



BSP

Revista de la
Asociación Española
de Brainspotting



Nº 3

2015



Sumario	2
Editorial	3
Artículos	
- Artículo de fondo: La disociación como un trastorno de apego. Jesús Sanfiz	4
- Aportaciones de nuestros asociados: Brainspotting como ansiolítico. Dra Beatriz Agustí.	10
Formación – Difusión	
- Primera Webinar. El proyecto Webinar.	11
- Cursos – Congresos	14
Reseña de libros Mario Salvador	16

Edita: Asociación Española de Brainspotting

Presidente: Mario Salvador

Editor: Miquel Alcaraz

Diseño y maquetación: Miquel Alcaraz y
Montse Buqueras

BSP Revista se distribuye gratuitamente a
todos los miembros de la Asociación Española
de Brainspotting.

La reproducción de esta publicación, completa
o parcial, es permitida siempre que la fuente
sea mencionada.

Estimados compañeros,

Con retraso, y a las puertas de las vacaciones, os enviamos el último número de nuestra revista. Siempre es laborioso montar un número de una revista, cuando pretendemos ofrecer contenidos de calidad.

En este número hay varias cosas muy importantes. La primera, presentaros el proyecto de Weminars de la Asociación, para difundir online formación gratuita para los socios, y a bajo coste para los no socios. El objetivo es profundizar y difundir Brainspotting y conocimientos sobre trauma más allá de lo que podamos imaginar, llegando incluso a lugares donde no hay formación accesible sobre psicotraumatología.

El primer Weminar versará sobre “LA DISOCIACIÓN COMO TRAUMA DE APEGO” y lo impartirá Jesús Sanfiz, que también escribe el artículo de fondo de esta revista y habla de la etiología del TID . El artículo sólo es la introducción al Weminar, en el que se podrán explicar muchas más cosas sobre los últimos hallazgos en la etiología del TID y la diferenciación con los síntomas disociativos del Trauma Complejo.

En el apartado de “Aportaciones de nuestros asociados” la Dra. Beatriz Agustí comparte con nosotros su manera de trabajar con las emociones, y como utilizar BSP como ansiolítico. Muchas gracias Dra. Agustí por tu creatividad, y esperamos que otros muchos colegas nos mandéis vuestras experiencias. Es una respuesta a nuestra petición a los socios para poder compartir ideas y formas de trabajar.

No hace falta que sea un artículo formal, un escrito explicativo con ideas interesantes es suficiente para poder compartir.

Mario Salvador nos recomienda algunos libros importantes de reciente aparición, de los que

hace una reflexión extensa. También nos habla de las actividades formativas de BSP, y anunciamos el próximo 1er Congreso Internacional BSP en Brasil.

Finalmente, las noticias del funcionamiento interno de la Asociación. La anterior presidenta, Dña Iria Salvador, dejó el cargo por motivos personales el pasado mes de Julio. La vocal Dña. Adina Dimitru, dejó el cargo en los últimos meses. Queremos dar las gracias a ambas por su contribución durante este tiempo. Hubo nuevos nombramientos y elección de nuevos vocales, y la Junta Directiva queda así:

Presidente: Mario C. Salvador Fernández

Vicepresidente: Jesús Sanfiz Mellado

Secretaria: Elisabet Gil García

Tesorero: Mario A. Rivas Carro

Vocales: Miquel Alcaraz Fernández

Javier Anderegg Zamboni

Los nuevos cargos se comprometen a trabajar con ilusión y energía en nuestra Asociación, pero, que no sean los únicos! Somos una comunidad, todo el mundo puede participar!

Feliz lectura y verano!

Jesús Sanfiz Mellado



LA DISOCIACION COMO UN TRASTORNO DE APEGO



Jesús Sanfiz Mellado psicólogo clínico, supervisor EMDR, terapeuta Brainspotting

Introducción

“En los primeros días de vida, la experiencia primordial gira alrededor de dormir y saciar nuestras necesidades de alimentación, hidratación y confort. El bebé duerme hasta que le despierta el hambre, la sed o el malestar. Entonces percibe que le cogen, le dan de mamar (nutrición e hidratación), le asean (confort) y se vuelve a dormir plácidamente hasta que una nueva necesidad le despierte”.

“Cuando el bebé comienza a distinguir que es atendido por otra persona... ..ya lleva cierto tiempo grabando en su cerebro las relaciones entre necesidad y satisfacción, entre dolor y consuelo... se establecen las redes de memoria, donde se interrelacionan unas y otras experiencias con la sensación de placer o de dolor, de sentirse protegido y cuidado cuando se siente mal o de sentirse abandonado en su dolor. Estas percepciones y experiencias,

sean físicas o mentales, quedan plasmadas en el cerebro del bebé en forma de circuitos neuronales con intermediarios químicos. Más tarde informarán nuestra manera de reaccionar, aunque no seamos conscientes de ello, de la misma manera que de adultos recordamos determinada imagen u olor de nuestra infancia, y el recuerdo nos inquieta o nos produce bienestar”.

“Cabe preguntarse si habría tantos trastornos depresivos si los humanos hubieran hecho un buen aprendizaje del placer en la infancia. Hay individuos con dificultad para desarrollar buenas conexiones neurales que permitan estabilizar estados de bienestar, si durante el aprendizaje hubiesen desarrollado más circuitos de satisfacción que de frustración probablemente hubieran sorteado con éxito la depresión”.

Nolasc Acarín Tusell, El cerebro del rey. Ed. RBA, 2005.

En los dos primeros años de vida, se forman las impresiones neuronales de regulación emocional en el hemisferio derecho del bebé. En esos años, el hemisferio derecho es el que se desarrolla a mayor velocidad en el cerebro, y es el que registra los estados de disconfort y dolor cuando hay falta de cuidados, y también el que aprende que ese estado de disconfort se puede acabar gracias a los

cuidados de los cuidadores. De esta manera, los cuidadores enseñan al bebé que puede regularse emocionalmente: puede haber un estado de disconfort, pero se acaba gracias a la intervención amorosa del cuidador, y la regulación emocional vuelve. Es el gran aprendizaje del bebé en los dos primeros años de su vida: después del estado desagradable, se puede volver a la regulación emocional y al bienestar.

La investigación de la Etiología del Trastorno de Identidad Disociativo

En los últimos años, la investigación sobre la etiología y el desarrollo de la disociación ha llevado a algunos autores a preguntarse por las causas que originan este trastorno. El hecho de que no todos los supervivientes de trauma muestren disociación y que personas no traumatizadas a veces muestren síntomas disociativos, sugiere que el trauma psicológico puede ser un elemento interviniente, pero no el único causante de la disociación.

Explicaremos en el artículo los hallazgos de autores como Barach, Liotti, Bowlby, Main y Hesse, Lyons-Ruth, entre otros, que señalan que la capacidad de los responsables del vínculo de apego para modular el despertar del miedo en el niño tiene el mayor impacto sobre el desarrollo de síntomas disociativos posteriores. Una segunda implicación es que los sucesos traumáticos graves en la vida de las personas suceden ocasionalmente, pero cuando las comunicaciones afectivas

cuidador-bebé están alteradas suelen ser un elemento constante, día a día, durante el desarrollo del vínculo afectivo del bebé, y en consecuencia, son de más difícil tratamiento. Las respuestas de los padres a las necesidades básicas del niño de consuelo y calma construyen desde muy temprano la identidad del bebé, y también influyen en la regulación del estrés biológico del niño. La investigación reciente indica que los patrones de comunicación alterados con las figuras de apego desde edad temprana están conectados con posteriores síntomas disociativos en la juventud.

Primeras investigaciones sobre factores etiológicos de la disociación

Putman, (1997) investigó el papel de variables como edad, sexo, cultura, factores genéticos y educación/inteligencia, pero estas variables no mostraron una influencia significativa en TID, Trastorno de Identidad Disociativa. En sus estudios, los factores más influyentes para desarrollar TID fueron crianza-disciplina inconsistente, el grado de riesgo familiar, y la disociación de los padres, medida con el DES, Escala de Experiencias Disociativas. Todos estos factores se asocian significativamente con grados elevados de disociación en la vida adulta.

P.M. Barach, en 1991, fue de los primeros en sugerir que la Personalidad Múltiple de aquel entonces era una variante de un trastorno de apego. En su artículo señaló que los individuos que tenían este trastorno de apego tendían a mostrar desprendimiento, o no mostrar respuestas emocionales, tal como lo experimentaban los niños que habían sufrido la pérdida de su cuidador principal, como había descrito J. Bowlby en 1973. Barach sugirió después que los niños de cuidadores que no se apegaban también presentaban conductas disociativas.

Liotti en 1992 estableció la hipótesis de que los patrones de apego desorganizados constituyen la etapa inicial en el desarrollo que dejan a un individuo vulnerable a presentar disociación en respuesta a experiencias traumáticas posteriores. Los patrones infantiles de apego desorganizados y la disociación reflejan una falta omnipresente de integración conductual y mental. El modelo de Liotti es un modelo de vulnerabilidad en la que los procesos precoces dan lugar a una “rotura primaria”, una falta de integración en el sentido coherente de sí mismo, y es una alternativa a la teoría de que la función primaria de la disociación es una defensa contra el trauma.

Más concretamente, Main y Hesse en 1990 establecieron la hipótesis de que los padres con apego desorganizado realizan interacciones temerosas o que dan miedo a sus niños, presentando la paradoja de que el padre es una fuente de amenaza y a la vez, de protección. Hay padres que se asustan ante la interacción con el niño: ¿cómo lo percibe éste? ¿Puede pensar que hay algo amenazador en el ambiente de lo que debería tener miedo? ¿Quizás pensará que es él mismo el que está asustando a los padres? Al sentir el rechazo de los padres, el niño puede tener el conflicto entre si acercarse a ellos para buscar protección, o si evitarlos con conductas de desprendimiento. Por lo tanto, la internalización del niño de modelos

contradictorios del yo como asustado o amenazador y de los padres como hostiles o temerosos producen una falta primaria de integración que generará tendencias conductuales y mentales incompatibles, y según Liotti, es la causa de la

Estudios Longitudinales

Posteriormente algunos aspectos del modelo de Liotti han sido apoyados empíricamente por estudios longitudinales. En el primero, Ogawa et al. en 1997, estudiaron el modelo de Liotti en una muestra de 126 niños procedentes de medios con bajos ingresos económicos, seguidos desde el nacimiento hasta los 19 años de edad. La medición de los síntomas disociativos se hizo con el DES a los 19 años. Desde un modelo de etiología de la disociación basado en el trauma psicológico, cabría esperar que el trauma fuera el predictor más fuerte de los síntomas disociativos del adulto, y que el trauma se correlacionara con los síntomas posteriores.

Pero los resultados no fueron por este camino. Variables como la cronicidad del abuso, la gravedad del mismo y la edad de inicio del abuso estuvieron altamente correlacionadas entre sí, y la predicción de gravedad de síntomas disociativos desde cronicidad, la gravedad y la edad de inicio del abuso, no correspondió con los síntomas disociativos a los 19 años (Varianza explicada 6%). Sin embargo, predicciones basadas en variables como la incapacidad psicológica materna y del

vulnerabilidad a los procesos disociativos posteriores. En el caso de que esta falta de integración mental se vea agravada con sucesos traumáticos repetitivos, es probable la presentación del Trastorno de Identidad Disociativo.

vínculo desorganizado en los primeros 24 meses de vida fueron mucho más fuertes, con una varianza explicada del 34%. Aunque el abuso añadido contribuyó a la predicción de conductas disociativas, los efectos de la atención y el vínculo precoces siguieron siendo predictores independientes de disociación no mediada por el abuso concurrente.

Estos hallazgos apoyan la conceptualización del vínculo desorganizado como un precursor clave en el desarrollo de la disociación, con una importancia más central que el propio trauma.

En el 2005, Dutra y Lyons-Ruth volvieron a investigar la asociación entre el vínculo infantil y el desarrollo posterior de síntomas disociativos en una muestra de 56 niños en riesgo socioeconómico, que fueron seguidos desde el nacimiento hasta los 19 años de edad. Los participantes tenían un nivel socioeconómico bajo y pertenecían a familias de riesgo. Se utilizó el DES a los 19 años para valorar la sintomatología disociativa. Los resultados confirmaron y ampliaron los hallazgos del estudio anterior de Ogawa:

Los análisis indicaron que cinco medidas de maltrato en el lactante, el niño y el adolescente, no lograron predecir la sintomatología disociativa adolescente. El TEPT materno, depresión o ansiedad tampoco pudieron predecir la disociación en la adolescencia.

Por el contrario, la desorganización del vínculo, la falta materna de implicación con el niño a los 12 meses y la comunicación afectiva materna alterada en el laboratorio a los 18 meses contribuyeron de forma significativa a la predicción de los síntomas disociativos a los 19 años de edad.

En estos dos estudios longitudinales, vemos que la incapacidad de la madre para responder a la necesidad de vinculación del niño es el predictor clave de los síntomas disociativos. La conducta materna

hostil/amenazadora fue una dimensión que se esperaba estuviera relacionada con la disociación, como consecuencia del papel central de la conducta amenazadora materna en las teorías de la desorganización infantil y el papel central del abuso en las teorías de la disociación. Sin embargo, las conductas maternas hostiles o intrusivas, comprobadas en el hogar o en el laboratorio, fueron uno de los predictores más débiles. Y se vio la importancia de que “desviaciones en el cuidado infantil más tranquilas”, como la evitación del contacto emocional, no responder a las propuestas de vinculación del niño o mostrarle respuestas contradictorias (inversión de papeles o desorientadas), parecían ser las respuestas maternas más implicadas en los caminos hacia la disociación.

Conclusión

Las investigaciones citadas revelan a través de los estudios longitudinales por casi dos décadas, que los patrones de comunicación alterados de los padres en el desarrollo del vínculo emocional padres-bebé, producen alteraciones en el apego y posterior disociación en los adultos estudiados. Los caminos de la disociación empiezan en la infancia y se fundamentan en aspectos de la interacción entre los padres y el niño.

Estos datos no descartan la posibilidad de que las experiencias traumáticas sean influyentes en la génesis de las formas más graves de disociación recogidas por el

diagnóstico de TID. Estos hallazgos sugieren que el contexto del apego probablemente desempeña más de un papel importante en todas las formas de la disociación, y debe conceptualizarse y valorarse por separado de los sucesos traumáticos. Este nuevo enfoque nos puede ayudar en comprender porqué los individuos varían tanto en el desarrollo de la disociación en respuesta a un trauma; hay individuos no traumatizados que se disocian e individuos traumatizados por conflictos bélicos u otras experiencias violentas que no desarrollan disociación.

Bibliografía

Acarín Tusell, N El cerebro del Rey, Barcelona, RBA, 2005.

Barach PM, Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation*, 1991;4 (3) 117-23

Druta L, Lyons-Ruth K. Maltreatment, maternal and child psychopathology, and quality of early care as predictors of adolescent dissociation. Presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Atlanta, GA; 2005

Liotti G. Disorganized/desoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation* 1992, 5 (4): 196-204

Main M Hesse. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? *Attachment in the preschool years: theory, research and intervention*. Chicago: University of Chicago Press; 1990, p. 161-84

Ogawa J, Sroufe LA, Weinfield NS, et al. Development and the fragmented self: a longitudinal study of dissociative Symptomatology in a non-clinical sample. *Dev Psychopathology* 1997;4: 855-79

Putman FW, *Dissociation in children and adolescents*. New York: Guilford Press, 1997



Este es un ejemplo de una receta práctica para ayudar al paciente, donde BSP cobra mucha importancia. En un ejemplo de ansiolítico con Brainspotting que utilizo en la consulta, y son una serie de ejercicios encadenados que hago con pacientes que presentan mucha ansiedad.

Técnica

Le digo al paciente: “Representate a un niño aquí entre tú y yo, que esté asustado, que tenga miedo... ¿cómo lo está sintiendo?, ¿está encogido, tiembla, llora.... Etc.? Dime qué harías para intentar calmarlo... ¿te acercarías, lo abrazarías...? ¿Cómo sabes que se va calmando? ¿Cómo se refleja en su cuerpo y en su comportamiento?

Con esta introducción pongo en marcha las neuronas en espejo de la empatía...le explico al paciente que esa respuesta que me cuenta está en su cuerpo... en su memoria, por mucho que haya sufrido, sabe cómo calmarse.

Le indico al paciente como receta, que haga lo siguiente. Cada vez que le venga la ansiedad, inspiras poniéndole el nombre: Ansiedad, Miedo, Rabia, Pena, y al espirar

La ansiedad es el síntoma más común en toda consulta psicológica. El siguiente abordaje busca que el paciente pueda salir de la consulta aliviado y con esperanza.

lo abrazas, abrazas el sentimiento y lo calmas dejando que entre en tí como hacías con El Niño que estaba frente a ti. Repítelo 6 veces cada vez que te aborde el sentimiento.

Ahora vamos a encontrar dónde está tu ansiedad. ¿Dónde la sientes en el cuerpo? Buscamos el Brainspot, valoramos el SUDs, nos centramos en la experiencia corporal... Si aparecen recuerdos se trabajan, o se dejan para otro día.

En muchos casos les pregunto por la primera vez que experimentaron esa sensación, pero el Trabajo Corporal sin adentrarse en el correlato emocional es muy positivo en sí mismo, se puede hacer en una sesión de una hora y genera lo que iba buscando, que el paciente salga de la consulta aliviado y esperanzado.



Primera Webinar: La disociación como un trastorno de apego

Imparte: Jesús Sanfiz Mellado

Psicólogo clínico, supervisor EMDR, terapeuta Brainspotting" jsanfiz@emdr-es.org

Fecha: 24 de Septiembre de 2015 (fecha límite de inscripción: 20 de septiembre)

Horario: 20h (GMT +1: hora en España). Otros países, consultar uso horario:
<http://info.trabajofreelance.com/acerca-de/gmt/>

Precio: Socios de la Asociación Española de BSP: Gratuito
No socios: 10€



El Proyecto Webinars

Este es un proyecto de la Asociación Española Brainspotting pensado para difundir conocimiento y artículos de BSP y

temas científicos relacionados con la psicología clínica y el trauma psicológico en el colectivo de la salud mental.

Objetivos

- Expandir y aumentar la presencia de la Asociación entre los afiliados y personas entrenadas.
- Estimular la utilización del BSP entre los terapeutas formados.
- Aumentar el conocimiento de BSP y Psicotraumatología entre los terapeutas formados o no en BSP.

Metodología

Hemos pensado en la realización de Webinars de una hora de duración aproximadamente, contando con una presentación teórica y un espacio abierto para discusión entre los participantes al finalizar. La frecuencia será bimensual y el tema de los webinars será publicado en el Newsletter redactando un artículo

introdutorio para aumentar el interés y su difusión como el que acompaña este número. También se irán anunciando fechas y temas de los siguientes webinars. Invitaremos a reconocidos ponentes en el campo del trauma en España y en otros países a participar en el proyecto.

¿Qué es un Webinar?

Es la combinación de las palabras Web y Seminario. Es un tipo de conferencia, taller o seminario que se transmite por Internet, en tiempo real, con fecha y horario específico. La característica principal es la interactividad que se produce entre los

participantes y el conferenciante. Como en cualquier evento presencial, el conferenciante está hablando en vivo a la audiencia y los asistentes pueden hacer preguntas, comentar y escuchar lo que los demás participantes tienen que decir.

¿Qué necesitas para participar en un Webinar?



- Ordenador conectado a Internet (recomendable buena conexión)
- Altavoces. (preferentemente de diadema para evitar el ruido externo)
- Micrófono. (de no contar con micrófono, puedes participar a través de mensajes de texto)
- Aplicación Webex descargada e instalada en tu ordenador (es gratuita)

Inscripciones

- Manda un mail a la Asociación Española de Brainspotting asocbrainspotting@gmail.com con vuestros datos (Nombre y apellidos, email, teléfono de contacto y si eres o no Socio de la Asociación)
- Una vez hecho esto recibirán una confirmación con las instrucciones para poder unirse a la reunión en la fecha y hora del webinar y una invitación de la aplicación Webex unos días antes de la fecha acordada.
- Plazas limitadas.

Temas programados

- Importancia de los Síntomas Schneiderianos de 1er rango en los trastornos disociativos. Jesús Sanfiz
- Psicotraumatología. Mario Salvador
- Empleo de Recursos en el tratamiento del Trauma. Carmen Cuenca
- Recurso: Coherencia cardíaca. Mario Rivas
- TID como trastorno de Apego, últimas investigaciones. Jesús Sanfiz
- El papel de la presencia terapéutica en la promoción del sistema de autocuración del cerebro
- Mindfulness y brainspotting
- La disociación y sus manifestaciones
- Observación y empleo del cuerpo en el tratamiento del trauma
- Diagnóstico de la disociación.
- El abordaje de las Partes en el tratamiento del trauma
- Abordaje de Partes con Brainspotting
- Trauma transgeneracional
- El trauma en la vida gestacional: el proyecto sentido y la epigenética
- Brainspotting con niños
- Brainspotting con pacientes psicóticos

Brainspotting en Barcelona

Del 27 de febrero al 1 de marzo tuvo lugar la celebración de un curso de Fase 1 en Barcelona con 24 asistentes. Todos ellos quedaron muy motivados por la profundidad de la técnica.

El 25 y 26 de abril tuvo lugar la Fase 2 para este mismo grupo. Ya tenemos nuevos seguidores en Cataluña, Zaragoza y País Vasco.

Próxima Formación: Fase 1 8-10 de abril del 2016. Fase 2 el 7-8 de mayo del 2016
Seminarios de Brainspotting en la UOC de Barcelona el viernes 20/11/2015 a partir de las 19:00

Brainspotting en Eslovenia



Mario Salvador viajó a Eslovenia por cuarta vez a enseñar Brainspotting Fase I el 3-5 de abril. Un grupo de 14 alumnos quedó gratamente sorprendido de la eficacia y poder de reprocesamiento. Fase 2 el 27-28 de junio. Parece estar naciendo una comunidad realmente interesada en profundizar. En junio, también un taller de supervisión para alumnos de seminarios anteriores.

Brainspotting en Madrid

Del 5 al 7 de junio Mario C Salvador enseñó en un taller de Fase I en Madrid. La fase 2 está prevista para el 9-11 de octubre.

Seminario de Brainspotting en la UOC de Madrid el sábado 3/10/2015 de 10:00-14:00

Brainspotting en Alicante

Fase 1 el 6-8 de noviembre de 2015. Fase 2 el 30 y 31 de enero de 2016

Mario Salvador en Brasil:

Maratón Integrativo de Brainspotting

- Brasilia: Del 29 de Agosto al 2 de Septiembre
- Sao Paulo: Del 5 al 9 de Septiembre

David Grand en España



David Grand vuelve a España a impartir un taller de Fase III. Barcelona, del 11 al 13 de diciembre de 2015. Además dará una conferencia pública abierta el día 10 de diciembre a las 19:00 en el Rectorado de la UOC en Barcelona. Se espera una buena cobertura de medios y la presentación de su nuevo libro en castellano: "TU CEREBRO EN EL DEPORTE".

I CONGRESO INTERNACIONAL DE BRAINSPOTTING, Marzo 2016:

1st Brainspotting International Conference

March 3-6, 2016 | Búzios, Brazil



<http://bspinternationalconference.com/en/>

Si quieres presentar algún trabajo o conferencia, puedes dirigirte a:

<http://bspinternationalconference.com/en/call-for-papers.html>

Los interesados pueden solicitar información en info@aleces.com



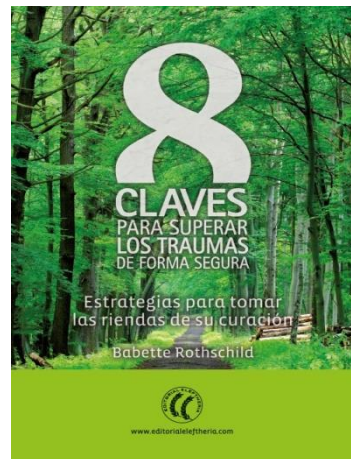
Mario Salvador, Director de Alecés,
del Instituto de Psicoterapia Integrativa y
Brainspotting España
www.aleces.com

8 Claves para superar los traumas de forma segura. Babette Rothschild. Ed. Eleftheria.

En este libro sencillo Babette, también autora del excelente libro “El Cuerpo Recuerda” (recientemente publicado en castellano por esta misma editorial), hace una relación de 8 Recursos prácticos para enfrentar el trauma psicológico. Expone de manera muy práctica y sencilla, con ejercicios de autoaplicación su enfoque basado en los recursos para mirar la experiencia dolorosa de manera que facilite un reprocesamiento más contenido y parasimpático.

Una característica notable de su estilo expositivo es que Babette da explícitamente el permiso para que cada persona vea si cada uno de estos recursos de adapta a su experiencia. El permiso incluye el mensaje de aceptación de la experiencia propia tal como es.

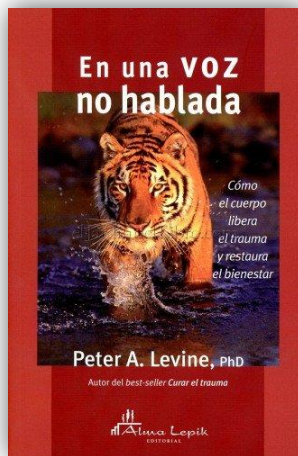
Es pues un libro práctico tanto para los terapeutas como para los pacientes afectados de estrés postraumático. Abajo



la relación de los capítulos referidos a los 8 recursos:

- Trazar el propio camino con plena consciencia (mindfulness)
- Empezar por el epílogo: ¡Lo ha conseguido!
- Recordar no es necesario
- Poner fin a los flashbacks
- Conciliar el perdón y la culpa
- Dar pequeños pasos para lograr grandes saltos
- Ponerse en marcha
- Al mal tiempo buena cara
- Evaluar el progreso en la recuperación

EN UNA VOZ NO HABLADA Cómo el cuerpo libera el trauma y restaura el bienestar. Peter Levine . Ed. Alma Lepik.



El autor del afamado “Despertando al tigre: Sanando el trauma” y creador del enfoque Somatic Experience desarrolla en este libro su perspectiva del trauma psicológico como una respuesta corporal de supervivencia ante una circunstancia excepcional. Levine hace una fina consideración del trauma como la respuesta del organismo que contiene dos sistemas encontrados que se oponen el uno al otro: las respuestas de cerebro a simultanear una sensación traumática con una sensación presente y de ayuda curativa. Es una excelente manera de emplear el axioma de R. Hebb “neuronas que se activan juntas se conectan juntas”. Además, propone ejercicios para calmar y restaurar las sensaciones viscerales de calma.

Peter Levine resalta también la importancia de ofrecer una relación segura, presente y sanadora para apoyar el proceso curativo que ha de ocurrir en el

defensa activa (lucha-huida) y la respuesta de congelación. Afirma que la traumatización ocurre en la congelación cuando el individuo no puede activar sus sistemas activos de lucha-huida y contiene la encapsulación de una fuerte energía vital que cuando irrumpe repentinamente lo hace como pánico y huida desorientada o rabia asesina, o, común en los humanos, una fuerte ira contra uno mismo.

En el libro va exponiendo muy didácticamente la importancia de crear recursos corporales positivos que ayuden a contraponer sensaciones parasimpáticas a las sensaciones traumáticas percibidas por el cerebro subcortical como inacabables. Plantea un modelo de pendulación y alternancia que es de gran alivio para los pacientes, y enseña a su

cuerpo y el cerebro subcortical, haciendo referencia asimismo a la teoría polivagal de Porges.

En el libro dedica también un capítulo al sentido espiritual de la vida que emerge de la curación del trauma y avala como las rutas y áreas neuronales en las que se experimenta el trauma son compartidas por la naturaleza espiritual del ser humano. Es un libro realmente exquisito (con una traducción muy mejorable).