende desde la causa que sustentó el inicio de las investigaciones sobre la histeria:

El enfrentamiento de la Tercera República y su principal rival: la Iglesia Católica. Los líderes republicanos, hombres ilustrados, libraban una batalla decisiva: el control de la educación. En ese marco ideológico y social Charcot demostró la prevalencia del marco conceptual laico sobre el religioso. Su investigación daba una alternativa sólida a la fenomenología católica.

Si esta confrontación entre el sistema laico y la iglesia sustentó el inicio de estas investigaciones, el sistema patriarcal en el que aún se hallaban anclados fue el que le



Explosión

puso freno. Como expone claramente Herman (1997), validar a largo plazo la teoría del trauma como origen de la histeria hubiese significado el reconocimiento de la profunda opresión sexual de las mujeres y niños, no sólo entre el proletariado sino también entre las familias

burguesas. La única fuente de apoyo intelectual era el incipiente movimiento feminista, que se oponía claramente a los valores patriarcales de la época. Aún así, habiéndose conseguido el objetivo inicial y ante la perspectiva general, el estudio de la histeria y sus causas perdió rápidamente apoyo y cayó en el olvido.

El segundo antecedente relevante fueron las neurosis de guerra producidas bajo la terrible presión del horror bélico. En este caso fue Charles Myers quien en 1915 postuló que estas eran de origen psicológico y estableció la relación inconfundible con los síntomas de la histeria. En 1941, durante la Segunda Guerra Mundial, Abraham Kardiner publicaba *The Traumatic Neurosis of War*, donde describió los síntomas asociados al estrés postraumático, incluida la amnesia. Desarrolló las bases del síndrome traumático tal como hoy lo conocemos y destacó la naturaleza psicobiológica del estrés traumático. Aseveraba que las personas expuestas al trauma psicológico desarrollan una hipervigilancia y una extrema sensibilidad hacia las posibles amenazas del entorno, afirmando que “el núcleo” de la neurosis era una fisioneurosis. Desde esta posición se entiende que el síndrome traumático se mantiene presente e inalterable a lo largo del tiempo. Describió la activación fisiológica de estos pacientes como extrema, presentando estos un descenso del umbral de estimulación y una permanente reacción al sobresalto desde el punto de vista psicológico.

El núcleo central de la teoría de Kardiner, al igual que lo había sido para Janet y Freud, es el hecho de que el paciente responde como si la situación traumática original continuara existiendo y establece sistemas evitativos y protectores. De ahí que la concepción del mundo exterior y de sí mismo ha resultado alterada de forma permanente.

Con la segunda Guerra Mundial renace el interés por el trauma psicológico. En 1952 aparece la primera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), edición que incluyó el diagnóstico “reacción a gran estrés” (gross stress reaction), que describía los síntomas de aquellos individuos expuestos a situaciones de estrés intolerable. En esos años los psiquiatras norteamericanos estaban tratando activamente a veteranos de la Segunda Guerra y de Corea.

Misteriosamente en la segunda edición del DSM, publicada en 1968 durante uno de los picos



Confusión

de la guerra de Vietnam, desapareció esa clasificación, y fue reemplazada por la de “trastorno adaptativo de la vida adulta”. Pero en los años siguientes a la guerra de Vietnam los veteranos de guerra organizaron un movimiento de reivindicación que culminó con una serie de estudios, entre ellos cabe destacar el de Charles Figley, en 1978, que marcó las líneas generales del síndrome del desorden de estrés postraumático. Sustentado en el movimiento pacifista, esta vez el estudio de las secuelas traumáticas de la guerra llegó a alcanzar el reconocimiento oficial de la existencia

de un trastorno debido a los hechos traumáticos. Finalmente en 1980, la American Psychiatric Association incorporó en el DSM-III el diagnóstico de Trastorno por Estrés Post Traumático y el rápido desarrollo de las neurociencias en esa época vino a aportar un nuevo impulso a estos antiguos postulados, aportando gran claridad sobre el tema.

Finalmente el tercer gran antecedente, la violencia sexual y doméstica, denunciada por el movimiento feminista de los años 70, puso de manifiesto una realidad que había sido tabú a través de los siglos. Hasta entonces, era impensable hablar de este tipo de violencia sufrida en la “intimidad” del hogar, sin caer en la estigmatización, la vergüenza, la humillación y el descreimiento. El silencio impuesto, siempre aliado del maltratador, perpetuaban la condición de víctima al tiempo que dejaba impune al agresor.

En 1971 se llevó a cabo un evento sobre los efectos de la violación, organizado por New York Radical Feminists y poco después, en 1972, Ann Burgess y Linda Holstrom publicaron un trabajo pionero sobre el síndrome de Trauma por violación (*rape trauma syndrome*).

Las investigaciones psicológicas sobre la violencia sexual y doméstica redescubrieron el síndrome del trauma psicológico. Los estudios realizados mostraron que las víctimas de la violencia sexual y doméstica presentaban los síntomas ya por entonces reconocidos (1980) del trauma de los veteranos de guerra.

En 1985 fue fundada, por iniciativa de Charles Figley, la que hoy se llama ISTSS (*International Society for Traumatic Stress Studies*), la primera sociedad internacional de profesionales dedicados al estudio del Trauma Psicológico, y que edita el *Journal of Traumatic Stress* desde 1987.

Desde la perspectiva que presenta hoy el estudio de las múltiples manifestaciones del trauma, firmemente establecido en el campo de la investigación, se puede proyectar sobre multitud de nuevas áreas aún pendientes de investigar. Como pueden ser el impacto de vivir en ciudades o zonas con un alto nivel de violencia; la transmisión transgeneracional del Trauma; los efectos del hostigamiento (*bullying*); los factores que promueven la resiliencia frente al trauma; el desgaste por empatía, traumatización vicaria o estrés traumático secundario, que caracteriza el impacto emocional traumático sufrido por quienes trabajan con víctimas de Trauma; el impacto de las acciones terroristas generado a partir del 11-S, el 11-M y el 7J. y sus implicaciones en las reacciones agudas, la intervención en crisis, el papel de los medios, y la prevención; la relación entre trauma y disociación y la relación entre trauma y psicosis de la que ya hay varios estudios que demuestran su relación inequívoca.⁶

Es de esperar que el difícil devenir de la historia del trauma psicológico no regrese una vez más al olvido. El cuerpo actual de investigación parece respaldar su desarrollo y profundización. Para ello es necesario contar con el imprescindible apoyo político, social y cultural de una sociedad que esté dispuesta a hacer frente a los horrores guardados durante tanto tiempo en el silencio y la estigmatización.

Ante la indignidad o el dolor de estos seres no podemos tener la certeza de nuestra inocencia moral sin formar parte, aunque solo sea como ciudadanos, de una apuesta, valiente y decidida, dispuesta a mirar de frente la capacidad de hacer mal que hay en el ser humano y con la misma firmeza combatirla rompiendo los silencios que intentan en vano acallar las conciencias, porque más allá de nuestros deseos las atrocidades no se dejan sepultar en el olvido.

⁶ *Acta Psychiatrica Scandinavica* – Volumen 112 – Nº 5 – Noviembre 2005 – Pág. 330-401

LA NATURALEZA DEL TRAUMA

La palabra “trauma”, de origen griego, quiere decir herida. El aparato psíquico, al igual que los diferentes sistemas o aparatos del cuerpo, puede ser herido, superado o traumatizado en su capacidad de resistencia ante sobrecargas puntuales o permanentes.

El trauma producido tanto por causas naturales: enfermedades, accidentes, terremotos etc., como los producidos por la crueldad humana tiene como centro de estudio al individuo capaz de ser amenazado, herido y lesionado en sus necesidades más elementales, en su dignidad y libertad.

El reconocimiento y tratamiento de las secuelas de heridas del cuerpo pertenece a las más antiguas prácticas de la actividad médica. Las heridas y lesiones psíquicas y sus múltiples consecuencias negativas, las repercusiones sobre la génesis y desarrollo de enfermedades tienen la misma envergadura y requieren por tanto su atención a pesar de la dificultad que presenta su percepción.

La percepción de las lesiones psíquicas presupone el tener la capacidad de percibir los procesos, desarrollos y estructuras psíquicas. Incluye un planteamiento psicoterapéutico que asuma la unión indisoluble entre la percepción y el objeto percibido.

El trauma no afecta solamente al funcionamiento psicológico. Las personas con graves situaciones traumáticas tienen más predisposición a las adicciones, a la inactividad física, a la obesidad y mayor riesgo de padecer enfermedades fisiológicas. Estos antecedentes estresantes, violentos, traumáticos interactúan en la enfermedad mental convirtiéndose tanto en desencadenantes o precipitantes de la enfermedad, agudizando la sintomatología y siendo en su evolución un factor de mal pronóstico.

“Los acontecimientos traumáticos pueden alterar de forma temporal o definitiva la capacidad de afrontamiento, la percepción de amenaza biológica y el concepto de sí mismo del ser humano.”⁷ Puede llegar a dominar la conciencia de la víctima, despojando a la vida de significado y placer.

Según la investigación de Bak et al. (2005)⁸, la exposición al trauma en la infancia puede aumentar el riesgo de respuestas disfuncionales, creando vulnerabilidades cognoscitivas y afectivas duraderas que aumentan el riesgo de experiencias psicóticas por el impacto sobre la respuesta emocional y la percepción de control. En otro estudio en la misma línea Kilcommons & Morrison (2005)⁹ realizan una exploración de los factores cognitivos y disociativos en la relación entre trauma y psicosis, y llegan a la conclusión de que la psicosis puede ser inducida por el trauma psicológico. En la revisión bibliográfica, de Read et al. (2005)¹⁰, sobre la relación del trauma infantil con la psicosis y la esquizofrenia, se obtuvo como resultado que los síntomas considerados indicativos de la psicosis y la esquizofrenia, particularmente las alucinaciones, están igual de relacionados con el abuso infantil y el abandono como con tantos

⁷ Van der Kolk, B. “El trastorno de estrés postraumático y la naturaleza del trauma”. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, Volumen I, Número 1, 2002, Pág. 6.

⁸ Bak, M; Krabbendam, L; Janssen, I; Graaf, R; Volleberg, W; Os, J, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Volumen 112, N°5, Noviembre 2005, Edit. Blackwell Publishing, Pág. 360-366 y 372-375

⁹ Kilcommons; Morrison, A.P. - *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Volumen 112, N°5, Noviembre 2005 – Edit. Blackwell Publishing – Pág. 351-359

¹⁰ Read, J.; Os, J.; Morrison, A.P.; Ross, C.A. - *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Volumen 112, N°5, Noviembre 2005 – Edit. Blackwell Publishing – Pág. 330-350

otros problemas de salud mental. Concluye que varios mecanismos psicológicos y biológicos por los que el trauma infantil aumenta el riesgo de psicosis merecen especial atención, dado que la integración de estos diversos niveles de análisis pueden estimular un modelo bio-psico-social más genuino e integrado de la psicosis del que prevalece actualmente. Este nuevo modelo incluye como implicaciones clínicas la necesidad de entrenamiento del profesional para preguntar por el abuso, así como la necesidad de ofrecer tratamientos psicosociales apropiados a los pacientes que lo hayan sufrido o hayan sido abandonados en la infancia. Cabe destacar que hace una clara mención a varios aspectos de prevención, tan necesarios o más que los paliativos. Los efectos más comunes del trauma, se incluyen en la imagen sintomática del TEPT (Trastorno por Estrés Post-Traumático), aún cuando no cumplan con todos los criterios para su diagnóstico. Los síntomas más comunes son depresión, un alto nivel de activación (arousal), despersonalización, disociación, repetición compulsiva de las mismas conductas inherentes al contexto traumático, evitación, así como una merma del desempeño familiar y ocupacional. En las formas más crónicas, el patrón de hiperactivación y de evitación puede constituir el cuadro clínico dominante.

Es fundamental comprender que el recuerdo del trauma no está sometido al proceso de desgaste de todos los demás recuerdos. En principio extraña que sucesos experimentados tanto tiempo antes continúen actuando con tanta intensidad. Freud, en 1893, ya decía: “El... recuerdo del trauma... actúa como un cuerpo extraño que mucho después de su entrada en el organismo se puede contemplar como un agente que sigue actuando...”. Para entenderlo tenemos que entender el proceso de desvanecimiento de un recuerdo o la pérdida de su afecto. Un factor determinante es la producción de una reacción energética (reflejos voluntarios e involuntarios) en la que son descargados los afectos. Si la reacción se produce en la medida suficiente, una gran parte del afecto desaparece con ella, pero si se suprime el afecto se mantiene unido a la memoria. La reacción de la persona al trauma ejerce un efecto “catártico” completo si se produce en la medida adecuada. Dicha reacción no sólo puede ser a través de la abreación sino también a través del lenguaje. Sin esa reacción todo recuerdo traumático conserva intacto su tono afectivo. Se podría decir entonces que las ideas han persistido con toda su frescura y fuerza afectiva, porque se han visto privadas de los procesos normales de desgaste, lo que las convierte en patológicas. Es preciso entender que el recuerdo traumático no está a disposición del paciente. Los recuerdos traumáticos son experiencias que están ausentes del recuerdo de la víctima o presentes sólo de forma muy limitada cuando se encuentra en un estado psíquico normal. Por otra parte es preciso tener en cuenta que en la respuesta al hecho traumático, al estrés que desborda al organismo, están implicadas una gran variedad de estructuras cerebrales y sistemas neurotransmisores. El cuerpo de investigación acumulado sugiere que los pacientes sufren un deterioro del control cortical sobre las áreas subcorticales responsables del aprendizaje, de la habituación y de la discriminación de estímulos. Estos pacientes pueden experimentar una excitación fisiológica y pueden activarse fragmentos de recuerdos, pero a menudo parecen estar demasiado o demasiado poco excitados para ser capaces de “procesar” y comunicar lo que están experimentando. Al mismo tiempo parece que durante la activación de un recuerdo traumático, el cerebro está “viviendo” la experiencia. La persona puede sentir, ver u oír los elementos sensoriales de la experiencia, pero puede ser incapaz, por motivos fisiológicos, de traducir su experiencia a un lenguaje comunicable.

Cuando se hallan poseídas por sus recuerdos traumáticos, las víctimas pueden sufrir un terror mudo, en el que se hallan literalmente “fuera de contacto con sus sentimientos”. Fisiológicamente, pueden responder como ante el trauma originario. En particular, cuando las víctimas experimentan los fenómenos de despersonalización y desrealización, no pueden “incorporar” lo que está sucediendo y, por consiguiente, no pueden tomar ninguna medida al respecto.



Sin título

Para ayudar a los individuos traumatizados a procesar sus recuerdos traumáticos, es fundamental que se coloquen a una distancia suficiente de sus improntas sensoriales y emociones como para poder observarlas y analizarlas sin sentirse emocionalmente descontrolados ni entregarse a maniobras evitativas. La relativa disminución en la activación del hemisferio izquierdo en la reexperimentación del trauma indica que es importante ayudar a los pacientes con TEPT a encontrar un lenguaje con el que puedan comprender y comunicar sus experiencias y es aquí donde el arteterapia puede desarrollar una importante función.

DIRECTRICES PARA EL ABORDAJE TERAPÉUTICO

La significación de la experiencia traumática no es el único camino para la recuperación del trauma. Es fundamental que los individuos traumatizados experimenten nuevas vivencias que se contrapongan directamente a la indefensión emocional y a la parálisis física que acompañaron a las situaciones traumáticas vividas. Nuevas experiencias que les permitan recuperar una conciencia de sí mismos de menor vulnerabilidad, en base a una recuperación de la confianza tanto del entorno como de sus propias capacidades de afrontamiento. En síntesis es de esencial importancia recuperar el control de sus vidas, abandonando las estrategias de evitación y dependencia que no solo no les alejan del trauma sino que les dejan fuera de la vida.

Los pasos fundamentales en el tratamiento del TEPT pueden resumirse del siguiente modo:

1) Seguridad. Ante la insuficiencia de recursos propios, las personas que han sufrido trauma necesitan apoyarse en otras que les proporcionen seguridad y cuidados para hacer frente a las “amenazas de la vida”. El nivel de dependencia y de falta de recursos aumenta con la cronicidad del trauma no tratado. Tras el trauma, es fundamental que la víctima restablezca el contacto con su sistema de apoyo social natural y si dicho sistema es insuficiente o inapropiado para garantizar la seguridad del paciente, han de mobilizarse recursos institucionales para proporcionarle un espacio de recuperación. La víctima necesita imperativamente curar el daño producido por el trauma al abrigo del calor de otro ser humano. Este soporte social,

tanto de su entorno primario como de los profesionales multidisciplinares a cargo, que le asiste desde el conocimiento científico, le ayuda a comprender y a procesar el hecho traumático facilitando el proceso de recuperación. La red social es fundamental ante cualquier hecho traumático, pero especialmente cuando el trauma ha sido originado por otro ser humano. Las catástrofes naturales, fuente de muchas de estas patologías, son, a pesar de su gravedad, más fácilmente integrables por el individuo, pero cuando el daño infligido es a manos de otro ser humano, muchas veces responsable de su integridad física y emocional, deja al paciente sin ningún recurso posible, desgajado del entramado social propio de la naturaleza humana. La recuperación entonces debe centrarse en restituir los pilares estructurales de todo individuo como ser social. La intervención debe dirigirse a devolverle la pertenencia a una comunidad de iguales que colaboran y garantizan a lo largo de toda la existencia el bienestar y la seguridad de todos.

2) Manejo de la ansiedad. Una vez estructurado un entorno seguro para el paciente, pueden ser necesarias diversas intervenciones psicológicas y multidisciplinares a fin de reforzar sus capacidades de afrontamiento, distinguiendo las amenazas reales de aquellas generadas por el miedo y la inseguridad propia de la sintomatología del trauma. El entrenamiento práctico en habilidades de control de la ansiedad es una de las intervenciones que pueden facilitar este objetivo.

3) Procesamiento emocional. Para poder considerar los hechos con perspectiva, la víctima necesita volverlos a experimentar sin sentirse en situación de indefensión. Exteriorizar, expresar la historia traumática, sus causas, sus pensamientos y fantasías, sus reacciones, incluyendo la forma en que haya afectado la percepción de sí mismos y de los demás en un entorno seguro y libre de juicios produce una reducción de los síntomas al permitir a los pacientes percatarse de que:

- a) El recuerdo no equivale a la experiencia.
- b) Que esta tuvo un inicio, un desarrollo y un final.
- c) Que esa experiencia pertenece al pasado, a su historia personal.

Harvey (1996)¹¹, establece siete criterios básicos para la resolución del trauma que nos parecen fundamentales por aunar y contemplar todos los elementos estructurales del trauma según lo hasta aquí expuesto.

1. Los síntomas fisiológicos del trastorno de estrés postraumático han sido llevados hasta límites manejables.
2. La persona es capaz de soportar las sensaciones asociadas con los recuerdos traumáticos.
3. La persona tiene dominio sobre sus recuerdos, es decir puede elegir tanto recordar el trauma o dejar de lado el recuerdo.
4. El recuerdo de la experiencia traumática forma un relato coherente unido a un sentimiento.
5. La autoestima dañada de la persona ha sido restituida.
6. Las relaciones importantes para la persona han sido restituidas.

¹¹ Harvey, M. 1996. "An ecological view of psychological trauma and trauma recovery". *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3-23.

7. La persona ha reconstruido un sistema de creencias y significados coherentes que incluye la experiencia traumática.

En síntesis, el paciente habrá logrado enfrentarse a sus recuerdos construyendo un relato coherente de su experiencia, dentro de un marco de control emocional y fisiológico no disfuncional permitiéndole la recuperación de su propia imagen y valía y la integración social.

UNA VISIÓN DESDE EL ARTETERAPIA

El trauma psíquico tiene una característica particular dentro del ámbito de la experiencia humana: la invisibilidad. Esta característica actúa en una doble vertiente, operando tanto sobre el entorno como sobre la propia víctima. Es frecuente encontrar víctimas de graves sucesos traumáticos que no reconocen los síntomas ni la naturaleza del malestar que padecen y por lo tanto no acuden en busca de ayuda terapéutica. El desconocimiento de la amplia gama de síntomas que pueden ir desde los más leves hasta los más severos síndromes postraumáticos hace que las víctimas padezcan en silencio, casi a escondidas, incluso entre sus allegados, los trastornos derivados del trauma. Sólo cuando la severidad de los síntomas amenaza o pone en peligro la capacidad de realizar los más sencillos actos de la vida diaria acuden al médico. Aún entonces deben enfrentarse a un largo periplo y a duras pruebas médicas hasta que algún profesional reconozca que son síntomas conversivos que responden a las secuelas del trauma. Un caso paradigmático como el del IIM pone de manifiesto de forma clara y rotunda lo que hemos enunciado hasta aquí. Si las víctimas de un suceso tan extremadamente inusual y traumático, exentas de toda culpabilidad, que han despertado la empatía y el deseo de colaboración de toda la ciudadanía, aún hoy están, varios años después, en muchos casos sin diagnóstico y sin haber recibido tratamiento adecuado, más allá de la primera intervención de urgencia, padeciendo secuelas traumáticas, qué ocurrirá con víctimas de sucesos que constituyen fuertes tabúes sociales, como la violación o el incesto, que en no pocos casos son silenciados por todos los estamentos de la sociedad y por las propias víctimas.

La naturaleza intrapsíquica del trauma dificulta su visibilidad: La persona víctima de un hecho traumático tiende a recluírse una vez pasado el primer momento. Cae frecuentemente en estados depresivos, y de no recibir tratamiento va progresivamente limitando diferentes aspectos de su vida. La herida en su mente, invisible para todos, merma paulatinamente su autonomía y sus posibilidades como persona; el exterior se torna hostil; el pánico a la repetición de estas secuencias le conduce a la evitación; desconoce lo que le ocurre y comienza a no poder afrontar una y otra... y otra situación de la vida cotidiana; ejecuta cada vez menor número de aquéllas cosas que pudieran o hubieran podido estar totalmente a su alcance. Se esconde y se refugia en el “no hacer” y paulatinamente empieza a correr el riesgo de “no ser”. La víctima queda atrapada a medio camino entre el pánico y la vergüenza de percibirse incapaz, impotente y vulnerable. Desde este punto solo puede avanzar hacia la cronicidad. El trauma es invisible y su víctima, bajo el peso del miedo y la vergüenza, lo tornará sin saberlo aún más invisible.

Nuestra condición humana descansa en la relación indisoluble entre el ser ontológico y el ser social. El ser humano asume que la naturaleza le será a menudo hostil, que envejecerá, que llegará la muerte, pero necesita saber que en el devenir de su vida y en el transitar por las distintas adversidades será parte integrante de una comunidad de iguales y que todos los que

a ella pertenecen colaboran al bienestar y la seguridad de todos los demás. En el caso de las víctimas de sucesos traumáticos estos pilares son precisamente los que se ven severamente debilitados al ser agredido el ser ontológico y desgajado el ser social, al ser su padecimiento invisible para quienes deberían darle apoyo y protección. Es de este modo su propia condición humana la que se ve afrentada y herida ahondando aún más las consecuencias del trauma.

Gran parte del aislamiento en el que quedan sumidas las víctimas deviene del enorme desconocimiento que embarga al tejido social respecto a la naturaleza, las consecuencias y la gravedad del hecho traumático como tal.

El Arteterapia puede romper ese aislamiento aportando una nueva vía de canalización y una labor de divulgación del hecho traumático. El arte por su carácter privado y universal puede dar luz y visibilidad al hecho traumático, devolviendo a la víctima su mirada como ser humano en sociedad.

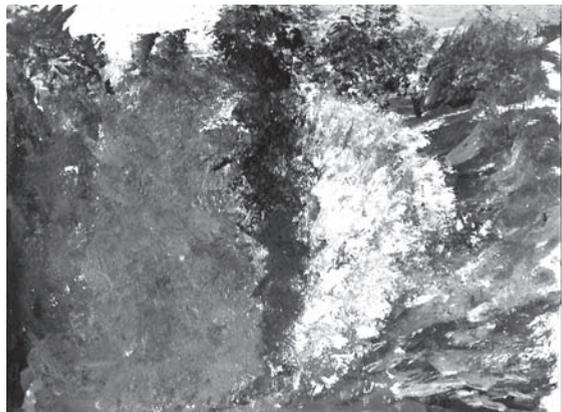
El abordaje terapéutico desde el Arteterapia puede estructurarse tanto para su aportación como para su intervención en cuatro líneas fundamentales:

- La invisibilidad del trauma.
- La enorme dificultad de verbalización de la experiencia que dificulta la construcción de un relato coherente del hecho traumático.
- El carácter amnésico del trauma.
- La pérdida de la graduación de la percepción que implica la pérdida del grado intermedio que produce la respuesta polarizada al hecho traumático.

A cada uno de estos cuatro aspectos, el Arteterapia por su idiosincrasia puede responder brindando una línea y un soporte válido de intervención.

La imagen, desde su propio carácter constitutivo de hacer visible lo invisible, por su fuerza simbólica, por su carácter alegórico y metafórico, junto al proceso creativo que moviliza y refuerza el constructor emocional del individuo, es sin duda un elemento terapéutico que colabora activamente en la recuperación de la persona traumatizada dando un canal de expresión donde la invisibilidad, el silencio y el olvido del hecho traumático pueden traspasar las barreras para su elaboración.

La capacidad creativa y de renovación de las imágenes artísticas, su fuerza de ruptura con las imágenes ya caducas, converge con los intentos de transformación del mundo y estimula la posibilidad del cambio. El ir desde lo existente a lo que todavía no es caracteriza al impulso utópico, pero



El dolor del alma

¹² Trías Eugenio, 1991, *Lógica del Límite*, Barcelona, Destino.

también a la dimensión estética, al arte, ya que éste es figura ejemplar de la utopía. En el caso del arte descansa, en último término, en su componente erótico y sensual, que invoca el triunfo de Eros sobre Thanatos.

Según Eugenio Trías¹² “el arte es en esencia la verdadera representación simbólica de algo oculto”. Es este camino hacia la representación simbólica lo radicalmente esencial.

Toda forma es metamorfosis. La forma se desarrolla con total libertad, siguiendo sus leyes, sus caprichos, sus deleites. Si a algo representa es a sí misma haciéndose símbolo del acto de creación. “El universo está hecho de formas y esas formas son sensibles, viven en perpetuo movimiento y sufren cambios continuos. Cada forma es un equilibrio momentáneo, una estructura solo en apariencia estable y ya en movimiento hacia otra forma. Cada cambio es una catástrofe y cada catástrofe una resurrección”¹³

Ruptura y reconciliación, esencia del arte, vehículo privilegiado para nuestra intervención terapéutica. Nuestra función es dar al paciente la posibilidad de engendrar o suscitar nuevas realidades. Estudiar las posibilidades metafóricas de la imagen. El equilibrio de la forma entre fuerzas antagónicas. Ya que de este contrapunto se alimenta el arte para desarrollar hasta su máxima expresión la capacidad metafórica de la forma en su componente simbólico.

La elaboración formal va acompañada necesariamente de elección, de supresiones, de rechazos. Su cadencia se construye desde la acción, la observación y la reflexión. Ella recoge lo nuevo y lo antiguo, los silencios, los automatismos. Se convierte en refugio y en espacio de elaboración. Posibilita el reencuentro y la reafirmación y a veces también la liberación de cargas tan terribles que solo en un espacio simbólico y silencioso pueden ser expresadas. En ella cabe también la defensa, la negación y el último y terrible giro del trauma, la evitación. Para comprender la inagotable riqueza de un símbolo, Werner Hofmann nos recuerda la primera definición acuñada de este concepto por Bachofen¹⁴ en su *Versuch Über Die Gräbersymbolik der Alte*: “La alta dignidad y la sugestiva abundancia del símbolo se deben a que permiten e incluso suscitan diversos planos de comprensión, llevando de las verdades de la vida física a las de un más alto orden espiritual”. Las obras de arte son el reflejo de la realidad empírica, su forma contiene de un modo latente todas las contradicciones y los antagonismos, aunque no aparezcan de un modo manifiesto.

El Arteterapia permite volver al pasado, reconstruir una escena perturbadora, representar los miedos de entonces, del presente y enfrentarse a lo que será, al deseo o temor del futuro. Y al representarse estas escenas aparece la emoción asociada a ellos. La creación artística conecta con la esencia inexplorada de nuestra propia creatividad, en un clima de confianza, respeto y seguridad, facilita la comprensión de los sentimientos y de la propia naturaleza. La existencia humana es por sí misma el principal reto creativo y toda obra de creación producida por el ser establece un vínculo adicional entre el mundo y su existencia.

La percepción de la realidad está condicionada a la subjetividad de la persona, ya que su conciencia está influenciada no solo por lo que ve, sino por lo que sabe y siente y por ello es una vía natural para exteriorizar aquello que permanece guardado tras el silencio de las palabras. Posibilita conseguir respuestas coherentes, vinculadas a su experiencia, a sus

¹³ Paz Octavio, 1996, *Sombras de obras*, Seix Barral, Barcelona, Pág: 215/216.

¹⁴ Citado por Hofmann Werner, 1960, *La Escultura del Siglo XX*, Traducción Gabriel Ferater, Barcelona, Seix Barral, pág: 212.

afectos, a su memoria, que dan referencia de su propia identidad y existencia.

El móvil de la creatividad es la tendencia del ser humano a concretar su potencial, a buscar la resolución de los conflictos estimulando la búsqueda reiterada de dicha concreción o solución. En este proceso el desarrollo del pensamiento creativo nos otorga mayores posibilidades de éxito alejándonos de la repetición de modelos y estructuras inconscientes que nos avocan una y otra vez al fracaso. La intervención terapéutica por tanto, cobra sentido a partir del hecho de favorecer el desarrollo de la capacidad creativa y expresiva de un sujeto, de manera que tome conciencia de los modelos y estructuras bloqueantes. La creatividad es la facultad de reorganizar de forma original los elementos, lo que permite adaptarse a nuevas situaciones y buscar nuevas soluciones. El proceso creativo es siempre una invitación al pensamiento y a la reflexión y una posibilidad, muchas veces la única, de recuperar una vida digna. Es necesario el desarrollo de esta capacidad para luego incorporarla al proceso vital independiente de cada individuo.

La creatividad, en sí terapéutica, trabaja con el reservorio de salud que hay en la persona para potenciarlo. Según Carl Rogers¹⁵, existe una confianza en el impulso humano que se orienta en la dirección del crecimiento. Cada individuo posee una habilidad inherente para encontrar las respuestas precisas y correctas cuando se nutre de un ambiente de escucha empática, cuidado no posesivo y en el contexto de una genuina y congruente apertura y honestidad.

La expresión plástica implica un proceso creador que puede ser un elemento de equilibrio que actúe sobre el mundo de las emociones. El proceso de creación pone en juego procesos internos de creación que desarrolla en la persona hábitos y pautas creativas que más tarde experimentará en otros ámbitos de la vida. El arte en terapia es siempre un medio, no un fin; un medio que permita al sujeto el contacto con sus emociones, muchas veces reprimidas, permitiendo su exteriorización, como paso previo a su afrontamiento y posterior resolución. El ser humano se caracteriza por ser un sistema abierto en permanente interacción con el medio y su existencia y su estructura dependen del mundo exterior. Es un sistema autorregulado y auto-creador, abierto a la construcción del conocimiento y a sucesivos procesos de aprendizaje.

Por sus propias características, el taller de Arteterapia se constituye como nexo del creador consigo mismo, con la obra, con su historia, con su mundo emocional, sus respuestas y posibilidades y con un grupo con el que podrá interactuar y con el cual podrá confrontarse y confrontar sus capacidades. Es una herramienta terapéutica eficaz y su finalidad en este encuadre es facilitar a través de los procesos creativos, los procesos de detección, rehabilitación y terapéuticos.

El Arteterapia ofrece una nueva vía de expresión que sortea en gran medida la limitación del bloqueo verbal, ya sea patológico, farmacológico o autodefensivo; permite capturar a través de la imagen plástica las imágenes sensoriales reminiscentes, favoreciendo el recuerdo y la construcción de un relato coherente que posibilite la comprensión de lo ocurrido. Comprensión que abre el camino a la integración de la experiencia como una historia personal que ha tenido inicio, desarrollo y final y que rescata de la invisibilidad el hecho traumático, facilitando la reinsertión de la víctima en sociedad y abre las puertas a la rehabilitación terapéutica.

¹⁵ Rogers, Carl R., 1981, *El proceso de convertirse en persona*, Paidós, Barcelona.

Como arteterapeutas nuestro objetivo será favorecer el desarrollo integral del individuo mediante una adecuada intervención que potencie a través del aprendizaje y la estimulación las áreas sanas con el fin de compensar las alteraciones de las áreas afectadas. Cuando hablamos de saluto génesis estamos hablando también de resiliencia. El enfoque terapéutico desde la salud permite que se pongan de manifiesto los recursos de los individuos que en muchos casos les han convertido en supervivientes. Esos recursos son tal vez la mejor o única apuesta que tengan para afrontar y contrarrestar su padecimiento.

El presente surge del horizonte de un pasado, pero el porvenir no está clausurado por ese pasado. Siempre hay un futuro por construir al que debemos avocarnos. El estudio del trauma ha desarrollado mayor comprensión de la relación existente entre el universo emocional, cognitivo, social y biológico que conforma el desarrollo humano. Hemos definido el trauma y hemos procurado analizarle desde su característica de hecho invisible, del silencio y el ocultamiento que le rodea. Solamente desde esta conciencia y cercanía social habremos comenzado verdaderamente a darle al trauma su entidad humana: posible, afrontable, únicamente en sociedad. Porque solamente así habremos logrado conjurar el aislamiento y la vergüenza que confieren al trauma una de sus condiciones más terribles.

La muerte que parece estar ya instalada en muchas de las víctimas desde lo actitudinal, no es más que el paradójico reflejo del estallido de sus vidas. El caos que yace bajo el silencio y la inmovilidad. Son seres inconsolables, desgarrados. Y es allí donde nosotros podemos aportar un hacer que mantenga alejado el desvarío del dolor a través de una forma paciente, cultivada en el arte y la poesía. Podemos devolverles la pertenencia a un mundo en el que poder diferenciarse y recuperar identidad ya que la necesidad de evitar el aislamiento social y moral es tan inherente al individuo como la necesidad de satisfacer los impulsos biológicos. Lo que estos hombres y mujeres han visto permanecerá en sus miradas, lo que les han hecho en sus memorias, lo que han sentido en sus almas, pero al rescatarlos del olvido y del silencio podrán, tal vez, construir un futuro desde la conciencia de una historia que “ha sido”; “que ya no es” y que les ha convertido no solo en víctimas, sino también en supervivientes. Como bagaje para ese camino tendrán la conciencia de que en la dureza de la adversidad han desarrollado capacidades creativas extraordinarias, capaces en la desesperación de recombinar cuerpo y mente, realidad e imaginación, conocimiento y memoria, y que hoy, lejos ya del horror, siguen constituyendo su acervo personal al servicio de una vida digna. Capacidades que entonces hablaron en un lenguaje negado a la palabra por la dimensión del horror en el que se constituyeron y que pueden haber encontrado la salida y la posibilidad de transformación desde capacidad simbólica y metafórica del arte.

Reducir el sufrimiento de los más desvalidos e indefensos. Impedir que el odio, el egoísmo, el dominio, la venganza y el sadismo condenen a sus víctimas a la reedición permanente del horror, dejando en estos hombres y mujeres los irreversibles síntomas de la catástrofe, convertidos en almas perdidas es tal vez el fin último. Como dice Alessandro Baricco en su obra *Océano Mar*, “sea cual sea el mundo adonde han ido a refugiarse sus mentes, hasta allí habrá que ir a buscarles”.

Al dolor del trauma psíquico confrontémosle con el color y la forma, con las luces y las sombras, hagámosle visible. Las formas que las víctimas vayan dándole a sus recuerdos no sólo tendrán efectos beneficiosos en el devenir de su tratamiento sino que, libres ya del fantasma de la invisibilidad, pasarán a enriquecer el acervo de humanidad