

**ANALISIS DE UN TRATAMIENTO INDIVIDUAL DE DANZA MOVIMIENTO  
TERAPIA EN UN CASO CRÓNICO DE ESQUIZOFRENIA RESIDUAL**

IL3-Universidad de Barcelona

Master en Terapia a través del Movimiento y la Danza (DMT)

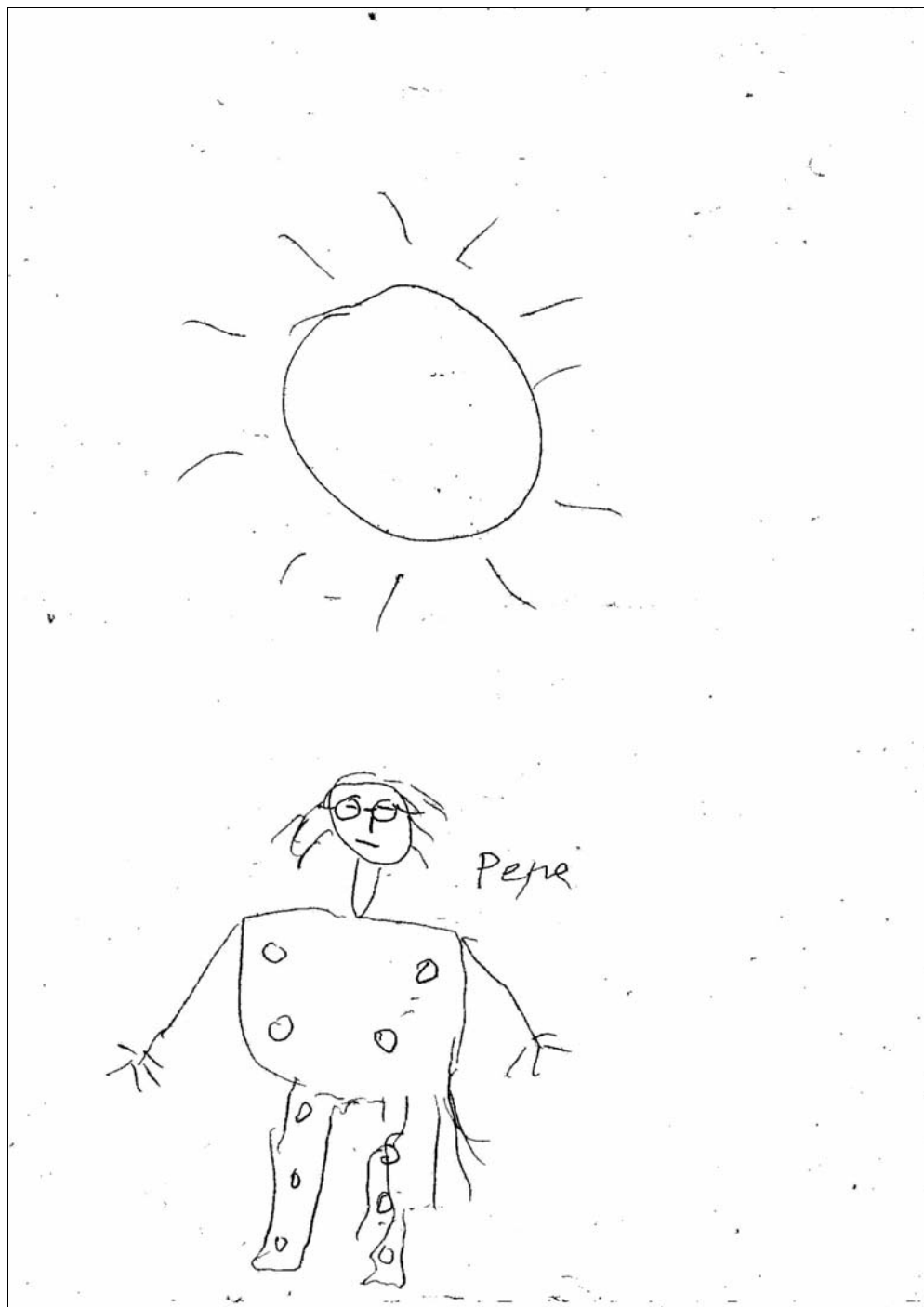
3era edición

Andrea Paola Martínez Mora

Psicóloga graduada de la Pontificia Universidad Javeriana.

Bogotá, Colombia. (2004). Artista de circo

Enero de 2009



*Nuestra labor no es sino la de transformar en una teoría los resultados de la observación y que nunca nos hemos obligado a construir, de buenas a primeras, una teoría absolutamente clara y sencilla. Así, pues, defenderemos sus complicaciones mientras demuestren corresponder a la observación, y continuaremos esperando llegar con ella a un conocimiento final de la cuestión, que siendo sencillo en sí, refleje, sin embargo, las complicaciones de la realidad. (Freud, Lo Inconsciente, 1915).*

## INDICE

<i>PROLOGO</i> .....	1
<i>LA DMT EN LA PSICOSIS</i> .....	2
LA PSICOSIS EN EL CAMPO CLINICO .....	2
OBJETIVOS Y TECNICAS TERAPEUTICAS DE LA DMT EN LA PSICOSIS .....	12
<i>CASO CLÍNICO</i> .....	22
ANAMNESIS.....	22
OBSERVACIONES PRELIMINARES.....	23
<i>METODOLOGIA DEL TRATAMIENTO</i> .....	24
OBJETIVO TERAPEUTICO GENERAL .....	26
OBJETIVOS TERAPEUTICOS ESPECIFICOS.....	26
<i>PROCESO TERAPEUTICO</i> .....	28
<i>CONCLUSIONES</i> .....	48
<i>BIBLIOGRAFÍA</i> .....	52

## PROLOGO

En el siguiente estudio presento<sup>1</sup> el análisis retrospectivo de un tratamiento individual de 17 sesiones de danza movimiento terapia en un caso crónico de una mujer de 59 años, institucionalizada, con un diagnóstico de esquizofrenia residual. Mi objetivo es evaluar la evolución y conclusión del tratamiento, con el fin de encontrar puntualizaciones de interés en la técnica de la DMT para pacientes con diagnósticos de psicosis y seguir construyendo y fortaleciendo la teoría y técnica de la DMT en esta población.

Expongo una comprensión de la psicosis desde el marco psicoanalítico y ambientalista con aportaciones de autores como Melanie Klein, Donald Winnicott, Frieda Fromm-Reichmann y otros. Mis influencias teórico-técnicas provienen principalmente de los modelos de trabajo con pacientes psiquiátricos de Chaiklin y Schmais, S. (1979), Chaiklin, S. (1981), Jones (1992) y Liebowitz (1992). Utilicé las técnicas de la improvisación, el reflejo empático (Sandel, S. 1995), la verbalización (Stark & Lohn, 1995), la imagen, la metáfora y el símbolo (Sandel, S. 1995) y las enseñanzas del sistema de análisis del movimiento de Kestenberg (1999). Las aportaciones sobre creatividad de Brainsky (1988) y Pinchas Noy (1968-1969) me fueron de gran ayuda.

Para el análisis triangulo información de varias fuentes: diarios de campo realizados durante el tratamiento junto con sus señalamientos producto de supervisiones y tutorías, la entrevista inicial y final a la paciente y un video analizado con la paciente y posteriormente estudiado bajo la óptica del sistema de análisis del movimiento de Kestenberg (Kestenberg y otros, 1999).

Vivencio a través de mi paciente la utilidad y éxito de la DMT en la psicosis y las técnicas que nos permiten acercarnos a esta población. La DMT trabaja la *estructura*, no exclusivamente el *fenómeno psicótico*; aunque no se transforme la personalidad se fortalece, permitiéndole al sujeto vivir mejor en su condición, ser más autónomo, eficaz, feliz y móvil. La condición perse del proceso terapéutico con un psicótico es establecer una relación terapéutica para la cual es necesario entender en el cuerpo y en la mente que el funcionamiento de un psicótico no es el mismo que el de un neurótico; la barrera neurótica del terapeuta ha de sobrepasarse para lograr la fusión simbiótica que permitirá el bottom-up del psicótico. Los objetivos de trabajo en el caso individual son: integrar y desarrollar la unidad psiquesoma, contactar y expresar emociones, desarrollar las habilidades interpersonales y sociales, expandir el universo simbólico y desarrollar el movimiento espontáneo y la creatividad. Las fases del tratamiento son: los acercamientos y observaciones preliminares; la exploración del cuerpo, identificación de los focos de trabajo y comienzo de la ampliación del movimiento; la profundización y nacimiento del símbolo en la terapia y la consolidación de los avances y cierre del tratamiento. La técnica principal, es el reflejo empático del movimiento y la emoción en la improvisación y otras útiles, el masaje, automasaje, relajación, el dibujo, entre otras.

**Palabras claves:** psicosis, esquizofrenia residual, psiquesoma, fusión simbiótica, bottom-up, reflejo empático.

---

<sup>1</sup> Utilizaré la primera persona en el texto siguiendo el argumento de MacDonald (2006) en su análisis de un caso de TEPT: "Use of the first person throughout will provide continuity and flow of text. Holliday (2002) asserts that the use of the first person is a major device for separating the different voices in the text, thus increasing the transparency and accountability of the research" (p. 50).

## LA DMT EN LA PSICOSIS

### LA PSICOSIS EN EL CAMPO CLINICO

La comprensión de la categoría, entidad, cuadro, etc. “psicosis” no es fácil, pues es un concepto histórico que ha tenido su desarrollo en distintas disciplinas no llegando entre ellas a acordar una significación común e integrada. Las ciencias médicas han estudiado las psicosis desde el plano biológico, neuroquímico, fisiológico y hereditario, sin encontrar marcadores objetivos que determinen su etiología y desarrollo. Por tal razón las comprensiones más consolidadas que han dado hasta ahora son fenomenológicas. Es así que la psicopatología describe la psicosis desde sus características, enumerando las 5 siguientes:

1. La transformación en el contacto con el mundo circundante y la indiferenciación entre el mundo interno y externo del paciente
2. La existencia de un mundo propio con parámetros no concordantes con la realidad y que rompen los puentes de comunicación con ésta
3. La falta de conciencia de enfermedad relacionada con la resistencia al tratamiento
4. Los trastornos de la conducta relacionados con las alteraciones del pensamiento, y
5. El deterioro de la calidad de vida y riesgo para la vida propia o de las personas que rodean al paciente. (Vallejo Ruiloba, 2002).

Actualmente el DSM-IV-TR (1994) define la psicosis descriptivamente, es decir, como un conjunto de síntomas aglutinados en un cuadro sintomático que cambia dependiendo del tipo de desorden psicótico del que se trate (9 en total, entre los cuales esta la esquizofrenia). La esquizofrenia es uno de estos desordenes y a su vez puede diferenciarse en 5 tipos: la paranoide, la desorganizada, la catatónica, la indiferenciada y la residual que es la que nos ocupa. Los criterios diagnósticos de la esquizofrenia son:

- A. Síntomas característicos: dos o más de los siguientes síntomas positivos y negativos, que aparecen por un periodo de un mes o más: delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, conducta catatónica o desorganizada, síntomas negativos (afecto plano, alogia, abulia, etc.).
- B. Disfunción social y ocupacional: una o más áreas de funcionamiento como el estudio, el trabajo, las relaciones interpersonales o el autocuidado, marcadamente disminuidas.
- C. Duración: varios de los síntomas permanecen por lo menos 6 meses; por lo menos 1 mes de síntomas del criterio a, periodos prodromales y síntomas residuales.
- D. Diagnóstico diferencial: desorden del afecto y trastorno esquizoafectivo
- E. Condiciones médicas generales y uso de sustancias excluidas

#### F. Relación con un desorden del desarrollo previo (APA, 1994)

El papel de la psicología y especialmente el psicoanálisis en la comprensión y explicación de las psicosis ha sido determinante y es a Sigmund Freud a quien debemos la inclusión de esta categoría dentro del campo de las disciplinas que estudian la mente. Freud postuló una deficiencia en el desarrollo emocional como parte de la etiología y curso de este gran grupo de patologías mentales junto con los sustratos biológicos y hereditarios aún no muy bien determinados por la medicina.

La teoría freudiana está inicialmente construida a base de comprensiones económicas y dinámicas de la psiqué, la noción de estructura sólo asomará en las últimas producciones; así mismo las concepciones de neurosis y psicosis como patologías claramente diferenciables por el síntoma imperan a lo largo del discurso freudiano. Para Freud el asunto que se juega para la formación de la enfermedad está dado en términos de conflictos que se presentan entre las instancias psíquicas Ello, Yo y Súper- yo en su relación con la realidad. En su texto “Neurosis y psicosis” de 1924a (1995), plantea la represión como mecanismo básico de la neurosis y anuncia que en toda neurosis de transferencia: “...el Yo ha entrado en conflicto contra el Ello en servicio del Súper-yo y de la realidad” (Freud, 1924a/1995, CD.Rom). Por su parte en la psicosis se nota una perturbación que se instala en la relación entre el Yo y el mundo exterior, desapareciendo por completo su percepción o permaneciendo totalmente ineficaz, y que culmina con un embotamiento afectivo, esto es, la pérdida de todo interés por dicho mundo exterior. Esta pérdida de contacto con el mundo exterior, es compensada en el sujeto por un aumento del interés en el mundo interno, desde el cual ahora nacerá toda percepción, y que se verá altamente transformado a causa del replegamiento del sujeto sobre sí mismo. Conforme a esto, el Yo genera para sí un nuevo mundo exterior e interior que es construido de acuerdo con las tendencias del Ello.

Freud expone que los dos cuadros patógenos – neurosis y psicosis - comparten una etiología: “la privación, el incumplimiento de uno de aquellos deseos infantiles, jamás denominados, que tan hondamente arraigan en nuestra organización, determinada por la filogenia” (Freud, 1924a/1995, CD.Rom). Esta privación tiene su origen en el exterior, aunque parezca provenir de la instancia del Súper- yo, en la que precisamente se representan las exigencias de la realidad. Conforme a esto “el efecto patógeno depende de que el Yo permanezca fiel en este conflicto a su dependencia del mundo exterior e intente amordazar al Ello, o que, por el contrario, se deje dominar por el Ello y arrancar así a la realidad” (Freud, 1924a/1995, CD-Rom).

Las intelecciones realizadas en “Neurosis y psicosis” son completadas en el texto publicado en el mismo año “La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis”. En este, Freud repara en que la pérdida de la realidad tomada como fenómeno exclusivo de la psicosis y ajeno a la neurosis, no es

tal: “resulta, pues, que en ambas afecciones, la neurosis y la psicosis, se desarrolla no sólo una pérdida de realidad, sino también una sustitución de realidad” (Freud, 1924b/1995, CD-Rom). La observación clínica indica que en la neurosis también se encuentra perturbada la relación del enfermo con la realidad, hallándose él en la posición de retraerse y buscar un refugio huyendo de las dificultades de la vida real (Freud, 1924b/1995, CD-Rom). Para el neurótico este proceso es posibilitado por el mundo de la fantasía, dominio que en el momento de instaurarse el principio de realidad queda separado del mundo exterior y que, aunque no es inasequible al Yo, tiene relaciones muy suavizadas con él, en palabras de Freud “de este mundo de la fantasía extrae la neurosis el material para sus nuevos productos optativos, hallándolo en él por medio de la regresión a épocas reales anteriores más satisfactorias” (1924b/1995, CD-Rom).

En la psicosis tiene lugar el rechazo de una parte de la realidad de la cual el Yo es sustraído. En reacción a esta sustracción el Yo intentará una reparación sustituyendo dicha realidad por una cuyos insumos se encuentran en el acervo mnémico y en los deseos provenientes del Ello, que al no imponerse de manera total en la percepción permiten que el sujeto sea avasallado por aquello que con tanto ahínco había rechazado. Este intento de reparación por vía de la recreación de la realidad, se hará en el uso del mecanismo nombrado como proyección, y dará como fruto la formación conocida como alucinación (1924b/1995, CD-Rom).

Lacan retoma algunas conceptualizaciones de Freud e igualmente expone una serie de diferencias que implican una nueva visión sobre el lugar del Edipo y la Castración en el nacimiento de las tres estructuras de personalidad: la neurótica, psicótica y perversa. Según Lacan el síntoma ya no atrapa ni es la enfermedad en su totalidad, sino que se constituye más bien en una manifestación ambigua de lo que está conflictualizado en el sujeto, para el cual se devela una estructura subjetiva que lo organiza y sobre la que recaerá el peso del diagnóstico, que no se corresponde necesariamente con los signos observables en la clínica fenomenológica. Las implicaciones de la introducción de una estructura, diferenciada del fenómeno en los sujetos, son amplias y por supuesto cambian la mirada sobre la enfermedad: las alucinaciones, los delirios y los pasajes al acto, se constituyen en fenómenos que no son ya una manifestación inequívoca de la psicosis, por el contrario pueden ser notados también como terribles síntomas en neurosis en las que la personalidad del sujeto está muy comprometida.

Se entiende pues el fenómeno como una manifestación sintomática variable, mientras que la estructura se entenderá como aquello simbólico que es diferenciado de “todo efecto de percepción, de fenomenología, para aparecer como el fundamento cuya aparición da cuenta de los fenómenos” (Ahumada, 1996; p. 57). El fenómeno aparece a merced de la manera en que, con respecto a la

estructura, se juegan los tres registros del sujeto (imaginario, simbólico y real) para afrontar las vicisitudes que presenta a esta la realidad. Mientras que la estructura aparece como resultado de la ubicación en el sujeto de la *Castración* en su relación con la *Metáfora Paterna*, y se asienta en el individuo como una manera específica de gozar (González, s.f.).

Lacan continúa sus comprensiones de la Castración a partir de las hipótesis dejadas por Freud en el texto de 1926 “Inhibición, Síntoma y Angustia”, según las que se universalizaba la Castración como formación inherente a lo humano y piedra angular en la construcción psíquica del sujeto. El define la Castración como una falta simbólica del Fallo (más que del pene), que es constatada en el Otro, y ante la cual el sujeto ve amenazada su presumida completud entrando en angustia. La falta en el Otro impone al sujeto la posibilidad de que su propia estructura sea vacía, carente, ahuecada, lo pone de frente a su propia vulnerabilidad, y posibilidad de fragmentación (Arciniegas, 1996).

En la amenaza de castración, el sujeto tropieza con el enigma de la falta y con la necesidad de aprehender eso que la realidad le presenta. Eso que la realidad le presenta, se presenta primero como falta en el otro, como falta de ese otro primordial que es la madre. La relación entre madre hijo que enmascara la falta, es de hecho triangular, desde el momento que interviene en ella el Fallo, que significa tanto el objeto de deseo de la madre como su falta. La función paterna introducirá distancia entre estos términos y conducirá la falta de objeto a un nivel simbólico, el de la castración propiamente dicha. (Gutiérrez, Lastra, Torres, Otero, Romero y Uribe, 1996; p. 90)

Es aquí donde se anuda la Castración a la *Metáfora Paterna*, en el juego entre el deseo de la madre y la falta de la misma. Lacan propone que la Castración “remite a una operación metafórica que describe la relación del sujeto con la madre transformada ahora por la inclusión del significante padre” (Gutiérrez, 1996; p. 61). Este significante toma relieve en el momento en que responde a la pregunta por la ausencia de la madre, por el deseo que desde ésta se proyecta a otro que no es el hijo, y que será conceptualizado como el Fallo. La introducción del Fallo ya significado, produce un ordenamiento por ley en el sujeto, al ser objeto del deseo de la madre, el padre separa al hijo del goce de ésta, imponiendo la ley que le prohíbe, y con esta el mundo simbólico enraizado en la cultura que le permitirá las herramientas para enfrentarse a su propia falta y la de los otros (Foulkes, 1993).

Se propone esta situación de falta como fundante en todos los sujetos. Todos los sujetos se yerguen incompletos en su estructura, todos los sujetos tienen que vérselas con el vacío de sí mismos. Ahora, ¿de qué manera se da este enfrentamiento? Es la *Metáfora Paterna* en su forma de operar en el sujeto la que le permitirá a este una forma u otra de enfrentamiento con la realidad, y es ésta la que no aparece en todos los sujetos de igual manera. El atravesamiento que logre el



significante primordial en el sujeto es el que posibilitará el uso de mecanismos que lo posicionarán, desde su estructura, frente a la Castración, y en últimas, a la realidad.

1. En la neurosis se asume la falta: “la angustia de castración es el fenómeno fundamental y principal motor de los procesos defensivos que llevan a la neurosis” (Freud, 1926).
2. En la perversión se desmiente la falta y hay un triunfo de la amenaza de la castración, logrando un sustitutivo del falo: el fetiche.
3. En la psicosis se niega la falta (es sujeto de la completud), se rechaza la “frustración que pareció insoportable para el sujeto y produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo” (Freud, 1924). Se da una forclusión del nombre del Padre lo que indica que no se llevó a cabo la metáfora paterna, y por ende, la ley que viene a reordenar el deseo del sujeto no está, no funciona.

Lo que determina la estructura subjetiva es entonces el posicionamiento del sujeto frente a la Castración y los mecanismos de defensa que utiliza (Romero, 1996). Los mecanismos propios de la psicosis son el rechazo y la renegación. Por medio de el rechazo el sujeto rehúsa entrar en el mundo simbólico, es así que se da una ausencia en el registro simbólico, una no admisión – no existe la castración –. Pero aquello que no se reconoce irrumpe en la consciencia en la forma de lo visto, esta significación hasta entonces desconocida se impone al sujeto en el seno de lo real, en una absoluta exterioridad: “...el yo rechaza la representación insoportable a la vez que su afecto y puede así comportarse como si nunca lo hubiera recibido, el precio pagado por esta defensa tan bien lograda es el estallido de una psicosis.” (Romero, 1996). La renegación hace referencia al complejo de castración. Por medio de una renegación – proceso defensivo - el niño atenúa lo que ve perceptivamente en la niña – ausencia de pene – porque esto lo lleva a aceptar la posibilidad de su propia castración. Este elemento corresponde a una percepción en la realidad y por tanto supone un cierto tipo de ruptura con esta, sin embargo, “lo renegado nunca permanece del todo inactivo” (Romero, 1996): “Si el retorno de lo reprimido provoca el síntoma o los síntomas neuróticos – conflicto yo/ello, mecanismo de defensa represión -, el retorno de lo rechazado o renegado - conflicto yo/realidad, mecanismo rechazo - puede darse bajo la forma de la alucinación y el delirio” (Romero, 1996).

Lacan dio vuelta al punto de vista dinámico de Freud e introdujo la visión estructural de la personalidad que aunque profundamente explicativa, a gusto de muchos es pesimista en relación a los alcances de la terapia, pues al incluir conceptos como la piedra de la castración, el inconciente estructural e incognoscible o la estructura del psiquismo, incluye también la imposibilidad del cambio y por ende de una cura que vaya más allá del “aprender a vivir como”. Igualmente, la psicoterapia para psicóticos se hace insolventable.

Frente al pesimismo del enfoque estructuralista, se puede apelar a enfoques ambientalistas que apuntan a comprensiones y explicaciones que le dan a las psicosis un lugar más activo en la práctica clínica. El ambientalismo sostiene que el narcisismo del paciente es provocado por una falla ambiental (en la relación madre-niño) y por tanto, es fundamental y posible proporcionarle al paciente una madre nueva y mejor en la forma del analista para compensar la deficiencia del medio temprano (Rolla, 1987). Se sobrepasa así la dificultad planteada por Freud con la segunda postulación pulsional. Según ésta la sustracción libidinal que los pacientes psicóticos hacen de los objetos del mundo exterior y concentran en su propio yo, les supone una ruptura masiva con la realidad y la imposibilidad de establecer transferencia, estando impedida la labor analítica. Estudios posteriores han encontrado que la transferencia en el psicótico existe pero bajo otra forma: “la trasferencia delirante”, según la cual el paciente no responde hacia el terapeuta *como si* fuera su padre o madre, sino como si *es* el padre o madre, en un estado de simbiosis similar a la del niño de menos de un año con su madre (Liebowitz, 1992).

Autores postfreudianos como Donald Winnicott, Pearce Clark, Frieda Fromm-Reichmann, Searles, Margaret Mahler, Bion, etc. han realizado modificaciones técnicas y teóricas con el fin de abrir para la psicosis un campo de investigación e intervención psicoanalítica. Se han realizado distinciones técnicas importantes que han llevado a separar el psicoanálisis de las psicoterapias psicoanalíticas en el tratamiento de psicóticos. También se habla de psicoanálisis con parámetros (concepto propuesto por Eissler), como aquel que incluye algunas variaciones en la técnica necesarias para poder analizar sujetos con diferentes estructuras yoicas patológicas, que de otra manera estarían fuera del alcance de la técnica psicoanalítica tradicional (Rolla, 1987).

En el comienzo de los procesos de desarrollo emocional se consideran tres componentes: lo hereditario, lo ambiental que apoya o falla y traumatiza, y el individuo, situado en el medio, que se defiende y crece (Rolla, 1987). El niño se desarrolla adecuadamente en cuanto el ambiente se lo permite; cuando este proceso ambiental es adecuado, la maduración del niño será efectuada óptimamente y logrará sentirse real, experimentando su vida de acuerdo con su edad emocional. Se conforma así el verdadero self, protegido por un falso self que son las maneras sociales. El primer estadio por el que atraviesa el bebé, es denominado dependencia absoluta; la tarea de los soportes del ego – elementos ambientales – en este estadio es permitirle al infante internalizar la realidad ambiental a través de los procesos de introyección. Es preciso que el niño logre fusionar los impulsos agresivos con los eróticos – al principio disociados -, dando aparición al sadismo oral. Cuando el ambiente no es organizado por la madre adecuadamente como para que el niño logre hacer dicha fusión de impulsos, se producirán unas dinámicas defensivas al interior de su ego, “en la

tentativa de hacer gratificante la dependencia” (Rolla, 1987). “Se constituirá un punto de fijación con esa dependencia. A ella irá el individuo, en su dinámica regresiva posterior, intentando reconformar la operancia de sus defensas y producir algo así como la autocuración de su “mental breakdown” (Rolla, 1987). Según esta visión, en la crisis psicótica predomina la regresión hacia la dependencia, hacia el proceso primario. Estos analistas valoran el proceso regresivo en la terapia, pues encuentran que puede llevar al paciente a la autocuración sin influjo del psicoanálisis. Esta regresión ha de ser vista como una comunicación del individuo enfermo y su intenso valor radica en que posibilita al analista acompañar al paciente en este viaje hacia atrás para encontrarse con la falla ambiental primordial que lo resquebrajó e intentar restituirla en el ambiente facilitante del análisis permitiendo que las tendencias logren su maduración.

La esquizofrenia sería “una particular forma de regresión con intensa defusión pulsional y búsqueda de un contexto ambiental que produzca la gratificación de la dependencia similar a la época en que el sujeto pudo producir la fusión pulsional y la construcción de un sistema introyectivo tendiente a internalizar al mundo que está fuera de un límite, finalmente conceptuando como límite de la propia identidad” (Rolla, 1987).

Rolla plantea que se puede conservar con los pacientes psicóticos “la neutralidad, la interpretación transferencial y los esclarecimientos no transferenciales, la utilización de la transferencia y la contratransferencia, el análisis de las resistencias y de la transferencia, mientras se utilizan contemporáneamente psicoterapias, fuentes proveedoras necesarias para que sea posible la reorganización de las defensas, o sea, de la revisión y actualización de los dinamismos mentales hechos por el propio paciente con ayuda del psicoanalista.” (Rolla, 1987). Propone una técnica facilitante en el tratamiento de psicóticos apoyada en el sistema de hospital de día psiquiátrico. A tal técnica complementaria se le suman las reuniones de familia y multifamiliares, terapia ocupacional y sesiones de expresión corporal que incluyen danza moderna.

Por su parte Frieda Fromm-Reichmann considera que no hay un momento en la vida en que el ser humano exista por fuera del marco de una relación interpersonal - no hay una fase anobjetal - y postula que gran parte del conflicto del esquizofrénico se debe a la dialéctica entre el deseo y el temor en la relación con los otros. Supone que la regresión del esquizofrénico nunca es global, es decir, el sujeto psicótico conserva funciones del Yo con las cuales puede establecerse una alianza terapéutica basada en la posibilidad de establecer una transferencia útil para el trabajo psicoanalítico. Desde este punto de vista, la transferencia no se aborda como un “logro” de la terapia, sino como una condición dada, como un supuesto obvio en tanto enmarca todo lo que acontece en la relación médico- paciente. Para Fromm-Reichmann la relación transferencial es lábil

y está constantemente en peligro, ya sea por el temor del paciente frente a sus tendencias hostiles y/o destructivas con su consecuente retaliación proyectiva, o por los sentimientos de vaciamiento e intrusión que el paciente experimenta por parte del analista. El analista debe permanecer atento a todas sus reacciones contratransferenciales ya que si bien éstas pueden ser captadas y elaboradas para la comprensión, también pueden ser un obstáculo cuando se niegan o se racionalizan (Brainsky, 1988).

Bryce- Boyer considera que la esquizofrenia se origina por situaciones de carencia y vivencias traumáticas perpetuadas desde la niñez; y así plantea que el objetivo del tratamiento del esquizofrénico consiste en la restauración de un ego razonable. Propone que esta restauración se consigue en la medida en que el terapeuta asuma el papel del Súper Ego y se convierta en un nuevo objeto interno del paciente, con el cual el sujeto pueda reconstruir los objetos internos, hasta ahora fríos y poco amorosos. El analista asume el papel de Súper-Yo externo, utilizando palabras duras para designar los actos del paciente o reforzando los núcleos sanos mediante la interpretación de lo que considera positivo, interpreta en transferencia, aunque evitando cualquier interpretación que pueda generar en el paciente sentimientos de culpa (Brainsky, 1988).

Para Rosenfeld el problema del trabajo con pacientes psicóticos, se asemeja al trabajo con niños, en cuanto ambos tienen que ser llevados a las sesiones, en ocasiones es imposible utilizar el diván y existen muchas dificultades para la comunicación verbal, por lo tanto se debe tener especial atención en la comprensión de la comunicación no verbal. Rosenfeld postula que el paciente psicótico se aterroriza frente a la interpretación de la transferencia positiva y señala que existe el riesgo de que el analista se contra identifique con estos terrores del paciente, absteniéndose de interpretar los aspectos cariñosos de la transferencia. También subraya que en un primer momento los pacientes psicóticos tienden a ignorar al analista, y luego, al aparecer “mejorías” en el contexto de la relación, el paciente puede experimentar un incremento en los terrores persecutorios, con los cuales puede fantasear con ser despojado de pensamientos, emociones y con el robo total de su Self. Estos sentimientos de persecución pueden hacerse más intensos y el acercamiento del paciente al analista puede volverse más fragmentado, tornándose los contenidos de la comunicación más vagos. En este momento de desintegración, el analista debe apelar a la integración a través del encuadre y de las interpretaciones transferenciales concretas, en el sentido de ligar específicamente el aquí y el ahora; también mostrar lo repetitivo produce una integración mayor y por consiguiente un aumento en la esperanza del esquizofrénico. Para hacer las interpretaciones Rosenfeld utiliza constantemente su propia contra transferencia, a la que considera la mejor clave para comprender las ansiedades del paciente (Brainsky, 1988).

Klein (1930) puntualiza que la unión entre la infancia y la psicosis es mucho más general de lo que se había creído hasta el momento y así como incluyó a los niños en el campo analítico, incluyó a los pacientes con psicosis. Ella retoma la idea de la conflictualización realidad–sujeto en los psicóticos y a través del análisis de niños logra argüir que la realidad que caracteriza al psicótico es muy diferente a la del adulto normal. La realidad del niño es la que él mismo refleja proveniente de su vida instintiva y por tanto desde su propia carga pulsional agresiva. La primera fase de relación del niño está dominada por los impulsos sádico–orales acentuados por las experiencias de frustración y privación que impone el medio y que se dirigen hacia el objeto a través de todos los recursos del sadismo oral, anal, uretral y muscular. La realidad primitiva del niño pequeño es la misma que vivencia el psicótico, pues él evalúa el mundo (los objetos) de manera original: “...en esta fase en la imaginación del niño la realidad externa está poblada con objetos de los que se espera que tratarán al niño precisamente de la misma forma sádica con que el niño se siente impulsado a tratar a los objetos” (Klein, 1930). Tanto para el niño pequeño como para el psicótico (fijado en la primera fase sádicooral de desarrollo) el mundo es un pecho y un vientre lleno de objetos peligrosos, peligrosos por su mismo impulso a atacarlos, por su retaliación (venganza). La forma como el niño enfrenta y se defiende contra este sadismo determinará su desarrollo normal o su fijación y la subsiguiente emergencia de un tipo determinado de psicosis. Puesto que el sadismo es peligroso para el Yo, se debe ejercer una defensa en su contra; la defensa en las psicosis se da en dos sentidos: como defensa contra el propio sadismo a través de un mecanismo expulsivo y como defensa contra el sadismo proveniente del objeto atacado provocando su destrucción. La consecuencia de este trato dado al sadismo en las psicosis es la disminución de la ansiedad, pero también, la dificultad para explorar el mundo y así formar símbolos.

Hay por ende una relación entre la disminución de la ansiedad y la incapacidad para explorar el exterior y dar cabida al mundo simbólico. Cuando existe una incapacidad para tolerar la angustia y la ansiedad (ligado esto desde el principio a la existencia de impulsos agresivos en el interior) se da un alejamiento de la realidad para escapar de toda sensación de frustración –proveniente del objeto que no satisface la necesidad y se siente sádico-. La negación de los sentimientos de frustración, impiden el surgimiento de la reproducción en alucinación o la posterior representación en pensamiento, es decir, del fantasear o el representar el objeto que traerá la satisfacción. El niño se retrae y la necesidad de relacionarse afectiva o simbólicamente con los objetos no tiene sentido. Una vez el niño adquiere la capacidad de fantasear y representarse los objetos, en especial aquellos de donde proviene el sadismo –el vientre de la madre que contiene excrementos, el pene del padre y

otros bebés-, puede simbolizar y permitirse relacionarse con estos de manera libidinal o agresiva; la angustia aparece y con ella la dependencia con la subsiguiente necesidad de consuelo y amor.

Dos conceptos son claves: la reproducción en alucinación y la representación en pensamiento, los dos, en interjuego durante el desarrollo psíquico infantil normal. El primero hace referencia al fantaseo con el objeto que satisface, llevado al grado de la alucinación, y el segundo es el que emerge cuando esta alucinación no puede suprimir la necesidad – Ej. El hambre- y obliga al niño a pensar y reproducir situaciones relacionadas con la obtención del objeto por otros medios que han surtido efecto como el llanto, el grito, el pataleo, etc. Bion hace referencia a una matriz continente-contenido que media en el interjuego entre la demanda del bebé y la gratificación que ofrece la madre después de transformar esta demanda agresiva en algo más tolerable; esta función va a ser internalizada luego por el niño, convirtiéndose él mismo en su continente-contenido.

Winnicott (1962) explica el proceso de maduración del niño en términos de su transición desde la dependencia absoluta, pasando por la dependencia relativa, hacia la independencia, que nunca es total. El niño nace con una carga genética que el medio ambiente potencia para su maduración. Al principio depende totalmente del ambiente posibilitador y provisor de la madre; es ella la encargada de permitir que el proceso de continuidad existencial siga su curso natural y para ello debe entregarse por completo al cuidado en una primera etapa de desarrollo del niño. “Todas las amenazas, conflictos o fallos de adaptación suscitan en la criatura una reacción que trunca la citada continuidad. Si tales reacciones marcan la pauta en la vida de una criatura, se producirá una grave interferencia en la tendencia natural a convertirse en una unidad integrada, capacitada para conservar una personalidad dotada de pasado, presente y futuro” (Winnicott, 1962. P.103), en otras palabras es el nacimiento de una psicosis. Pronto deberán aparecer los pequeños fallos de adaptación por parte del niño y la reanudación de la independencia por parte de la madre; ella deberá ir proporcionando pequeños fallos en su atención y así mismo pequeñas frustraciones al infante. Estos fallos ayudan al infante a sentir el enfado y unir su agresión con el amor; poco a poco podrá ser capaz de reconocer su dependencia, la primera prueba de ello es la angustia de separación que experimenta cuando la madre no está. El niño empieza a comprender que la madre es necesaria (entre los 6 meses y dos años) y a los dos años va asumiendo la pérdida. Poco a poco va identificándose e internalizando esta madre “suficientemente buena” en detrimento de su propia dependencia; es capaz de verla como un no-yo en comparación con su yo, que ahora es identificado, posee una unidad, un interior y un exterior y por tanto capaz de “guardar cosas dentro” como la realidad psíquica personal y las fantasías. Comienza el intercambio entre el mundo externo e interno

del niño que posibilita el desarrollo de sus capacidades cognitivas superiores. El camino hacia la independencia ha comenzado (Winnicott, 1962).

La DMT ha consolidado su marco teórico alimentándose, entre otras, de las construcciones psicoanalíticas (especialmente las ambientalistas y las teorías evolutivas), y así mismo, ha contribuido al fortaleciendo y construcción del campo teórico y clínico de las psicosis al proporcionar una innovadora metodología terapéutica que apunta directamente al trabajo de algunas de las deficiencias propias de estas psicopatologías. A continuación algunos de los aportes más relevantes hasta el momento.

### **OBJETIVOS Y TECNICAS TERAPEUTICAS DE LA DMT EN LA PSICOSIS**

*“Dance movement therapy, which provides an opportunity to explore the relationship of self to others through bodily movement, is a valuable treatment of choice for this patient population”*

*(Liebowitz, 1992. p. 102).*

Una causa determinante en la formación de la psicosis es la dificultad ocurrida en la relación madre-niño durante la etapa pre-verbal del desarrollo (en el primer año de vida); en adelante queda suspendido el desarrollo, siendo imposible para el niño incluirse en esferas más complejas de relación (como una terapia verbal psicoanalítica para un adulto psicótico). A través del reflejo empático del movimiento y la emoción, herramienta principal de la DMT, es posible establecer una **relación terapéutica** con el paciente psicótico a un nivel pre-verbal y hacer un proceso regresivo hacia un “Bottom up” (Krueger y Schofield, 1986). La relación terapéutica en la DMT se ajusta a las capacidades y necesidades emocionales del paciente psicótico.

Evolutivamente lo que sucede es lo siguiente: durante el primer año de vida, el niño normal vive diferentes fases de relación con su madre. En principio la simbiosis y dependencia absoluta, momento en el cual el cuerpo del infante es solo una extensión del de ella, no hay límites y lo interno y externo son intercambiables (Liebowitz, 1992). Aproximadamente a los 4 o 5 meses de edad, el niño comienza a dar muestras de una primera diferenciación y expansión más allá de la órbita simbiótica (Mahler, 1984). En adelante se va desarrollando un proceso de separación en el cual el niño se diferencia, distancia, forma límites y se desvincula de la madre, y uno de individuación en el que evoluciona la autonomía intrapsíquica, percepción, cognición, memoria y prueba de realidad (Mahler, 1984). Estos avances son facilitados por los pequeños fallos y frustraciones que la madre le va proporcionando normalmente al niño.

En el psicótico no ocurrió este movimiento de la simbiosis y dependencia absoluta hacia la separación y dependencia relativa, pues debido a fallos ambientales se fija a la simbiosis original

quedando pendiente el proceso de constituirse como una unidad definida y diferenciada, con un cuerpo y un Yo (Self). En palabras de Lacan, se ha renegado la falta y se ha sumergido en una aparente completud. En adelante el niño enfermo continúa un desarrollo desincronizado entre las diferentes áreas de su ser (física, motora, sensorial, mental, emocional, cognitiva, etc.) con un Yo indelimitado e indefinido, frágil, dependiente y poco preparado para afrontar las imposiciones de la realidad externa (incluidas las frustraciones que no será capaz de tolerar). La etapa psicosexual en la que se suspende su desarrollo normal es la oral, ello se refleja en los patrones de movimiento.

El trabajo del terapeuta es lograr la confianza básica del paciente para sostenerlo en un proceso regresivo desde la fusión y simbiosis originaria, hacia la separación-individuación y diferenciación del cuerpo y el Yo. A su vez deberá jalonar todos los procesos mentales que se desregularon en el fallo, posibilitando la generación de una base psíquica fuerte para que el paciente evolucione hacia la independencia. El terapeuta asume el rol de madre facilitado por la trasferencia corporal delirante del paciente psicótico, se convierte en la mirada, la voz, el tacto y el reflejo especular de ella por medio del reflejo empático en movimiento.

Stanton-Jones (1992) argumenta que este proceso es susceptible de lograrse sin necesidad de hacer una regresión, al respecto dice: “Usually this is a lack of early maternal psychological care, or possibly an area of development which was missed out (such as the achievement of a separate identity from that of the mother during infancy, or the establishment of autonomy in adolescent). Once the deficit or difficulty has been recognized, the therapist and patient can go about the task of working on whatever emotions or modes form – the patients does not literally regress to infancy or adolescence; instead, memories, dreams, drawings and movements can be used within the therapeutic relationship to build up the area of missing development.” (Stanton-Jones, 1992).

El *marco de trabajo en DMT* se ajusta a las capacidades y necesidades del psicótico. Pueden hacerse variaciones respecto al tiempo, el lugar, etc. Sin embargo es importante mantener un setting que contenga y asegure al paciente dentro de una estructura – similar al vientre materno – y donde logre sentirse protegido y seguro para expulsar sus contenidos internos sin destruirse. Un setting y una relación terapéutica estable e indestructible aparecen frente al psicótico como una madre fuerte, capaz de tolerar toda la fuerza agresiva sin ninguna retaliación a cambio. Posibilita la fusión y confianza para hacer la evolución hacia la separación.

Al igual que en una terapia psicoanalíticamente orientada el terapeuta no pierde de vista y análisis las *variables terapéuticas básicas* como la transferencia y contra transferencia, la identificación y contra identificación proyectiva, el análisis de las defensas, el insight, etc. Al respecto cabe hacer algunas anotaciones. La trasferencia en DMT con psicóticos es llamada “transferencia corporal



delirante” según ésta el paciente, a través del movimiento, siente y actúa frente al terapeuta como alguien no separado de él, como su madre original fusionada; y la contra transferencia es denominada “contra-transferencia corporal” y hace alusión a las respuestas en movimiento que suscitan inconcientemente el paciente al terapeuta (Liebowitz, 1992). Las interpretaciones son un tema de debate en las psicosis; no obstante la inclinación de cada terapeuta, la DMT da más importancia al insight a través del movimiento que de la palabra, situación que beneficia al paciente psicótico en el que la simbolización está muchas veces fuera de su alcance.

La identificación proyectiva es una de las principales defensas en las psicosis. La esquizofrenia es una defensa contra los impulsos agresivos provenientes del interior en respuesta a las frustraciones del entorno; el paciente teme la expresión de estos impulsos por temor a la retaliación. Para eliminarlos los proyecta sobre el analista y los ataca desde afuera, la tarea del terapeuta es contener estas proyecciones y devolverlas de manera digerida y asimilable, reconstituyendo su unidad emocional. Este proceso puede provocar sensaciones persecutorias para el paciente y posterior inhibición emocional (Liebowitz, 1992).

La DMT ha delineado sus principales *objetivos de trabajo en las psicosis*. Pueden enunciarse de manera diferenciada aunque en la práctica se trabajan juntos, interrelacionados. Stanton-Jones (1992) agrupa los objetivos en tres: 1. La integración cuerpo-mente, 2. La facilitación, mantenimiento o mejoramiento del funcionamiento interpersonal y 3. La provisión de un ambiente seguro y contenido para trabajar asuntos emocionales a través del uso del movimiento grupal, la imaginaria, el símbolo y la metáfora. Chaiklin y Schmais (1979) por su parte proponen 4: 1. La relación terapéutica, 2. La acción corporal, 3. El simbolismo y 4. La actividad rítmica grupal. A continuación expondré y explicaré los objetivos que bajo mi concepto y después de la revisión de autores especializados engloban los principales focos de trabajo en DMT individual para psicóticos. No enuncio la relación terapéutica como un objetivo, sino como una condición per-se, base y encuadre del proceso terapéutico. Igualmente me abstendré de profundizar en los objetivos de trabajo grupal, para centrarme en aquellos que se relacionan con la terapia individual.

*“One must first have a perception of oneself, some sense of control and choice before one is able to perceive clearly and relate to others” (Chaiklin, 1981)*

Uno de los objetivos principales en DMT con psicóticos es la *integración y desarrollo de la unidad psiquesoma* que en el paciente esta desintegrada e involucionada o regresada. Debido a la fijación en la fase oral del desarrollo, el cuerpo del psicótico permanece en un estado de fusión con el de la madre y por ende de indiferenciación con el mundo externo, como un “saco sin forma” lleno de pulsiones separadas y desordenadas no mediadas por un Yo. El Yo y Self que en principio son

puramente corporales, se suspenden en un igual estado de indelimitación y sin mecanismos de defensa adaptativos para sobrevivir independientemente. Como resultado se genera un cuerpo desincronizado, sensaciones confusas y angustiantes, una imagen corporal fragmentada, débil y errónea, y un Yo y Self débiles y destructibles que se defienden con mecanismos arcaicos y poco eficaces. La agresividad subsiguiente característica de los cuadros psicóticos, es un medio de defensa primitivo ante la sensación de vulnerabilidad e indefensión. Las sensaciones de catástrofe, muerte, fragmentación, derrumbamiento, caída, etc. se relacionan con esta falta de un cuerpo y un Self integrados.

Fortalecer una imagen corporal más real, completa y sólida (percepción del propio cuerpo incluyendo imágenes, emociones y fantasías; Liebowitz, 1992) es uno de los caminos para lograr dicho objetivo, pues en la medida en que se trabaja la imagen corporal, se trabaja la sensación de Self, de uno mismo: “a realistic body image will reflect a firm sense of identity” (Liebowitz, 1992. p. 105). La finalidad es que el paciente defina su cuerpo a nivel mental y lo diferencie del mundo externo. Chaiklin (1981) retoma a Bernstein al exponer los 5 niveles de organización de la imagen del cuerpo. “(1). investment of positive affect, or the capacity to perceive and accept the body and its functions; (2). differentiation of the body from the environment; (3). recognition of body parts and their interrelationships; (4). movement of the body through space, and (5). sexual identity” (p. 709). Otros modos son trabajar en la experimentación, vitalización y activación de las partes del cuerpo por separado y en relación, en la identificación de las sensaciones internas y externas, en la integración del cuerpo en un todo, en la creación de límites corporales y del Yo en el espacio, en la movilización de la energía, el desarrollo de maestría en los movimientos corporales, la expansión del rango de movimientos, el fortalecimiento del Yo y los mecanismos de defensa más evolucionados, etc. Con movimientos corporales nuevos una nueva imagen corporal y ego corporal puede formarse (Chaiklin y Schmais, 1979; Stanton-Jones, 1992).

Un foco específico de trabajo para la organización corporal son los patrones evolutivos del movimiento estudiados en extensión por Kestenberg (1999). Pero este trabajo no solo se refleja en el fortalecimiento de la imagen del cuerpo, en la ontogenia hay una estrecha relación entre éstos patrones y las áreas mental-emocional y cognitiva. Por un lado, el aparato motor esta al servicio del desarrollo de las estructuras mentales y por otro va de la mano de la maduración emocional del niño: “each developmental stage brings with it phase-specific tasks to master and corresponding emotional issues that will need to be worked through” (Liebowitz, 1992. p. 104). Por lo tanto, si hay una interrupción en la maduración motora, la habrá también en otras áreas; en la psicosis es imprescindible trabajar en torno al desarrollo de los ritmos, pre-esfuerzos y esfuerzos, calidades del

movimiento y uso del flujo desde la comprensión de las fases del desarrollo psicosexual para jalonar aspectos cognitivos y emocionales estancados: El sistema Kestenberg (1999) es una herramienta útil para el diagnóstico y tratamiento de estos aspectos, con esta se identifican los siguientes aspectos, entre otros (a continuación los que se trabajaron en el caso):

1. Ritmos, indulgentes y luchadores: oral de succión y mordida en el primer año, anal de rotación y contracción-relajación en el segundo año, uretral de deslice e inicio-detención en el tercer año, genital interno de oscilación y alumbramiento en el cuarto año y genital externo de salto y embestir-arrancar en el quinto año.
2. Temperamento: flujo libre y contenido, baja intensidad, alta intensidad, intensidad media, flujo neutral (sin ajustes), ajustes de flujo.
3. Pre-esfuerzos y esfuerzos: relacionados al peso liviano o fuerte, al tiempo sostenido o súbito y al espacio directo o indirecto. Respecto al espacio es beneficioso profundizar en el desarrollo de los movimientos en la quinesfera (las direcciones) y los tres planos de movimiento-relación; el horizontal de compartir en el primer año de vida, el vertical de presentación del segundo año y el sagital de relación y acción del tercer año. (Kestenberg y otros, 1999).

El análisis del movimiento de psicóticos revela para Liebowitz (1992): patrones no más avanzados de la fase oral (ritmos de succión y mordida), patrones espaciales difusos con escasa conciencia de las direcciones, esfuerzos de peso mínimo sin conciencia del peso corporal o de sentir los pies en el suelo, tiempo lento o rápido, flujo extremadamente contenido o libre, segmentación del movimiento, fragmentación (una parte moviéndose desincronizada respecto al resto), posturas y gestos bizarros, restricción en el repertorio de movimiento, escaso movimiento espontáneo, dificultad para relacionarse con otros en un nivel motor, miedo al contacto corporal, y límites corporales disgregados (Liebowitz, 1992). Chaiklin (1981) da algunos ejemplos para acercarnos a este trabajo: “gravitacional pull, the growing or shrinking related to breathing, the flow of energy, the isolated movements of body parts using varied efforts and spatial concepts as well as total body movement, small and gross locomotive patterns, spatial patterns relating to others in space, and various tactile, kinesthetic, optic and vestibular stimulations to aid in physical integration” (p. 709). El trabajo del terapeuta en este aspecto es acompañar al paciente, a través del reflejo empático minucioso, en la exploración de sus patrones de movimiento, reviviendo con él la fase oral y los ritmos de succión, que lentamente conducirán hacia los de mordida y separación y de estos en adelante hasta el quinto año de vida. El paciente ha de revivir el proceso de explorar su cuerpo y movimiento para descubrirse a sí mismo y formarse física y mentalmente.

La relajación, el automasaje y el masaje, utilizados con discreción, pueden ser técnicas útiles de trabajo. Los métodos de contracción-relajación para relajar logran conectar con una forma de conciencia corporal primitiva (anterior al segundo año); Mahler (1984) habla de esto citando a Greenacre: “Greenacre (...) sostiene que los cambiantes estados de tensión y relajación ‘parecían...formar una especie de núcleo central de oscura conciencia corporal’ (p. 65) en el nacimiento ya se vivencian estos cambios y se prepara al bebé para su conciencia de separación. Igualmente el masaje, y no sólo el automasaje, permite reconectar con las sensaciones provenientes de la superficie del cuerpo y poco a poco de los estímulos externos, ayudando a delimitar sus bordes así como a reconectar con el tacto primario de la madre: “Hoffer acentuó la importancia del tacto (...) en el proceso de formación de límites, así como la importancia de la libidinización del cuerpo del infante por la madre. Greenacre acentúa la “aproximación a un sentimiento de unidad por el repetido contacto con la calidez corporal de la madre o de la persona que cría al niño, [que] representa un grado relativamente pequeño de diferencia de temperatura, textura, olor, elasticidad”, es decir, “turgor”. (Mahler, 1984, p.66).

El masaje tiene otras ventajas terapéuticas en relación a las emociones; como cita Liebowitz (1992), Freud menciona que las emociones están reprimidas en el cuerpo en la forma de tensión muscular; así que a través del masaje se alivian tensiones corporales y emociones que han quedado congeladas en el cuerpo: “This freezing is often noticeable in the rigid and bound posture and movement of the psychotic individual, indicating a defence against feelings” (Liebowitz, 1992. p. 104). No sobra anotar que el contacto físico, aunque necesario hasta cierto punto en la terapia con psicóticos, se debe manejar con discreción, pues puede evocar pensamientos o sensaciones delirantes de fusión, agresividad, intrusión, seducción, etc. que ocasionarían respuestas agresivas u otras no adecuadas dentro del marco terapéutico (Liebowitz, 1992).

Una herramienta útil a la hora de complementar la información diagnóstica y continuar descubriendo y formando una imagen corporal realista, es el dibujo de la figura humana aplicado según el Test proyectivo de Karen Machover (Portuondo, 1992). Con este se pueden identificar zonas específicas de conflicto, bloqueo, placer, la percepción del esquema corporal, las emociones, los patrones relacionales primarios, etc.

El segundo objetivo de la DMT con psicóticos es *entrar en contacto con las emociones* lograr sentir las, hacerlas propias, definir las, darles nombre y expresión a través del cuerpo y su movimiento. Usualmente los pacientes con psicosis crónica tienen un pobre reconocimiento de sus emociones (y las de los otros), un fuerte bloqueo emocional que los hace inexpresivos y ausentes, un desconocimiento de sus emociones como propias y provenientes del interior, un caos emocional y

respuestas emocionales bizarras, entre otras. A través del movimiento se desbloquean zonas corporales asociadas a las emociones, así como se da movimiento a la energía emocional interna que las produce; una vez manifestada esta energía, se pretende identificarla para darle un nombre y un sentido, enlazándola a un contenido y haciéndola propia. Cuando dicha energía se enlaza a un contenido es posible que abandone su cualidad angustiada para ser transformada en otra emoción identificable, de la cual algo más claro se puede expresar. La experiencia concreta y física con las emociones les ayuda a estos pacientes a que vean su vida emocional de manera más básica, disminuyendo el grado de confusión y desintegración de la vida afectiva (Jones, 1992). Parte del trabajo del terapeuta es ser una madre continente-contenido que transforma el caótico mundo del paciente en algo simple, ordenado y claro, que éste pueda digerir y comprender.

El aislamiento y la agresividad son tópicos importantes en la esquizofrenia. Las fuertes emociones sin nombre y organización ayudan a ahondar los sentimientos de aislamiento del paciente psicótico, así como el temor a destruir lo que le rodea con sus impulsos agresivos o disolverse en el otro a través del contacto (Stanton-Jones, 1992). “The importance of loneliness and the fear of closeness are primary issues to be addressed” (Stanton-Jones, 1992). El trabajo con la música y el ritmo compartido a través del reflejo empático es un medio para que el paciente conecte con el mundo externo y sienta que está acompañado y relacionado con otro. De esta manera las emociones que no pueden ser expresadas en palabras son expresadas y compartidas a través del movimiento.

Lo más común son las conductas agresivas y no coherentes con los acontecimientos del mundo externo puesto que están guiadas por estímulos internos. El paciente psicótico suele percibir a los otros como se percibe a sí mismo (Stanton-Jones, 1992), si se siente asustado y violento proyectará esto en los demás y buscará defenderse. El trabajo de los límites corporales y del Yo suministra una contención y sensación de seguridad y empoderamiento del propio cuerpo que rebaja su sensación de temor y por ende las conductas agresivas. El uso de telas, elásticos u otros materiales blandos, son útiles para sentir los límites corporales; así mismo golpear objetos blandos, tirar, romper, etc. materiales no peligrosos puede ser un medio para expresar la agresividad sin hacer daño a otros o a sí mismo. Es preciso tener cautela con los pasajes al acto o posibles pérdidas de control que la expresión de estas emociones pueda ocasionar, el terapeuta deberá recanalizar energías, cambiar unas cualidades por otras, etc. en caso de peligro (Liebowitz, 1992).

Así como el movimiento espontáneo es un camino para movilizar y expresar las emociones, sobre todo aquellas a las cuales no está enlazado un contenido, nombre o representación identificable, el dibujo –aunque no es la herramienta principal en DMT– es un medio por el cual es posible plasmar imágenes relacionadas con emociones que no se pueden nombrar.

El *desarrollo de las habilidades interpersonales y sociales* es un gran ítem en el trabajo con psicóticos. En la terapia individual la habilidad interpersonal se logra sólo después de la diferenciación gracias a la cual el paciente puede ver al terapeuta como un otro separado de él (por un mecanismo especular mutuo): allí nace la posibilidad de una relación interpersonal, es decir, entre dos personas y no entre una diada fusional. No obstante para que esto se de, es imprescindible el pasaje por la fusión hasta la separación en la cual el reflejo empático es la herramienta principal. Una forma necesaria de profundizar en este ítem es la relación terapéutica grupal. Los objetivos que allí se buscan son: lograr contactar y relacionarse con el otro sin temor a fundirse con él, desarrollar una identidad propia, participar en experiencias compartidas, ser conciente y responsivo hacia los otros, promover la interacción, identificar las emociones y experiencias compartidas, entre otros (Chaiklin y Schmais, 1979). Algunas técnicas para lograr estos objetivos son: la formación en círculo, la técnica del “turn taking” (compartir el liderazgo), la actividad rítmica grupal y otras.

La *expansión del universo simbólico es el siguiente objetivo*. El paciente psicótico usualmente tiene alteraciones del curso y contenido del pensamiento, ausencia de pensamiento abstracto, incapacidad para imaginar, fantasear, crear y predominio del funcionamiento mental primario (condensaciones, desplazamientos). Este es el resultado del fallo que se produjo en los procesos madurativos del pensamiento, en relación con la función motora y relacional soslayada por la postergación de la simbiosis original. El periodo en el que el niño logra los primeros hitos en cuanto a separación e individuación se corresponde con el nacimiento del objeto transicional sustituto primario de la madre en su ausencia y primera representación o símbolo creado por el niño. Las funciones explorativas, el juego simbólico, el fantaseo, la imaginación y posteriormente la creación de símbolos y palabras se ven detenidas por la permanencia en la simbiosis. El pensamiento para su desarrollo en lo concreto.

El uso de la imagen, el símbolo y la metáfora son herramientas principales en la DMT. Se conduce al paciente a enlazar imágenes, emociones, palabras, símbolos y metáforas a sus movimientos dotándolos de sentido y afecto, y relacionándolos con algún contenido interno y por ende con su propia historia personal. Es un proceso por el cual se personalizan los movimientos y contenidos que los acompañan, además de reforzar los procesos de pensamiento superior. Se crea y recrea la historia en movimiento. Se refuerza la capacidad para hacer el pase del movimiento, al gesto, al sentido y a la palabra, que normalmente se da en el desarrollo cognitivo normal: una manera más de integrar cuerpo-mente y de evolucionar hacia la simbolización.

Con relación al uso de las palabras en la DMT con psicóticos cabe hacer anotaciones respecto a dos temas: *las verbalizaciones y las interpretaciones*. En general las verbalizaciones con pacientes

psicóticos deben hacerse de manera sencilla, clara, estructurada y abierta sin incluir conceptos abstractos, poco claros o ambiguos. Se hacen verbalizaciones para dar instrucciones, aclarar, acompañar el movimiento, denominar las partes del cuerpo, emociones, sensaciones, etc., analizar o hablar de tópicos específicos, y otras. Un beneficio del uso de la verbalización junto al movimiento es que promueve la formación del pensamiento y la cognición y ayuda a ganar insight.

*“Perhaps, most importantly, movement is not simply done for the sake of dancing; movement statements are connected to verbal statements in order that some insight is gained into the impulses or feelings that may have led to that movement.” (Stanton-Jones, 1992)*

Respecto a las interpretaciones algunos clínicos argumentan que es inútil utilizar intervenciones verbales para trabajar con un paciente que se encuentra en un nivel pre-verbal, es decir que no ha adquirido el mundo simbólico por la falta de la internalización del objeto primario (Liebowitz, 1992). Se propone una comprensión silenciosa y una respuesta no-verbal a las expresiones del paciente, para ofrecerle una sensación de “estar con” y una comprensión de sí mismo a su alcance (Liebowitz, 1992).

Stanton-Jones (1992) apunta que según otros clínicos es válido intentar que el fenómeno psicótico tenga sentido para los pacientes, ubicándolo como una reacción a los fenómenos de la vida, sin reducirlo a distorsiones psicóticas. También retoma lo dicho por Karon y Vandebos acerca del simbolismo del síntoma psicótico; según esta perspectiva la distorsión psicótica es una forma de encubrir el contenido inconsciente para que no sea tan angustiante para el individuo que lo vive. Así que las distorsiones no son más que formas del paciente de intentar arreglar sus problemas simbólicamente, de una manera menos angustiante que si se viera enfrentado a los problemas reales que le agobian (Stanton-Jones, 1992). Desde esta perspectiva las interpretaciones precisas ayudan a develar esto en el paciente y le permiten aprender a resolver sus problemas por medio de la acción y no sólo con mecanismo primarios (Chaiklin y Schmais, 1979).

*“Fromm-Reichmann believed that a psychotic patient’s statements could make sense if they were analyzed in a manner similar to dreams; the same processes are at work in the two phenomena: allusion, distortion, condensation, conflation, displacement, and symbol formation”*  
(Chaiklin y Schmais, 1979)

Otro argumento a favor de las intervenciones verbales, es que sin duda en el desarrollo normal, el movimiento va acompañado del gesto y la palabra afectiva de la madre en respuesta o feed-back a lo sucedido; siendo así un óptimo desarrollo a través de la terapia debe apuntar a lo mismo. Una verbalización accesible para el paciente, que acompañe sus conductas y avances a nivel motor y que le de informaciones no verbales adicionales de afecto y emoción son una forma válida de trabajar el

desarrollo del universo simbólico. “Words also link primary process to secondary process thought and by using words as well as movements the therapist facilitates the evolution towards symbolization within the context of the movement relationship. (Liebowitz, 1992. p. 109).

El *desarrollo del movimiento espontáneo* (Chaiklin, 1981) y *de la creatividad* es el último logro importante expuesto (sin por ello asegurar que no existen otros como la conciencia de enfermedad, por ejemplo). Freud encontró que en el proceso creativo se utiliza la sublimación; esta es un mecanismo de defensa sano y camino hacia la fusión de las pulsiones de muerte y vida (disociadas en el psicótico), y por ende, hacia la salud mental. Igualmente, se enlaza al desarrollo del pensamiento por la inclusión de un espacio transicional para el uso de la fantasía y la creación de la imagen y el símbolo.

En DMT la sublimación y por tanto la creación y espontaneidad se logran a través de la improvisación en movimiento. La técnica psicoanalítica de la asociación libre de ideas puede compararse a la libre asociación de movimientos usada en la improvisación con DMT. El individuo que gana en espontaneidad es un individuo que gana en salud y adaptación; cuando la espontaneidad se refiere al movimiento se fortalece además un cuerpo a Self más integrado y libre para la expresión. Con psicóticos es de atención el riesgo de pasar de una libre asociación de movimientos a una pérdida de asociación, como menciona Stanton-Jones (1992). El peligro de este pasaje es la posibilidad de que se den procesos delirantes, sensaciones de pérdida de control o pérdida de control real. El terapeuta debe estar al tanto de reconducir todo aquel movimiento o situación que aparezca peligrosa para el individuo o él. Aunque la creatividad se asocia a la disolución y fragmentación, también a una forma sana e integradora de funcionamiento mental. (Liebowitz, 1992).

Según Chaiklin (1981) a través de la espontaneidad se abren las puertas para la aparición de nuevas conductas y se logra la catarsis. Retoma de Lowens este texto: “Spontaneity is an expression of the unconscious. Coordination is a function of consciousness. When the unconscious and the conscious are integrated in any person you have grace, the physical expression of emotional health. Spontaneity is a manifestation of the aliveness of the so-called id, the feeling aspect of the person. Coordination reflects the strength of the ego. In a unified personality id and ego, or body and mind are fused with the result that every movement of the body is graceful. Movements that are coordinated but no spontaneous are mechanical. Movements that era spontaneous but uncoordinated are infantile or impulsive” (p. 710).

Finalmente cabe resaltar que los movimientos, contenidos, imágenes, emociones, etc. que aparecen durante la terapia, son traídas por el paciente y no por el terapeuta, quien solamente guía y ayuda a identificar los temas relevantes para profundizar en ellos (Stanton-Jones, 1992). El material



proviene del *pasado significativo del paciente* que va siendo revivido en sesión y del cual poco a poco se va enterando gracias a los insights producto de la vivencia en movimiento. El cuerpo tiene archivadas las memorias de la vida, así que el movimiento no sólo habla del presente, sino que está fuertemente influenciado por el pasado. A través de la DMT se puede reconectar con memorias corporales primarias, trabajo específicamente eficaz para el paciente psicótico quien ha detenido su desarrollo justo en fases primarias a las que solo se puede llegar vía el cuerpo. Citando a Dosamantes-Alperson, Liebowitz retoma: “since our earliest relationships are primarily transacted through motoric and imagistic modes, what recollections we may have of them, may only be available to us in the form of bodily sensations, movements, and images” (Liebowitz, 1992. p. 104).

Finalmente, Stanton-Jones (1992) apunta que la DMT no es adecuada para pacientes psicóticos en periodos muy floridos pues pueden sentir que la improvisación en movimiento no es suficiente para manejar o contener su caos emocional, y para anoréxicos que están en riesgo por bajo peso corporal.

## CASO CLÍNICO

### ANAMNESIS

AA nació en Sevilla, España el 5 de junio de 1949 (cumple 59 años durante el tratamiento). Es la 10 de 12 hermanos. Terminó estudios primarios e ingresó a urgencias por primera vez a los 16 años debido a una “descompensación psicótica” según el reporte. En adelante siguió teniendo múltiples ingresos a urgencias, centros de hospital día y residencias psiquiátricas. Permaneció soltera, viviendo con su madre y a cargo de su familia, y no ha trabajado por largos periodos. En el año 1995 fue vinculada al centro de día Pi Molist e ingresó a residir en el centro donde recibió el tratamiento el 1 de abril de 2003 tras la muerte de su madre a causa de un proceso degenerativo cognitivo.

Se ha valorado que tiene una disminución funcional del 67% y su diagnóstico actual es esquizofrenia residual<sup>2</sup> y conductas anoréxicas. Pesa 44 Kg. y su talla es 1.59 cm. Entre los antecedentes quirúrgicos se reporta amigdalectomía a los 16 años, amenorrea (por menopausia) y descalcificación ósea en el año 2005, por la cual es medicada además de la medicación psiquiátrica específica. Se la describe como una persona con pocos contactos sociales externos al círculo

---

<sup>2</sup> La esquizofrenia residual se diagnostica cuando ha habido por lo menos un episodio florido, pero el cuadro sintomático corriente no presenta síntomas positivos prominentes y sí síntomas negativos como afecto plano, pobreza en el lenguaje, abulia y otros propios de la esquizofrenia como pensamientos extraños, experiencias preceptuales inusuales, entre otros. (APA, 1994).

familiar, con conductas anoréxicas y tendencias depresivas. Durante la temporada del tratamiento asistió a otras actividades educativas, lúdicas y terapéuticas programadas por el centro, entre ellas clases de castellano, biblioteca, caminatas, paseo a perros de casas de animales, terapias ocupacionales, citas médicas, entre otras temporales como viajes y fiestas.

### **OBSERVACIONES PRELIMINARES**

Desde que llegué al centro se me presentó interesada en mí y en el tratamiento de la DMT; me hablo de haber asistido a un tratamiento anterior de DMT (del cual no encontré reporte) y de su deseo de querer repetirlo. Durante el primer mes de observación tuvimos varios encuentros no formales en los que me habló de ella, de su historia personal y familiar en la que resaltó la muerte de sus padres; mencionó como síntomas principales la dificultad para relacionarse con los residentes del centro y sentimientos de aislamiento y otras emociones a las cuales no podía dar un nombre. En estos encuentros concertamos que realizaríamos la terapia y que sería individual a petición de ella y recomendación de la tutora del centro. No me opuse en cuanto que percibí en ella una fuerte necesidad de establecer un vínculo cercano conmigo en particular, un vínculo primario. Fue desde el principio una paciente colaboradora y facilitadora de la alianza terapéutica.

A través de una breve exploración psicopatológica en los encuentros, noté que la paciente se encuentra en un estado de conciencia lúcido, orientada autopsíquica y halopsíquicamente, sus procesos de atención no están evidentemente comprometidos por lo tanto puede mantener un foco de atención constante y concentración en una sola tarea. La memoria inmediata no está afectada y utiliza la memoria anecdótica y semántica. Tiene un buen uso del lenguaje verbal, que apoya con gestos sincrónicos con cara y manos; puede mantener conversaciones lógicas y profundas así como utilizar metáforas y símbolos simples, sin poder construir pensamientos muy complejos o abstractos. Presenta perseveración de ideas de aislamiento y malestar (que podrían devenir ideas delirantes). Es capaz de hacer insight. No presenta alteraciones en la percepción, más reporta dificultad para observar su propio cuerpo en el espejo. Según su reporte presenta dificultad para dormir – insomnio- con aparición de ideas obsesivas de culpa y aislamiento. Igualmente reporta alteraciones emocionales como presencia de un alto nivel de angustia en las noches, también se percibe en ella inhibición emocional y un tinte de tristeza. Su conducta sexual aparece como inhibida y presenta alteración en la conducta alimentaria con presencia de anorexia. Su autocuidado personal es adecuado. En síntesis su diagnóstico de esquizofrenia residual se apoya en la presencia de síntomas negativos como afecto plano y abulia, síntomas positivos no muy marcados como sensaciones hipocondríacas e ideas perseverantes de aislamiento, disfunción en las relaciones sociales y las

labores ocupacionales, la duración prolongada de los síntomas y la no presencia de diagnósticos diferenciales.

Observé en detalle su cuerpo y movimiento. Encontré un cuerpo delgado y encogido, aparece frágil en su estructura y por el proceso de envejecimiento, pero a la vez está rigidizado en su movimiento y protegido en una dureza. En su discurso aparecen constantes quejas por la temperatura externa, la cual encontré posteriormente que ha enlazado a su sintomatología (lo que denomina “el bioritmo”), sintiendo frío o calor intensos y con un interés constante por hallar una homeostasis corporal que le produciría mayor bienestar. Su columna vertebral está arqueada hacia adentro, con cifosis cervical, cabeza gacha, pecho cerrado y brazos protegiendo el torso. Hay un desequilibrio postural puesto que la parte superior del cuerpo está arqueada hacia delante. Camina mirando hacia el suelo, sin establecer un contacto visual continuado, con cifosis en las vértebras cervicales, pasos muy cortos y sin peso. Su movilidad al caminar es pobre, parece que solo mueve lo necesario (piernas), teniendo el resto del cuerpo inmóvil o bloqueado. Al sentarse, mantiene la curvatura de su columna o incluso la aumenta para leer.

Cuando pienso en ella me aparecen imágenes y metáforas: una pequeña sonrisa en la mente, como la de una pequeña niña, insegura, escondiéndose pero observando lo que sucede afuera; quiere jugar pero para ello necesita de la mirada constante de la madre. Veo un fuerte caparazón, un cuerpo rígido que protege algo muy frágil, una especie de fruta salvaje cuyo revestimiento es muy duro e interior muy frágil. No obstante, este revestimiento está tan seco que cualquier golpe lo puede quebrar dejando al descubierto el interior que a lo mejor no puede defenderse, sino que se seca con la luz del sol. Cuando estoy con ella siento que desea comunicarse, sólo necesita una escucha que ella perciba como real, siento que quiere describir algunas sensaciones y sentimientos, pero no puede porque no les identifica claramente, siento que no está a gusto con su situación de vida. Mi cuerpo reacciona quedándose un poco estático, le sonrío y escucho pero el movimiento suele detenerse y cuesta trabajo volver a activarse; hay una resistencia al movimiento. Siento por parte de ella tristeza, rabia, ganas de comunicar y no poder, resistencia, lucha interna, inconformidad y desaprobación de sí misma.

## **METODOLOGIA DEL TRATAMIENTO**

El tratamiento se enmarca en el segundo año de prácticas de Danza Movimiento Terapia con el IL3 de la Universidad de Barcelona, España (2006-2008). Después de un mes de observación y encuentros preliminares, comenzamos el proceso. El marco de trabajo lo acordamos desde la

primera sesión, la paciente estuvo de acuerdo y lo respetó en todo el proceso sin dar muestras directas de resistencia al tratamiento sino mostrándose interesada y aliada positivamente. Consistió en una sesión individual de 45 a 50 minutos de danza movimiento terapia, todos los martes de 6 a 7 de la tarde en el salón comedor de la residencia. A partir de la 6ta sesión y a petición de la tutora del centro, cambiamos el lugar de la sesión al salón de televisión. Era un lugar más amplio y adecuado para el movimiento, con un espacio vacío en el centro y dos sofás; bien iluminado y con buena ventilación. No obstante trabajar en un área común y de paso de la residencia supuso varios problemas, pues teníamos que aislar la zona del paso de los residentes, quienes no aceptaban fácilmente esta restricción temporal de espacio y por ende interrumpían en varias ocasiones, así como la tutora del centro. El espacio de terapia fue una variable que pudo haber sido mejor manejada de haber contado con un lugar más adecuado en la residencia para llevar a cabo la terapia.

Desarrollamos 17 sesiones desde enero de 2008 hasta julio de 2008 después de un mes de observación y encuentros preliminares en los cuales pude determinar los objetivos terapéuticos, basada igualmente en mi marco teórico base. Las sesiones cambiaron paulatinamente de semi-estructuradas a no estructuradas. Utilicé principalmente las técnicas de la improvisación (como la asociación libre de ideas pero con movimiento), el reflejo empático (Sandel, S. 1995), la verbalización (Stark & Lohn, 1995), la imagen, la metáfora y el símbolo (Sandel, S. 1995) y las enseñanzas del sistema de análisis del movimiento de Kestenberg (1999). También rescate las puntualizaciones y técnicas de trabajo con pacientes psiquiátricos de Chaiklin, S. (1981), Chaiklin y Schmais, S. (1979), Stanton-Jones (1992) y Liebowitz (1992) abordadas en el marco teórico, y aunque el diagnóstico base es esquizofrenia residual, tuve presentes las aportaciones para desordenes alimenticios de Krueger y Schofield (1986) y Krantz (1999). Las aportaciones sobre creatividad de Brainsky (1988), Pinchas Noy (1968-1969) y otros me fueron de gran ayuda. Aunque probé distintas técnicas y acercamientos, tuve presente en todo el proceso que en el trabajo con esquizofrénicos el mantenimiento y crecimiento de la relación terapéutica es la principal y más importante herramienta –sin olvidar la transferencia y contra transferencia, identificación proyectiva, identificación de las resistencias y mecanismos de defensa, mantenimiento del marco de trabajo propios de las técnicas psicoanalíticas-

*“The psychodynamic treatment of schizophrenia consists essentially of getting the patient to build a relationship with the therapist and then to use the therapist as a bridge to the external world”*

*(Stanton-Jones, 1992)*

Adicionalmente, en 4 sesiones trabajamos el dibujo acompañado de verbalizaciones y en otras el masaje, automasaje y las técnicas de relajación a partir de la visualización, la respiración y la

contracción-relajación. Se realizó una entrevista inicial y final y en la penúltima sesión grabamos en video (bajo el consentimiento de la paciente y de la institución) y en la última sesión observamos y analizamos juntas el video. Los materiales que utilizamos fueron: esterillas, objetos suaves como pelotas, bolsitas de masaje, cojines, telas. Colores, lápices y papel. CD player, diversos cds musicales, cámara de video, televisor y reproductor de DVD.

Escribí un diario de campo con el relato de las sesiones y análisis posterior bajo la óptica de la técnica y la teoría de la DMT, mis pensamientos, sensaciones, reacciones (contra transferencia) y las supervisiones con los profesionales del centro y del Master. El video fue analizado según el sistema de análisis del movimiento de Kestenberg (Kestenberg y otros, 1999) y corregido por la especialista del Master.

El objetivo del posterior análisis es evaluar el curso y conclusión del tratamiento descrito, específicamente desde la óptica de los objetivos terapéuticos planteados. Se intenta resolver la pregunta: Se cumplieron los objetivos terapéuticos y cómo? Para tal fin se retomará información proveniente de todas las fuentes mencionadas.

## **OBJETIVO TERAPEUTICO GENERAL**

Ofrecer un espacio terapéutico que posibilite un desarrollo emocional seguro y contenedor encaminado hacia el fortalecimiento de la relación con los otros y el entorno, fortalecer la imagen corporal y el Self, la expresión emocional sana, el disfrute a través de la posibilidad de moverse creativa y espontáneamente y la conciencia de enfermedad.

## **OBJETIVOS TERAPEUTICOS ESPECIFICOS**

**1. Fortalecimiento de la relación con los otros y el entorno.** Se trabaja a través de:

⇒ Construir a partir del reflejo empático en el movimiento una relación terapéutica que le permita a la paciente sentir una base segura, contenedora y fuerte para un desarrollo evolutivo desde la fusión y dependencia, hacia la diferenciación, fortalecimiento del Self e independencia creciente (proceso de “Bottom up”).

⇒ Fortalecer el reconocimiento e introyección del mundo externo aquí y ahora y sus parámetros comunes de significación por medio del movimiento y las verbalizaciones.

⇒ A través de la relación terapéutica trabajar las sensaciones de aislamiento, soledad y temor al contacto.

**2. Fortalecer un esquema e imagen corporal realista y así mismo un Self diferenciado y fuerte.** Se trabaja a través de:

⇒Tocar, reconocer, nombrar, activar y mover todas las partes del cuerpo por separado y en relación teniendo en cuenta la exploración de las direcciones, el tiempo y las cualidades.

⇒Identificar y movilizar las zonas que producen placer y/o displacer.

⇒Identificar otras sensaciones corporales (ej. frío, calor, tensión, distensión, adormecimiento, hipersensibilidad, etc.) y la zona en la que se produce.

⇒Diferenciar las sensaciones provenientes de estímulos internos de las provenientes de estímulos externos; y así mismo la realidad externa de la interna. Apoyando la construcción de un cuerpo separado del entorno.

⇒Integrar las partes del cuerpo y sus funciones en un todo a través del movimiento.

-Encontrar asociaciones entre las partes del cuerpo o cuerpo en total, con contenidos (ideas, imágenes) o emociones concientes, preconcientes o inconcientes.

⇒Trabajar la capacidad para relajar el cuerpo y respirar.

⇒Capacidad para encontrar un centro en el cuerpo o punto de referencia en el movimiento.

⇒Alargar y distender la columna vertebral, abrir el pecho, aflojar las articulaciones.

⇒Trabajar la quinesfera, las cualidades, los ritmos y esfuerzos en toda su gama (más aún los no muy desarrollados, como el peso y los ritmos adultos, descritos en el apartado de observaciones preliminares) y la asociación entre estos e imágenes, metáforas, palabras, etc.

**3. Expresión emocional sana.** Se trabaja a través de:

⇒Desarrollar procesos de insight para identificar, reconocer, denominar y expresar creativamente a través del movimiento las emociones y contenidos mentales (pensamientos, imágenes, ideas, etc.).

⇒Trabajar el pasaje de la sensación corporal, a la emoción y a la palabra (o simbolización), en un proceso de integración de la experiencia.

⇒Entrar en contacto y expresar emociones como el miedo, la sensación de incapacidad, el aislamiento, la angustia, el dolor, presentes en su discurso.

⇒Trabajar los duelos patológicos (el materno y el paterno, que se repiten en su discurso) y otras experiencias repetitivas de su pasado que aparecen constantemente en su discurso.

**4. Desarrollar capacidad para crear y moverse espontáneamente.** Se trabaja a través de:

⇒Capacidad de ir del movimiento a la imagen y al símbolo y viceversa. (la creación del símbolo y el desarrollo del pensamiento)

⇒Capacidad para iniciar y desarrollar propuestas de movimiento espontáneo y creativo.

### ***5. La conciencia de enfermedad.***

⇒ De aparecer en su discurso, asociarla a movimientos, expresiones, gestos que ayuden a profundizar en estas concepciones.

## **PROCESO TERAPEUTICO**

En el periodo preliminar hice un escaneo general de la paciente y determiné los objetivos a los que intentaría acercarme en función de sus carencias y necesidades. No obstante, una vez iniciado el tratamiento me olvidé de éstos, fue AA quien enfocó el proceso hacia el desarrollo de un área más que de otra, y yo preferí seguir este curso natural y no forzar, ni direccionar hacia la consecución de un objetivo en especial. Creo que además de ser un método para trabajar las necesidades más urgentes, es un modo para dar responsabilidad y capacidad de independencia al sujeto aquejado por una actitud emocional dependiente. Es una manera de ayudarlo a empoderarse de su Self y de la sabiduría acerca de sí mismo que guarda, haciendo parte de ésta la respuesta a la pregunta de cómo sentirse mejor.

Igualmente, el modelo de sesión con el cual me propuse trabajar, quedo resumido a palabras cuando noté que ella necesitaba ser reflejada no sólo en su movimiento, sino también en sus necesidades, sus tiempos, sus ritmos: desde sus propias posibilidades. Tendría que romper todo propósito de insertarla en una estructura preestablecida y ajena a ella para crear una nueva entre las dos a través de un proceso creativo en el que nos sumergiríamos como una diada. La terapia paso de ser semi-estructurada a no estructurada, para finalmente semi-estructurarse de nuevo; AA creó inconcientemente su forma de trabajo, y yo la reconocí e instaure de manera segura y acogedora. Nuestra herramienta principal en todo momento fue el reflejo empático y la improvisación; su sabiduría inconciente nuestra mejor aliada. Nos sumergimos en una comunicación de cuerpos, que poco a poco se fundieron en una relación diádica; fuimos rápidamente un sólo cuerpo en movimiento, en palabras de Diamond (2001), un cuerpo interpersonal.

La primera sesión fue introductoria, afiné la manera de comunicarme a nivel verbal con mi paciente, qué tipo de frases y que nivel simbólico utilizar en ellas, cómo dar las instrucciones para su comprensión, etc. Me fue indispensable forzar hacia la expresión verbal sencilla y clara, sin un nivel simbólico complejo. Trabajamos las falsas expectativas respecto a la DMT, como el que fuera una clase de danza o de gimnasia en la cual yo guiaba el movimiento, también la necesidad de aprobación de un movimiento y la noción de hacerlo “bien” o “mal”. “AA: Cómo hago? Así puede ser? T: Puede ser como a ti te apetezca hacerlo, todo movimiento es válido”. (s1 de 17) Esta

intervención aclaro una idea preconcebida y rebajo su nivel de ansiedad, la idea de moverse “bien” fue reemplazada por moverse como plazca.

Adicionalmente, tras incluir la imagen de un círculo imaginario y notar que no funcionaba para ella porque carecía de significación, renuncié a utilizar imágenes propuestas por mi, ajenas a ella o al proceso de creación conjunto en la sesión. El terapeuta debe renunciar a sí mismo para poder penetrar en el paciente y ofrecerle lo que necesita, debe sobrepasar sus propias defensas a fundirse con el psicótico – tarea nada fácil-. Un punto de comienzo en la relación terapéutica y en el tratamiento fue renunciar a mi misma (o por lo menos intentarlo), a mis defensas neuróticas, para aceptar la fusión con la paciente y permitirle un posterior desarrollo hacia la individuación. A partir de esta renuncia comenzaron las 3 fases del tratamiento: la exploración, la profundización y el cierre.

***Primera fase (sesión 1 a 4) Exploración del cuerpo, identificación de los focos de trabajo y comienzo de la ampliación del movimiento.***

En estas sesiones identifiqué las necesidades específicas de AA en términos de movimiento, lo hicimos por medio del automasaje y los calentamientos articulares y musculares extendidos, es decir a través de un proceso de exploración y reconocimiento del cuerpo. Entramos de lleno al segundo y tercer objetivo específico de trabajo: *Fortalecer un esquema e imagen corporal realista y así mismo un Self diferenciado y fuerte, y tener una expresión emocional sana.* Estas sesiones me permitieron tener una comprensión más profunda del caso para poder captar qué caminos de profundización facilitaría a la paciente. Los elementos encontrados fueron los siguientes:

Métodos útiles para la exploración y sensibilización:

⇒Comenzar el calentamiento en un plano horizontal, de compartir (sentadas), propio del primer año de vida. Este plano da seguridad, disminuye el miedo a la caída, al derrumbe, a la inestabilidad. Es una base sólida para comenzar y para concentrar la atención en el cuerpo y no en el espacio.

⇒El automasaje es un acierto, pues conecta directamente y sin agresión con el plano corporal, con el reconocimiento, sensibilización, activación, denominación y movilidad de las partes del cuerpo. Es un primer reconocimiento superficial, profundo, fino y sensible.

⇒La técnica principal es el reflejo empático y la improvisación durante toda la parte de movimiento de la sesión. Una vez identificados y espejados los rasgos más sobresalientes del movimiento de la paciente, es preciso comenzar a proponer ampliaciones, exploración en otras cualidades,



direcciones, etc. en todos los siguientes sentidos. “The dance movement therapist has the option of responding to the patient’s communication in various ways: a) by *reflecting* the movement the therapist acknowledges the patient’s feelings; b) by *expanding* the movement the therapist draws attention to the patient’s potentiality; c) by *diminishing* the movement the therapist offers the possibility of containing the feelings expressed; d) by *accentuating* a movement the therapist emphasizes one aspect that may be particularly important; and e) by *contrasting* the movement the therapist proposes alternative ways of being that may be more adaptative.” (Liebowitz, 1992. p. 108). En la siguiente viñeta hay un ejemplo de ampliación: “Propongo hacer movimientos articulares para calentar, comenzamos por el cuello. Ella propone direcciones en su movimiento no claras, yo retomo la intención y la aclaro con el movimiento más amplio de mi cuello. A ella le cuesta trabajo hacerlo pero lo intenta.” (S4 de 17)

⇒ El dibujo del cuerpo humano es una buena herramienta para que, tanto terapeuta como paciente, profundicen en la percepción de la imagen corporal (la aplicación de la prueba proyectiva del dibujo humano de Machover es un buen complemento diagnóstico y terapéutico); el reflejo empático en el dibujo es una técnica que merece atención e investigación. El dibujo del cuerpo humano lo trabajamos en la tercera sesión y aunque no lo analice según la técnica Machover (Portuondo, 1992), me dio información adicional del caso y vías para que la paciente se acercara a su capacidad de expresar, crear y la visualizar su cuerpo. “AA Pinta un hombre, le pone pepe. AA: es un monigote feo, tiene un cuerpo feo. Los ultimas partes que pinta son los brazos y cara, símbolos de relación.” (s3 de 17).

#### Zonas de conflicto:

⇒ zonas de tensión: cuello, articulaciones (se nota especialmente en columna y brazos), por predominio de flujo contenido neutral.

⇒ zonas de bloqueo, puntos muertos: los pies son un punto clave, están llenos de significaciones y enlaces a sensaciones de caída, derrumbe e inestabilidad del paciente psicótico; AA rehúsa quitarse los zapatos en las sesiones, no obstante en la tercera sesión tiene la iniciativa de quitárselos y le damos la bienvenida a los pies, los masajeamos y movemos. El pecho-torso es otro punto con un gran valor emocional, se enlazan allí sensaciones viscerales fuertes y emociones sin nombre (angustia) a las que la paciente denomina “biorritmo”; ésta es la zona que AA involucra menos en el movimiento y la que tiene más cerrada. “Después de un automasaje inicial abro con delicadeza la posición de su pecho y le subo la cabeza. Le pregunto: T: cómo te sientes?, AA: bien, si a veces uno

se encorva y la posición es estar estirados. Propongo un movimiento de abrir y cerrar el torso. Le cuesta mucho trabajo” (s4 de 17). Hace un intento de insight cuando dice: “Uno se encorva”, sin embargo, es una verbalización impersonal, indica una sensación aún no reconocida como propia. Por último, la cadera es un punto en el que hay escaso desarrollo debido al detenimiento en la maduración sexual y los ritmos propios del 3re, 4to y 5to año de vida. Solo hasta las últimas sesiones AA involucra la cadera en su movimiento.

⇒zonas de debilidad: el estómago, en relación con las conductas anoréxicas y el miedo a incorporar algo en el cuerpo. “Las tripitas no están muy bien porque no han comido” (s1 de 17)

### Sensaciones comunes:

⇒Debilidad: En relación con la ausencia de la cualidad de peso en el movimiento y el no reconocimiento del cuerpo como compacto, fuerte, estable. “Durante un masaje pedí hacerlo un poco más fuerte o con toquecitos. AA: suave porque yo soy muy delicada, yo masajeo suave, otra persona lo haría más fuerte. Fuerte se sienten más los músculos en profundidad” (s1. de 17). “AA pide constantemente hacer el movimiento, lento, suave, para que no se le haga pesado” (S2 de 17). Se da también un miedo a sentir el interior del cuerpo.

⇒Dificultad en la respiración: relacionada con la tensión en el pecho-torso y la inhibición emocional. En la tercera sesión empezamos a trabajar la respiración: “dice sentir miedo en la respiración, le pido poner las manos en el pecho y respirar tranquilamente, yo la espejeo. Lo hace por un rato y lo deja” (S3 de 17).

⇒Dificultad para relajarse: relacionada con el predominio del flujo contenido neutral. La paciente mantiene una tensión constante en la totalidad del cuerpo como una forma de protegerlo y no sucumbir al temor de perder su sensación, su control. Al final de la segunda sesión le propongo hacer una relajación: “no lo logra, se mueve constantemente, habla, mueve la lengua, se toca la cara. Pido que con la respiración vaya a aquellos lugares que le molestan y dice estar bien. Le manipulo la cabeza y los pies y siento mucha rigidez”. (S2 de 17). Era una sesión muy temprana para manipular alguna parte de su cuerpo, sin embargo me permitió sentir el nivel de tensión que manejaba AA para hacer un reflejo empático más exacto. En posteriores relajaciones noté que por su nivel de simbolización es preciso trabajar a un nivel muy básico y corporal, sin incluir imágenes o visualizaciones, al nivel de la contracción-relajación o de la respiración que además conectan con sensaciones primitivas del sostén de la madre (pulso y respiración de la madre, el nacimiento).

### Creación de imágenes y metáforas:

AA tiene un nivel de simbolización muy básico que le permite crear imágenes, más que metáforas.

⇒El mar: imagen que nace en la cuarta sesión y utiliza para relajar el movimiento, intentar hacerlo más fluido (menos contenido) y encontrar el sentimiento de tranquilidad. También es una forma de fundirse conmigo: “ella y yo nos movemos al unísono como las olas del mar que van y vienen” (S4 de 17).

⇒Pájaros en la montaña: “somos pájaros pequeños en la montaña, no grandes porque tienen problema para comer, necesitan mucho” (S4 de 17). Esta imagen se relaciona con las dificultades para alimentarse de AA, con sus conductas anoréxicas.

⇒Aparece el campo: se relaciona con su biografía; con la casa de campo de su infancia. Hay aquí un enlace a la autobiografía, al sentido junto al movimiento.

⇒El saludo al sol: consiste en un movimiento en el plano vertical desde el cual se extienden los brazos hacia arriba y descienden hasta intentar tocar la punta de los pies. Entiendo que el sol es una simbolización inconsciente del cuerpo y el saludo se da cuando pasan las manos tocándolo de arriba a abajo y viceversa, intentando unificarlo. En la tercera sesión cuando a AA se le pide hacer un dibujo del cuerpo pinta primero un sol, yo verbalizo que el saludo al sol es un saludo al cuerpo. El sol también es un símbolo de un todo, es un cuerpo narcisista, unido con todo.

### Puntos terapéuticos clave:

⇒El mantenimiento del encuadre de la sesión: cualquier modificación en el encuadre provoca un malestar relacionado con temor de derrumbamiento, de aniquilación que puede dañar la relación terapéutica. Es necesario ofrecer una continuidad para que el paciente se sienta seguro, en un sitio indestructible. Un lugar en el que se puede expresar, incluidas las malas emociones sin temor a la retaliación, a la destrucción.

⇒Establecer un ritual de inicio y de cierre para enmarcar la sesión y ofrecerle seguridad a la paciente para la exploración; una noción de un lugar específico donde suceden las cosas de manera segura. Nuestro ritual de inicio era saludar y decir cómo me encuentro con un movimiento y el ritual de cierre era despedirse y decir cómo estoy después de la sesión. Así incluí un análisis de los cambios sucedidos en la sesión, un insight de alguna modificación por el trabajo ocurrido.

⇒La elección de la música es fundamental. La música en definitiva debe mantener un isomorfismo con el estado anímico del paciente, de lo contrario se impone como una barrera. La música facilita el pasaje del movimiento mecánico al ritmo: “AA para el calentamiento articular comienza a mover los

pies con ritmo por primera vez con la música bossa-nova. T: te gusta esta música? AA: si, como Roberto Carlos que canta así un poco. Yo la espejeo en su ritmo, luego le pido que nos vallamos desplazando con ese mismo ritmo (para explorar el plano sagital), le cuesta entrar al espacio donde estoy yo pero finalmente lo hace y comenzamos por primera vez a movernos por toda la sala, nos desprendemos del punto vertical y pasamos a un tercer año de vida en lo motriz!” (S4 de 17). Es un momento importante facilitado por la música: el nacimiento del ritmo que nos permite avanzar en la exploración de las posibilidades de movimiento a nivel de ritmo y de planos.

⇒ Permitir las rectificaciones del paciente: en ocasiones las palabras, interpretaciones, movimientos, etc. no corresponden al paciente y si él/ella lo rectifica es preciso acoger la corrección: “en el calentamiento comenzamos por frotar las manos para calentarnos y hacernos un automasaje. T: frotamos manos para sacar un poco la energía. AA: no mejor me la pongo a mí que la necesito. Yo rectifico y la sigo.” (S4 de 17).

⇒ Permitir que el paciente elija lo que quiere o no hacer, el tipo de música, etc. ayuda a involucrarlo más en el proceso, darle responsabilidad, noción de autonomía.

#### Resistencias:

⇒ Acercamiento y contacto: existe una ambivalencia entre la necesidad de fusión y el temor a hacerlo. En la tercera sesión intenté acercarme a AA pues mantenía una relación vertical alejada conmigo (dos puertas enfrentadas que no se tocan). Sentí una resistencia a pasar a otro tipo de relación conmigo y di el paso para hacer esta exploración: “La paciente da saltos pequeños como si tuviera una comba, dice sentirse libre. La espejeo y me aproximo a ella, entrando en su moqueta; ella se pone los zapatos – que había sacado por primera vez – y comenta que la sesión se hace larga” (S3 de 17) ocurre allí una transferencia corporal. No obstante, al final de la sesión ocurre lo siguiente: “En el ritual de cierre hace un gesto de gracias y lo dice en palabras, yo la espejeo. A continuación me ofrece sus manos para que las tome. Lo hago” (s3 de 17). Parece haberse abierto un canal nuevo de comunicación, de contacto.

⇒ Poca espontaneidad en el movimiento: repetición de los mismos movimientos.

⇒ Escasa profundización: no desarrollo, abandono rápido del movimiento.

⇒ Hablar para no mover

“Después de varios minutos en los que la paciente empieza y termina rápidamente el movimiento, sin profundizarlo o explorarlo y hablando, le propongo hacer una canción entera en movimiento, sin hablar y sin parar. Le cuesta, pero pide no hacerla sola sino conmigo. Afloró una imagen de trabajar

en el campo; bailó libremente por varios minutos guiada por esta imagen” (S2. de 17). La ayudé a ir más allá de sus resistencias, a apoyarse en mí para poder avanzar.

En la segunda sesión después de la relajación - en la cual noté un rígido caparazón que le impide dejarse ir y sentir su cuerpo en totalidad - , AA me permitió entrar en sus temores y resistencias: “después del ritual de cierre, AA habla de sus molestias durante la sesión, le digo que es normal, que también puede sentirse mal en una sesión, no sólo bien. AA. Pero no saldrán las enfermedades, no? T: saldrán las emociones y ellas son de muchos tipos” (s2 de 17). Valido la expresión de emociones “buenas” como “malas” e intento vencer la resistencia en el cuerpo que impide la relajación del movimiento y por tanto de las emociones, del aflorar de la enfermedad en sí misma. Le brindo seguridad y normalizo el que estemos tratando con enfermedades. Rebajo su nivel de ansiedad y de temor a la pérdida de control y a la enfermedad. Una técnica eficaz cuando hay excesiva resistencia a moverse o dibujar, es decirle a la paciente que me diga que hacer, que me de las instrucciones, hacerlo y a continuación animar al espejeo que más fácilmente puede inducir al inicio de un movimiento nuevo.

A partir de la quinta sesión y hasta la 13 se nota que el contenido de cada sesión crece; las fases de calentamiento extendido se transforman en fases de movimiento libre extendido. El cuerpo esta suficientemente en conexión con su portadora como para empezar a danzar. Comienza la *fase de profundización y del nacimiento del símbolo en la terapia*. Sin duda hay un indicio de separación-individuación y en esta etapa se profundiza en los objetivos 2, 3 y aparece el 4to.

#### Consolidación de la relación terapéutica:

En la sexta sesión tuvimos que cambiar el lugar del encuentro por dificultades de organización del centro. A la paciente no le gusto el cambio, dijo “prefiero el otro lugar, la casita” (s6 de 17). Noto con esta expresión un anclaje positivo con el tratamiento, un arraigo. La paciente siente la sesión como un hogar, un lugar seguro. Esto demuestra un logro en el objetivo terapéutico 1 relativo a la relación terapéutica con transferencia corporal positiva, punto base para cualquier desarrollo posterior. Nos obstante el cambio, la paciente es capaz de adaptarse y comienza espontáneamente un movimiento de zapateo para arraigarse al nuevo lugar de manera segura. Esto refleja una relación estable que aunque tenga variaciones externas puede sobrevivir.

Modelo de sesión creado: La paciente ha introyectado el modelo de sesión que hemos construido y ahora se desenvuelve libremente en la profundización. Este es:

⇒ Ritual de inicio: saludar y decir cómo estoy con movimiento

⇒Calentamiento: normalmente sentadas, usando el plano horizontal. Automasaje (y cuando me lo pide le masajeo zonas específicas de mucha tensión) y movimiento articular de cada zona. Se trabajan todos los puntos del segundo objetivo.

⇒Desarrollo: movimiento del cuerpo entero en plano horizontal, vertical y/o sagital. Utilización de la música para crear un ritmo, danzar libremente varias canciones mientras van surgiendo imágenes y símbolos que vamos profundizando.

⇒Relajación: Reconectar profundamente con las sensaciones del cuerpo. Aprender a relajar, a sentir el cuerpo. Trabajar la respiración.

⇒En ocasiones hacer un dibujo para resumir lo vivido en sesión: ayuda a hacer insight de los avances de la sesión.

⇒ Ritual de cierre: decir adiós y como estoy ahora con movimiento.

#### Análisis detallado del movimiento:

⇒Preferencia por los ritmos placenteros, indulgentes, que implican una baja intensidad y poco uso de la fuerza muscular. Los ritmos mas presentes son la mordida, deslice, rotación e inicio y detención, correspondientes a los tres primeros años de vida. Los ritmos adultos correspondientes a la sexualidad genital están poco desarrollados (4 y 5 años) no llegando AA a consolidar su experiencia edípica.

⇒Hay una detención y fijación en etapas de desarrollo psicosexual muy tempranas, específicamente en la sádica-oral del primer año de vida. Hay una fijación en la boca y los ritmos orales de succión y, sobre todo, de mordida (relacionado con conductas anoréxicas). La succión no se propaga por el cuerpo, pero la mordida lo hace de manera continuada, por lo que se nota un cuerpo en constante tensión, con movimientos prioritariamente de flujo contenido – aunque sean en su mayoría livianos y en otros aspectos indulgentes -El proceso de separación-diferenciación no fue llevado a cabo satisfactoriamente y la paciente ha quedado fijada en la mordida en el intento de diferenciarse y conformar un Yo capaz de sobrevivir independientemente en el mundo. Los límites de su cuerpo e imagen corporal, así como de su Yo han quedado poco definidos y por tanto AA necesita una continua y forzada diferenciación del entorno para sentirse como una unidad; hay una necesidad y tendencia en ella a la fusión con el otro y una ausencia de límites corporales que le han obligado a hacer de su cuerpo un fuerte caparazón y no un todo flexible y sensitivo. Esto le impide establecer relaciones sociales, manteniéndose distanciada. Por otro lado, su preferencia es hacia los ritmos y cualidades de movimiento indulgentes, provocándole ansiedad y rechazo los movimientos

luchadores. Se demuestra en ella una actitud pasiva y de dependencia, además de una pobre capacidad de su estructura física y Yo para expresar la agresividad hacia el entorno, buscar y luchar por los propios objetivos, y en última instancia, sobrevivir de manera adaptativa. La agresividad se queda guardada en el interior sin posibilidad de ser expresada y evacuada, convirtiéndose en ira reprimida.

⇒ Aunque AA logró la postura vertical no es del todo funcional, pues guarda constantemente una postura curvada que la agota. Su ubicación en el plano puerta o vertical no alcanzó a ser del todo adaptativa y estable, pues le hace falta la fuerza del ritmo luchador anal para estar suficientemente fuerte, erguida, asertiva y compacta.

⇒ Respecto al dominio del ritmo de deslice, encuentro que AA disfruta con la sensación de “dejarse llevar” por el otro en quien confía. Este es uno de los núcleos sanos de su personalidad. Usualmente utiliza las imágenes del molino de agua y de viento y el volar, que están muy en consonancia con este ritmo. El dominio del ritmo de deslice también indica la no posibilidad de usar la fuerza, la ausencia de peso, el no tener límites, la dificultad para adaptarse a la forma y necesidad de tener límites que vengan desde fuera.

⇒ Su temperamento es aparentemente tranquilo, introvertido, pero también oculta mucha agresividad, así como imposibilidad de independencia del otro. Sus atributos de flujo son: contenido, sin ajustes y de baja intensidad, es decir un flujo neutral. La parte luchadora de su personalidad se mantiene reprimida en el interior, sin poder ser expresada efectivamente y dejando a la paciente en una constante sensación de tensión, visible en su movimiento contenido. Es una postura pasivo-agresiva en la cual la rabia reprimida es importante; la agresividad no tiene un soporte corporal fuerte para ser sacada al exterior y permanece dentro generando malestar, igualmente el temor a exponer los malos sentimientos y recibir una retaliación refuerzan esta conducta. En la preferencia de la mordida aparece un intento de expresión de la agresividad, pero que no es suficiente. Su movimiento aparece sobre-controlado, poco amplio, con poca espontaneidad y generalmente cerca del centro del cuerpo, por consiguiente su kinesfera está bastante reducida.

⇒ AA es capaz de realizar esfuerzos efectivos para afectar su entorno y conseguir objetivos; no obstante usualmente utiliza los pre-esfuerzos en los movimientos más complejos o que implican motricidad fina. Lleva a cabo efectivamente las actividades de cuidado, higiene personal y otras cotidianas del hogar, pero le cuesta ir más allá. Su movimiento es generalmente liviano, contenido, con uso del espacio y del tiempo. Respecto al tiempo encontramos ajustes en la aceleración y

desaceleración con tendencia a la desaceleración. En ocasiones en lugar de utilizar los esfuerzos, utiliza los pre-esfuerzos de suddenness y hesitation. Su capacidad para tomar decisiones no está totalmente desarrollada. El peso se encuentra inhibido y utiliza con preferencia el espacio y el tiempo, manteniéndose en un estado, según Laban “despierto” y de esfuerzo incompleto.

⇒ Hay afinidad entre los ritmos, temperamento y esfuerzos pues los tres indican una excesiva dominancia del movimiento indulgente e inmaduro, con pobre uso de formas luchadoras y adultas de enfrentarse al entorno. Se esboza una personalidad inmadura y que no ha llegado a dar a luz un Yo capaz de vivir independientemente en el entorno. Sobre esta base es comprensible por qué AA ha vivido bajo la tutela y cuidado de otros adultos hasta sus 59 años de vida; aunque es una persona capaz de cuidarse a sí misma en lo básico, comunicarse con el otro y disfrutar de algunas actividades, no puede sobrevivir activamente en un entorno por la falta de impulsos efectivos y luchadores de supervivencia y esfuerzos desarrollados; hay mas ritmos y atributos de flujo que esfuerzos efectivos en su movimiento. Su mentalidad y desarrollo emocional han quedado fijados a fases muy tempranas no pudiendo llegar al desarrollo de la sexualidad adulta integrada. AA necesita del estímulo externo para movilizarse y continuar sobreviviendo. Pero es de resaltar que a través del proceso terapéutico pude notar que tiene una capacidad de insight y reflexión, además de un interés por su bienestar y deseo de buscar en el entorno aquello que le puede ayudar a crecer.

#### Profundización con imágenes significativas:

⇒ AA utiliza las imágenes en movimiento para desarrollar patrones distintos: “la imagen de limpiar un vidrio le permite a AA explorar diferentes movimientos. Direcciones arriba-abajo, del centro hacia fuera, cualidades sostenidas y suaves y rápidas y secas “(s7 de 17). El abanico, el molino de agua y viento y la pala son imágenes que AA usa para usar tipos de movimiento; livianos, pesados, súbitos, sostenidos, directos, indirectos, contenidos, libres. En la octava sesión la paciente logra hablar de sus preferencias en movimiento: “AA: me gusta el movimiento liviano más que el pesado en el que tengo que hacer esfuerzo”.

⇒ AA utiliza imágenes en movimiento para hablar del inconciente: “AA: Estamos en un camino, una montaña. No quiero salir del camino, solo caminar aquí y no irme muy lejos... hay piedras y nos duelen los pies, también hay matojos. Plantas salvajes no cuidadas con flores muy bonitas, que quitan para que no se incendie lo otro, lo importante, los abetos, los pinos. Pido bordear los matojos. Dice que le punzan” (s7 de 17). Evidentemente hay una alusión a materiales inconcientes que la paciente no quiere tocar porque pueden destruirla y los bordea con imágenes y movimientos.



Profundización con metáforas significativas:

⇒El biorritmo: en la sexta sesión aparece una importante metáfora de la paciente, el biorritmo. “Habla del biorritmo, AA: la atmósfera me afecta, cuando me levanto lo sé, si el día va bien o mal y mi mente se afecta, el conciente e inconciente, mi cuerpo y digestión también. Digo movernos según el biorritmo, dice que no porque no me quiere contagiar. Digo que no pasa nada que ya la transformaremos. Pide acabar la sesión” (s6 de 17). El biorritmo es un símbolo usado por la paciente, creado antes del proceso, con el que denomina las sensaciones, emociones, etc. que aparecen en su cuerpo y no puede identificar o dar nombre. Incluidos sus sentimientos de agresividad con los que no quiere destruirme y los angustiosos a los cuales les teme.

En la décima sesión, mientras toca el cuerpo en el calentamiento define el biorritmo como una sensación que va desde el pecho hasta la frente, que es algo que pasa por allí y tiene que ver con el corazón, la respiración, el pecho, lo que se piensa y se siente. Creo que este análisis hecho por ella es un intento de enlazar las sensaciones con los pensamientos, de reestablecer la unidad cuerpo-mente. Creo que es un gran avance.

En la onceava sesión después de quejarse de alteración en su “biorritmo” y dolor de cuello, encamina la sesión hacia mover el cuello para ver si se alivia el dolor, posteriormente dice querer moverse entera para ver si así le duele menos cuando mueve el cuello. Considero que es un avance en cuanto que la paciente ha tenido la iniciativa de comenzar a trabajar este bloqueo y renunciar a la queja.

Progresos en objetivos terapéuticos:

⇒Expansión del repertorio del movimiento: basada en el análisis del movimiento de la paciente según Laban y Kestenberg, guíe a AA a ampliar sus patrones y jalonar el desarrollo de las áreas a éstos asociadas. A partir de la quinta sesión la exploración del movimiento se amplió en relación al espacio, el tiempo, el flujo, el peso, el ritmo, etc.; enfatice en los puntos de conflicto. Algunos avances fueron: Respecto al peso: “después de trabajar las direcciones del movimiento la paciente comienza a dar zapateos en el suelo y dice, AA: como un caballito” (S5 de 17). El zapateo introdujo por primera vez la cualidad de peso en los pies; desarrolla en ella la sensación de arraigo y sostén independiente. Hay un avance aquí hacia la separación-individuación y el fortalecimiento del Yo. La búsqueda de un flujo libre y relajación del cuerpo fue el segundo avance; en la quinta sesión la paciente me sorprende con: “AA comienza un movimiento que llama liberar energía en el que

intenta usar el flujo libre, yo la sigo y digo T: liberemos energía (con un tinte de felicidad). Pasamos las manos por las piernas sacudiéndolas. T: qué otros movimientos podemos usar para liberar? Sacude los brazos y dice que los tiene como tensos, que no hace el movimiento igual que yo, que yo parezco más hábil y ella un poco subnormal, que le cuesta moverlos del codo para abajo, que no es armónico su movimiento” (s5 de 17). Nota una diferencia en mi movimiento y el de ella, esto demuestra varios puntos: que hay un desajuste en el reflejo del movimiento que yo hago, que existe una noción de mi como separada de ella y que hay un insight hacia la noción de un cuerpo en tensión, distinto a uno “liberado”. Trabajamos el paso de un movimiento contenido y neutral a uno más libre, con ajustes de flujo.

Finalmente, la inclusión de ritmos correspondientes a etapas avanzadas del desarrollo ausentes en AA. El ritmo de contracción-relajación (luchador, 2 años) comienza a ser familiar a través de la relajación. Poco a poco va incrementando el ritmo de oscilación (indulgente, 4 años) realizado con la imagen del molino. En la quinta sesión y posteriores la paciente comienza a dar saltitos que introducen el ritmo de salto de los 5 años de edad (aunque sigue siendo un ritmo indulgente). En la treceava sesión aparecen las patadas, como un ritmo luchador, posiblemente de embestir-atacar (5 años) si tuviera un poco más de peso. El último es un avance en cuanto a la capacidad de sacar sanamente la agresividad afuera sin sentir angustia.

⇒Profundización en la imagen corporal: “AA: conozco mi cuerpo, pero voy aceptando que hay cosas por ahí” (S6 de 17). Al final de la quinta sesión dibuja un cuerpo humano y dice “una persona humana, para que traiga buen augurio” (s5 de 17). Evidentemente el reconocimiento del propio cuerpo es cada vez mayor, y el dibujar un cuerpo es señal para ella de buen augurio, de un desarrollo hacia el identificarse y consolidar su cuerpo. Sobre este tema hay diferentes apuntes.

En relación a la problemática de las conductas anoréxicas, la paciente habla cada vez más de su percepción corporal y la relación con la comida. En la quinta sesión habla de no gustarle tener grasa en el cuerpo y también de no percibir musculatura en determinadas partes puesto que no come. Relaciona el ingerir alimentos con su madre, con la comida que le daba su madre y que ahora no encuentra en ningún otro lugar (aunque tampoco la comía, dice): en últimas con el pecho que ama y odia por haberla abandonado varias veces, incluso en la muerte.

En la sesión décima profundiza en este tema: “habla de estar delgada pero no sentir hambre, aunque piensa que necesitaría comer más. Pero que ella no cree que tenga una enfermedad, que la palabra bulímica le parece muy dura y con eso no se mete. Que ella no cree que le sobren los kilos o que no necesite comer, pero que no tiene hambre. Yo señalo la diferencia entre lo que ella siente (no hambre) y piensa (que debería comer más). Pero dice que con eso no se mete. Luego hablamos del

espejo y de no querer mirarse, que siente que no hace una mala cara pero que no quiere mirarse que le da miedo” (s10 de 17). Percibo una disociación más entre mente-cuerpo, lo señalo pero por el momento no lo escucha, era preciso sentirlo en movimiento.

Respecto a la profundización en sensaciones bizarras del cuerpo AA nota una diferencia entre las extremidades derechas e izquierdas. Una disociación entre los dos hemisferios del cuerpo; también una diferencia entre la cabeza y el cuerpo, una división. “AA: se pueden comentar todas las cosas extrañas que pasen? T: si. AA: se me durmió la mano izquierda y siento el antebrazo más duro y dormido. Y esto se relaciona con mi dolor de cuello. Con mi brazo derecho no me pasa esto.” (s6 de 17). Es un avance que pueda poner en palabras estas extrañezas que siente, una forma de establecer un puente mente-cuerpo e intentar darle significado a sus sensaciones confusas.

Se trabajó en las zonas negligidas, en los puntos muertos del cuerpo. En relación a los pies, la paciente tiene ahora la iniciativa de quitarse los zapatos cuando lo desea. En la quinta sesión después de quitarse los zapatos y durante un largo masaje que les dimos, aparece: “AA: los pies llevan al trabajo, llevan a hacer las cosas pues están lejos de la cabeza y si a la cabeza se le olvida o no deja los pies van; habla de la relación de los pies con todo el cuerpo de su representación” (s5 de 17). Hay emociones enlazadas a las partes del cuerpo, a AA los pies la confrontan con su eficacia en el mundo real, con sus miedos a insertarse por carecer de una postura segura, erguida, de fortaleza; la enfrentan a su dependencia. Relaciona los pies y los brazos en la décima sesión: “mientras mueve los brazos dice que sirven para diferentes cosas y ejecuta ciertas acciones. Luego habla de los pies para caminar y los brazos para expresar” (s10 de 17). Es una manera de establecer una relación entre las diferentes partes del cuerpo a través del símbolo. Por último, en la treceava sesión aparece por primera vez la cadera dentro del movimiento de la paciente y de manera espontánea; ella dice: “AA: huyyy! Que flexible tengo la cadera hoy! Y la mueve al ritmo de la bosanova en un vaivén de un lado a otro.” (s13 de 17).

Por último el inicio de la percepción del cuerpo en una gestalt es un gran avance. En la décima sesión y haciendo el movimiento relacionado a la metáfora de saludo al sol la paciente dice: “Siempre hago esto pero es que es muy completo, voy de la cabeza a los pies y expresa lo que quiero decir” (s10 de 17). En otras palabras: “es un movimiento que me envuelve toda y además tiene un sentido para mí”; es la propia unificación de la unidad psiquesomática. En la treceava sesión la paciente es capaz de mover simultánea y coordinadamente los brazos y las piernas, en un movimiento estético y creativo. Aparece casi una danza: “se siente fluidez en el movimiento, danza, flujo contenido de baja intensidad pero más móvil y elástico, movimiento que no para, fue bonito!!” (s13 de 17). Una verdadera experiencia estética muestra de mayor salud (Noy, 1968-1969).

⇒Corrección de la postura corporal en el plano vertical: es una muestra del logro de una mayor seguridad como persona independiente, arraigada al suelo. En la octava sesión trabajamos por primera vez la postura. “AA me habla de los dolores que siente después de una caminata, le pido que reproduzca la postura que tenía en la caminata y lo hace. Es una postura encorvada. AA habla del cuerpo estático, de estar estática; de una división entre su parte superior e inferior, de una descoordinación. AA: El torso inmóvil y las piernas más móviles. Le pido buscar una postura más cómoda para caminar, dice que le cuesta y le respondo que lo iremos buscando” (s8 de 17). Después de trabajarlo en varias sesiones, en la onceava sesión aparece espontáneamente el deseo de corregir la postura cuando AA dice que desea hacer el ritual de cierre estirada. En la treceava sesión me sorprende alineando la columna para hacer un movimiento de investigación con el torso. Más adelante en esta misma sesión encontramos un modo de profundizar en la corrección postural: trabajando tres posturas, la cifosis de las cervicales, la postura correcta y la hiperextensión hacia atrás de las cervicales, para encontrar el punto medio, el placentero. Hago las tres posturas y pido a ella que las repita mientras caminamos, al final concluye que la postura natural y alineada es la más cómoda y menos dañina para el cuerpo. Señalo la relación entre su dolor de cuello y la postura dañina.

⇒Aparición de una respiración amplia y relajada muestra de mayor soltura del cuerpo y de las emociones: En la octava sesión dice: “en la caminata que hicimos me di cuenta de que no respiraba. Para caminar cómodamente debemos respirar” (s8 de 17). En la sexta sesión y luego de trabajar una imagen del bosque y matorros que se relacionan con lo inconsciente que hace daño, escucho respirar a la paciente por primera vez. Al parecer se ha liberado algo.

⇒Indicio de movimientos espontáneos, búsqueda de placer y autorregulación del movimiento: La paciente tiene la capacidad de elegir los movimientos que quiere hacer, realizar las transiciones hacia otros movimientos o momentos de la sesión. Ha entrado en relación con sus sensaciones y decide darse gusto al hacer lo que le apetece cuando le apetece. A partir de la sexta sesión se nota cómo la paciente es capaz de autogenerarse bienestar en zonas adoloridas a través del masaje y el movimiento. Si dice dolerle una zona, puede ir directamente a esta y masajearla o movilizarla sin que yo se lo proponga. En la doceava sesión percibo claramente que es la paciente la que lleva la terapia, se autorregula, va de una fase a la otra de la sesión autónomamente. Siento que pronto podrá hacer el movimiento sola, sin necesitar de mi espejeo constante (no alcanzamos este punto). En la onceava sesión percibo claramente movimientos que aparecen bonitos, estéticos, que

me generan placer. Analizo que en ellos hay mayor complejidad, fluidez, cambio de planos, espontaneidad. Se puede vislumbrar una creación artística en movimiento.

⇒Profundización en las emociones y su expresión: La paciente se ve aquejada de angustia nocturna que le produce insomnio; en la noche las defensas bajan y el inconciente tiende a aflorar. En la novena sesión logramos definir que se trata de angustia y que se relaciona con la espera y la ausencia de los otros; con el abandono. “Le doy telas para que represente esta sensación. Dice que como una turbulencia y las deja caer al suelo, luego las recoge, une y lanza. Dice que es una pesadez. Y subrayo que quiere soltar esa pesadez. Las tira arriba, abajo, derecha, izquierda. Dice que la sesión se le ha hecho liviana con las telas. Señalo, T: algo pesado se puede volver liviano” (s9 de 17). En la sesión 11 dice no sentir más angustia en las noches y poder dormir tranquilamente, pero luego retorna la sensación.

A partir de la décima sesión se ve claramente la espontaneidad de la paciente para hacer un movimiento relacionado con una emoción. Dice sentirse mal porque su “biorritmo” amaneció decaído por las lluvias, al tiempo que lo dice hace un movimiento de cabeza y brazos para ejemplificarlo. Más indicios de integración. A partir de la décima sesión la paciente comienza a expresar con movimiento sentimientos que denomina de amor, cariño y de apertura en relación al saludo inicial. En la sesión 11, mientras explora su cuerpo con las manos y los ojos cerrados sonrío y dice que es importante sonreír y que a veces lo olvida. En la treceava sesión al hacer el ritual de cierre me envía un beso y sonrío.

⇒El contacto con el otro: en la décima sesión la paciente me sorprende con un contacto físico cálido, cercano, real, de otro hacia mí. “T: que más podemos hacer con esta energía que estamos generando al frotar nuestras manos? Va hacia mí y me toca los brazos. AA: bueno, tocarnos un poco, comunicarnos.” (s10 de 17). Los pequeños movimientos en búsqueda del contacto son aciertos del self: “Margaret Little asserts that ‘the giving up the delusion starts from the discovery of the body moving in response to an urge and finding contact’ (..). Movements that arise from the patient must be acknowledged either verbally, or even concretely, through touch. These movements, Little continues, are ‘assertions of the self and a starting point for developing relationships (...)’” (Liebowitz, 1992. p. 107). A continuación AA me habla de los sentimientos de angustia que la invaden por la noche y lo relaciona con la sensación de aislamiento. “AA: el no hablar con los compañeros, la falta de comunicación. Habla de algo que le falta en la relación con los otros pero no sabe qué es” (s10 de 17)

Insight:

⇒En la séptima sesión se da uno de los primeros insights identificables: “Durante el calentamiento nos estamos frotando las piernas. AA: me duelen las piernas, pero es un dolor que ayuda porque estoy en movimiento y no estática” (s7 17). “AA: el movimiento es bueno, pues los únicos que están estáticos son los muertos” (s8 de 17). La paciente puede asociar el movimiento a la salud y por lo tanto, lo que hacemos en sesión al logro de un mayor bienestar. Disminuye la queja.

⇒Habla de sus zonas tristes y felices: “mi cuello, estómago y rodillas son zonas tristes y mi espalda y pantorrillas son zonas felices. Me puedo masajear yo misma la espalda y eso me gusta mucho”. Puede reconocer las zonas que le producen bienestar y malestar, también cómo proporcionarse bienestar.

⇒En la novena sesión después de hacer el ritual de inicio dice: “siempre hago lo mismo” (s9 de 17). Percibo en esta verbalización un insight y reconocimiento de una resistencia y a la vez del propio movimiento. En sesiones posteriores donde se queja de lo mismo la animo a probar variaciones en estos movimientos repetitivos. Lo va logrando poco a poco.

⇒En la onceava sesión se da un importante insight relativo a la percepción de la disociación mente-cuerpo que ya había aparecido inconcientemente cuando se trataban las conductas anoréxicas y el “biorritmo”: “mientras masajeo su cuello que la aqueja de dolor y rigidez dice, AA: siento un raya que separa y señala la cabeza y el cuerpo y le ayudo a enunciarlo diciendo su nombre T: cabeza y cuerpo. AA: si T: las sientes separadas y el cuello es un punto que esta en conflicto? AA: si.” (s11 de 17).

Enlace del movimiento a la historia de vida:

A partir de la novena sesión la paciente comienza a hablar de situaciones que le ocurren en su vida cotidiana y de recuerdos de su vida. Comienza a enlazar estos contenidos con el movimiento en las sesiones. Es un gran avance en la relación entre movimiento y sentido. “la paciente retoma la imagen del molino de la sesión anterior para moverse. Dice que las astas son sus brazos que se mueven con el viento o con el agua. Dice que son movimientos lentos, pero que parecen rápidos. AA. Las astas son como palos, que son pesados, pero su movimiento es liviano. Cuando era niña mi padre tenía una casa en el campo y hacíamos muchas cosas con las manos, recoger fruta, olivas y mis hermanos las comían mucho. T: se relaciona el molino con este lugar. AA: si porque era el campo y el pueblo estaba en la colina, como donde está un castillo y el aire era sano. T: es parecido

al aire que mueve nuestro molino?. AA: si, es sano, a veces un poquito enfermo, pero en general sano.” (s9 de 17).

#### Vencimiento de resistencias:

En la sesión 5: “le digo qué otra parte del cuerpo o movimiento podemos involucrar en este que estamos haciendo. Acompaña un gesto de negativa de cabeza a una expresión de no saber. Inmediatamente la repite y amplía, AA: digo que no pero al final termino involucrándome! Y ríe” (s5 de 17).

En la décima sesión mientras habla para explicar cómo se siente, dice: “no perdamos más el tiempo hablando y hagamos el saludo en movimiento” (s10 de 17). Hay una renuncia a la resistencia a moverse usando la palabra.

A partir de la sesión 14 y hasta la sesión 17 entramos en la *fase de consolidación de los avances y cierre del tratamiento*. Es una etapa llena de insights, cambios y progresos.

#### Separación-individuación:

⇒En la sesión 14 por primera vez la paciente exige hacer una diferenciación entre ella y yo: “Mientras la espejeo le pregunto que hacia donde miramos cuando estamos bailando. AA: yo miro hacia el suelo, no sé tu.” (s14 de 17). Se evidencio la necesidad de cambiar un “nosotras” por un “tú” y “yo”.

⇒En la sesión 14, AA utiliza por primera vez el plano sagital en la danza libre para comunicarse conmigo y expresarme una emoción. “AA hace un movimiento de enrollar y desenrollar, T: cuando haces esto en tu vida cotidiana? AA: cuando enrolllo y desenrollo una madeja, también en el dar y recibir, en el abrazo” (s 14 de 17). El dar-recibir y el abrazo nos hablan de una relación interpersonal entre dos cuerpos diferenciados.

#### Insights y avances en unión cuerpo-mente

⇒Unidad cuerpo-mente: la paciente llegó en un mal estado anímico a la sesión 14, cuando le pedí expresarlo con movimiento hizo un gesto con la cabeza que usualmente significa “regular” que acompaño con un “como se siente el cuerpo es por como uno se siente y piensa” (s14 de 17). Estableció un claro puente entre lo que se piensa con la mente y lo que se siente en el cuerpo.

⇒AA corrige su postura corporal cada vez que lo recuerda y dice: “así siento más armonía entre la cabeza y el cuerpo” (s17 de 17). Viendo el video se percibió: “rara, con poca armonía, la postura

encorvada y el movimiento rígido, como un robot. Sin embargo dice que se percibe con ritmo, que se ve motivada. AA: Ahora tengo la imagen de mi postura y cada vez que la recuerde me pondré más derecha, porque un cuerpo encorvado es un cuerpo cerrado” (s17 de 17). Fue claro para mí que “el cuerpo cerrado” fue una metáfora que uso para unir dos significados: pecho encorvado y persona que no expresa y no se relaciona; entonces la postura corporal tiene que ver con la postura mental.

### Insights y avances en las emociones

⇒Relación entre la música y el estado anímico: en la sesión 14, AA dice que la música samba le gusta más para bailar porque es alegre y le permite moverse rápido y que la música suave le gusta menos porque la pone triste, aunque es buena para la relajación.

⇒Relación entre un movimiento específico y una emoción: en la sesión 14 cuando le señalo a la paciente que utiliza normalmente al bailar las direcciones derecha-izquierda y adelante, sin ir atrás, me dice: “me da miedo ir atrás siento inseguridad de caerme, no pasa nada pero me da angustia” (s14 de 17). Trabajamos ir hacia atrás.

⇒AA ubicó en la sesión 14 las emociones en el torso, zona en ella bastante bloqueada. Hay una relación entre la sensación de dificultad para respirar que AA siente en el torso y la dificultad para expresarse (y el malestar denominado biorritmo), ubicada allí también. AA por primera vez en la sesión 14 canta mientras baila: yo espejeo y pregunto: “qué pasa cuando cantamos? Cuando sale la voz? AA: que nos comunicamos con los otros, expresamos.” (s14 de 17) A continuación hago énfasis en la respiración para hacerle ver que ella está respirando ahora al cantar, es decir, que esta estableciendo un vínculo entre la respiración y el expresar las emociones cuando canta. “AA: cuando se respira se puede expresar y también se relaja” (S14 de 17). En lo siguiente involucramos el torso en los bailes libres. Al parecer hubo una liberación de un bloqueo.

⇒En la sesión 14, AA es capaz de denominar algunas de sus emociones a la vez que danza: vergüenza, miedo a caer, inseguridad, alegría son las que mencionó. En el movimiento de cierre lleva las manos al pecho y le pido identificar allí una emoción, dice: “AA: el amor. Y a continuación hace el movimiento de despedida poniendo la emoción alrededor de ella, pasando por la boca y luego entregándola en un plano sagital hacia mí. T: llevas la emoción por ti, por tu boca y luego hacia mí, tus emociones se relacionan con tus palabras. AA: sí” (s14 de 17).



### Insights y avances en la relación con los otros

⇒Mirar al suelo cuando baila: AA mira al suelo siempre que baila, en la sesión 14 puede identificar el por qué: “AA: porque me genera más seguridad saber donde pongo los pies, donde piso” (s14 de 17). Hay una sensación muy grande de inseguridad que evolutivamente se justifica por un Yo débil, no suficientemente estable para mantenerla en pie y eficaz. “Le pido mirar alrededor cuando baila a ver qué sucede, AA: ahora puedo ver los objetos y también las personas. Miro hacia abajo también para no comunicarme con los demás. T: entonces tienes dos motivos para mirar al suelo cuando bailas, inseguridad y no querer comunicarte con los demás”. (s14 de 17). En adelante trabajamos en bailar mirando al frente, esto ayuda a corregir también su postura corporal.

⇒En la catorceava sesión profundiza por primera vez en la comunicación con los otros y los sentimientos de aislamiento. Lo reconoció como un sentimiento que le genera mucho malestar y pudo denominarlo: la angustia nocturna y difusa se convirtió en sentimiento de soledad y falta de comunicación con los otros. En la sesión 15 habla de esa angustia: “AA: hay un vacío, como que me hizo falta algo en el día, de que pude haberme relacionado más con los otros. Identificamos entre las dos que ese vacío era la falta de comunicación y relación” (s15 de 17). Más adelante, en la misma sesión, identifica que muchas veces se deja llevar por la apatía grupal que le impide relacionarse. Dice no encontrar un movimiento para representar esto o para sobrepasarlo, pero a continuación habla del biorritmo.

⇒En la sesión 17, bailando como un cisne en libertad la paciente dice: “AA: pero esa libertad no puede volverse capricho, no es bueno porque se encierra uno en uno mismo y no se da cuenta del otro... yo soy una persona que se guía mucho por lo que el otro quiere, trato de tenerlo en cuenta. Pero a nosotros lo de la residencia nos cuesta, esta cada uno en su capricho y no puede compartir con los otros. T: que pasa en los dos extremos libertad-capricho o deseo de la otra persona? AA: que no hay equilibrio.” (s17 de 17).

### Nacimiento de la danza

⇒“Del movimiento mecánico, al ritmo, a la danza” (s15 de 17) “El ritmo introduce la danza” (s14 de 17), digo al describir el movimiento que percibo ahora en AA. Aparecen cada vez más movimientos nuevos y armónicos, yo lo señalo y la paciente dice que esto le da una sensación de liberación, aunque de inseguridad: “AA: liberación porque estoy haciendo un movimiento nuevo y me da satisfacción e inseguridad porque me siento caer. La paciente parece inestabilizarse y yo le

doy la mano para sostenerla” (s14 de 17). AA habla de la funcionalidad de su nuevo movimiento – agacharse en cuclillas- y de lo bueno que tiene respecto a la salud.

⇒En la sesión 14 apunto haber visto la danza más integrada hasta ahora en mi paciente: involucra cambios en cualidades y direcciones, e incluye ritmos y partes del cuerpo con bloqueos como el torso y la cadera.

#### Deseo de bienestar

⇒Lo trabaja en la sesión 16 usando una imagen en movimiento: “AA: soy como un caballito galopante, que va hasta el fin del mundo a buscar algo mejor. Aunque lo que tiene tampoco está muy mal”. (s16 de 17)

⇒En la sesión 17 evoca la imagen de un cisne que salta ágilmente, dice: “T: qué quiere el cisne? AA: libertad. Libertad de una vida dura que la he tocado. T. y qué lo ata? AA: las circunstancias de la vida, aunque tampoco he tenido una vida mala!” (S17 de 17). Personaliza las sensaciones y emociones que pone en la imagen del cisne cuando cambia de tercera persona a primera persona.

#### A continuar trabajando

⇒El refuerzo de los patrones evolutivos de movimiento trabajados: el flujo libre o con ajustes, los ritmos correspondientes al tercer, cuarto y quinto año de vida (especialmente los luchadores), los tres planos de acción y los esfuerzos. Los cambios en este sentido no fueron muy definitivos y pueden decrecer si no se siguen ejercitando; específicamente respecto al peso y su enlace a la sensación de inestabilidad se seguía presentando lo siguiente: “AA: pisar fuerte es como llevar unos zapatones que no son míos. Mucho zapato para una persona tan pequeña, como barcas. Mis pies son pequeños como los de mi papá, mi mamá tenía pies grandes” (s16 de 17). Después de 17 sesiones siento que aún existe mucha inestabilidad del cuerpo, del Yo y por tanto pobre enraizamiento en AA. Los cambios son lentos y así como se avanza, en otros momentos se vuelve hacia atrás, es preciso reforzar..

⇒La imagen corporal en relación con la distorsión anoréxica: “AA se mueve con la imagen del pollo. AA: mi columna es como la de un pollo, una carcacha” (S16 de 17). “AA: cuando me veo en un video de familia me veo fea, demacrada, con las manos arrugadas y el cutis sin vida. Me veo muy delgada, como que me faltan 5 kilos. Tengo miedo a mirarme al espejo porque en la tv dicen que hay una enfermedad que si se mira uno al espejo se ve gorda, pero yo no me veo gorda cuando me pongo crema. Pero nunca me miro al espejo, sólo la cara.” (s17 de 17) posteriormente señala que

son temas que no tienen importancia y noto la fuerte resistencia en este tópico. Creo que hizo falta trabajar con el espejo y profundizar en la percepción de la imagen corporal con los ojos y no sólo a través del tacto. En la sesión 17 y la observación del video se trabajó un poco.

### Percepción de la DMT

En la última sesión después de que digo que se moviera como quisiera y yo la seguiría, AA dice: “pero si siempre es así! Esa es la libertad que te da la danza terapia, que te puedes mover a tu aire y es mejor así que si tu me trajeras los ejercicios.” (s17 de 17). “Es bueno porque no te exigen nada que no puedas hacer o que sea malo para el cuerpo, la danza terapia me dio sabores”. Me parece un gran insight de lo que hicimos en nuestro trabajo.

### El cierre

En la despedida se dan insights importantes alrededor de cómo seguir avanzando, o en palabras de AA “ir hacia mejor”. Trabajamos el como con pequeños cambios, es decir, pequeños movimientos, se puede ir rompiendo rutinas no saludables, por ejemplo: para mejorar la relación con los otros mirar al frente cuando camino o hablo con ellos, para mejorar la postura corporal encorvada buscar “el punto neutro que genera bienestar” abriendo el torso, para evitar dolores por tensión respirar, entre otros. El traspaso de los logros terapéuticos a la vida cotidiana es difícil, pero creo que la repetición constante de algunos avances en terapia puede haber sido de ayuda para hacer esta inclusión. Al final, AA dice: “Gracias Andrea por escucharme, así tu no creas luego de cada sesión me siento mejor... te echaré en falta”. (s17 de 17). Retoma la imagen del molino, dice que es viejo y cansado, pero que mueve las aguas hacia otros mejores caminos.

## **CONCLUSIONES**

Después de la vivencia y análisis del caso, he comprobado la utilidad y éxito de la DMT en la psicosis y las técnicas que nos permiten acercarnos a este tipo de pacientes. Expondré algunos puntos concluyentes al rededor de la teoría y técnicas de la DMT y alrededor del caso en particular. Con la psicosis, la DMT trabaja desde la raíz de la enfermedad, la causa, la *estructura*, no exclusivamente desde el producto, la consecuencia, el *fenómeno*. El síntoma cambia o disminuye porque se desarrolla y fortalece la estructura; el objetivo es sostenerla mientras logra un desarrollo que le permita adaptarse más eficiente e independientemente a la realidad y para tal fin necesita crear mecanismos de defensa adaptativos y adultos que en su devenir reducirán la aparición del síntoma psicótico. Aunque no se cambie la estructura- es decir, no desaparezca la condición de ser

psicótico-, se trabaja para fortalecerla y permitirle al sujeto vivir mejor en su condición, ser más autónomo, eficaz, feliz, móvil.

Para trabajar con psicosis es preciso entender en el cuerpo y en la mente que el funcionamiento de un psicótico no es el mismo que el de un neurótico. Hasta que el terapeuta no vaya más allá de su propia estructura de personalidad – de ser neurótica -, no podrá establecerse una relación verdadera con el psicótico. Es imposible llegar a la psicosis con mecanismos y contra transferencia neuróticos. El terapeuta deberá renunciar a sí mismo para fusionarse y comprender al psicótico; solo desde esta relación se puede dar un avance.

Es posible trabajar todos los ítems del desarrollo ontogenético (emociones, afectos, historia, cognición, desarrollo psicosexual, del pensamiento, etc.) a través del movimiento; específicamente el trabajo de los patrones motores del desarrollo es una vía óptima de trabajo. Después de un análisis del material, encontré que el avance logrado en el movimiento en términos de espacio, tiempo, flujo, ritmos, cualidades, esfuerzos, etc., se correspondía con un avance en otra área de desarrollo emocional o mental. Con esto se comprueba una vez más, para éxito de la DMT, que existe una unión indisoluble entre el cuerpo y la mente, que son una unidad psiquesomática. Todo lo que afecta el cuerpo afecta la mente y viceversa.

No hay un estilo de sesión pre-establecida en el trabajo con psicóticos, pero si hay objetivos generales a desarrollar, herramientas y técnicas para hacerlo; los objetivos que encuentro mas completos para el caso individual son: integrar y desarrollar la unidad psiquesoma, contactar y expresar emociones, desarrollar las habilidades interpersonales y sociales, expandir el universo simbólico y desarrollar el movimiento espontáneo y la creatividad. El uso de una u otra herramienta, así como el abordaje de un u otro objetivo está definido por el paciente en su propia sabiduría en movimiento. Es el terapeuta el encargado de leer estas señales y darle forma a ello que el paciente le presenta inconcientemente; posteriormente, debe facilitarle una profundización. La relación terapéutica puede ser enunciada como un objetivo general, pero considero que es una condición perse, básica para que se de el proceso terapéutico.

Ocurrieron cuatro fases en todo el tratamiento: Los acercamientos y observaciones preliminares; la exploración del cuerpo, identificación de los focos de trabajo y comienzo de la ampliación del movimiento; la profundización y nacimiento del símbolo en la terapia y la consolidación de los avances y cierre del tratamiento. La finalización de un proceso con un psicótico no tiene que darse antes del logro a nivel de separación-individuación del Yo y del cuerpo. No es más importante la cantidad de sesiones para determinar la duración de un tratamiento con psicóticos que, como

mínimo, el logro de la diferenciación y fortalecimiento del Yo para hacer el distanciamiento sin ocasionar un derrumbamiento más en la estructura.

Al final del tratamiento y después de 17 sesiones observé una evolución positiva en AA, aún teniendo en cuenta la corta duración del proceso; todos los avances que se nombran a continuación están ejemplificados con múltiples viñetas en el análisis. El objetivo general se logró, pues AA desarrolló confianza y seguridad en el espacio y proceso terapéutico al que llamo “la casita”, de tal manera que volcó sus contenidos internos allí y soltó su movimiento. Evidentemente se jalono el desarrollo emocional, siendo el principal logro el comienzo de la diferenciación entre ella y yo. Un cambio importante en este nivel es la ganancia de la autonomía en la paciente, su capacidad para dirigir su propia sesión y, con esperanza, la aplicación de esta actitud en otras esferas de su vida.

En lo que más se trabajó fue en el fortalecimiento del esquema, la imagen corporal y el Self a través de la actividad corporal y verbal. Especialmente trabajamos la identificación de las partes del cuerpo y su sensibilidad, la respiración, la capacidad de relajar, la integración de las partes del cuerpo en una gestalt, el alargamiento y distensión de columna vertebral, la apertura del pecho y en general la ampliación del rango de movilidad corporal. Un cambio trascendental fue la adquisición de una imagen corporal más clara y completa dentro de una quinesfera más activa y amplia, el insight de la postura corporal y el deseo de cambiarla en una más funcional.

Igualmente profundizamos en la expresión de emociones; y aunque es más verbal que corporal, logró sacar fuera y ponerle nombre, movimiento y expresión a aquello que sentía y la aquejaba: los sentimientos de aislamiento y abandono. Logró hacer pasajes de la sensación, a la emoción, a la palabra y al movimiento. Logró evolucionar hacia varios insights importantes a nivel de su cuerpo y su mente, además de disfrutar de la posibilidad de moverse creativamente. La capacidad para crear se estimuló bastante, AA logró soltar su imaginación, cuerpo y creatividad y bailar canciones enteras de manera creativa, libre y con disfrute. Logró fácilmente ir del movimiento, a la imagen y al símbolo e iniciar y desarrollar propuestas de movimiento propio y creativo.

Se bordeó el tema de la relación con el otro y su trabajo se enfocó hacia la relación terapéutica, pero falta la contraparte grupal para su mejor desarrollo. Al respecto se fortaleció el contacto visual, la apertura a la relación respecto al uso del plano horizontal y sagital y la apertura del pecho. Se planteó como objetivo para la próxima experiencia terapéutica el iniciar el tratamiento de DMT en grupo. Los cambios en esta área no son evidentes puesto que no pudo practicarlos en relación a otros diferente a mí, por lo tanto es necesaria la continuación de una terapia grupal.

No se profundizó en los duelos patológicos que se repiten en su discurso, ni en la postura frente a la condición de enfermedad, pues en principio lo más importante era reestablecer unas mínimas condiciones de ser en el mundo, fortalecer unos núcleos sanos.

No puedo asegurar que el pasaje de los logros terapéuticos a la vida cotidiana se haya dado en el caso, es decir que los cambios se hayan expandido mas allá de la orbita de la relación terapéutica, no obstante, una satisfacción me llevo de un hecho que considero totalmente significativo, muestra y metáfora de un gran avance en la integración del ser: la vivencia en mi cuerpo a través del reflejo empático de una *experiencia auténticamente estética* durante nuestras últimas cuatro sesiones.

*“The so-called ‘esthetic experience’ is a psychological event linked mainly with the experience of mastering the wishes and not with their indirect gratification; it is therefore more often aroused in response to the ‘high’ arts” (Noy, 1968-1969, p. 630).*

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR. Fourth edition. Text Revision.
- Arciniegas, L. (1996). *De la constitución del sujeto y del sujeto de la clínica. 2. La división del sujeto*. En M. Garzón (Ed.), Cuadernos de clínica. No 1. Introducción a la clínica estructural. (pp. 70 - 73). Bogotá, Colombia: Javegraf.
- Brainsky, S. (1988) *Psicoanálisis y sufrimiento: ensayos clínicos*. Publicerad av. Tercer mundo.
- Chaiklin, S. (1981) *Dance Therapy* en Arieti, S. ed. American handbook of psychiatry. Capítulo 37. 2da edición. Vol. 5. New York: Basic books.
- Chaiklin, S. (1975). Marian Chace: Her papers. Maryland: ADTA.
- Chaiklin, S., Schmais, C. (1979). *The Chace approach to dance therapy*. En Eight theoretical approaches in DMT. Capítulo 3. P. Lewis Bernstein (ed.). Iowa: Kendall/hunt.
- Diamond, N. (2001). Towards an interpersonal understanding of bodily experience. En Psychodynamic Counselling. <http://www.tandf.co.uk/journals>. Taylor & Francis Ltd.
- Evans, D. (1997). Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano. Buenos Aires- Barcelona- México: Paidós.
- Freud, S. (1972). *XVI Inhibición, síntoma y angustia*. Sigmund Freud – Obras Completas. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1925).
- Freud, S. (1995). *XCI. Lo inconsciente*. Sigmund Freud: Obras completas. [CD-ROM]. Recuperado de la base de datos Freud Total 1.0. Biblioteca eLe. (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1995). *CXXVII. Neurosis y Psicosis*. Sigmund Freud: Obras completas. [CD-ROM]. Recuperado de la base de datos Freud Total 1.0. Biblioteca eLe. (Trabajo original publicado en 1924 [1916]).
- Freud, S. (1995). *CXXVIII. La pérdida de la realidad en la Neurosis y en la Psicosis*. Sigmund Freud: Obras completas. [CD-ROM]. Recuperado de la base de datos Freud Total 1.0. Biblioteca eLe. (Trabajo original publicado en 1924).
- Freud, S. (1995). *CLII. Psicoanálisis: escuela freudiana*. Sigmund Freud: Obras completas. [CD-ROM]. Recuperado de la base de datos Freud Total 1.0. Biblioteca eLe. (Trabajo original publicado en 1926).
- Foulkes, E. (1993). *El saber de lo real: una reflexión sobre la clínica de la psicosis y el fenómeno psicósomático*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión SAIC.
- González, G. (s.f.). *La estructura forclusiva*. Recuperado el 6 de Enero de 2004, de

www.kennedy.Edu.ar/Psicoanálisis/laestructuraforclusiva. Pdf

- Gutiérrez, M., Lastra, J., Torres, N., Otero, M., Romero, S., & Uribe, S.(2000). *Posibilidades de intervención desde la teoría psicoanalítica*. Texto inédito del área de psicología clínica de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
- Kestenberg, J; LOman, S.; Lewis, P.; Sossin, M. (1999). The meaning of movement. Developmental and clinical perspectives of the Kestenberg movement profile. New York: Brunner-Routledge.
- Klein, M. (1930). *La psicoterapia en las psicosis*. En Obras completas. Envidia y Gratitude y otros trabajos. Paídos: Buenos Aires.
- Krantz, A. (1999) *Growing into her body: dance/movement therapy for women with eating disorders* en American Dance Therapy Association eds. American Journal of Dance Therapy. Vol. 21, No.2.. P. 81 – 101.
- Krueger, D., Shofield, E. (1986) *Dance/movement therapy of eating disordered patients: a model*. En Ankho International Inc. eds. The Arts in Psychotherapy. Vol.13. p. 323-331.
- Lacan, J. (s.f.). *El seminario. Libro 3: Las Psicosis*. [CD-ROM]. Recuperado de la base de datos Infobase: Freud y Lacan 1.0 (Trabajo original publicado en 1955-1956).
- Lacan, J. (1991) *El seminario. Libro 3: Las Psicosis*. En J. Delmont-Mauri, & D. Rabinovich (Trad.) y J. Miller (Ed.). Buenos Aires - Barcelona - México: Ediciones Paidós. (Trabajo original publicado en 1955-1956).
- Liebowitz, G. (1992). *Individual dance movement therapy in an in-patient psychiatric setting*. En DMT: Theory and practice. Capítulo 5. Londres, Routledge.
- MacDonald, J. (2006). *Dancing with demons. Dance movement therapy and complex post-traumatic stress disorder*. En Dance movement therapy. Theory, research and practice. Ed. Payne, H. Capítulo 4. Routledge.
- Noy, P. (1968-1969). “A theory of art and aesthetic experience”. En The psychoanalytic review. 55:623-645.
- Mahler, M. (1984). Nacimiento psicológico del infante humano. Buenos aires: Maryman
- Portuondo, J. (1992). Test proyectivo de Karen Machover. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rolla, E. (1987) *Avances en el psicoanálisis de la psicosis*. En Revista de psicoanálisis. Tomo XLIV. N.87-1. p. 63-79. Buenos aires: APA
- Romero, S. (1996). *Introducción a la psicosis*. En M. Garzón (Ed.), Cuadernos de clínica. No 1. Introducción a la clínica estructural. Bogotá, Colombia: Javegraf.
- Sandel, S. (1995) *Imagery in dance therapy groups: a developmental approach*. En Foundations of



- dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace. Eds. Sandel, S., Chaiklin, S., Lohn, A. Elsevier Science.
- Stanley, C. (2007). *Dance, don't interpret! Commentary on papier by Steven Cooper*. En *Psychoanalytic dialogues* 17 (2): 299-304.
- Sandel, S. (1995). *The process of empathic reflection in dance therapy*. En *Foundations of dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace*. Eds. Sandel, S., Chaiklin, S., Lohn, A. Elsevier Science.
- Stark, A., Lohn, A. (1995) *The use of verbalization in dance/movement therapy*. En *Foundations of dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace*. Eds. Sandel, S., Chaiklin, S., Lohn, A. Elsevier Science.
- Stanton-Jones, K. (1992). *Theory into practice: clinical examples and techniques*. En *An introduction to dance movement therapy in psychiatry*. Capítulo 5. Londres: Tavistock/Routledge.. P. 85 – 104.
- Pilvanainen, P. (2003). *Body image: A tripartite model for use in dance/movement therapy*. En *American journal of dance therapy*. Vol. 25 No.1. American dance therapy association.
- Vallejo Ruiloba, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Winnicott, D. (1962) *De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo*. En *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia.