

Sobre el manejo de los diálogos de acción en la relación terapéutica¹

Gisela Worm

El setting

Si se pretende que el espacio de acción en la terapia trascienda ocasionales intervenciones de apoyo y sea utilizado en la forma descrita para la clarificación de situaciones relacionales, se hace necesaria una introducción explícita. En el mejor de los casos, tal introducción se lleva a cabo al comienzo de la terapia, de manera que las intervenciones de acción estén desde el inicio contenidas en el encuadre de la terapia como posibilidad. Si se desea modificar el encuadre en el transcurso de una terapia a través de la correspondiente apertura del espacio por medio de la sugerencia de hacer uso del espacio completo para la representación, un fantasear previo en torno al significado de tal modificación es recomendable, en especial cuando un paciente no dispone de experiencias previas de ese tipo. En un tratamiento en curso, una modificación como esta por lo común se enlaza necesariamente con la situación transferencial existente y la fortalece o desplaza en determinadas direcciones. En la mayoría de los casos, se vincula una intensificación de la situación afectiva en la relación terapéutica con esta modificación del encuadre. Esto puede ser una ventaja, tal como ya hemos descrito. Pero también puede conducir a afectos que inundan, a través de los cuales se pierde el espacio simbólico en la terapia. O las resistencias se refuerzan tácitamente y se producen pseudo-conductas por sobreadaptación. La introducción de intervenciones de acción debiera, en consecuencia, prepararse en todo caso junto al paciente.

El manejo de diferentes ámbitos de expresión

En la iniciación activa de diálogos de acción, es posible distinguir cinco *ámbitos de expresión* corporal, que pasan de diferentes maneras al centro de atención. Estos ámbitos de expresión son: la respiración, la voz, la expresión de los ojos, el ámbito motor y el contacto físico. En el ámbito motor están contenidas todas las formas mímicas y gestuales de expresión, como también el movimiento en el espacio. Formas de manejo de estos ámbitos de expresión serán graficados y discutidos con mayor detalle a través de ejemplos.

¹ Extractos de "Zum Umgang mit Handlungsdialogen in der therapeutischen Beziehung", capítulo de *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie* (pp. 211-238), editado por Peter Geissler y Günter Heisterkamp (2007, Viena, Springer). Traducción por Ps. André Sassenfeld J.

El significado de una reacción respiratoria en la relación terapéutica

Un paciente me contó sobre una sesión en una terapia de respiración. El terapeuta le había ayudado a respirar en la caja torácica mediante el abrir los brazos en la exhalación y el enderezamiento de la parte superior del cuerpo. El se había sentido muy bien en esto. Cuando quiere demostrarme el movimiento, espontáneamente lo hace de modo inverso. En la exhalación ciertamente abre los brazos, pero lleva la cabeza hacia delante de modo que la caja torácica más bien se cierra. El mismo lo advierte y de inmediato desea cambiarlo en el sentido del ejercicio aprendido. Sin embargo, yo le pido que se quede con su movimiento espontáneo con la exhalación más bien cerrada. En primer lugar, deseo conocer el sentido de su reacción corporal espontánea. El paciente repite el movimiento tal como lo llevó a cabo y presta atención a sus sensaciones. Después de un momento, manifiesta: "Sí, ahí hay muchas malas cosas detrás, si eso sale me dejarán de querer." Se le ocurre una mujer que lo hirió. Más allá, surgen varias heridas y descalificaciones por parte de su madre, a la cual por otro lado está dependientemente apegado.

Utilizaremos este primer ejemplo del abordaje de la respiración con la finalidad de poner al descubierto diferentes aspectos que son específicos a este enfoque terapéutico corporal. Por un lado, queda de manifiesto la diferencia con una terapia corporal funcional como la terapia de respiración. En ella, la meta es una modificación de la vivencia del cuerpo. No obstante, esta modificación no es vinculada con experiencias relacionales, al menos no en el enfoque del método. Aquí, otra forma de proceder se encuentra en un primer plano y esto también vale para los demás ámbitos corporales. En primera línea no se trata de facilitar un comportamiento y una vivencia corporal alternativos. Más bien, el objetivo es en primer lugar la comprensión de los patrones fijados en relación con su historia y su función actual de regulación del vínculo. En este sentido, tampoco se trata de la instrucción de un ejercicio con una determinada sucesión intencionada. Se trata de entender, cuando un ejercicio se convierte en punto de partida, precisamente las desviaciones y variaciones personales. Por lo tanto, en el centro de atención se encuentran los patrones específicos de expresión corporal. Por disfuncionales que parezcan en el sentido corporal, la primera meta buscada es la comprensión con miras a las experiencias relacionales en ellos reguladas. Esta es, en el nivel corporal, la forma del análisis de las defensas y de elaboración.

En la terapia de respiración, se trabajó sobre la *auto-experiencia corporal* del paciente en conexión *con funciones y sensaciones corporales*. Esta forma de proceder también fortalece la auto-percepción y la vivencia de un self delimitado y capaz de funcionar en la alternativa ofrecida. Este puede ser un paso decisivo en el fortalecimiento de la imagen corporal, en especial para pacientes que lidian con imágenes corporales muy defensivas, fragmentadas y rechazantes. También puede constituir un paso en la primera etapa de una terapia. Con posterioridad, se agregan los significados relacionales (compárese Maaser, 2007).

Si uno más bien enfatiza la conducta corporal espontánea –como, en este caso, el patrón respiratorio cerrado– y se pregunta por el significado de esta, la percepción se conduce hacia el significado de la expresión. A través de este tipo

de intervención, se introduce otra definición de cuerpo que en esencia hace referencia al *cuerpo expresivo*. Es decir, la expresión corporal es puesta en relación con una fantasía relacional que se sospecha detrás de la especificidad de esa expresión. Este paciente comprende el cambio de perspectiva y responde de inmediato con una fantasía de tales características. Vivencia su cerrar el pecho como expresión de una protección en un vínculo importante en el cual no tiene permiso para expresar sus reacciones agresivas respecto de heridas percibidas. Así, en la actitud corporal se expresa una solución relacional. Esta vuelve a manifestarse en este momento, donde ya no se trata de un “ejercicio corporal” sino de una definición distinta del manejo del cuerpo también para el paciente. Pero no siempre el paciente inmediatamente comparte esta perspectiva. A menudo, los pacientes siguen entendiendo la pregunta por su vivencia corporal en un primer momento en el nivel de la función y percepción corporal. Puede durar mucho tiempo hasta que se puede encontrar una comprensión y un lenguaje conjunto para esta faceta expresiva del cuerpo. En esa reacción del paciente, la relación conflictiva ligada en la expresión corporal se mantiene por el momento fuera de la relación terapéutica. El terapeuta sigue teniendo una función de acompañamiento.

Sin embargo, el conflicto se hace evidente a través de la percepción consciente del patrón respiratorio aparentemente disfuncional. En términos de la psicología psicoanalítica del self, puede afirmarse que el terapeuta actúa como selfobjeto positivo al abrirle al paciente el espacio externo e interno para una percepción correspondiente de su cuerpo y los trasfondos relacionales que se expresan en este.

Otra posibilidad de entender esos trasfondos del vínculo estaría dada por la *simbolización de los objetos* en la sala. En ese caso podría proporcionarle de forma simbólica en el espacio un lugar a la mujer o a la figura materna que hirió al paciente y que aparece en las asociaciones. De este modo, el paciente podría entonces ubicarse de frente a esta figura con el patrón respiratorio descrito y explorar, en vistas del vínculo conflictivo, los sentimientos encerrados detrás de este. De a poco, podrían desarrollarse actitudes corporales alternativas en conexión con cambios en la experiencia relacional. También en esta variante, el terapeuta se mantendría en un papel de acompañamiento y apoyo. La ventaja es que, con ello, el terapeuta sigue siendo un tercero, lo que muchas veces puede ser de gran importancia para la posibilidad de reflexión sobre la escena representada.

Otro nivel de la elaboración consistiría, a diferencia de las formas descritas de proceder, en visualizar y elaborar *el comportamiento corporal expresivo espontáneo como reacción a la relación transferencial actual*. El terapeuta entonces representaría el objeto que hiere del cual, en su experiencia, proviene la herida o la posibilidad de ser herido. Su actitud corporal y su cerrar la caja torácica entonces serían una reacción a la percepción actual de tal situación relacional. De este modo, la intervención correspondiente no preguntaría por la vivencia relacional interior en forma de fantasías o recuerdos, sino que afirmaría algo así como: “¿Podría ser que usted teme ser herido por mí y entonces tiene miedo de enrabarse conmigo?” O la intervención podría,

dependiendo de la expresión mímica del paciente, también afirmar: "Tengo la impresión de que usted también retiene algo frente a mí." En el ulterior desarrollo, sería de importancia observar también de qué manera el paciente reacciona corporalmente a esta intervención. Factible sería que, por ejemplo, el paciente se enderezara de modo espontáneo y dijera: "No, aquí eso es diferente. Sé que usted desea ayudarme y que no me ataca." Pero, junto a ello, podría ser que girara la cabeza hacia el lado, la respiración se detuviera, la voz cambiara o se echara para atrás en el sillón. Después de intervenciones que se refieren a una conducta corporal, a menudo se presentan de manera especialmente intensa reacciones corporales adicionales. Pueden ser visualizadas como asociaciones involuntarias a la temática transferencial discutida y a partir de ellas puede continuarse el análisis.

En ello, en especial en una situación transferencial particularmente tensa, como regla sólo el prestar atención a estas "*asociaciones espontáneas*" resulta útil. En una situación de tales características, las intervenciones activas con la propuesta de algún tipo de actividad corporal muchas veces no son entendidas en cuanto a su intención de contenido, sino en cuanto a su significado en el contexto de la situación transferencial experimentada.

Si por ejemplo en este caso se promoviera algún cambio corporal con la finalidad de ampliar la respiración, el paciente podría entender que se desea engañarlo. En el seno de la relación experimentada, quizás tendría la impresión de que se pretende seducirlo a expresiones agresivas que están encerradas en la caja torácica para entonces castigarlo con una retirada de amor. En un proceso avanzado, en el cual el paciente ya es capaz de expresar tales sentimientos, una propuesta como esta no sería necesariamente un error ya que justamente a través de ella la situación transferencial se puede clarificar.

Sin embargo, en la elaboración de la relación conflictiva en la transferencia en general se recomienda percibir y discutir sólo las asociaciones espontáneas emergentes en la conducta corporal. Los significados pueden entonces ser gradualmente descifrados por el paciente mismo por medio de recuerdos correspondientes.

En todo caso debe tenerse en consideración que, en una intensificación de la relación terapéutica mediante conflictos transferenciales, todo diálogo de acción que transcurra entre terapeuta y paciente debe ser contemplado de forma especial en dos direcciones. Si por lo común el contenido se encuentra en el centro de atención, ahora el contenido retrocede y el significado experimentado por el paciente de la relación terapéutica determina la experiencia afectiva. En las intervenciones verbales esto también ocurre así. Downing (1996) habla de los dos componentes de una intervención y diferencia el contenido del meta-nivel y del comportamiento del terapeuta. O describe este doble significado de la siguiente manera: "Podemos tomar todo acerca de lo cual el paciente habla -sin excepción- en dos niveles. El primer nivel está relacionado con el contenido directo e inmediato. El segundo consiste en posibles referencias al terapeuta y la terapia -es, por así decirlo, un comentario indirecto y metafórico" (p. 276). En consecuencia, en una interpretación entonces lo significativo no es su contenido, sino la forma -p. ej., con qué tono

de voz- en la que es realizada. Dependiendo de la experiencia de la relación terapéutica, el contenido es experimentado como apoyador, clarificador o crítico. Lo mismo vale para las intervenciones centradas en el cuerpo. En ellas, se trata entonces menos del contenido de la acción corporal o escenificadora, sino que se trata del significado de tal propuesta en la relación terapéutica. Así, en una supervisión un colega no entendía por qué un paciente abandonó la terapia después de que había colocado en el centro, con un paciente por lo demás muy adaptado, especialmente ejercicios corporales relacionados con decir que "No". En la supervisión pudo entonces comprenderse que, a pesar de ello, al seguir el ejercicio le había dicho siempre que "Sí" al terapeuta. Por lo tanto, un "No" auténtico sólo le quedaba a través de la interrupción del tratamiento.

Todas las intervenciones en el nivel corporal son, en consecuencia, deben ser reflexionadas en este doble significado especialmente durante una situación transferencial intensa.

En las intervenciones de acción, este significado del encuadre puede ser experimentado aún más influyente, ya que por medio del nivel de la acción se tocan muchas veces capas afectivas más profundas y tempranas. También la posibilidad de distanciamiento puede ser menor que en las intervenciones verbales. En este punto, entra la crítica desde el lado psicoanalítico con la sospecha de manipulación. Pero debe tenerse en cuenta que las interpretaciones, en principio, tienen las mismas implicancias, aunque tal vez menos llamativamente. Seguramente es necesario, cuando uno visualiza y define la relación terapéutica en esencia como campo transferencial, aplicar los puntos de vista metodológicos del análisis también al abordaje corporal. Esto significaría que la observación de las resistencias y en especial de su significado para el patrón transferencial actualizado debiera tener prioridad. Esto vale en particular para fases en la terapia en las cuales el trabajo con la transferencia se encuentra en un primer plano. En esas fases, las intervenciones corporales tienen principalmente el objetivo de graficar la relación terapéutica actual en el trato corporal del uno con el otro -p. ej., mediante modificaciones de la distancia en la sala- y de clarificar su trasfondo genético.

Sobre el manejo de la contratransferencia

La contratransferencia somática recibe una significación especial en este abordaje interactivo. A menudo, las reacciones corporales y los impulsos a actuar aquí son percibidos con mucha mayor intensidad que en un abordaje verbal. Por un lado, seguramente a través del abordaje corporal la auto-percepción corporal del terapeuta se encuentra más en el primer plano. Además, patrones propios de reacción corporal tienen mayor probabilidad de ser activados mediante la escena interactiva.

También aquí es factible una modalidad de intervención más bien de apoyo o centrada en la transferencia. En la escena descrita con anterioridad, esto podría manifestarse de la siguiente manera: el terapeuta advierte cómo su propia respiración se detiene, su caja torácica está tensa, sus manos se enfrían,

el impulso a toser surge, sonidos abdominales se vuelven audibles. Uno podría comunicarle este sentimiento corporal propio de forma identificatoria al paciente y decir algo así como: "Puedo ahora sentir cuán encerrado se siente usted a veces en la zona torácica." Con esta respuesta, uno en primera línea se mantendría en el nivel de las sensaciones. Si uno quisiera discutir el nivel del significado por medio de la identificación en la contratransferencia, uno podría agregar: "Con mi reacción corporal también puedo sentir su temor frente a un cambio cuando resulta incierto lo que se esconde detrás."

Sin embargo, uno también puede entender la propia reacción corporal como respuesta al conflicto del paciente en la relación transferencial y reaccionar en concordancia. Entonces, podría producirse la siguiente escena:

El paciente responde a la pregunta de si su cerrar la caja torácica guarda relación con el vínculo terapéutico tanto con una negación verbal como con un simultáneo quitar la mirada. Una posibilidad sería nombrar su reacción corporal de defensa. Pero quizás, su conducta desencadena un impulso propio a hacerse a un lado o a dar un paso atrás. Uno podría volver a expresar este impulso en términos verbales o actuando de forma consciente, efectivamente modificando el lugar. El paciente podría reaccionar frente a esto con temor y decir: "No quise alejarlo." Volviendo un poco más a su dirección visual, tal vez uno podría percibir como el paciente vuelve a inclinarse hacia delante para proteger su pecho, pero de forma totalmente inconsciente. Mediante una simultánea verbalización de las percepciones y reacciones propias respecto de esto, de modo gradual la situación transferencial se podría concretizar y volverse nombrable, incluyendo su expresión corporal. En todo caso sería importante percibir tanto la forma corporal de la reacción como la forma verbal. Esto valdría tanto para el comportamiento del paciente como para el comportamiento del terapeuta. La comprensión del patrón relacional interno en la transferencia actualizada, también en su expresión corporal, tiene la ventaja de una especial evidencia dado que la situación se torna vivenciable de manera afectiva intensa por parte de ambos.

Hasta ahora, se han descrito tres posibilidades del abordaje de la dimensión de la acción tanto por el lado del paciente como en el manejo de la contratransferencia: *primero*, la percepción del cuerpo en el nivel corporal funcional con un rol de acompañamiento del terapeuta; *segundo*, el enlazamiento de la vivencia del cuerpo con el significado relacional en el nivel de la auto-experiencia del cuerpo. Los vínculos correspondientes surgirían entonces de modo asociativo o serían concretizados mediante símbolos en el espacio. También en esta forma de proceder el papel del terapeuta seguiría siendo de acompañamiento y apoyo. *Tercero*, se describió la elaboración de los vínculos en la transferencia. Aquí, el terapeuta reacciona a partir de la identificación con una parte del sistema interior de vinculación del paciente. La diferencia decisiva yace, por ende, en el centramiento terapéutico de la percepción en el seno de una determinada definición actual de la función del rol terapéutico. En el transcurso de un tratamiento, estas formas de intervención cambian dependiendo de la estructura del paciente o momento del proceso

terapéutico. Una discusión de la indicación de estas distintas formas corporales-escénicas de intervención se puede encontrar al final de esta contribución.

En lo que sigue, ejemplos adicionales en relación con el manejo con otros ámbitos corporales servirán para ilustrar esta forma de proceder.

Sobre la significación de la expresión de los ojos

Con una paciente, me llamaron la atención sus ojos grandes que daban la impresión de estar flotando en un gran mar y que tenían la cualidad indefinida de estar buscando algo. En una sesión, se sentía tan pesada, que apenas era capaz de mantenerse sobre un piso. Después de que yo le propuse seguir su sensación corporal, se dejó deslizar sobre el suelo. Me senté a su lado en el suelo, con mi rostro hacia ella, guiada en esto por su expresión de los ojos, la cual yo deseaba seguir. En un primer momento, cerró los ojos, pero entonces giró su cabeza completamente hacia mí y me miró con sus ojos grandes en la forma descrita. Tuve cada vez más la sensación que todo su rostro y cuerpo consistía sólo en ojos. Yo podía recibir su mirada con facilidad y recordé el período de amamantamiento de mis hijos. Por un largo tiempo, no hablamos. Al final, la paciente sólo dijo que podría haberse quedado tendida por siempre.

Percibí el hambre que la paciente tenía de sentirse sostenida y segura en este contacto ocular. No obstante, después de que habíamos trabajado varias veces de este modo, advertí que con ello poco cambiaba en su expresión de los ojos. Tematicé esta impresión y le propuse imaginarse que sus ojos fueran como tenazas con las cuales me pudiera acercar a ella. Para mi sorpresa, esta idea le provocó gran temor. A pesar de toda la anterior intensidad del contacto visual, recién con esta idea relacionó una exigencia activa hacia mí que era un completo tabú.

El comportamiento de espera pasiva se repitió también en otros niveles corporales, pero en primera instancia llamaba mucho la atención en la expresión de sus ojos. También aquí, la meta era en primer lugar entender en esta expresión corporal el conflicto –como aquí, la defensa de impulsos activos en la expresión de los ojos. Con ello, puede resultar necesario dejar ser la “solución” corporal por un período de tiempo, p. ej. con la finalidad de establecer suficiente terreno para el análisis del conflicto. También puede ser que, en este tipo de sostén corporal, en un primer momento esté contenido menos un conflicto que un gran déficit en la experiencia basal de un contacto visual sostenedor. Un criterio sería siempre el surgimiento de pasos evolutivos nuevos sobre la base de esta experiencia. Un estancamiento o también un aferramiento férreo a una forma del contacto terapéutico que se ha encontrado habla a favor de su naturaleza defensiva.

En la elaboración de una expresión corporal como esta, se trata de abrir el espacio para formas novedosas de expresión a través de la asociación libre, impulsada por la pregunta: “¿Cómo podrían los ojos mirar de otra manera si usted los deja libres?” O uno puede, como aquí ocurrió, hacer propuestas. Uno podría preguntar: “Si usted pudiera ‘tomar’, ‘penetrar’ o ‘gritar’ con sus ojos - ¿cómo podría ser eso?” Uno pudiera, en un primer momento, probar esto en conjunto con el paciente. Habría que explorar las fantasías que emergen con la conducta corporal modificada.

Formas nuevas de expresión corporal pudieran de esta manera ser desarrolladas en el nivel corporal a través de intervenciones terapéuticas de apoyo. En un paso adicional, la conducta corporal modificada debiera relacionarse con el vínculo conflictivo en el cual ha tenido lugar en lo fundamental la restricción de las posibilidades activas. De forma gradual, en un primer momento pueden introducirse objetos simbólicos que representen las personas en relación a las cuales por ejemplo la actitud exigente que es tabú jugó un rol especial. Otra posibilidad sería explorar el vínculo conflictivo en el contacto terapéutico. Esto conduciría a un análisis del patrón conflictivo en la transferencia.

La dosificación de estos pasos desde la vivencia del cuerpo pasando por el manejo de objetos simbólicos hacia el trabajo en la transferencia depende, una vez más, de la estructura del paciente y del momento en el que se encuentra el proceso.

Sigue respecto del *trabajo en la transferencia* un ejemplo con la expresión. La voz y el contacto visual estuvieron en un primer plano.

Sobre la significación de la voz

Este paciente, siendo un niño nacido en la guerra, fue dejado solo a menudo debido a la ausencia del padre y a una madre que debía encargarse de proveer para la familia. Una y otra vez luchó en la terapia con intensos sentimientos de abandono. En su conducta corporal, me llamó especialmente la atención su voz a menudo ronca o empañada. Se produjo la siguiente escena: el paciente está parado frente a mí, carraspea a menudo y escupe en un pañuelo. A raíz de mi sugerencia, intenta hacer un sonido. Mientras intenta esto, su cuello se cierra cada vez más, la voz se torna cada vez más aplastada. Se vuelve hacia otro lado y la voz se libera un poco. Entonces, se tapa los oídos y dice: "Yo mismo no lo debo escuchar." Después de un momento, va hacia una esquina de la sala y se tiende sobre el abdomen. Percibo a través la voz que sube de volumen que se enoja cada vez más. Una vez, sale de él un "Mamá" medio sofocado, después vuelve a gritos sin palabras. Posteriormente, dice sobre esto que tomó consciencia por primera vez, cuando subió el volumen de su voz, cuánto había en el con una cualidad asesina. Afirma: "En ese momento, te podría haber matado."

Aquí queda al descubierto de qué manera una agresión experimentada de forma asesina se conecta con la voz. Efectivamente experimentó su propia voz como algo muy peligroso mientras que no relacionó su fuerza corporal, a pesar de su tamaño masivo, en ese momento con una fuerza especial o cualidad amenazante. Es interesante cómo aquí la vivencia corporal refleja la fijación temprana y también la mejor regulación relacional posible en ese momento. El grito literalmente se atascó en su garganta ya que, al parecer, gritar fuertemente llevó a mayor impotencia, tuvo como consecuencia una retirada de la madre o dejó tras de sí mucho temor de destruirla. Aquí, la experiencia de ese vínculo está conectado de modo espontáneo con la transferencia. Dado que el paciente, a pesar de la vivencia arcaica de impulsos, disponía de una suficientemente estable estructura del yo, el análisis posterior de los patrones corporales en la transferencia era una posibilidad.

En un momento posterior, este paciente está parado frente a mí y tiene el impulso de atacarme de forma agresiva, algo que puede reconocerse también especialmente en la expresión de sus ojos. Sentía una creciente insensibilidad en las manos y tensión en los brazos. Después de una larga lucha interior, empieza a sacudirme desde los hombros, estando en un primer momento su voz nuevamente ausente. Cuando hace más ruido, tiene que quitar la mirada. Da un par de pasos atrás y me mira desde una mayor distancia. Percibe la rabia y fuerza que surge ahora en sus ojos. Se hace consciente de que recién a través del contacto visual yo me convierto en una persona para él. Antes, "estuvo abordando mi cuerpo". Esto le permitió volver a encontrar su fuerza corporal, pero con el costo de la relación personal.

Aparte del significado de su voz, el paciente expresa aquí una función decisiva del contacto ocular. Por lo tanto, también me parece relevante concederle a los ojos en una consideración sistemática de los diferentes ámbitos del cuerpo un lugar propio. Muchos pacientes manifiestan que sólo son capaces de hacer ciertas cosas con los ojos cerrados, que no les son posibles en el contacto. Así, en primer lugar puede resultar importante quitar el contacto visual de un diálogo de acción a través de la forma de construcción de la escena o cerrando los ojos. La distancia y el no ver posibilitaron a este paciente en la escena descrita en un primer momento vivenciar el significado de su voz disminuida. Pero la evitación del contacto visual también puede –tal como el paciente advierte en esta escena– convertirse en la defensa contra una experiencia relacional, lo que lleva a una restricción crónica inconsciente de las posibilidades de contacto. Este paciente, por ejemplo, expresó a menudo el sentimiento de no ser visto en sus necesidades y temores. Esto probablemente era correcto en términos de la génesis. Pero repetía esa experiencia en el presente al quitar la mirada. "Hago que el otro se difumine", dijo cuando en este contacto también discutimos su fuerte miopía. También tendía a sobrepasar al otro en el contacto por medio del no mirar, como expresión de su rabia y su expectativa de no ser visto en su necesidad. Sin embargo, esta conducta volvía a traerle sólo retirada, incomprensión y rabia.

Movimiento en el espacio

Otros ejemplos pretenden ilustrar el manejo del ámbito motor. Si se incluyen aquí todas las expresiones y actitudes mímicas y gestuales así como todos los movimientos en el espacio, se obtiene una tremenda diversidad de posibilidades de expresión que posibilitan el acceso a los patrones relacionales internos. En los ejemplos, se recurre al significado espacial del movimiento de entre la cantidad de expresiones y significados motores. A menudo, la forma de la restricción o inhibición refleja también la etapa del desarrollo en la cual ese comportamiento tiene su origen.

Una paciente que fue tratada por su madre principalmente como selfobjeto, al comienzo de la sesión siempre coloca una manta sobre la cual se tiende. Un día queda claro que debe observar los límites de la manta de modo absoluto. Incluso la mera

fantasía de rodar más allá de los límites de la manta está acompañada de grandes temores. Para ella se hacía una y otra vez perceptible cuánto sólo tenía permitido mantenerse en el “círculo dado por la madre” o por otras relaciones que la representan.

El hecho de que esta inhibición y el pánico respecto de hacer uso del espacio más amplio para sí misma se expresaban ya al estar tendida y se mantuvieron por mucho tiempo allí, me dejó claro cuán tempranamente esta “restricción del movimiento” había comenzado en el sentido psíquico. Este tipo de restricción del movimiento tenía en esta paciente llamativamente poco que ver con su movilidad corporal general. De profesión era profesora de danza y, en consecuencia, se movía de modo puramente corporal en los espacios mas variados de forma continua. La vivencia del cuerpo en un espacio, que aquí adquirió el significado de su propio espacio vital, era para ella algo completamente diferente.

Un significado similar del espacio se dio para otra paciente, pero en otro nivel del desarrollo.

Con esta paciente, en un primer momento trabajé un buen tiempo de forma sentada en un orden fijo de sesión, ya que acudió por una crisis actual. Sin embargo, con posterioridad se dio un proceso terapéutico más largo. Después de un tiempo, me llamó la atención la forma en la que ocupaba su lugar. Al entrar en la habitación, cada vez pasaba con rapidez en el menor tiempo posible, en una actitud agazapada, al lugar del sillón, como si en ello debiera evitar ser vista. Cuando tematicé esta impresión, parecí dar en el blanco. Sentía defensa y temor frente a la mera idea de moverse en el espacio. No obstante, después de un tiempo sintió curiosidad por las razones por las cuales debía defenderse tanto de esto, ya que los procesos terapéuticos no le eran algo ajeno. Así, después de una discusión más bien larga, asintió a una modificación del setting. La primera sesión en la que deseamos abordar esta modificación, sin embargo, canceló la sesión. En la siguiente sesión, encontró una nueva solución.

Se construyó una muralla con colchonetas, detrás de la cual se escondió. Durante muchas horas trabajamos primero con esta muralla, detrás de la cual cada vez se desaparecía. Pero el tema del movimiento libre en el espacio y su significación se encontraba, con ello, ya siempre en el centro de su percepción y asociación. Sólo de a poco se atrevió a salir. El aspecto transferencial peligroso fue separado por ella en parte de mí y fue simbolizado en un rostro en la habitación que la seguía con ojos fríos. De este modo, fue posible experimentarme como apoyo, aunque una y otra vez también mezclada con el temor a mi mirada crítica.

Fue posible elaborar el siguiente significado: la paciente provenía de una “familia-fortaleza” muy cerrada hacia el exterior, dominada por mujeres. Intensas ambivalencias no expresadas condujeron a que se exigiera una lealtad absoluta respecto de la familia por medio del aferramiento al lazo familiar simbiótico. La mayoría de las mujeres en la familia se mantuvieron solteras junto a la abuela.

Para la paciente, el espacio de movimiento en la terapia adquirió el significado de una separación respecto de este lazo familiar también porque en esto ella misma aparecía en términos de su consciencia como mujer. Por lo tanto, trabajamos después de la comprensión de la problemática de autonomía

en su auto-afirmación como mujer, entre otras cosas frente a un gran espejo en el espacio terapéutico. Primero, sólo pudo contemplar su propia imagen con un gran rechazo. Sin embargo, gradualmente se sintió tanto en el espacio –con el significado de un espacio vital propio– como en su apariencia femenina más segura a pesar de los ojos amenazantes. Hasta entonces, no obstante, nunca nos habíamos tocado en términos corporales, lo que dentro de un marco terapéutico como este y en el sentido de la intimidad de las temáticas era llamativo.

Entonces, un día ocurrió algo distinto.

Toques

No me espera sentada como siempre, sino que de pie en la parte posterior de la sala. Camina de un lado para otro detrás de una colchoneta ubicada en el piso. De a poco, se atreve a pasar la barrera. Al hacerlo, sus manos se mueven entre su rostro y su espalda. Espero de qué modo la situación se sigue desarrollando. Pero por mucho tiempo mantiene la misma distancia respecto de mí y me invade un sentimiento de estancamiento. Cuando expreso esto, ella dice: “¡Bueno, vuelvo a intentar dejarla fuera!” Esta forma de regulación relacional entre nosotras, a través de la cual intenta no dejar que aparezca ni demasiada cercanía ni demasiada distancia, era un tema repetido. En consecuencia, intento dar un nuevo impulso desde mí y me acerca a ella con los brazos estirados y las manos hacia arriba. El objetivo es explorar un poco más el temor al contacto físico y proponer mediante la forma de la propuesta en primer lugar una forma delimitadora de toque. Ella se me acerca con la misma posición de manos y brazos hasta que nuestras manos se tocan. Por un instante empuja débilmente contra mis manos. Espero el desarrollo de un diálogo delimitador de contacto físico. Entonces, de pronto la paciente solloza, da unos pasos hacia el lado, cae sobre sus rodillas, se contrae, coloca las manos frente a su rostro y llora con la expresión de profunda desesperación. Me toma por sorpresa, me arrodillo a su lado, coloco un brazo alrededor de sus hombros y tomo su mano, que apenas me toca. Aún llorando me dice: “Eso es terrible, mi mano está como muerta, ¿cómo puede usted soportarlo?” Cuando finalmente el llanto se detiene, me cuenta de su experiencia. “Es el calor, la calidez de su mano, entonces entra en mí –y allí entonces está esta desesperación, este dolor.” Al decirlo, coloca su mano sobre su propio pecho. Entendemos juntas que, en el esfuerzo por delimitarse en su familia exigente y esforzada por una armonía duradera, a menudo tuvo que suprimir su anhelo de cercanía y contacto y no quiso sentir ni expresar su soledad.

El toque en el contacto terapéutico puede, dependiendo del contexto actual de significado, convertirse en una llave decisiva para los afectos que están ligados a un gesto. Muchas veces, esos afectos no son desconocidos en otro contexto. En el caso de esta paciente, la aflicción y la soledad eran una temática a menudo discutida y sentida en relación con la pérdida de su pareja. Pero no había vinculado esos sentimientos con sus experiencias infantiles, al menos no con esta intensidad del afecto. En su consciencia, el sentimiento de seguridad en la externamente muy estable estructura familiar estaba en un primer plano. La prolongada observación de la resistencia de la paciente contra toda forma de toque era probablemente condición previa para que en ese momento pudiera permitir toda la profundidad de los sentimientos defendidos,

desencadenada por el contacto corporal. La reflexión sobre el momento oportuno para una intervención que apunte detrás de la defensa es en esto al menos tan importante como el "timing" de una interpretación. "Apuntar detrás de la defensa" se refiere, en este contexto, a la propuesta activa de un contacto físico, el cual hasta entonces había sido visiblemente evitado por la paciente. Reforzamientos de la defensa o la aparición de demasiada labilidad también en el abordaje corporal constituyen las posibles rupturas en el proceso de tratamiento.

El toque puede adquirir las significaciones más diversas. Una exposición amplia de formas de toque se encuentra en el libro de Moser (2001) *Berührung auf der Couch*. Una de las formas más importantes es la función sostenedora del toque. A menudo, sentimientos muy asociados a la angustia sólo pueden ser liberados bajo este concreto sostén corporalmente perceptible y sus significados simbólicos.

Es preciso agregar que los auto-toques, aparte del toque en el contacto terapéutico, juegan un papel muy importante en la experiencia de la catexia del propio cuerpo. Así, muchos pacientes apenas se tocan a sí mismos o sólo en algunas partes. O, en el auto-toque, se perciben como anestesiados. La forma del auto-toque, delicada, mecánica o violenta, permite reconocer y entender estructuras relacionales internas. Muchas veces, la sugerencia de auto-toque es una forma importante ya que el toque en el contacto terapéutico, aparte de su significado liberador y sostenedor, puede tocar traumas psíquicos decisivos. De este modo, una paciente estuvo muy asustada porque mi toque repentinamente le recordó los "dedos puntudos" de su madre, que experimentó como profundamente invasivos. Tuvo que enderezarse con rapidez para reasegurarse de mi realidad. A menudo, resistencias difíciles de resolver se establecen en torno a toques, ya que en esa condensación la naturaleza simbólica deja de ser experimentable para la paciente. El contacto terapéutico es experimentado, en ese caso, por ejemplo como sustituto de la madre y una función de sostén duradero es eventualmente exigida de forma muy agresiva. Criterios de indicación para diferentes intervenciones corporales se discuten al final.

Reflexiones sobre la indicación

En esta contribución, se describen diferentes accesos a la vivencia del cuerpo junto a las correspondientes funciones del rol terapéutico.

La sugerencia de percepciones corporales, de funciones y sensaciones, es *la primera posibilidad*.

Esta forma de proceder se sobrepone con muchos enfoques de terapia corporal que apuntan a un cambio de la vivencia corporal en este nivel de la auto-experiencia.

La segunda posibilidad se centra en una comprensión de la expresión corporal. Partiendo de determinadas actitudes, funciones o síntomas corporales, el significado relacional se encuentra en un primer plano.

Así, las distorsiones de la imagen corporal pueden volverse comprensibles como expresión de la elaboración de una historia relacional. Con

la correspondiente actitud perceptiva, esos vínculos pueden clarificarse en fantasías, ideas o sueños. Una posibilidad en sí misma de un abordaje corporal-escénico está representado por la simbolización de tales vínculos mediante objetos simbólicos en la sala. Uno puede utilizar materiales inespecíficos, como cojines, pisos y mantas, o figuras simbólicas más específicas como peluches. En todo caso parece importante dejar que el paciente escoja la forma de simbolización por sí mismo debido a que muchas veces ya esa elección expresa una característica particular del vínculo con la figura representada. En esta forma de proceder, el terapeuta sigue ocupando un rol de apoyo y de promover asociaciones o escenificaciones.

La tercera posibilidad, que se encuentra en el centro de atención de esta contribución, consiste en la elaboración de las relaciones internas en la transferencia sobre el terapeuta.

Las tres vías disponen de sus propias posibilidades y limitaciones. Comparten el supuesto basal de que la vivencia del cuerpo, en cuanto parte central de la auto-experiencia, ejerce una influencia decisiva sobre todas las percepciones y reacciones intrapsíquicos e interpersonales. El entrelazamiento con los patrones relacionales interiores y la historia de estos determina el manejo del cuerpo expresivo, a diferencia de la vivencia del cuerpo funcional en su significado psicosomático. Por lo tanto, es posible describir los accesos terapéuticos corporales como más bien *centrados en el cuerpo* o *centrados en la relación*.

Qué acceso es más apropiado en un caso específico es, en primer lugar, una interrogante diagnóstica. Un criterio decisivo es la estructura del paciente. La definición de problemas estructurales y la evaluación de su grado de gravedad están resumidamente descritas en el libro de Rudolf (2004) *Strukturbezogene Psychotherapie*. El se muestra explícitamente a favor de otra forma de abordar un problema estructural. En ello, se refiere a formas verbales de terapia. Algo similar vale para el manejo del cuerpo. Aquí, se ofrece el fortalecimiento y la clarificación de la auto-experiencia por medio de la percepción del cuerpo, especialmente para perturbaciones estructurales graves, ya que en esa forma del abordaje corporal en un primer momento las experiencias relacionales implicadas no son tematizadas de modo explícito.

Otro criterio es la posibilidad de acceso de un paciente a la experiencia del cuerpo. La percepción y diferenciación consciente de las distintas funciones y sensaciones corporales, por ejemplo de los patrones de respiración y movimiento, puede constituir una experiencia fundamental nueva para pacientes que hasta entonces han experimentado su cuerpo de manera meramente mecánica, desvitalizada o distorsionada y carente de límites.

A menudo, es una pregunta del proceso de tratamiento cuándo se vuelven accesibles las experiencias relacionales que se expresan en el cuerpo. En el caso de pacientes que sufren más bien de fuertes traumatizaciones, como regla se recomienda en un primer momento colocar en el primer plano la percepción centrada en el cuerpo. Muchas veces, primero es necesario trabajar a través el cuerpo hacia una posibilidad de la regulación de tensión para los intensos trasfondos afectivos.

Si por medio de las correspondientes intervenciones se introduce el cuerpo como cuerpo expresivo en el cual han quedado experiencias relacionales, en el caso de una labilidad estructural se recomiendan formas de proceder que mantienen esos patrones relacionales a menudo traumáticos separados del terapeuta; es decir, preguntas y establecer relaciones mantienen esas experiencias relacionales en el nivel intrapsíquico e intracorporal. El terapeuta se sigue comportando como tercero apoyador, que proporciona posibilidad de expresión y sostén a las fantasías vinculadas con la vivencia del cuerpo y a los afectos en ellas ligados a través de un acompañamiento empático.

Las reflexiones acerca de las posibilidades actuales de elaboración del paciente se encuentran en los pasos particulares en un primer plano. Siempre debe tenerse en consideración que los patrones relacionales internos, que son reactivados mediante el abordaje corporal, a menudo tocan experiencias especialmente cargadas que aún no han podido ser elaboradas en términos cognitivos. En el caso de una estructura débil del yo, por consiguiente los afectos que se despiertan pueden ser experimentados como abrumadores, difíciles de regular o ligados con una perturbación de la percepción de la realidad en la capacidad de diferenciación entre adentro y afuera. Las proyecciones se convierten en realidades. Por lo tanto, el manejo con vínculos simbolizados en el espacio también es una posibilidad en sí misma. El terapeuta que acompaña una escena debe diferenciarse claramente de los vínculos traumáticos o muy conflictivos representados de modo escénico.

La elaboración de los vínculos internos en la transferencia seguramente es la forma que más perturba desde el punto de vista estructural. Sólo tiene sentido cuando el paciente mantiene suficiente distancia interior para la reflexión sobre ese vínculo. De otra manera, la relación transferencial se transforma en una repetición re-traumatizante.

En el abordaje corporal en la transferencia existen dos puntos que son de especial significación. Por un lado, el terapeuta es literalmente más visible en su realidad. Esto puede contrarrestar fantasías transferenciales, p. ej. en relación con la percepción de la identidad de género del terapeuta (compárese Scharff, 2007). Aquí, la percepción corporal limita la amplitud de variación de las fantasías. Por otro lado, a menudo afectos intensos están ligados con la expresión corporal y almacenados en la memoria corporal. Así, es posible que precisamente a través del abordaje corporal se reactiven patrones relacionales que intensifican de manera especial la transferencia, a pesar de la claramente perceptible realidad del terapeuta. De aquí proviene también el peligro de la inundación por afectos transferenciales. *En mi opinión, no es verdad que la posibilidad de trabajar en la transferencia esté muy limitada por la posibilidad de percepción real del terapeuta.* La intensa vinculación de la vivencia del cuerpo con los afectos activa los patrones relacionales internos de otra forma. Pero depende de cómo el terapeuta maneje la relación terapéutica si acaso los patrones transferenciales también son intensificados y tematizados en el interior de la relación terapéutica. *Muchos terapeutas que trabajan terapéuticamente en términos corporales prefieren la actitud terapéutica de un rol más bien de acompañamiento.* Esto es posible ya que la vivencia corporal funcional y las posibilidades escénicas

proporcionan formas propias de condensación de la experiencia, mientras que el setting de diván gana en profundidad principalmente por medio de la condensación de la relación transferencial. La conducción de las experiencias relacionales traumáticas o conflictivas hacia campos diferentes de experiencia tiene, mediante la condensación de afectos en la vivencia del cuerpo, su propio sentido y dispone de posibilidades específicas.

Sin embargo, en esta contribución se colocó en el centro de la atención el trabajo con la expresión corporal en la relación terapéutica a través de diálogos de acción. En ello, dos reflexiones tienen un papel importante. Por un lado, el trabajo en la transferencia también tiene sus propias posibilidades. Muchas veces, la experiencia inmediata de que un vínculo se libera y se hace comprensible por medio de la separación de las imágenes internas respecto de la persona real tiene su propio valor terapéutico. Por así decir, aquí se establece un modelo inmediato en una situación en primer lugar confusa para el manejo de los complicaciones transferenciales en la realidad cotidiana, que en general determinan y distorsionan en gran medida las relaciones.

Por otro lado, la experiencia transferencial también puede contribuir a determinar subterráneamente las situaciones en las cuales el terapeuta, en la forma descrita con anterioridad, adopta de modo consciente un papel de apoyo y acompañamiento. Si la consideración de la activación de transferencias en la relación terapéutica se encuentra demasiado alejada de la percepción, con facilidad se producen resistencias inadvertidas y evaluaciones equívocas de la situación. Un ejemplo se describió en la situación del “ejercicio de decir que No”.

Considero que el conocimiento de las tres posibilidades relacionales en el abordaje corporal es muy importante a la luz de las condiciones especiales de la vivencia afectiva en la expresión corporal. Esto también vale para un enfoque psicoanalítico, aún cuando la consideración y el manejo de la relación transferencial se encuentren allí en el centro de la percepción terapéutica.