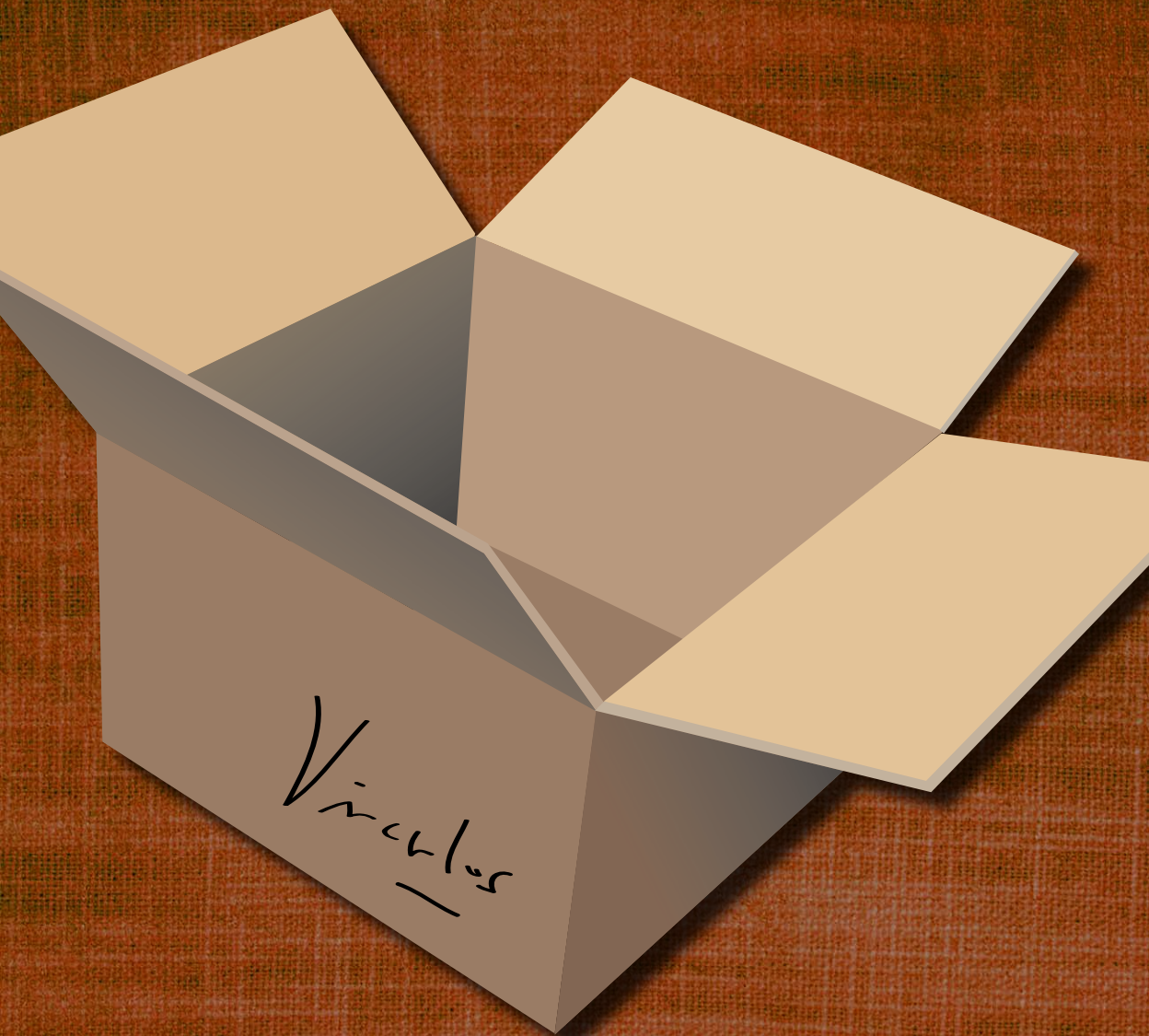


Vínculos

TERCERA ETAPA Nº 2 - MARZO 2014

REVISTA DE
PSICODRAMA,
TERAPIA FAMILIAR
Y OTRAS
TÉCNICAS GRUPALES



ITGP

Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama

EDICIÓN

ITGP (Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama)

DIRECTOR

Pablo Población Knappe

COORDINACIÓN

Laura García Galeán
Miguel Buzeta Juanicorena
Mónica González Díaz de la Campa

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Mónica González Díaz de la Campa

Índice

- 3 Editorial
Pablo Población Knappe
- 4 Normas de publicación

Artículos

- 5 O CORPIÑO:
tratar el cuerpo convulso en la acción
Marisol Filgueira Bouza
- 26 LA METAFORA EN SICODRAMA:
Una vía metodológica
Amelia Coppel
- 36 CARTOGRAFÍAS MORENIANAS:
Paisajes, Puentes de Lenguaje,
Geografías de la Intensidad
Salvatore Pace
- 43 CLÍNICA CORPORAL-ESCÉNICA
Con Máscaras
Elina Matoso

Una experiencia en psicodrama

- 52 DETRÁS DEL VAGINISMO:
poder y miedo
Consuelo Hernández

Encuentros

- 65 ENCUENTROS PSICODRAMÁTICOS:
Congreso Internacional Septiembre 2011
Miguel Buzeta Juanicorena

Obra gráfica, Poemas y Cuentos

- 70 UN BOSQUE LLAMADO ANTONIO
Tino Rábade Castiñeira
- 72 LOS LOCOS CUANDO MUEREN
Pablo Población

Estimado lector,

En una mayerútica cibernética hoy asisto al parto de un nuevo número de la revista vínculos. En su familia, los primeros hermanos estuvieron vestidos de papel. Espacios blanco llenos de esos signos negros que cada vez se temen más, que llamamos escritura. Posteriormente, penetró toda la familia en el mundo virtual y, en esta nueva intimidad, va naciendo, cada seis o siete meses un nuevo número. La escasa fecundidad está compensada por la riqueza del contenido.

En este último número, que atraviesa ahora la oscuridad del ordenador para ver la luz a través de la pantalla, encontramos numerosos y fecundos artículos.

De modo humilde, los últimos renglones están ocupados por un pequeño y doloroso poema mío en el que recuerdo a mis queridos “loquitos” los esquizofrénicos.

Cordialmente,

Pablo Población

Normas para la publicación de artículos

Los trabajos se enviarán por correo electrónico a itgp@itgp.org incluyendo los siguientes datos:

Nombre y apellidos

Teléfono de contacto

Correo electrónico

Dirección

Breve reseña curricular

El Consejo Editorial de VINCULOS revisará todos los trabajos recibidos, con el fin de seleccionar aquellos textos que cuenten con el interés y rigor suficientes para ser incluidos en la publicación.

El Consejo Editorial de VINCULOS contestará por correo electrónico, confirmando la aceptación o no de los trabajos recibidos, o indicando las sugerencias de edición oportunas.

REQUISITOS DE FORMATO

Los trabajos deberán tener una extensión mínima de 4 folios y máxima de 12.

Tipo de letra Times New Roman 12. Espaciado simple.

Si el artículo incluyera imágenes, éstas deben adjuntarse en formato de imagen (jpg, png,...)

El cuerpo del artículo debe contener al menos los siguientes apartados:

1. Breve resumen, sobre el contenido del artículo.
2. Palabras clave.
3. Desarrollo del artículo.
4. Bibliografía.

Esperamos su colaboración.



Artículos

O CORPIÑO: tratar el cuerpo convulso en la acción

Marisol
Filgueira
Bouza



marisol.filgueira@wanadoo.es

Doctora en Psicología, Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta, Psicodramatista, Terapeuta Familiar. Supervisora Clínica y Docente. Fundadora, Co-Directora y Supervisora del Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama en Galicia (ITGP-G). Asesora de la Comisión de Formación de la Asociación Española de Psicodrama (AEP). Hospital Marítimo de Oza (Programas de Trastorno Mental Grave, Trauma y Disociación). Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). Avda. As Xubias de Abaixo s/n. 15006 A Coruña. Tf. 981178000, ext. 293631”.

ITGP-GALICIA

<http://aep.fidp.net/contenido/instituto-de-tecnicas-de-grupo-y-psicodrama-delegacion-en-galicia-itgp-g>

Resumen

Las expresiones del sufrimiento son específicas de la cultura y el grupo donde se manifiestan, que elabora explicaciones y tratamientos particulares. Los rituales constituyen instrumentos para la integración social.

La psicopatología y la psicoterapia exigen la visión y el abordaje integral del individuo. El psicodrama es un método privilegiado para el tratamiento de las afecciones psíquicas que comprometen el cuerpo y las relaciones

Palabras Clave

- › enfermedad,
- › cultura,
- › rituales,
- › psicodrama

INTRODUCCIÓN

La CIE-10 y el DMS-IV clasifican los **síndromes ligados a la cultura**, como el ataque de nervios, la brujería, el espiritismo, el mal de ojo, nervios, susto... en la misma categoría/código que los trastornos psicóticos agudos y transitorios. Entre los trastornos disociativos (de conversión), aparece el **trastorno por trance y posesión**. Lo menciono como referencia para ayudar a situarnos en la exposición que sigue, que es para lo que pueden servir las clasificaciones. Sabemos que, a la hora de ¿la verdad?, no siempre lo experimentado y lo observado se corresponden con lo descrito (y viceversa).

Lisón Tolosana (1979, 1981) explica las peculiaridades de la cultura gallega en el enfoque de la enfermedad:

La **Etnomedicina** estudia la interdependencia entre los procesos patógenos y los fenómenos culturales, articulando categorías y terapéuticas nativas que sirven para formular y combatir las enfermedades propias de un grupo humano. Desvela el condicionamiento cultural de la clasificación y el tratamiento de la enfermedad por la cosmovisión de cada grupo. La etiología de las enfermedades se adscribe a categorías: natural o mística. Las dolencias ligeras y las enfermedades frecuentes suelen atribuirse a factores naturales, mientras que, para las enfermedades graves e indomables, se formulan explicaciones transcendentales. Hay una carga moral en la adscripción de la responsabilidad: las proyecciones y desplazamientos místicos son más frecuentes bajo tensiones interpersonales.

La **Terapéutica Nativa** utiliza remedios (cauterización, sangrías, inoculaciones...) y sustancias (opio, eméticos, purgantes...) aplicados mágicamente (conjuros, danzas, oraciones...) con fines místicos (aplacar poderes sobrenaturales), con la participación colectiva (especialista, paciente, familia y comunidad) en un ritual con elementos esenciales (cánticos, perfumes, danzas...) que dramatiza valores sociales (organización y cohesión). El contexto terapéutico es un contexto socio-moral. La visión antropológico-cultural apuesta por una concepción integral de la enfermedad, sin dicotomizaciones del tipo corporal/mental: todo el individuo está enfermo, a veces toda la familia, e incluso la casa con sus animales y pertenencias, intercambiables en sus alteraciones.

El variado elenco de **Especialistas** primitivos se aglutina en torno al término "*shaman*". En Galicia, existen cuatro figuras terapéuticas místicas básicas, con significados, funciones y esferas de acción de gran labilidad transformacional: la "**Sabia**", depositaria del saber terapéutico tradicional; la "**Bruxa**", símbolo del restablecimiento del orden, la armonía comunitaria, la salud y la prosperidad; la "**Meiga**", personaje de gran potencia metafísica para hacer el mal y aniquilar la solidaridad comunitaria; y los "**Espiritistas, Corpos Abertos y Pechadores**", individuos con capacidad para curar el mal que ellos mismos sufrieron (posesiones y exorcismos). Las tres primeras suelen ser ejercidas por mujeres, los últimos por varones.

El **Enfermo** utiliza la cultura para expresar su malestar a través de síntomas aprobados por la comunidad.



Existen correlaciones entre las distintas enfermedades y variables orgánicas, demográficas y ecológicas. Los desórdenes mentales son el resultado de tensiones socioculturales, combinadas con factores físico-químico-genéticos y con las experiencias biográficas del individuo.

Para la Medicina Popular Gallega, el enfermo psíquico es el portador de una enfermedad misteriosa y extraña, manejando concepciones supersticiosas con una elevada dosis de magia para explicarla. Entre las explicaciones de la enfermedad psíquica, en una mezcla de empirismo y magia, destacan:

- **el “mal de ojo”:** conjunto de enfermedades extrañas que se atribuyen a la mirada de una persona que quiere mal y tiene una mirada profunda y persistente.
- **los bebedizos:** alguien dio de beber algo que contenía un poder maléfico, ejerciendo influencias sobre la persona que lo ingiere. Suelen ser mujeres no correspondidas amorosamente y se cobran así su venganza. Explicación frecuente en pacientes con Esquizofrenia Paranoide y Parafrenia.
- **el “meigallo”:** consiste en la posesión del individuo por poderes de brujería, malos espíritus, el demonio... Las vivencias anormales de los enfermos afectados se atribuyen al “meigallo” que penetró en ellos y los tiene apresados.
- **traumas psíquicos:** disgustos, sustos, fuertes impresiones... ejercen un poder de penetración emocional desproporcionado sobre la personalidad del enfermo.
- **la amenorrea:** es la causa más frecuentemente atribuida por la masa popular a la enfermedad psíquica de las mujeres, basándose en la toxicidad de la sangre menstrual que, retenida, “sube a la cabeza” y provoca dicho estado.
- **el puerperio:** también la hemorragia post-parto, junto con la debilidad consiguiente, ejerce un efecto tóxico, sobre las psicosis puerperales.

La Medicina Popular Gallega esgrime, ante la enfermedad psíquica, una terapéutica eminentemente etiológica. Una vez establecido el diagnóstico causal por la bruja, sabia o curandero, todos los factores etiológicos son atacados. Son pocos los remedios puramente medicamentosos, abundando los ensalmos, oraciones, ceremonias y maniobras mágicas o religiosas, o ambas asociadas y difícilmente separables. Se valen de variadísimos objetos (estolas, cruces, evangelios...) o sustancias, y las ceremonias se repiten en el mismo día o en días diferentes, en una combinación variada y caprichosa.

El paciente permanece de pie o de rodillas, mientras el actuante hace manipulaciones como de “cortar” o “bendecir”, haciendo cruces en la cabeza y distintas partes del cuerpo del afectado. Si el paciente no puede ser trasladado al sitio señalado, los familiares llevan sus vestimentas y un mechón de pelo, sobre los cuales se realizan análogas maniobras. Un sello propio que transmiten los factores religiosos, psicológicos, raciales, tradicionales y paisajísticos que moldean el alma gallega.



Galicia encantada
Enciclopedia
do folclore
popular de
Galicia

Galicia é un país habitado por homes e mulleres de carne e óso pero tamén por seres que bulen nun mundo fantástico ou encantado, pero tan real coma o outro.

Aquí atoparás a historia da Galicia imaxinaria, mitos, lendas, ritos, contos, romances e aventuras que se resisten ó esquecemento e que siguen vivindo na nosa memoria colectiva.

Destes nosos conveciños, fillos das nosas máis vellas fantasías, procuramos as pegadas, describimos a súas figuras, desenmascáramos e seguímolos ata os seus escondedoiros.

Para saber quen e como son só tes que buscalos aquí; escribe o seu nome ou o do lugar onde sospeitas que están e ...

<http://www.galiciaencantada.com/index.asp?rsi=1024>

Exorcismos (Virgen y Santuario de O Corpiño)

http://www.fillos.org/galicia/index.php?name=PNphpBB2&file=printview&t=1313&start=0&http://www.lalin.org/turismo/pdf/O_Corpiño.pdf

Santuario de O Corpiño

Fillos de Galicia
Caixón de Xastre: A VIRXE DO CORPIÑO
Parroquia de Santa Baia de Losón. LALÍN, PONTEVEDRA.
(en la confluencia de las provincias de Pontevedra, Lugo y La Coruña)
NOSA SEÑORA DO MEIGALLO (mal de ojo)
SANTUARIO DA VIRXEN DO CORPIÑO



Textos extraídos del libro Santuario de Nosa Señora de O Corpiño, de José Donsión Peña, Rector del Santuario.

http://www.lalin.org/turismo/que_ver_busca_corpiño.asp?busca=Santuario%20de%20O%20Corpiño

Lalín, Pontevedra. 23 y 24 de junio.
Una de las romerías más peculiares de Galicia. Gente de toda Galicia acude al Santuario de Santa Baia de Losón, con afecciones psíquicas para expulsar ante la Virgen los demonios que llevan dentro.



EXORCISTA / La cruzada contra Satanás del párroco de O Corpiño

<http://www.periodistadigital.com/religion/object.php?o=283052>

RD

Lunes, 23 de enero 2006

El periodista **Eduardo Rolland de la Opinión de la Coruña** presencia en Lalín el exorcismo de tres mujeres que dicen estar poseídas por Satán, en una ceremonia oficiada por el párroco de Nosa Señora do Corpiño, **José Donsión**.

1. Romería (23-24 Junio): Endemoniados, poseídos por el “*meigallo*” y, por extensión, todos aquellos que tienen su paz espiritual o corporal perturbada por cualquier razón, acudirán, voluntariamente o por consejo de sus allegados, a este Santuario donde encontrarán, sin ninguna duda, remedio a sus males.

2. El origen del culto: En el siglo VIII, vivía en una cueva del Monte Carrio un hombre santo (Luisón), que tenía una ermita dedicada a San Adrián, muy devoto de la Virgen, en honor de la cual predicaba sermones y pláticas a los vecinos que iban a escucharlos. Un día apareció muerto y, estando su cuerpo incorrupto, los lugareños decidieron construir una capilla para conmemorarlo. Durante varios siglos y, supuestamente, a causa de la invasión de Almanzor, que tantos estragos reales o ficticios causó en Galicia, la capilla quedó abandonada, hasta que, en el siglo XII, unos pastores se acercaron a las ruinas para guarecerse de la lluvia que caía. Con gran sorpresa, observaron que un resplandor surgía de la

vegetación y, acercándose, reconocieron a la Virgen, con su Hijo en brazos y un ramo de flores. Las apariciones se repitieron en días sucesivos, todo el pueblo pudo comprobar que aquella claridad, en medio de la cual aparecía la imagen de la Virgen, se desprendía de una vieja sepultura que asomaba entre la maleza, donde terminaron descubriendo el “*corpiño*” incorrupto del santo ermitaño. Esta aparición marcó el inicio del culto, que, con más o menos intensidad, llega a nuestros días.

3. Creencias: En una tierra de poca o ninguna tradición mística, la relación con Dios, y, aún mucho más, con su genuina representante en la Tierra, la Virgen María, que actúa a través de sus Apariciones, Mensajera Privilegiada y Madre (Galicia es un ejemplo de cultura matriarcal), tiene un aspecto de retribución: los fieles acuden a los Santuarios con la perspectiva de obtener algo, principalmente una curación o resolución de cualquier tipo de problemas, en último caso la Salvación de la Condensación Eterna, que está

firmemente arraigada en el alma gallega. Mucho más si interviene el Demonio... Es creencia popular que la Virgen del Corpiño ejerce poderes sobrenaturales sobre locos y enfermos. Hace años acudían a ella principalmente los que padecían del “*meigallo*” y “*ramo cativo*”, con sus familiares y deudos. Se llama “*meigallo*” a una posesión diabólica realizada directamente por el Demonio, por una tercera persona, como una “*meiga*”, o incluso por el propio poseído. Se manifiesta de diversos modos, como convulsiones, retorcimiento de los ojos, expulsión de espuma por la boca, profusión de expresiones soeces, blasfemias, vómitos, y la señal más inequívoca es la negativa u oposición, con una fuerza casi invencible, a la entrada en una iglesia, y, sobre todo, a tolerar la exposición de una Hostia.

El “*meigallo*” se cura normalmente mediante la realización de exorcismos, por sacerdotes, aunque actualmente suelen efectuarlo sacristanes, y, más en concreto, sacristanas. En una cultura matriarcal, no puede ser de otro modo.

También se puede entender por “*meigallo*” otro tipo de afecciones menores o más difusas que no tienen por qué revestir la gravedad de lo descrito anteriormente, e incluso se puede tratar con fines preventivos. Generalmente, se considera a la persona afectada de “*meigallo*” como un histérico que tiene algún tipo de conflicto y lo manifiesta mediante convulsiones, gritos, que se entendían popularmente como obra del Demonio (no necesariamente por parte del propio afectado, puede ser por aquellos que le quieren bien). Por no hablar de simples afecciones, como la epilepsia, que eran mal comprendidas, y aún peor, todo tipo de trastornos psíquicos que no

encontraban (o no encuentran) mejor explicación.

El “*meigallo*” es tanto la expresión de un problema individual, real o ficticio, como la expresión de la lucha entre el Bien y el Mal, entre Dios y el Demonio, y se cura después de que esa lucha sea vencida a través de algún tipo de rito o ceremonia de carácter religioso, donde el poseído reconoce la naturaleza de su mal, la posesión diabólica, para proceder a su expulsión, si puede.

4. El ritual: El desarrollo de la ofrenda de los fieles dentro del santuario sigue las pautas que marca la liturgia de la Iglesia: Santa Misa, Penitencia, Comunión..., con el complemento de las oraciones propias de la devoción mariana. Pero la tradición también ha fijado unos ritos para los “*ofrecidos*”, centrados en el rociado con agua bendita, imposición de los Evangelios y, en especial, la veneración y contacto con la Reliquia (Banderilla). La procesión en torno al santuario, sobre todo en los días señalados, resume y clausura todo el ceremonial de la fiesta religiosa.

Durante la misa del *Corpiño*, los enfermos y poseídos gritan, juran y maldicen, resistiéndose a entrar en el templo. La tradición asegura que, gritando y maldiciendo durante la misa y besando después al santo, recobran sus facultades las personas que tienen trastornada la mente. El sacristán les aplicaba un hisopo empapado en aceite de lámpara que provocaba un vómito a los poseídos, mientras los familiares les golpeaban en la espalda. En otros tiempos, las “*rosareiras*” (vendedoras de rosarios) ayudaban también a expulsar el demonio de los cuerpos de los



endemoniados, dándoles trallazos con los rosarios e insultándolos con blasfemias como: “PORCO!, QUÉRESTE QUEDAR CO DEMO DENTRO, BÓTAO FORA! LUCIFER, MARICÓN, BÓTAO PARA FORA!” Quedando exhausto, el enfermo comenzaba a echar espuma por la boca, momento en el que se aprovechaba para introducir una moneda romana entre sus dientes, después de lo cual se consideraba curado, arrodillándose en acción de gracias los familiares y acompañantes. Existe la creencia de que, al salir el diablo del cuerpo del poseído, intenta alojarse en el cuerpo de alguno de los presentes, por lo que es necesario, para evitarlo, tapar la boca y los oídos con paños, llegando, en algunos casos, a sentarse en la pila de agua bendita para impedirlo.

Hoy no se suele llegar a estos extremos, pero todavía podemos asistir a escenas de histeria colectiva, y, por supuesto, innumerables liberaciones del Diablo. Hay quien sostiene que es recomendable vestir ropas viejas que después se tienen que tirar al río... También se acude por muchas más razones que las referidas exclusivamente a casos de posesión más o menos diabólica. Así, acuden desde gentes que padecen enfermedades incurables, como recurso desesperado, hasta madres preocupadas porque sus bebés lloran demasiado quién sabe por qué razón.

Hay que precisar que no son casos de exorcismos o expulsión del Diablo en el sentido en que lo entiende la Iglesia Católica. Es de sobra conocida la extrema cautela que pone la Iglesia a la hora de “diagnosticar” los casos de posesión, así como las estrictas condiciones que exige a quienes solicitan llevar a cabo un exorcismo. Pero no sucedía lo mismo en

tiempos pasados, y ello contribuyó sin duda a banalizar un asunto tan serio e inquietante, y a que todavía sea tratado a menudo con excesiva frivolidad. Tampoco se puede decir que resulte un fenómeno indiferente a la propia Iglesia, que de aquí saca interesantes beneficios, tanto materiales como espirituales. Calcúlense las limosnas, que no son obligatorias pero ayudan, de decenas de miles de personas que allí acuden solo en los días principales, y que pueden depositarse en los numerosos puntos de Penitencia, venta de exvotos e incluso lugares de colocación de los mismos, habilitados fuera del Templo debido a la imposibilidad física de acogimiento en el edificio. De este modo, se constituye una cadena perfecta de penitencia, perdón, contribución y adquisición. Este tipo de cultos externos a la Iglesia Católica y prácticas heterodoxas de implantación minoritaria, que en otras latitudes pudieran merecer la reprobación de las autoridades eclesiásticas, aquí no son abiertamente fomentados, pueden ser privadamente reprobados, pero se ven así aceptados de forma más pacífica, tolerante, y, sobre todo, rentable.

Todo esto se refiere a los que podemos llamar casos normales u ordinarios, es decir, enfermos más o menos graves, malestares físicos y de índole diversa, lo que no corresponde necesariamente con las primitivas facultades de curación atribuidas al santuario. Los casos de “*meigallo*” son otra cosa y merecen, y de hecho reciben, un tratamiento especial, que culmina en la Misa del 24 de Junio.

La peregrinación principal al *Corpiño* se celebra entre la noche del 23 y la misa del 24 de Junio, aunque, en realidad, se prolonga a lo largo de toda la semana. Otras peregrinaciones menores se

celebran los días 25 de Marzo y 1 de Mayo, pero se puede decir que, durante todo el año, y principalmente los fines de semana, la Virgen es visitada por gentes que llegan de todo el país. En el lugar, se pueden encontrar pensiones donde pernoctan los pacientes en busca de alivio corporal y espiritual, y allí permanecen durante toda la duración del tratamiento.

La adquisición de medallas, rosarios y escapularios, la ofrenda de misas y de velas, la entrega de joyas para la imagen mariana, de donativos para el culto, o de exvotos de todo tipo, constituyen otras tantas formas de solicitar o agradecer los favores de la Madre de Dios.

5. “As doenzas do esprito”: Aparte de otros males y dolencias físicas, la taumaturgia de O Corpiño se dirige especialmente a las personas aquejadas de dolencias que tienen algo o mucho que ver con la salud mental. La lengua gallega dispone de un amplio vocabulario para identificar tales enfermedades, aquí citaremos sólo las más socorridas.

- a. “A gota”: diversas forma de epilepsia.
- b. “O meigallo”: embrujamiento.
- c. “Mal de ollo”: aojamiento (causado por la envidia, generalmente de algún vecino).
- d. “Mal dos nervos”: depresión.
- e. “Ramo cativo” o “endiañamento”: la posesión diabólica, o de espíritus malignos.

Son muy numerosos los casos de pacientes que llegan al santuario aquejados de problemas relacionados con la movilidad de las extremidades, que se

deben casi siempre a lo que en Medicina se conoce como “parálisis histérica”, o los que vienen en demanda de favores de tipo económico, crisis familiares, etc. Durante la sangrienta Guerra de África, y también en la contienda civil del 36, se hizo habitual, entre los llamados a filas, pedir la ayuda de *Nosa Señora de O Corpiño* para regresar a casa con vida, con constantes novenas y ofrendas de los familiares durante su ausencia. En las manos de Dios podemos depositar todos nuestros problemas, nuestras dolencias y nuestras angustias, y en *O Corpiño* lo hacemos preferentemente mediante la intercesión de su Santa Madre. Pero son las dolencias del espíritu, las enfermedades del alma, las que atraen a un mayor número de “ofrecidos” al santuario, los que muestran las patologías que, en sentencia vulgar, “*non poden curar os médicos*”. Con tal diagnóstico, resume la tradición toda la variedad de problemas psíquicos que los fieles ponen a los pies de la Virgen.

Hay una constante histórica en el origen de los grandes santuarios, también confirmada en *O Corpiño*, que no hace más que proclamar las condiciones más idóneas para el encuentro con el Misterio: la soledad de los montes, la sencillez de los pastores, la inocencia de los niños. Silencio, sencillez e inocencia. Este es el mejor vestido del alma para entrar en el santuario, para ponerse en las manos de Dios y depositar nuestras miserias en el regazo de su Santa Madre. Es cierto que el hombre no puede ni debe renunciar a su capacidad de razonar, pero también aquí podríamos parafrasear aquello de que “hay cosas del corazón que la razón no entiende”, y “doctores tiene la Iglesia”.



El ser humano está lleno de misterios que todavía no ha logrado explicar la ciencia. Como alguien dijo, la fe es un don de Dios que nos hace capaces de superar nuestras dudas. Y esa virtud teologal es imprescindible para penetrar en el espacio sagrado, a menudo inquietante y misterioso, del santuario de **Nosa Señora de O Corpiño**.

Ritos y Psicodrama

En trabajos anteriores (Filgueira Bouza, 1996, 1997), recordaba la idea que concibe a los **grupos terapéuticos como movimiento religioso** (re-ligare), en cuyo seno se crean mitos (creencias de la cultura grupal) y se articulan ritos de iniciación y de paso (integración en el grupo), que son susceptibles de un funcionamiento según el modelo de la secta, y que nos enfrentan con el solapamiento Ciencia-Arte-Magia-Religión y con la polaridad Gurú-Terapeuta.

En otro artículo (Filgueira Bouza, 1993), remitía los modernos métodos de psicoterapia de grupo a sus equivalentes históricos, vistos en ritos sagrados y prácticas supersticiosas que han perdurado hasta nuestros días. El mecanismo de acción psicoterapéutico básico lo veíamos ya contenido en las remotas **ceremonias chamanísticas**, destinadas a la liberación de los espíritus malignos, con consumo de drogas, música rítmica y danzas frenéticas hasta el paroxismo, dirigidas por el chamán, un hombre-médico sabio e inspirado, que hace incursiones en el reino de los espíritus, pronuncia palabras mágicas y hace sacrificios. El individuo enfermo, consciente de ser objeto de un maleficio, está íntimamente persuadido por las más

solemnes creencias y tradiciones de su grupo, de tal manera que sólo pueden salvarle -o condenarle- los ritos sagrados donde participan todos los miembros de la comunidad, la figura del chamán y sus fórmulas.

“No hay razones para dudar -dice Levi-Strauss (1980)- de la eficiencia de ciertas prácticas mágicas... la eficacia de la magia implica la creencia en la magia,... que... se presenta en tres aspectos complementarios: ... (1) la creencia del hechicero en la eficacia de sus técnicas; ... (2) la del enfermo que aquél cuida o de la víctima que persigue, en el poder del hechicero mismo; ... (3) la confianza y las exigencias de la opinión colectiva, que forman a cada instante una especie de campo de gravitación en cuyo seno se definen y se sitúan las relaciones entre el brujo y aquéllos que él hechiza”.

El reconocimiento del grupo social ocupa un papel fundamental a la hora de investir al terapeuta de **poder curativo**. El escenario físico también parece esencial. Los elementos que lo componen pueden variar, pero el curador se rodea siempre de elementos que simbolizan el poder del que la sociedad le ha investido (símbolos religiosos, hierbas o sustancias poseedoras de propiedades sanadoras..., así como los títulos y diplomas colgados en las paredes, camillas y aparatos de una consulta de la medicina “oficial”). El escenario físico tiene una simbología que hace referencia al contexto cultural en el que se inscribe.

Podemos extrapolar de estas ceremonias los elementos comunes a los grupos terapéuticos: **el poder atribuido a la palabra o el gesto, el prestigio de una figura carismática, la sugestibilidad del paciente y el efecto grupal sobre el comportamiento de los individuos.**

De hecho, las investigaciones sobre los mecanismos y efectos de la psicoterapia señalan como agentes curativos, más que hacia los factores específicos del tratamiento (ingredientes activos: técnicas de cambio), hacia factores inespecíficos, como las características personales del terapeuta y del paciente, variables del escenario terapéutico, credibilidad del tratamiento, carisma o prestigio del terapeuta, atención, sugestión, persuasión, expectativa de cura, demanda de mejoría, deseabilidad social..., variables que permanecen asociadas con el fenómeno 'placebo' y plantean una probable equivalencia en eficacia entre las actuales terapias y las prácticas ritualísticas de cura por la fe.

La medicina clásica grecolatina introdujo la **dimensión artística** en la psicoterapia, por la utilización terapéutica del teatro para la liberación catártica de las emociones alteradoras (Aristóteles), y por su reflexión en torno al valor de las expresiones verbales y el poder de las palabras sugestivas (Homero, fórmulas de los oráculos, Platón, Aristóteles, sofistas), que impulsa fuertemente la terapéutica por la palabra. Con el tiempo, la introducción del arte en el terreno terapéutico abriría el debate sobre el efecto que ejerce el estilo de los terapeutas en la aplicación de las técnicas, particularmente cuando éstas (magnetismo, hipnosis, interpretaciones, dramatizaciones, directividad, experiencias-cumbre...) y aquéllos (Mesmer, Charcot, Freud, Moreno, Rosen, Rogers, Whitaker, Selvini...), por su espectacularidad, evocan de nuevo el poder de la sugestión en la especial genialidad, carisma, saber o dotes intuitivas atribuidas al terapeuta.

El mito, siguiendo a Levi-Strauss (1980), es el instrumento capital para la construcción del sistema de significaciones que organiza y constituye una cultura, pues genera la red de sentidos que permite a una colectividad reconocerse, formular y asumir sus propias reglas de juego. Su tarea consiste en construir el relato de los orígenes, proyectando a un tiempo iniciático (pasado originario) el caos que amenaza el presente cotidiano (tiempo concreto), exorcizándolo allí por la instauración de una constelación de actos fundadores (gestos heroicos) que le dan sentido y lo hacen humanamente asumible. Articula, pues, el relato fundador a partir del cual los sucesos singulares que viven los individuos de una cultura pueden narrativizarse y ser reconocidos como portadores de sentido (Lamas Crego y Filgueira Bouza, 1992).

De manera afín, el **relato terapéutico** se revela como un escenario dotado de un plano simbólico donde el sujeto, a través de metáforas espaciales (desplazamiento, viaje) y dramáticas (conflicto, lucha), elabora sus conflictos interiores y, en condiciones idóneas, accede a determinadas iluminaciones (*insight*): se trata del viaje dramático del héroe por un universo más o menos fantástico, la historia narrada de una serie de acontecimientos que afectan a un grupo de personajes, con una trama en la que unos y otros se ligan en términos de conflicto, dirigida a un lector que se reconoce en ese conflicto o, también cabe decir, un lector cuyo inconsciente reconoce en el relato la metáfora de sus conflictos (Lamas Crego y Filgueira Bouza, 1998).



La narrativa construye un sistema de significaciones a partir de las cuales el sujeto puede reconocer el sentido de su experiencia cotidiana y elaborar sus conflictos en un plano simbólico. Pero es necesario para ello que el relato adquiera una dimensión temporal: tener un desenlace sometido a una cierta demora que permita la escenificación del deseo haciendo posible que cristalicen los actos y dotándoles de sentido (Lamas Crego y Filgueira Bouza, 1998). En esta línea, algunas corrientes terapéuticas recientes, defienden, como objetivo de la psicoterapia, la modificación y reconstrucción del relato del paciente sobre su propia historia.

Si el mito es un relato o narración que refiere sucesos protohistóricos en el intento de dar sentido a la condición humana sobre la tierra, vinculando lo sagrado extratemporal con la historia real, para Fierro Bardaji (1984), el rito es el momento oportuno de recitación del mito y lo que hace posible su perduración. Es la acción y reacción del hombre ante lo sagrado. Los ritos son ceremonias consistentes en secuencias de acción reguladas, sometidas a normas y establecidas por una tradición; constituyen además gestos eficaces que siempre surten el efecto pretendido.

Los ritos pueden clasificarse, para este autor, en algunos tipos principales:

- 1) De purificación (limpieza).
- 2) De sangre (fuerza).
- 3) De tránsito o pasaje (ciclos vitales).
- 4) Funerarios.
- 5) De iniciación a los misterios.
- 6) Exorcismos (expulsión de malos espíritus).

7) Relativos a la naturaleza (siembra, recolección...).

8) De consagración (de reyes, templos, sacerdotes...).

9) De conmemoración.

10) De acción de gracias.

11) De expiación.

Existen además **espacios sagrados** que constituyen el emplazamiento de los ritos. Como la fiesta es el tiempo sagrado (ocasión temporal de los ritos), el templo es el espacio sagrado, ya sea por naturaleza o por obra y consagración del hombre.

Así pues, el mito formula las reglas del juego; el rito es su puesta en escena. Todo ello ocurre en un determinado espacio, vinculando a los presentes por la adherencia a unas normas, con repercusiones sobre la dinámica de la integración, y sobre la evolución individual y colectiva.

La implicación en los ritos determina el estatus sociométrico (líderes, islas, miembros de coaliciones...) y evolutivo (dependencia, emancipación...) de cada individuo dentro de los ciclos vitales del grupo, así como el nivel madurativo grupal: en la emergencia, representación y elaboración resolutoria de las sucesivas latencias grupales (contenidos compartidos específicos de cada etapa), realizada por los distintos participantes a través de las latencias individuales (aportación personal a los contenidos colectivos), se puede ver una correspondencia con el sacramento de la penitencia que sigue a la confesión, en la medida en que configura un conjunto de prescripciones que aportan alivio (abreacción catártica), refuerzan la

condición de miembro de la congregación por el cumplimiento de los compromisos grupales contraídos, y restablecen el equilibrio individual y la armonía grupal, avalando el acceso a estadios superiores.

Este restablecimiento es posible por la **función que**, según Van Gennep (1969), **cumplen los ritos de paso**, consistente en reducir los daños de las perturbaciones en la vida individual y social derivadas de los cambios en las relaciones tradicionales, en tres etapas sucesivas, que coinciden exactamente con las del ritual terapéutico popular de la **'sabía'** gallega:

1ª) separación del antiguo orden de cosas o de la condición social previa;

2ª) período de transición

3ª) incorporación a una nueva condición.

¿Vale como definición de la psicoterapia?

Desde nuestra óptica, los **ritos populares** (el Duelo, el Carnaval, las procesiones de Pascua, las peregrinaciones a santuarios, romerías, fiestas, las hogueras de San Juan...) se pueden considerar como un **Sociodrama popular, con efectos terapéuticos para el individuo y el grupo**, pues:

- contienen elementos dramáticos y de grupo: la puesta en escena de un síndrome colectivo (temores, tensiones, deseos, frustraciones, enfermedades, conflictos... vividos más o menos aisladamente en el contexto de la comunidad), el cual es compartido desdramatizando el impacto de las experiencias adversas a nivel individual.
- se espera la participación activa en el ritual, no debiendo existir espectadores,

para que la experiencia se viva en autenticidad y surta el mayor efecto.

- prescriben fórmulas y comportamientos específicos para la expulsión del malestar individual, procurando alivio (abreacción).
- fomentan la integración grupal, mediante roles y funciones que canalizan las tensiones surgidas en la convivencia cotidiana (habilidades sociales).
- enseñan modelos para el enfrentamiento de los diversos acontecimientos vitales (pedagogía de roles).

Cuerpo y Psicodrama

Preparando este texto, me vienen al recuerdo episodios de crisis disociativas y conversivas que hemos presenciado en consulta y en los grupos psicodramáticos del Programa de Trauma y Disociación (así fueron diagnosticadas aunque muy bien podrían cumplir los criterios de trastorno por trance y posesión, mal de ojo, brote psicótico..., según quien sea y dónde trabaje el clínico que atiende el caso). En un trabajo anterior (Filgueira Bouza, 2012), he presentado el programa y un resumen de los resultados obtenidos hasta la fecha. Tratamos los trastornos disociativos, tanto en su variante somatomorfa como psicomorfa. Creemos que **el trabajo con el trauma y la disociación, y en especial el perfil somatomorfo, se beneficia notablemente de las técnicas psicodramáticas** (Filgueira Bouza y cols.). Me voy a centrar en el trabajo corporal que hacemos en estos grupos, ya que es "el cuerpo en psicodrama" el tema de la presente monografía y de este artículo, "tratar el cuerpo convulso en la acción".



Los contenidos traumáticos e impulsos expulsados de la conciencia contribuyen a la disociación y a la somatización (Freud, Janet...). El cuerpo soporta la carga emocional que no ha sido descargada, procesada o integrada en la narrativa vital. Nos enfrentamos al trauma como experiencia inasumible con los esquemas cognitivos y emocionales habituales por cuestionar el mundo relacional, la identidad del sí-mismo-en-relación, identidad narrativa única que incluye la idea de cambio y permanencia (Rodríguez Vega, Fernández Liria y Bayón, 2005). Manejamos el concepto psicodramático de identidad como mosaico (clusters, esquemas) de roles (Moreno, Bustos, Rojas Bermúdez...), de cuyo desarrollo, en el entramado de escenas y pautas interactivas a lo largo de la trayectoria vital, depende el adecuado funcionamiento e integración social del individuo. En el tratamiento, tomamos elementos de diversos enfoques teóricos

y psicoterapéuticos (EMDR, Mindfulness, Psicodrama, Terapia Sensoriomotriz, Narrativa, Transgeneracional...), para un abordaje comprensivo de la etiopatogenia y las manifestaciones sintomáticas, en busca de una mejor integración de la identidad y la personalidad, estabilización emocional, normalización de las relaciones interpersonales y recuperación de la funcionalidad.

En “El Yo Atormentado”, Onno Van der Hart (2007) presenta la teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad y desarrolla un modelo de tratamiento en fases con el objetivo de alcanzar la capacidad integrativa. Allí describe los síntomas de la **Disociación Psicomorfa** y **Somatomorfa**, la dinámica disociada del funcionamiento de la personalidad (**Personalidad Aparentemente Normal** y **Personalidad Emocional**) y los **Sistemas de Acción**, normales y defensivos, en la vida diaria.

Modelos Disociación y Trauma (Onno Van der Hart)

Síntomas disociativos: enfoques tradicionales			
Síntomas negativos	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Disociación Psicomorfa Amnesia Experiencias extra-corpóreas </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Disociación Somatomorfa Pérdidas sensoriales y motoras, p.ej. extra-corpóreas </td> </tr> </table>	Disociación Psicomorfa Amnesia Experiencias extra-corpóreas	Disociación Somatomorfa Pérdidas sensoriales y motoras, p.ej. extra-corpóreas
Disociación Psicomorfa Amnesia Experiencias extra-corpóreas	Disociación Somatomorfa Pérdidas sensoriales y motoras, p.ej. extra-corpóreas		
Síntomas positivos	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Reviviscencia del trauma Psicosis disociativa </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Reviviscencia del trauma p.ej. Hiperestesia, Movimientos disociativos </td> </tr> </table>	Reviviscencia del trauma Psicosis disociativa	Reviviscencia del trauma p.ej. Hiperestesia, Movimientos disociativos
Reviviscencia del trauma Psicosis disociativa	Reviviscencia del trauma p.ej. Hiperestesia, Movimientos disociativos		

Charles Myers, 1940	
<ul style="list-style-type: none"> ● PARTE EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD (PE) <ul style="list-style-type: none"> – codifica y almacena el trauma – revive el trauma de modo emocional y sensoriomotriz, desorientada en tiempo, situación e identidad – esto es, la PE tiene recuerdos traumáticos 	<ul style="list-style-type: none"> ● PARTE APARENTEMENTE NORMAL DE LA PERSONALIDAD (PAN) <ul style="list-style-type: none"> – normalidad aparente, pero tiene: <ul style="list-style-type: none"> – anestesia emocional y corporal – amnesia parcial o completa – intrusiones – evitación del trauma – el trauma no se integra

Sistemas de Acción Normales en la Vida Diaria	Sistemas de Acción Defensivos
<ul style="list-style-type: none"> ● Compromiso Social: <ul style="list-style-type: none"> – Apego (Vinculación) – Sociabilidad – Procurar cuidados ● Exploración ● Juego ● Regulación de Energía (descanso, alimentación, etc.) ● Sexualidad / Reproducción ● Tendencias de acción de la vida diaria de Orden Superior 	<ul style="list-style-type: none"> ● Llanto de apego [sistema de pánico] ● Hipervigilancia [sistemas de miedo] ● Paralización ● Huida ● Lucha ● Colapso o sumisión total con anestesia y analgesia ● Estados recuperadores <ul style="list-style-type: none"> – Cuidado de las heridas – Descanso

Complementamos este modelo con los conceptos de **Acción y Emoción** de Humberto Maturana, y las **Posturas Emocionales** de James L. y Melissa ElliotGriffith.

Para Maturana (1984), la Emoción es “una disposición dinámica del cuerpo para la acción”.

La metáfora neuroceptiva de la seguridad (Porges, 2004) resulta de gran utilidad para estructurar la exploración que se lleva a cabo en el proceso terapéutico: nuestras percepciones sobre el entorno y el mundo interno nos producen sensaciones que constituyen indicadores de seguridad, peligro o amenaza, precipitando, respectivamente, respuestas de interacción espontánea con los demás (atención, orientación, expresión, contacto...), o defensivas, como hipervigilancia, lucha o huida (movilización de las extremidades) o replegamiento, sumisión, paralización y bloqueo (inmovilización del cuerpo).

J.L. y M.E. Griffith (1996, 1997) toman, como eje de su propuesta (“diálogos terapéuticos para problemas mente-cuerpo”), una concepción etológica del lenguaje, basándose en métodos constructivistas, lingüísticos y narrativos, para el tratamiento de pacientes que presentan síntomas somáticos. El papel de la vivencia freudiana es desempeñado aquí por historias de vida que contienen un saber envuelto en lo que dicen. Junto con las posturas emocionales a ellas ligadas, atrapan el cuerpo del sujeto sufriente. La riqueza de las técnicas de deconstrucción de textos logra que el enfermo se narre de otra manera. Una narrativa supone una trama, personajes y un escenario, y puede ser reescrita siguiendo esas articulaciones, un nuevo método terapéutico para problemas mente-cuerpo, donde el paciente mismo es el autor de su historia.

Si los factores sociales inhiben la expresión verbal, sólo quedan visibles las expresiones corporales. En esta

interpretación, el síntoma somatizado se considera como una ligadura a un dilema inexpresable. El dilema inexpresable es una comunicación social de doble vínculo donde el paciente se ve forzado a elegir entre dos o más alternativas, cada una de las cuales es punitiva; el dilema no puede ser reconocido debido a una amenaza explícita de daño, o por emociones intolerables (vergüenza, tristeza, furia o miedo extremos) que

se desencadenarían si se reconociese.



(tomado de Onno Van der Hart)



La somatización es un idioma corporal (lenguaje no verbal) que aparece cuando se atenúan las expresiones verbales de la emoción.

Una postura emocional es la configuración general de componentes mentales (desplazamientos del foco de atención, nivel de vigilancia...) y físicos (alteraciones del ritmo cardíaco, tensión muscular...) del cuerpo que participan, durante una emoción específica, en la preparación del cuerpo para seguir un determinado camino de acción. Silenciar la expresión corporal en los problemas mente-cuerpo implica mantener suspendido el propio cuerpo en determinada postura emocional, preparado para una acción que nunca llega. Hay que buscar modos específicos en que el paciente y su familia puedan actuar conjuntamente para escapar de un dilema generador de síntomas. La liberación de la expresión por medio de la reconstrucción de las narrativas que mantienen el dilema debería desatar el vínculo y aliviar el síntoma.

Hay posturas emocionales que abren o cierran las posibilidades de diálogo terapéutico:

1) Las posturas emocionales de tranquilidad preparan al cuerpo para cuidar de sí mismo o del otro. La persona introvierte su atención hacia sí misma o hacia su resonancia interior con otra persona o su comprensión de ella. Se presta una atención mínima al control del entorno físico, con un bajo nivel de vigilancia hacia las amenazas. Se disfruta del contacto con el otro.

2) Las posturas emocionales de movilización consisten en las diversas configuraciones de preparación del cuerpo para la defensa o la rapiña. El organismo se dispone a controlar su

entorno. Hay un alto grado de vigilancia frente a la amenaza potencial. La atención se extrovierte, se esfuerza por predecir y controlar la conducta de la presa o del adversario. El contacto es atrapante o amenazador.

Las posturas de movilización pueden aprisionar a las personas en dilemas generadores de síntomas porque combinan dos procesos independientes y los dos reducen su capacidad y la de sus familiares para resolver problemas: en primer lugar, constituyen un retraimiento reflexivo de todo el organismo respecto de una situación dolorosa que implica aislar un discurso privado sobre el problema de las conversaciones con otras personas, incluidas las que pueden proporcionar ayuda; por otro lado, representan una reconfiguración de procesos cerebrales perceptuales, procesadores de información y conductuales que aumentan al máximo la rapidez y eficiencia de la respuesta, a la vez que reducen al mínimo su creatividad y complejidad. Ayudan al que lucha solo pero son un impedimento cuando se depende de la cooperación dentro de una relación (por ej., terapeuta-paciente). Para autoproteger el cuerpo, enmascaran y ocultan la historia vital, ya que la verbalización de las narrativas que prohíben la expresión corporal viola el silencio prescrito por los usos vinculantes, con el riesgo de entrar en una zona de alarma que activaría emociones de vergüenza, furor, miedo, pesadumbre, dolor... Cuando predomina una postura de movilización, se estructura una postura epistemológica que predispone la percepción, las pautas cognitivas y las acciones posibles, controlando el acceso al conocimiento necesario para escapar del dilema, ya que centra selectivamente la atención en las posibles amenazas externas. La hipervigilancia

sacrifica oportunidades de reparar en hechos inesperados, reflexionar, tener pensamientos creativos y abrirse a modos más adaptativos de resolver el problema.

El clínico debe crear una zona o ambiente de seguridad, que no suele existir en los discursos cotidianos espontáneos, y permite expresar las narrativas ocultas. La habilidad del clínico para facilitar a los pacientes y su familia el relato de sus historias personales consiste en la habilidad para ayudar a entrar en posturas emocionales de tranquilidad. El relato de historias personales importantes nunca surge con una postura emocional de movilización. La competencia como terapeutas reside en el poder para dirigir la coreografía de posturas emocionales entre el clínico, el paciente y la familia, a fin de favorecer el campo conversacional donde se pueden enunciar, sin riesgo, un dilema inexpresable y las narrativas que lo rodean. Ayuda a escapar de las narrativas personales que sostienen los síntomas después de que el dilema ha sido expresado públicamente buscando prácticas que las contrarresten (antídotos) porque impiden o dificultan la participación en una historia destructiva.

Tan pronto como cambia el lenguaje, antes de emprender acciones basadas en nuevas percepciones, se produce un cambio inmediato en las posturas emocionales del cuerpo: de posturas de entrampamiento (protesta miedosa o desapego apático) a posturas de rebelión (desafío, afirmación, indignación...), lo que resulta suficiente para desenganchar el síntoma somático, antes de aplicar un plan terapéutico destinado a alterar las pautas de conducta.

Las estrategias terapéuticas se dirigen a la reescritura de los relatos vinculantes:

actuación de un drama social, que se puede recomponer y transformar en una versión benigna (cambios de puesta en escena, de personajes o de libreto, y manejo de marcadores contextuales),

1. por expansión temporal;
2. por cambio de reparto;
3. por alteración de la selección de sucesos en que se basa el argumento narrativo;
4. desenmascarando la influencia de los usos sociales.

En nuestro programa, el trabajo con las posturas corporales emocionales lo realizamos con una integración de psicodrama y terapia sensoriomotriz.

Pat Ogden y cols. estudian la **dinámica interactiva entre el apego, el trauma y el cuerpo**. *“Por multitud de razones, el cuerpo ha quedado excluido de la cura verbal”*. La terapia verbal tradicional requiere ampliarse a un enfoque original para el tratamiento de la traumatización psicológica. Sabemos de la profunda medida en que las experiencias traumáticas se traducen en reacciones sensoriomotrices -imágenes, sonidos, olores, sensaciones corporales intrusivas, dolor físico, constricción, entumecimiento- y de la necesidad de un enfoque holístico mente-cuerpo para poder aplicar un tratamiento eficaz. Los modelos convencionales de terapia excluyen hablar del cuerpo, concentrándose predominantemente en la idea de que el cambio tiene lugar en virtud de la expresión narrativa. La comprensión de los traumas y de sus efectos necesita un enfoque de orientación somática, para ofrecer una teoría y un modelo de tratamiento sólidos y abarcadores.



El marco teórico de este enfoque combina elementos de lapsicotraumatología, las neurociencias, psiconeurobiología de la supervivencia y las tendencias de acción, la teoría del apego, el procesamiento jerarquizado de la información en los aspectos cognitivo, emocional y sensoriomotriz (alteraciones de la regulación)... para enfrentarse con la modulación de la activación fisiológica y afectiva, los efectos sobre el cuerpo de las perturbaciones en las experiencias de apego, el estrechamiento del campo de conciencia sobre la estimulación externa e interna, las respuestas defensivas de movilización e inmovilización, su valor adaptativo y efecto sobre los síntomas, la regulación afectiva, la disociación y el cuerpo. Los principios, las técnicas y las habilidades específicas de este modelo de psicoterapia incluyen: una temporización en etapas, el establecimiento de límites, la conexión gradual con el cuerpo, el trabajo en el presente, el análisis de la transferencia en relación a las vivencias somáticas, la organización de la experiencia más que la introspección, la conciencia plena (mindfulness) para explorar la organización de las experiencias actuales y modular la activación fisiológica, y la consideración de riesgos y beneficios del contacto físico.

“... las intervenciones terapéuticas sensoriomotrices abordan las tendencias de acción habituales y favorecen la práctica a fin de establecer unas habilidades más adaptativas. A medida que el terapeuta facilita un “baile diádico”, colaborador y receptivo, con el paciente, la experiencia de la regulación psicobiológica relacional le permite a la persona modular su nivel de activación y acceder a estados placenteros y de calma, en lugar de los niveles extremos de activación. La práctica de acciones

diferentes en el contexto de una conexión social receptiva con el terapeuta, conduce al desarrollo de una capacidad de relacionarse más adaptativamente y al fortalecimiento tanto de las habilidades de regulación relacional como de la capacidad de autorregulación. A través de la realización lograda de acciones anteriormente temidas o poco familiares, ... comienza a aflorar una sensación de dominio. Finalmente, a medida que los sistemas de apego y de conexión social se vuelven más accesibles para el paciente, comienzan a tener lugar otras transformaciones en el sistema de orientación y el sistema defensivo” (Ogden et al. 2009, pp. 143-144).

“La satisfacción y el placer de ser capaz finalmente de ejecutar acciones físicas defensivas directas que emergen espontáneamente de la observación de la experiencia corporal relacionada con el trauma altera el sentido somático del yo de una manera que no es posible alcanzar únicamente hablando. Conocer, sentir y realizar –y por tanto experimentar– estas acciones físicas ayuda a transmutar la forma en que los pacientes acogen y organizan consciente e inconscientemente los traumas del pasado. Cambia su manera de responder (cognitiva, emocional y físicamente) en sus vidas presentes y su perspectiva sobre el futuro” (Ogden, Pain, Minton y Fisher, en imprenta).

Descripción de nuestro proceso terapéutico:

Desde los modelos de los estados del yo (Watkins, Mirapeix...), analizamos los esquemas de experiencia interna con que funcionamos en situaciones de riesgo (vs. seguridad en Porges), las tendencias

de respuesta características emitidas para la autodefensa y supervivencia (ataque, huida, bloqueo... vs. contacto espontáneo), posturas emocionales y ligaduras corporales (Maturana, Griffith, Ogden) consolidadas a partir del tipo de apego (Bowlby), roles y pautas vinculares, escenas-matriz, y posibles estereotipias disfuncionales desarrolladas en la historia del individuo, configurando su autoconcepto e identidad (Moreno, Bustos...). Recurrimos a la terapia EMDR (en formato individual y grupal) para activar la conciencia, desbloquear e integrar contenidos excluidos que necesitan abordarse en el momento oportuno del proceso, asociada con técnicas de respiración, relajación y mindfulness para desarrollar dicha conciencia, la atención al momento presente y el contacto con el cuerpo en posturas de tranquilidad. Con los enfoques sistémicos narrativos y transgeneracionales (Nagy, Zeigarnick, Hildgard, Schützenberger, Maciel), en sesiones individuales y/o familiares y de pareja paralelas al grupo (para prevenir el desbordamiento emocional por identificación masiva), revisamos las consignas y encomiendas que ha transmitido la familia, cómo estas lealtades, los secretos y los dilemas inexpressados (Griffith) comprometen el cuerpo y la interacción. Buscamos el significado transgeneracional de los síntomas, obteniendo información sobre los roles y cuotas de poder en la familia.

Con el trabajo corporal de análisis (escaneo), registro y maximización de posturas emocionales, tratamos de fomentar la toma de conciencia sobre la expresión somática (su dinámica y significado), entrenando alternativas de acción-emoción (posturas emocionales) menos dolorosas y más adaptativas (terapia sensoriomotriz de Ogden, psicodrama). Poder desvelar y elaborar estas experiencias en un espacio seguro de contención permite liberar la expresión sin temor a las consecuencias punitivas del pasado, desatar los vínculos perniciosos, sobreponerse a la fatalidad (repetición de la historia, síndrome del aniversario...), desligar los síntomas somatizados y aprender otros modos de expresión, interacción y afrontamiento en el presente y hacia el futuro (construcción de una nueva narrativa en un dialogo terapéutico de colaboración, re-construcción y co-construcción de escenas). Realizar este entrenamiento en grupo psicodramático aporta simultáneamente la oportunidad de un re-entrenamiento activo de la confianza, las relaciones interpersonales, nuevos roles (diagramas de roles, átomos sociofamiliares, role-playing), a partir de modelos referentes/resilientes (aprendizaje vicario), la recuperación de la autoestima, en la medida en que se elaboran las pérdidas (abandonos) y la culpa (autocrítica), y de la funcionalidad, al obtener logros por la identificación, desarrollo y utilización de apoyos y recursos. Todo ello representa un funcionamiento más integrado y eficaz.



BIBLIOGRAFÍA

Fierro Bardaji, A. (1984). El hecho religioso. Barcelona. Aula Abierta Salvat.

Filgueira Bouza, M.S. (1993). Psicodrama: Ciencia, arte y magia. IX Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama: "Psicodrama: Ciencia, arte y magia". Tordesillas (Valladolid), 1993. Informaciones Psiquiátricas, 132, 125-127.

Filgueira Bouza, M.S. (1996). Curación ritual, ¿terapia religiosa o religión terapéutica? Orense, 1995. En: "V Jornadas de Psiquiatría, Psicanálise e Literatura. Un achegamento literario e psicopatolóxico a os fenómenos relixiosos". Asociación Galega De Saúde Mental. Santiago de Compostela. Tórculo.

Filgueira Bouza, M.S. (1997). Ritos Terapéuticos. En: "1er. Congreso Iberoamericano de Psicodrama y XIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama. Diversas culturas, una misma escena". Instituto de Estudios de Iberoamérica y Portugal. Universidad de Salamanca. Salamanca. Intergraf. Revista Recreate, 3, 3. <http://www.iacat.com/Revista/recreate/recreate03/Psicodrama%20Ritos.pdf>

Filgueira Bouza, M.S. (2006). Me lo dice el cuerpo: Expresión somática y trabajo corporal en psicoterapia. VI Congreso da Asociación Galega de Saúde Mental: "O saber holístico: homenaxe ó Profesor Rof Carballo". Lugo, 9 a 11 de Junio 2005. En: Luis F. Vila Pillado y Ramón M. Area Carracedo, Comp. O saber holístico: homenaxe ó Profesor Rof Carballo. Vigo: Asociación Galega de Saúde Mental.

Filgueira Bouza, M.S. (2006 Feb). Expresión somática y trabajo corporal en psicoterapia. Comunicación a la Mesa de la FEAP: "El Cuerpo en Psicoterapia". En: 7º Congreso Virtual de Psiquiatría 'Interpsiquis 2006'. <http://www.interpsiquis.com>

Filgueira Bouza, M.S. (2007). Enfermedad y Cultura: Trastorno de Trance y Posesión. Galicia encantada. En: "VI Congreso Iberoamericano de Psicodrama y XXII Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama. Psicodrama en Síndromes y Conflictos Culturales". A Coruña. Congrega.

Filgueira Bouza, M.S. (2012 Dic). Narradrama transgeneracional: volver a vivir. Una propuesta de psicoterapia integrativa. Speculum, Revista del Aula de Psicodrama.- Psicodrama y Grupos, 3, 109-124.

Filgueira Bouza, M.S. (2013). Introducción al Psicodrama. En: Torres P. y Lucero S. (Eds.). Dramaterapia y psicodrama: Un encuentro entre el teatro y la terapia (Volumen I). Ediciones EDRAS - Escuela de Postgrado Facultad de Artes Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Filgueira Bouza, M.S. (en imprenta). Psicoterapia integrativa en hospital público con pacientes de Trauma Complejo y Disociación. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.

Filgueira Bouza, M.S. (en imprenta). Psicodrama integrativo en la comorbilidad del trauma. <https://www.dropbox.com/s/unvhajy2dkd5ipo/PD%20Integrativo%20Comorbilidad%20TR%26DS%20TP%20Filgueira.pdf>

Filgueira Bouza, M.S. (en imprenta). Psicodrama y trauma: investigación y tratamiento. En: Torres P. y Lucero S. (Eds.). Dramaterapia y Psicodrama: Un encuentro entre el teatro y la terapia (Volumen II). Santiago de Chile: Ediciones EDRAS - Escuela de Postgrado Facultad de Artes Universidad de Chile. <https://www.dropbox.com/s/z905itf4y0s7p8z/PD%20Trauma%20Inv%26Tto%20MS%20Filgueira%20Bouza.pdf>

Filgueira Bouza, M.S. (coord.) et al. (2009). Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama: Normativa de Acreditaciones, Escuelas y Programa Oficial. <http://www.lulu.com> 18.09.2009. Madrid: Clemente Martínez Pérez. <http://aep.fidp.net/contenido/manual-de-formacion-en-psicodrama-aep-para-encargarlo>

Filgueira Bouza, M.S., Bermúdez Míguez, S., Lago Pérez, A.L., Vázquez Rodríguez, B. (2012). Más Allá de las Conversaciones Terapéuticas: cambios de narrativa con terapia sistémica y psicodrama. Abusos, Trauma, Disociación y Duelo. Revista Oficial da Sección de Psicoloxía Clínica, Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia. Anuario nº 6. <http://www.copgalicia.es/copgalicia.asp?id=40>

Filgueira Bouza, M.S., Díaz del Valle, J.C. y Peña Pintané, B. (1998). “Enfermedad y Cultura”. SISO SAUDE, Revista da Asociación Galega de Saúde Mental, 31, 46-54.

Filgueira Bouza, M.S., González Vázquez, A.I., Calvo Leira, M.P., Bermúdez Míguez, S., Pérez Ramírez, L. y Ramallo Machín, A. (2012). Psicodrama con pacientes de trauma complejo y disociación: investigación cualitativa en psicoterapia. Revista Oficial da Sección de Psicoloxía Clínica, Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia. Anuario nº 6. <http://www.copgalicia.es/copgalicia.asp?id=40>

Filgueira Bouza, M.S., Varea Cascallar, L. y González Vázquez, A.I. (1996a). La Noche de San Juan: una perspectiva psicodramática. En: “XII Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama. Diversas culturas, una misma escena”. A Coruña. Diputación Provincial de A Coruña.

Filgueira Bouza, M.S., Varea Cascallar, L. y González Vázquez, A.I. (1996b). Brujas, Meigas y Sabias. En: “XII Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama. Diversas culturas, una misma escena”. A Coruña. Diputación Provincial de A Coruña.

González Vázquez, A. (2010). Trastornos Disociativos. Madrid: Pleyades. <http://www.trastornosdisociativos.com/>

Griffith, J.L. y Elliot Griffith, M. (1996). El cuerpo habla: diálogos terapéuticos para problemas mente-cuerpo. Buenos Aires: Amorrortu.

Griffith, J.L. y Elliot Griffith, M. (1997). La somatización y la apertura del diálogo con pacientes y familias médicamente marginalizadas. En: Marcelo Pakman (comp.). Construcciones de la Experiencia Humana (Volumen II). Barcelona: Gedisa.

Lamas Crego, S. y Filgueira Bouza, M.S.(1992 Inv.). Pranto.- Psicodrama Popular contra el Duelo Patológico. VII Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama: “El cuerpo en Psicodrama”. Santillana del Mar (Cantabria), 1991. VINCULOS (Revista de Psicodrama, Terapia Familiar y Otras Técnicas Grupales), 4, 81-127.



Lamas Crego, S. y Filgueira Bouza, M.S. (1994). Psicodrama y Antropología. En: González Fernández, E. et al. "Cultura e Saúde Mental.- Aproximacións Antropolóxicas a Clínica Psiquiátrica en Galicia". Santiago de Compostela. Xunta de Galicia, Colección Saúde Mental, Serie Reforma Psiquiátrica - Etnopsiquiatría.

Lamas Crego, S. y Filgueira Bouza, M.S.(1998). El Carnaval de Laza.- Psicodrama y Antropología. VIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama: "Integraciones teóricas en Psicodrama". Reus (Tarragona), 1992. Revista de Folklore, 206, 39-62.

Levi-Strauss, C. (1980). Antropología Estructural. Buenos Aires. Universitaria.

Lisón Tolosana, C. (1979). Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia. Antropología cultural de Galicia, 2. Madrid. Akal.

Lisón Tolosana, C. (1981). Perfiles simbólico-morales de la cultura gallega. Madrid. Akal.

Maturana, H. y Varela, F. (1984). El árbol del conocimiento. Bases biológicas del entendimiento humano. Santiago de Chile: Universitaria.

Ogden, P. and Minton, K. (2000 Oct). Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. Traumatology, VI(3), Article 3.

Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2009). El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ogden, P., Pain, C., Minton, K. and Fisher, J. Including the Body in Mainstream Psychotherapy for Traumatized Individuals. <http://www.sensorimotorpsychotherapy.org/article%20APA.html> To be published in the American Psychological Association. Division 39 publication, Psychologist Psychoanalyst.

Porges, S.W. (2004 May). Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety". Zero to Three., 24(5), 19-24.

Rodríguez Vega, B., Fernández Liria, A. y Bayón Pérez C. (2005). Trauma, Disociación y Somatización. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 1, 27-38.

Simón Lorda, D. (25 Feb 2014). La romería de O Corpiño-Pontevedra (De Jacinto Esteva a V Televisión pasando por Toén). Diario de un Médico de Guardia. <http://diariodeunmedicodeguardia.blogspot.com.es/2014/02/la-romeria-de-o-corpino-pontevedra-de.html>

Van der Hart, O; Steel, K; y Nijenhuis, E. (2007). El yo atormentado. Bilbao: Desclée de Brouwer. <http://www.onnovdhart.nl/>

Van Gennep, A. (1969). Ritos de Paso. Madrid. Taurus.

Artículos

LA METAFORA EN SICODRAMA: Una vía metodológica

Amelia
Coppel



coppellia@gmail.com

Licenciada en Psicología. Directora de Sicodrama y Sicodanza por la Escuela de Rojas-Bermúdez. Psicodramatista-Psicoterapeuta de grupo con la categoría de Docente-Supervisora por la Asociación Española de Psicodrama (AEP). Fundadora de ALEA, Escuela de Formación y Terapia. La Formación está acreditada por la Asociación de Sicodrama y Sicoterapia de Grupo (ASSG), por la Asociación Española de Psicodrama (AEP) y por la FEAP. Coordinadora y formadora de grupos de Sicodrama y Sicodanza en España y Portugal. Didata da Associação Ibérica de Psicodanza Rojas-Bermúdez (AIP-RB). Miembro Fundador de la ASSG. Miembro Fundador de la AIP-RB. Miembro de la AEP. Miembro de la IAGP (International Association for Group Psychotherapy)

ALEA. Centro de Sicodanza y Sicodrama

<http://sicodanza.com/blog/>

Resumen

El artículo intenta plantear la eficacia de la metáfora como instrumento terapéutico en sicodrama.

Partiendo de la idea de que nuestra conceptualización de la realidad no se produce a través de un lenguaje pre-dado sino que es la naturaleza metafórica del lenguaje la que estructura nuestra cognición y percepción de la realidad.

Palabras Clave

- › Metáfora,
- › sicodrama,
- › imagen,
- › lenguaje metafórico



INTRODUCCION

El objetivo del trabajo es mostrar la instrumentación con fines terapéuticos de las ideas desarrolladas por Lakoff y Johnson (1995) en relación a la Metáfora.

Hasta casi la década de los 80 la metáfora no ha tenido cabida en la ciencia. La metáfora estaba reducida a los aspectos emotivos del lenguaje. Carecía totalmente de significación empírica; no decía nada del mundo. Esta idea parte de que la conceptualización de la realidad viene modelada por la estructura del lenguaje, independiente de nuestra actitud perceptiva y cognitiva.

Últimamente, el estudio de las metáforas, los modelos y las analogías ha pasado a ser un área nueva en torno a la ciencia. Las metáforas han empezado a ser estudiadas como recursos de conceptualización y organización de la experiencia.

Lakoff y Johnson (1995, 39) consideran que: “nuestro sistema conceptual ordinario, en términos del cual pensamos y actuamos, es fundamentalmente de naturaleza metafórica... Nuestros conceptos estructuran lo que percibimos, como nos movemos en el mundo, la manera en que nos relacionamos con otras personas”. El punto de referencia para comprender la percepción no es un mundo pre-dado e independiente del receptor sino su propia estructura sensorio-motora.

La esencia de la metáfora es entender y experimentar un tipo de cosas en términos de otra. Uno de los ejemplos que utilizan estos autores es que entienden

una discusión como una guerra. Lakoff y Johnson (1995, 40) “aunque son cosas de diferente tipo, discursos verbales y conflictos armados, una discusión se estructura, se piensa, se ejecuta y se describe en términos bélicos”. Por ejemplo, como contrincante es muy hábil, debemos conseguir una alianza, se mete en mi terreno, ataquemos sus puntos débiles, etc. Consideran que si imaginamos una cultura que, en vez de la metáfora de la discusión como un conflicto bélico, tuviera la metáfora de la discusión como una danza, los individuos de esa cultura tendrían una experiencia muy diferente de las discusiones.

Johnson (1991) en su libro “El cuerpo en la mente” analiza que nuestro sistema conceptual es de naturaleza imaginativa y que la estructura de la imaginación surge de la experiencia corporal. Según Johnson, hay dos tipos de estructura imaginativa y corporeizada que son fundamentales para nuestra comprensión: los esquemas de imágenes y las proyecciones metafóricas.

Johnson cree que, en principio, la comprensión de nuestra experiencia se estructura metafóricamente a partir de esquemas básicos de imágenes. Los “esquemas de imágenes” son los patrones que se forman a partir del movimiento corporal, la manipulación de objetos y las interacciones perceptivas sin los cuales nuestra experiencia sería incomprendible, es decir, se originan en la experiencia corporal. Johnson (1991, 85) concibe los esquemas como “estructuras para organizar nuestra experiencia y nuestro entendimiento”. Proporciona varios esquemas espaciales, como el esquema DENTRO-FUERA, ARRIBA-ABAJO, DELANTE-DETRÁS, etc. La

captación de estos esquemas tiene como referencia nuestro cuerpo en la medida que se orientan espacialmente. Por ejemplo, aprehendemos el esquema DENTRO-FUERA porque nos pasamos parte del día metiendo cosas en nuestro cuerpo o sacándolas, salimos y entramos de habitaciones, coches, etc., ponemos dentro y fuera cosas de diferentes receptáculos... El concepto de ARRIBA tiene que ver con nuestra postura erecta en relación con el campo gravitacional en el que vivimos.

“Las proyecciones metafóricas” son ampliaciones de los esquemas físicos a otros no físicos. Como la correlación que existe entre emociones (Felicidad/Tristeza) y experiencias sensorio-motoras (postura erguida/caída) que constituyen la base de conceptos metafóricos como Feliz es Arriba y Triste es Abajo . Estas proyecciones básicas permiten extensiones metafóricas de los esquemas de imágenes. Por ejemplo, el esquema Dentro-Fuera se amplía metafóricamente a: “me doy por vencido, abandono la carrera” (carrera como receptáculo que sales) o “me gusta ese club voy hacerme socio” (club como receptáculo que entras). La proyección puede ser mucho más abstracta como: “estoy en desacuerdo” (salir del acuerdo).

La teoría cognitiva que formula Varela (1992) es acorde con la perspectiva de estos autores, considera que la cognición es acción corporizada. “Corporizada” en dos sentidos “primero que la cognición depende de las experiencias originadas en la posesión de un cuerpo con diversas aptitudes sensoriomotrices; segundo, que estas actitudes sensorio-motrices están encastradas en un contexto biológico, psicológico y cultural más

amplio” (Varela, 1992, 203).

Desde mi punto de vista, la tesis más interesante de Lakoff y Johnson (1995) es que las metáforas no solo son formas adecuadas y económicas de expresar nuestro conocimiento; (sino que) más bien son nuestro conocimiento y comprensión de los fenómenos. Esta idea me ha llevado a pensar que si el conocimiento del mundo y de nosotros mismos y, sobre todo, la interacción de ambos son de naturaleza metafórica, sería muy interesante empezar a investigar las metáforas personales de los pacientes . Es decir, me ha interesado la posibilidad de utilizar las estructuraciones metafóricas personales y culturales como instrumento de trabajo en Sicodrama.

LENGUAJE SÍMBOLICO Y LENGUAJE METAFÓRICO

El lenguaje que usamos es un lenguaje simbólico sin significado propio, ajeno a nosotros y dado desde fuera. Está muy extendida la convicción de que las oraciones y las palabras tienen significados en sí mismas independientemente del contexto y del hablante. Sin embargo, el significado es siempre significado para una persona o comunidad. En sí mismas las palabras no tienen significado, sólo lo tienen para las personas que las utilizan a fin de significar algo.

Es evidente que sin lenguaje estaríamos sumidos en un mundo de imágenes muy perturbadoras. Sería un caos. El lenguaje produce un orden.

Sin embargo, también es cierto que hay que llamar la atención sobre las



confusiones del lenguaje simbólico. La dificultad fundamental es que el significado encerrado en las palabras no significan lo mismo para todos. Ahí está para demostrarlo, por ejemplo, las metáforas, los dichos, los giros, los refranes, etc. que son usados personalmente con diversos sentidos y que llevan a opciones de acción muy distintas. He comprobado esta idea numerosas veces en los grupos, he solicitado a cada miembro que representase con personas (imagen sicodramática) un refrán, nunca han hecho dos imágenes iguales y lo más llamativo es que al hacer los soliloquios cada uno referenciaba esa escena a su propia vida. En este sentido, el lenguaje metafórico es un tipo de lenguaje en el que el individuo está implicado. Este lenguaje metafórico es un lenguaje que tiene sentido para nosotros porque tiene que ver con nuestra experiencia corporal.

Nuestras metáforas estructuran lo que percibimos, es decir, se actúa en consecuencia con nuestro sistema metafórico. Una paciente me dijo: “la dificultad está en tener que usar las palabras de todo el mundo para expresar algo que es único para mí”.

Cada vez me viene más la idea de que, en alguna medida, la dimensión simbólica del lenguaje es como una realidad virtual. Según Szasz (1994), hablar es una forma más complicada de ver, tocar o abrazar.

Conocer el significado de una palabra no es, literalmente hablando, conocer alguna realidad. El supuesto de que la palabra “se ciñe al mundo” es insostenible. Hilary Putnam (1995) pone un ejemplo sobre este punto que me parece esclarecedor. Cuando preguntamos a alguien qué

diferencia existe entre un olmo y una haya, estamos suponiendo que la persona tiene una representación mental diferente para cada árbol. Sin embargo, podemos comprobar que muchas personas no conocen realmente estos árboles, lo que significa que, en realidad, no tienen ninguna imagen concreta de ellos. A pesar de esto, todo el mundo asegura que el olmo y el haya son especies de árbol diferentes. Lo que esto nos indica es que para estas personas la única diferencia entre un olmo y una haya es que una especie se denomina “olmo” y la otra especie se denomina “haya”. Es decir, distinguen una especie de otra simplemente porque cada especie tiene un nombre distinto. Al final parece que lo que realmente conocemos no es tanto “el mundo real” como “el mundo virtual de las palabras”.

En resumen, lo que nos hace conocer “la realidad”, en definitiva, no es el lenguaje, sino nuestro cuerpo en su interacción con el mundo. Esta experiencia corporal del mundo estructura nuestras percepciones y después nuestros significados. El lenguaje tiene poco que decir de nuestra realidad interna. El hecho de conocer palabras no asegura conocer el mundo. Y aún en mayor medida si tomamos las emociones. Traducir las emociones a palabras es una tarea muy complicada y si se consigue, las palabras son muy pobres comparándolas con la riqueza de lo que se siente.

LA METAFORA CREA UNA NUEVA REALIDAD

Según Lakoff y Johnson, las metáforas nos hacen percibir el mundo en unos

determinados términos, mientras que otras posibilidades quedan excluidas. En cualquier situación estructurada metafóricamente se destacan ciertas características y se ocultan otras. Si conseguimos resaltar los aspectos suprimidos, la metáfora se va a modificar pudiendo proporcionarnos una “nueva comprensión” de nuestra experiencia. Esto se produce porque los nuevos aspectos de la metáfora van a otorgar nuevos significados a nuestras actividades pasadas así como a las cotidianas.

La metáfora tiene más poder para crear realidad que para conceptualizar simplemente una realidad preexistente. Esta idea se apoya en que la metáfora estructura nuestro sistema conceptual y por tanto, influye en nuestra percepción del mundo y en nuestras acciones.

Vamos a pensar en el parto y en cómo la metáfora subyacente, en cada cultura, estructura el sistema perceptual y conceptual de esa experiencia. Por ejemplo, en nuestra cultura la metáfora es “parir es un castigo” a partir de la maldición bíblica. Por ello, estructuramos esa experiencia como dolorosa. Para la mayoría de las mujeres los partos son dolorosos y son aceptados como tales. Nuestra cultura ofrece “los partos sin dolor” a través de anestésicos. Esta solución es coherente con la metáfora. Sin embargo, Levi- Strauss menciona el texto de un canto de la tribu de los cuna (República de Panamá) cuyo objetivo es ayudar a un parto difícil. Este tipo de parto se explica porque Muu, la potencia responsable de la formación del feto, se ha apoderado del alma de la madre. El canto consiste en la búsqueda del alma, que tras una lucha será restituida por el

chamán y sus espíritus protectores por un lado, y Muu y sus hijas por otro. Vencida Muu deja libre el alma de la madre. Entonces tiene lugar el parto. La metáfora que subyace en esta tribu es “Parir es una lucha”. Es decir, la metáfora constituye la experiencia del parto como una lucha en vez de como un castigo. La técnica del canto hace coherente esa experiencia constituyéndola metafóricamente y resituándola en un sistema en el que tiene sentido. Ni la mitología del chamán ni la nuestra corresponde a una realidad objetiva, sin embargo, lo importante es que la madre cree en esa realidad y es miembro de una sociedad que también cree en ella. La realidad que se vive en cada cultura en relación a un parto es completamente diferente en función de la metáfora correspondiente.

METAFORA E IMAGEN

El pensamiento metafórico es el proceso por el que se reconoce una conexión entre dos elementos aparentemente no relacionados entre sí. Se ha descubierto que estas conexiones entre partes separadas son establecidas por el hemisferio derecho. El hablar de Metáfora en Sicodrama no es nada nuevo. Rojas Bermúdez utiliza formas metafóricas constantemente cuando trabaja. Sin embargo, es el enfoque de Lakoff y Johnson y, sobre todo, la reflexión que este ha desencadenado lo que me ha permitido comprender el trabajo de nuestra escuela en términos de metáfora. Cuando a un paciente se le da la consigna: “coloca a tu familia como si fuese un sistema solar” se le está sugiriendo que trabaje sobre la familia a través de una “metáfora astrológica”. Creo que trabajar



en el “como sí” sicodramático es trabajar metafóricamente. Cuando el director elige un dicho muy sentido lo que intenta es tomar una metáfora del paciente y convertirla en una imagen sicodramática. La imagen es la esencia de la Metáfora porque lo que se busca con la Metáfora es una forma sintética. Con todo, lo fascinante es que en Sicodrama se va mucho más allá de lo metafórico, en el sentido de que la metáfora se dramatiza y se vivencia, se hace y se siente. Después al construir la imagen de la metáfora aparece la comprensión global emergiendo un nuevo sentido. Rojas Bermúdez siempre repite que la imagen ofrece una comprensión o intuición completa de lo buscado.

Recuerdo una paciente que siempre me hablaba de que todos sus problemas se debían a que su madre era una ignorante. Finalmente cuando le pedí esa imagen colocó a la madre de espaldas a ella y mirando a los otros miembros de la familia. Ahí se hizo evidente que la ignorancia de la madre no era de conocimientos sino de que la ignoraba a ella. Debido a esta ignorancia la paciente había sido objeto de abusos sexuales por parte de un vecino. En este caso se mezclaban las palabras ignorancia y conocimiento en dos niveles diferentes. La madre no tenía conocimiento de lo que le estaba pasando a su hija. Para mí, antes de hacer la imagen de ignorante la madre era una analfabeta, para ella, su madre no había estado atenta. Si se hace una imagen del conflicto esa imagen puede ser leída a nivel metafórico. O al revés, podemos tomar la metáfora del conflicto y hacer su imagen. Es la idea clásica de Rojas- Bermúdez, a la misma forma darle otros contenidos o un contexto diferente. Este autor sugiere el pensar

siempre en varios niveles a la vez. Por ejemplo, la imagen del aparato digestivo de una anoréxica puede verse como su vagina porque mientras que en un caso lo que se introduce es comida, en el otro es el pene. En un lado se engorda, en el otro se puede quedar embarazada. Si un síntoma corporal es como un lenguaje sin palabras, se puede entender como una metáfora de otra cosa. La manera de conseguir su traducción es por medio de una imagen. La imagen sicodramática tiene mayor similitud con lo que representa que la palabra. Si me retuerzo de dolor tocándome el estómago esta postura se parece más a lo que me pasa que la frase “me duele el estómago”. Todas las imágenes pueden tener sus metáforas y todas las metáforas se pueden convertir en imágenes. En mi opinión, lo importante de trabajar en sicodrama con metáforas son las imágenes que subyacen en ellas. La imagen sicodramática es una forma que se construye en el escenario y permite desenmascarar el contenido oculto de la palabra. El trabajo con palabras lleva implícito que podemos estar entendiendo mal la estructura que el otro comunica. La imagen, en cambio, permite ver el significado que lo contiene. La imagen da una visión simultánea que posibilita ver la estructura de las relaciones entre las partes.

LA METAFORA DE LA “LOCURA”

Extrapolando la teoría de Lakoff y Johnson al campo terapéutico, nos encontramos que los pacientes, como cualquier persona, tienen sistemas metafóricos para comprender su realidad. Al mismo tiempo los terapeutas tienen

sus propias metáforas de los problemas de los pacientes. Cada terapeuta tiene una estructura metafórica básica para comprender la locura. Puede ser una metáfora cultural o personal o una fusión de ambas. La relación terapéutica se basa en la interacción de estos dos sistemas metafóricos.

Puedo ejemplificar este punto con algunas definiciones habituales sobre el “loco”: no percibe la realidad, ve cosas que no ocurren, todo lo explica desde su visión, no tiene una panorámica de las situaciones, solo ve lo que quiere ver, no puede ponerse en el punto de vista del otro, no se ve a sí mismo, etc.

Todas las definiciones apuntan a la vista. En este caso, la metáfora es “la locura es una ceguera”. Si como terapeuta pienso que el “loco es un ciego” voy a intentar devolverle la vista. Si la metáfora propia del loco es que él está sordo, algo va a ir mal. Quiero decir, que si un terapeuta estructura la locura mediante la metáfora de la ceguera esta metaforización va a influir en su percepción, diagnóstico, tratamiento... Este tipo de vinculaciones van a constituir su captación de la situación de locura. En definitiva, nuestra metáfora de la locura va a producir una selección de datos y va a suprimir otros.

Cada individuo tiene una estructuración metafórica que le ordena su experiencia. Una gran parte depende de su cultura y otra es propia de él mismo. El hombre construye constantemente metáforas personales que hagan coherente su historia pasada, su hacer presente y sus metas futuras. El objetivo del trabajo terapéutico apuntaría a que el paciente tomase conciencia de sus metáforas y cómo condicionan el sentido de su vida.

En general, actuamos en consonancia con nuestras metáforas. Mi intención como terapeuta no es “vender” mi metáfora al paciente sino clarificar sus metáforas presentes o ayudarle a buscar metáforas alternativas que le permitan una comprensión diferente. Las metáforas nuevas tienen la capacidad de crear nuevas realidades. Si introducimos en nuestro sistema conceptual nuevas metáforas cambiará nuestra visión y, en consecuencia, nuestras acciones.

Se trata de intentar comprender al “loco” y averiguar qué estructura metafórica atribuye a su conflicto. Aunque el “mundo real” no cambia a pesar de una nueva estructuración metafórica, el “loco” se relaciona después con un mundo diferente. De alguna forma modifica su realidad.

La forma de trabajar las Metáforas en Sicodrama siguen dos vías:

* Tomar la metáfora. Es muy habitual que las personas hablen de sus conflictos a través de una metáfora. Esta metáfora es transformada en una imagen sicodramática por el protagonista y, de esta forma, vemos cómo comprende sus problemas. En mi opinión, el paciente no utiliza solamente esa metáfora para comunicar sintéticamente su problema, sino que la metáfora es la estructura de su comprensión del problema.

* Realizar una lectura metafórica de las imágenes del paciente para que encuentre otras alternativas y alcanzar una mayor comprensión desde otras perspectivas.

Por tanto, lo fundamental de este trabajo es intentar pasar las metáforas a su imagen o que de la imagen surja la metáfora. De



este modo, al movernos con las formas los contenidos del terapeuta se alejan. El hablar solamente sobre las metáforas sin trabajarlas con imágenes no evita que el terapeuta esté funcionando con sus propios significados. Únicamente el propio individuo tiene los códigos de su forma.

LA METAFORA DE JORGE: JUGAR AL TENIS

El motivo de consulta de Jorge era el proceso de ruptura de su relación de pareja. Ruptura que no se había llevado a cabo totalmente. Llevaban un año con llamadas, encuentros, reproches e intercambios de objetos personales (ej.: dame mis fotos, toma el jersey que olvidaste, etc.).

La queja principal de Jorge, en relación a este juego, era que él quería tener una conversación con ella para acabar definitivamente. Sin embargo, su novia se negaba ya que, para ella, “acabar era dejarse de hablar”. Jorge, por tanto, se veía envuelto en una paradoja porque aunque ella no quería hablar, sí que entraba en el circuito de mensajes no verbales, comunicándose de una manera u otra.

Jorge utilizaba constantemente una metáfora para hablar de este proceso: “es como un partido de tenis”. Sus expresiones eran del tipo: “llevamos un año peloteando”, “le he hecho varias dejadas”, “le tiro la pelota en paralelo”, etc. . Esta metáfora le ayudaba a comprender la situación, a la vez que le impedía salir de ella. La metáfora para

Jorge oscilaba en el eje “perder/ganar el partido”. Ganar el partido significaba hacer un smash para conseguir que ella no pudiese “devolverle la pelota”. Jorge le tiraba constantemente “bolas” y ella, solo de vez en cuando, le devolvía una, lo que alimentaba la continuación “del partido”. La “última pelota” que había devuelto la novia fue mandar por SEUR una serie de cajas con todos los regalos que él le había hecho durante su relación. Acorde con su metáfora Jorge definía esta última jugada de su novia como lo oportunidad de meterle finalmente el match-ball. Por eso quería “jugar esta bola bien”, es decir, hacer algo espectacular que derrotase a su novia definitivamente. Como, por ejemplo, presentarse en su casa con todos los paquetes y obligarla prácticamente a la fuerza a escucharle. Es decir, más o menos una “violación”.

Lo que me gustaría destacar es que la definición de la relación a partir de esta metáfora es, precisamente, lo que conducía a Jorge a mantener esta situación de no-ruptura indefinidamente, convirtiéndose en “un juego sin fin”. Se presentaban dos opciones:

- a) Buscar una metáfora alternativa que permitiese la posibilidad de ruptura.
- b) Trabajar otras vías que ofrece la misma metáfora.

En el caso de Jorge, él siguió la segunda opción. Esta consistió en la búsqueda de una salida a partir de un cambio de eje dentro de la metáfora. Jorge, como hemos dicho, se movía en el eje ganar/perder por lo que sólo podía ganar, y con ello acabar el partido, si daba “el último pelotazo”. La intervención consistió en que tomase en cuenta una alternativa diferente: “otra forma de terminar el

juego es salirse del juego”. Es decir, intentar que Jorge se saliese del eje ganar/perder y entrase en el eje jugar/no jugar lo que le permitía terminar el partido de otra manera. Como él mismo admitió: “es verdad, acabar el juego es no seguir jugando. Tengo que quedarme con la pelota”, Fue lo que hizo.



BIBLIOGRAFÍA

Johnson, M. (1991). *El cuerpo en la mente*. Madrid: Debate

Lakoff, G. y Johnson, M. (1995). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Catedra

Levi Strauss, C. (1958). *Anthopologie Structurale*. París: Plon

Putnan, H. (1995). *Representación y realidad*. Barcelona: Gedisa

Rojas-Bermúdez, J. (1997). *Teoría y técnica sicodramáticas*. Barcelona: Paidós

Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu

Varela, F. (1992). *De cuerpo presente*. Barcelona: Gedisa

Artículos

CARTOGRAFIAS MORENIANAS: Paisajes, Puentes de Lenguaje, Geografías de la Intensidad

Salvatore
Pace



salvatore.pace@tin.it

Después de la Licenciatura en Filosofía (Área Psicológica) en la Universidad de Catania (Italia), ha estudiado Psicología Analítica Junguiana y se ha especializado en Gestalt Therapy Counseling (Human Communication Center de Ragusa) y Psicodrama Clásico Moreniano (Escuela de Psicodrama Clásico de Mantua y Catania). Ya socio fundador de AICF - Soc. Italiana de Counseling Filosófico de Turín, ha colaborado con revistas on-line de Psicología Analítica y de Counseling Filosófico suramericanas e italianas. Actualmente es miembro activo de AIPsiM - Ass. italiana de Psicodrammatisti Moreniani de Milán - y colabora con la revista "Psicodramma Classico", ocupado en hacer conocer al público italiano el pensamiento psicodramático iberoamericano. Trabaja en privado con Psicodrama Bipersonal (Psychodrama a deux, one-to-one), y administra grupos terapéuticos y formativos.

Dirección: Via XXV Luglio 83 - Comiso (RG) Italia / Teléfono de contacto +39 335/8186649

Espontaneidad, Lenguaje, Heteronomía, Multiplicidad: reflexiones sobre algunas líneas de fuga del pensamiento moreniano

El Psicodrama Moreniano comenzó como una línea de fuga - quizás debido a sus raíces nómadas - entre los territorios delimitados por la dramaturgia oficial y capitalizados por el aparato psicoanalista. Su característica trágica, al basarse en el "hacer" más que en el "decir", al flujo creativo en lugar de la orden de la escritura dramática, lo quita a los aparatos de captura, a la inscripción en los modelos teóricos de los juegos totalitarios de la dialéctica, a las certezas de los métodos y fórmulas. Pero en esta fuga, en este ir giróvago, discontinuo, el psicodrama no se revela como un productor de un solo sentido - la lógica del Uno - sino como el creador de una multiplicidad de sentidos, de hilos de intensidades distintas, de paradojas y de lenguajes que se anudan y se desatan sobre la trama de la vida. Una de las maneras que tiene el lenguaje para seguir el pensamiento Moreniano en su fluir, es la "deterritorialización": abandonar el binarismo conceptual del yo-otro, adentro-afuera, del arriba-abajo, del latente- manifiesto, para "territorializarse" en las descripciones - cartografías - , en las transformaciones que proceden de una forma a otra, pero sólo a través de pasajes de intensidad.



“Dejo a los varios porvenires (no a todos) mi jardín de senderos que se bifurcan.”

Jorge Luis Borges, El jardín de senderos que se bifurcan, 1941

Quisiéramos comenzar con una cita de una frase de Gilles Deleuze y Félix Guattari (2006):

“Escribir no tiene nada a que ver con el significar, sino con deslindar, con el cartografiar, incluso futuros parajes.”

Es significativamente alusivo, pero completamente inintencional, que yendo a la búsqueda de los conflictos de “raíces profundas”, pivotantes, nos hemos dado con este notable enunciado de “Rizoma”, capítulo inicial de Mil Mesetas. Esto nos lleva, por conexión y heterogeneidad - el modo de avanzar del rizoma, desde un punto a cualquiera otro punto - a un cuento de F. Kafka, *La Construcción de la Muralla China* (1998), donde el autor, por voz de un cronista de la época, comentando las condiciones en que fue realizada la Gran Muralla, nueva Torre de Babel, dice que su construcción no fue funcional, porque incluso planeada y nacida con el objetivo evidente de proteger y defender, se encontró bajo el constante peligro de las incursiones de los nómadas que, “con la velocidad de las langostas” se desplazaban en continuación y conocían los progresos de la obra mejor que los mismos constructores. El cuento nos habla de la irracionalidad de la construcción, de la incomprendibilidad de las intenciones de los ejecutivos, de la incomunicabilidad real entre los hombres, pero, esencialmente, de una comparación cerrada entre un aparato que busca con preocupación de limitar, de confinar el espacio y otro, una máquina nómada, que se mueve “con la velocidad de las langostas” por espacios lisos, abiertos, sin límites. De tentativas de hacer mapas de lo que sólo puede ser cartografiado.

Porque el mapa es la representación de una totalidad estática, inmutable e inalterada. Mientras la cartografía, de otra manera, varía con el cambiar del paisaje, sigue de ello los movimientos, los accidentes, las transformaciones - mundos que se desmoronan y se forman. Y las teorías, los supuestos principios primeros - por inciso: las raíces - siempre son, o deberían serlo, cartografías, descripciones de territorios que cambian junto a quién los observa, que nacen del exfoliarse del sistema-raíz, o entre sus pliegues, para proliferar como raicillas en otras unidades, o en más altas unidades.

TODO FLUYE COMO UN RIO

La *Koinè* moreniana, la *communitas*, se ha vestido ya de oficialidad en los ámbitos que competen generalmente a la cultura y de modo más propio a la producción científica, en todo el mundo. Pero en cuanto modelo heterogéneo, es difícilmente clasificable en formas absolutas, estables y definitivas. Hacerlo significaría reducirlo violentamente en el lecho de Procustes para amputarle los miembros si es demasiado largo, o para estirarlo a fuerza si es demasiado corto. O seguir el hilo de Ariadna después de haber matado al Minotauro. O confiarnos al sedentarismo del drama, a la omnicomprensión de la teoría, a los formalismos de la taxonomía, olvidando la desmesura de la *tragodia*, de la tragedia, del “canto” del macho cabrío de Moreno, pariente próximo a la ritualidad mágica y a las celebraciones dionisíacas. Dos órdenes de ideas hacen difícil su ortodoxia. Uno, de carácter epistemológico, esta ligado íntimamente

al modo de pensar de Moreno, que típicamente no está arraigado en el pensamiento griego - occidental, mas bien forjado en el cauce del espíritu hebreo-semita. El otro, que representa la sustancia o mejor, el catalizador de su misma creación, es la espontaneidad.

Existe a la base de nuestra herencia cultural griego-científica una concepción del tiempo cíclica, repetitiva, inmutable y uniforme (Wenk, 1985). Si quisiéramos localizar en ello el *Arqué*, la imagen primordial, lo localizaríamos en la figura-metáfora de Cronos, el dios del tiempo que devora a sus mismos hijos, el dios que con la hoz en mano cercena y destruye cada cosa. En el esfuerzo de reconducir la *doxa a epistème* - y de detener el heracliteo *panta rei*, el “todo fluye” - el pensamiento griego ha dado una huella indeleble a la historia del pensamiento occidental, pero una vez más, sacrificando el Minotauro. En la cultura hebrea, la imagen del tiempo es asociada al contrario a procesos de fecundidad y crecimiento: el árbol que crece y fructifica, el trigo que brota, la mujer grávida. Por un lado la idea de un espacio-tiempo pasivo, dato definitivo para nutrimento de la reflexión, fuera del alcance intervencionista del hombre, y por el otro la representación de un continuum espacio-temporal generativo, en el cual el hombre - y también el dios con quien se conyuga - es insertado, es parte activa, y que puede modificar con sus acciones. En Moreno eso se traduce con la categoría del Momento -no la creación, más bien la creación continúa; no la vivencia, más el acto de existir creativamente - y en una preocupación más por el “hacer” que por el comunicar o decir o escribir: la conserva. Moreno “fue”, como eficazmente lo pinta S. Perazzo (1994, p.36), en cuánto “hizo”, un “gerundio que creó por encima de la

conserva cultural”. Y el gerundio siempre actualiza el verbo - la potencia - de quién desciende o a quién se acompaña, arrastrando los sustantivos en los verbos del puro devenir. Y específicamente en cuanto gerundio, Moreno se basó, en su creación, sobre un elemento irreducible a toda tentativa de normalización, imprevisible, incontrolable, capaz de crear hechos que huyen de cada control y previsión: la espontaneidad. Un *daimon* que tiñe los acaecimientos dramáticos de un entusiasmo casi religioso, que dona a los acontecimientos aquel frescor inédito, como recita F. Garcia Lorca, que tienen las rosas recién cogidas, aquella alegría que acompaña, con cantos, bailes y vino, los *hessed* en sus ruegos o el furor místico de los derviches en sus danzas rotatorias. ¿Cuál Lecho de Procustes puede parar ese flujo? ¿Con cuáles aparatos de captura? ¿Cómo ordenarla, encasillarla, encuadrarla razonablemente en un modelo exclusivo y absoluto? (Sintès, 2008, p.59 y sig.).

Sin embargo el mismo Moreno define su creación como la ciencia que explora la “verdad” a través de métodos dramáticos. ¿A cuál tipo de ciencia alude Moreno?

Pensamos, con Deleuze y Guattari (2006, pag.543 y sig.), que Moreno haga referencia -por contra a las ciencias reproductivas- a los saberes nómadas, vagabundos. A un procedimiento científico itinerante y no repitente, reiterante, verificable por deducción o inducción. La ciencia moderna no consiste en la búsqueda de una forma, de una constancia, de conceptos o categorías definitivas. Esa, poniéndose a la encrucijada entre ciencia y arte, se encomienda completamente a la intuición, siguiendo flujos de variables, de singularidades, de problemas más



que de teoremas. Su misión es crear, no conservar. De nuevo Heráclito y sus *panta rei*: ¿nos quedamos sentados en la ribera a mirar establemente el agua que corre o inmersos en el río, sabiendo de no ser bañados nunca por la misma agua?

Hemos leído y oído a menudo de Moreno como de un pensador poco sistemático, incoherente y caótico. Es suficiente leer sus libros. Un concepto es bosquejado, señalado, formulado, interrumpido para ser retomado sucesivamente, reformulado, contradicho y refundido más veces. Para comprobarlo no hacen falta grandes esfuerzos intelectuales, pero nos requiere una vida de siempre mayor plenitud entender que su obra es la tarea y la misión de toda su existencia, una obra abierta cuya definición no está finalizada nunca en modo conclusivo, pero creada para ser entregada a la continuación de todos sus discípulos y susceptible todavía de ser cambiada. Un Dios que necesita los hombres para seguir creando.

¡NO SEAN UNO NI LO MÚLTIPLE, SEAN MULTIPLICIDADES!

“JE est un autre”

Arthur Rimbaud, Letra a Paul Demeny, 1871

El modelo científico de koiné está estriado a menudo por un empleo culto, iniciático del lenguaje. “Cuando una disciplina establece su territorio - escribe Raúl Sintès (2008, p.58) - [...] se apresura a editar un diccionario [...] La instauración de un lenguaje propio equivale a plantar los postes y alambrados que delimitan un terreno.

“Cuando yo uso una palabra” dice Humpty Dumpty a Alicia en *Alicia a través del Espejo Mágico*¹, “esa palabra

significa exactamente lo que quiero que signifique, ni más ni menos”

“El asunto es”, dijo Alicia, “si usted **puede** hacer que las palabras signifiquen tantas cosas distintas”

“El asunto es”, replicó Humpty Dumpty “quién es que manda aquí, eso es todo.”

A menudo nos olvidamos que no existe una lengua universal, homogénea. En la acepción moderna de koiné convergen todas sus estratificaciones lingüísticas, desde la lengua docta, literaria, artística, a la técnica, la burocrática, la hablada, inclusive los dialectos y los vernáculos, las jergas. No debería tratarse pues de un modelo ideológico, redoblado a su vez sobre un sistema de verdades indiscutidas, sobre la representación de lo que está en el sitio del otro y lo explica, más de una concatenación de multiplicidad variable, mudable, en la medida en que cambian y se multiplican las mismas conexiones. Diríamos, con Deleuze, que no nos falta la comunicación - al contrario, tenemos de ello hasta demasiado - lo que nos falta es la creación. La capacidad de crear. La posibilidad de conectar procesos, multiplicidades, para dar vida a polifonías, a puntos de vista plurívocos, diferentes y no opuestos.

Remonta a las primeras décadas del '900 el interés de Kafka por el chassidismo hebreo (Deleuze y Guattari, 1975) - característica que lo aúna a Moreno y a Buber - y por la literatura yiddish polaca y checa así como por otras literaturas llamadas “menores”. Según Kafka estas minorías literarias tuvieron la función de verdaderos vectores expresivos de los grupos menores que, a través de ellas, hicieron posible vehicular y articular su identidad, su visión social, a margen y por los entramados de la Weltanschauung oficial. Estas literaturas

¹ Carroll L., Alicia a través del Espejo Mágico, Newton Compton, Roma, 1995, p.152.

no son caracterizadas por la presencia de grandes individualidades, de figuras de relieve. Se presentan como productos de un proceso colectivo, ya que la conciencia de que cada obra es fruto de una creación común y que no existe la propiedad intelectual tal como es concebida en occidente está en la naturaleza del pensamiento hebraico.

Deleuze y Guattari, retomando la observación de antes, advierten de ello las valencias inmediatas: la desterritorialización de la lengua, el lenguaje literario que no encuentra espacios en la oficialidad se reterritorializa reapropiándose de otros espacios y otros sentidos, la aportación de la dimensión individual en lo social, la expresión colectiva que revuelta cada idea de referente global. Por esta visual, el adjetivo menor con que se califican ciertas literaturas, no las identifica como inferiores, como secundarias, mas da relieve y valor al potencial innovador, a la potencia actuativa y promotora de cada pequeña literatura dentro de la oficialidad estatuida.

Análogo discurso para el idioma. No se habla de grupos minoritarios lingüísticos ni de restauración regresiva del dialecto como lenguaje nativo. Ni de oposición entre identidades minoritarias y culturas mayoritarias. No hay dualismo maniqueísta, ninguna repartición del mundo entre Bien y Mal. El lenguaje menor se presenta como variación del idioma oficial, uno de los muchos modos de habitarlo, de vivirlo, de hablar, de ponerle en música. Es apéndice e inseparable de él, es parásito, vive en los intersticios, en los márgenes, en las zonas de confín. La sola diferencia es que lo trabaja, lo reinventa, lo recrea, lo pone en tela de

juicio, sometiéndole espontáneamente y accidentalmente a continuas revisiones y refundiciones.

TENGO MÁS DE UN ALMA

El pensamiento de Moreno es intensamente surcado por el pluralismo: “*Si tuviera que renacer*” repetía a menudo “*querría hacerlo como grupo*”. Por él ningún acto es concebible separado del grupo. “*La voz nueva tiene que venir por el grupo. Tiene que ser el grupo. La palabra nueva tiene que venir por el grupo*” escribió en su autobiografía. Desde los niños de los jardines vienenses a sus discípulos, Moreno siempre quiso contar historias, anécdotas, contarse y reinventarse, reproducirse en su mitología, ser uno y muchos en el mismo tiempo. Hubo en él la urgencia, la necesidad de hacerse otro. La necesidad de ser de muchos modos - heteronimia - para no tener que ser uno solo - oronimia. De salir del acto biográfico para parar de ser y multiplicarse en la leyenda, en el juego, en los heterónomos, nunca igual a sí mismo - Moreno hijo, Moreno padre, Moreno profeta, Moreno poeta, Moreno filósofo, Moreno médico, Moreno regista, Moreno inventor, Moreno psiquiatra, Moreno sociatra, Moreno Dios, Moreno hombre: ¿quién entre todos estos personajes fue Moreno? Un altar a un dios diferente en cada rincón de su alma, escribiría Pessoa. Para volver a ser, más que nunca, uno mismo.

Quizás la mayor dificultad consiste en querer o tener que encontrar un modo de pensar y comunicar eficaz, que no sea singular, al cual el grupo no se reduce, o plural, al cual el individuo se adapta mal. Haría falta expresar entonces los fenómenos en el lenguaje de la paradoja,



del pensamiento discontinuo, transversal, una lengua que, superando lo alto y lo bajo, el adentro y el afuera, haga posible y tenga razón de una multiplicidad de sentidos y no sentidos - y no de sentidos únicos.

Entonces, como en la mejor tradición chassidica, quisiéramos sellar este capítulo con un cuento, enésima metáfora del encuentro moreniano, como con los puntos de suspensión, para concluir y para no concluir.

Había un rabino a quién la gente a menudo se acercaba por un consejo o porque estaba afligida por problemas.

Su Gabai, fiel ayudante, notando con perpleja curiosidad, que cada vez que se concluía la consulta los vestidos del rabino estaban empapados de sudor y completamente arrugados, le pide aclaraciones. Y el maestro contesta: "Imagina, oh mi fiel Gabai, una persona que se sienta delante de mí para contarme su problema. Yo soy el rabino y él un tío con un problema. Entonces yo me saco los vestidos y se los hago sacar a él. Me pongo sus vestidos y le hago vestir los míos, de modo que yo realmente pueda saber cómo se siente y comprenderle mejor. Por fin vuelvo a reponerme mis vestidos y le hago poner de nuevo los suyos; de este modo vuelvo a ser yo mismo y puedo analizar, con la debida distancia y desde otro punto de vista, su problema. Y él, a través de mis prendas, podrá verse a sí mismo. Así le habré dado la mejor ayuda y guía posibles.

Podrás ver, por lo tanto, oh mi Gabai, como este continuo cambio de vestidos me deja completamente cansado, sudado y arrugado."

BIBLIOGRAFÍA

Borges J. L., *Obras Completas*, Emecé Ed., Buenos Aires, 1974

Deleuze G. e Guattari F., *Kafka. Per una letteratura minore*, Quodlibet, Macerata, 1975.

Deleuze G. e Guattari F., *Mille Piani*, Castelvecchi, Roma, 2006.

Deleuze G., *Logica del senso*, Feltrinelli., Milano, 2007.

Kafka F., *Tutti i racconti*, Mondadori, Milano, 1998.

Moreno J. L., *Il Profeta dello Psicodramma*, Di Renzo, Roma, 2002.

Nudel B.W., *Moreno e o Hassidismo: Princípios e fundamentos do pensamento filosòfico do criador do Psicodrama*, Ágora, S.Paulo, 1994.

Perazzo S., *Ainda e sempre Psicodrama*, Ágora ed., S.Paulo, 1994.

Pessoa F., *Le poesie di Ricardo Reis*, Passigli ed., Firenze, 2005.

Rolnik S., "Cartografia Sentimental", in *La Psicologia Operativa*, H.Kesselman, Lumen, Buenos Aires, 1999.

Sintès R., *Psicodrama: la terapia de los dioses caídos*, Psicolibros Universitario, Montevideo, 2008.

Wenk C. A., *Los orígenes del psicodrama de Moreno*, Tesis doctoral, Univ. di Belgrano, Còrdoba, 1985.



Artículos

CLÍNICA CORPORAL-ESCÉNICA Con Máscaras

Elina
Matoso



elina@webar.net / buma@webar.com

Licenciada y Profesora en Letras Universidad de Buenos Aires (UBA). Directora del Instituto de la Máscara, fundado en 1975. Profesora titular .Carrera de Artes. Facultad de Filosofía y Letras. (UBA). Directora de la Diplomatura. Corporeidad y Psicodrama. Universidad Abierta Interamericana. Asesora de la Revista Kiné, Revista de lo Corporal. Dicta Seminario de Postgrado en Instituto per la Formacione e la Ricerca Applicata. Bologna. Italia. Desde 2005 y continua. Autora de los libros: "Las Máscaras de las Máscaras" en co - autoría con el Dr. Mario Buchbinder EUDEBA 1980. "El cuerpo, territorio escénico" Paidós, 1996, reeditado por Letra Viva, 2004. 3° edición 2008 "El cuerpo territorio de la imagen", Letra Viva, 2001 4 edición 2011 Compiladora y autora de "El Cuerpo In-Cierto" Edición Universidad de Bs. As y Letra Viva 2006. Mapas del Cuerpo Ed. Letra Viva -Instituto de la Máscara en co-autoría con Mario Buchbinder.

Ha publicado numerosos artículos en libros, revistas y fichas de cátedra. Desarrolla sus actividades en el interior y exterior del país.

Instituto de la Máscara. Buenos Aires

www.mascarainstituto.com.ar



Resumen

La Clínica Corporal – escénica con máscaras es una metodología de trabajo e investigación que se especializa en que la persona se reapropie de su cuerpo, desdibujado en muchos casos por las exigencias cotidianas, y, a su vez, que se considere dueño de sí mismo, de su lugar, del espacio que habita.

Explora la relación de la persona con su cuerpo, en un rediseño perceptivo, propio del mundo sensible. Posee sus ritmos, su espacio, su tiempo, su permisibilidad sensible, su visibilidad entre muchos otros rasgos. Esta apropiación a veces surge a través de dramatizaciones o construcción de personajes que desenmascaran el vínculo latente de la persona con su cuerpo y su relación a los demás.

La aplicación de máscaras puede ser facilitadora para este proceso de búsqueda de identidad, de construcción de subjetividad. La máscara es utilizada como objeto y como concepto. El concepto de máscara hace referencia a actitudes, rasgos, modalidades propias o impuestas por la sociedad que rigidizan y quitan flexibilidad creativa al ser humano. Si bien no se puede vivir sin máscaras la importancia de su uso en esta clínica es que fluyan, que la persona no quede atrapada en unas pocas máscaras que la paralizan.

Palabras Clave

- › Clínica corporal - escénica
- › Disponibilidad perceptiva
- › Mapas del Cuerpo
- › Escenas
- › Gestos
- › Máscaras

*Cuento las cosas con imágenes, así que por fuerza
tengo que atravesar esos corredores llamados subjetividad*

Federico Fellini

El organismo vivo del cual forma parte el humano deviene **ser humano, en escena**. Desde que nace hasta que muere, se constituye en ser porque se desarrolla en sucesivas y simultáneas escenas; familiares, institucionales, sociales y es así como forma parte de la cultura y el contexto social que le toca vivir.

Ser humano implica construcción de identidad, definición de subjetividad, vincularidad e inserción social.

Las escenas son el continente vital donde despliega su vida en tiempo y espacio.

De allí que dar cuenta de la corporeidad de ese ser humano en escena y a su vez conocer, fundar y analizar escenas desde el cuerpo en acto, posibilita abrir un campo de aplicación que puede desarrollarse con idoneidad en ámbitos de salud, educación y arte.

Podría decir, entonces que la **clínica corporal-escénica con máscaras** que desarrollamos en el Instituto de la Máscara constituye una metodología centrada en la decodificación de expresiones, signos, manifestaciones corporales de una persona, un grupo, una familia, una institución desde una perspectiva, que involucra movimientos, energías, gestos, imágenes, escenas, máscaras. Sus objetivos abarcan la elaboración de diagnósticos, tratamientos adecuados para aproximarse a una mejor calidad de vida. Esta clínica explora la relación de la persona con su cuerpo, parte, en principio, de un rediseño de lo

perceptivo, propio del mundo sensible. Posee sus ritmos, su espacio, su tiempo, su porosidad, su visibilidad entre muchos otros rasgos.

Es importante destacar en este enfoque la **disponibilidad perceptiva** la aproximación perceptual al otro, es decir, ahondar en una textualidad corporal borrosa muchas veces sin palabras. Es un código que se va gestando en una multiplicidad de señales, indicios, energías, entre la persona que se interroga sobre su cuerpo y el profesional a cargo. Este paso tiene un “tempo” singular, propio de ese encuentro y que cuando comienza a tener una sonoridad, una frecuencia rítmica, una permeabilidad a la escucha del cuerpo, es cuando se puede pasar a otro código. *“El orbe de los objetos en medio del cual vivimos es organizado por el cuerpo, al ser éste, el asiento de la percepción, nos pone en contacto con el mundo a través de la relación perceptiva. Es esta una relación primordial anterior a toda visión científica”* dice A. Kogan al referirse al pensamiento de Merleau Ponty¹.

En mi experiencia esta etapa es el cimiento sobre el que se va construyendo un recorrido que inaugura la introducción de **técnicas o dispositivos de acción**. En mi trabajo éste es un abanico que superpone distintas técnicas corporales, expresivas, escénicas, plásticas, literarias, musicales. Algunas apelan

¹ Merleau-Ponty, M.: “Fenomenología de la percepción”. Ed. Península, Barcelona, 1975.



más a la concientización, otras a la fantasmática resaltante en el cuerpo, otras a las emociones o sensaciones límites entre lo conciente e inconsciente.

Aquí ya el relato del cuerpo suele tener un soporte en la palabra que a su vez se sumerge en un ida y vuelta constante entre lo no verbal y la verbalización de lo que se siente o se percibe, es un vaivén propio del acto creador. Ya que se ha creado un territorio que permite la operatividad y a su vez la confianza para adentrarse en la propia sensibilidad, ponerla en palabras y compartirla.

Imagen corporal

*Esta clínica define una modalidad de encarar la corporeidad, a partir de la configuración de la imagen corporal que lo constituye el relevamiento del **Mapa Fantasmático Corporal**, la revisión de la imagen corporal en sucesivas construcciones y desestructuraciones.*

El cuerpo enfocado como un territorio de la imagen y territorio escénico posibilita encontrar un itinerario para desplegar esta clínica. La Clínica de la imagen y la escena está íntimamente ligada a las corrientes escénicas y psicodramáticas²,

² Matoso E: El cuerpo territorio de la imagen. Ed Letra Viva-Instituto de la Máscara. 3° ed 2011

Mapas del Cuerpo. Mapa Fantasmático Corporal³

*Los movimientos del hombre
dibujan un extraño mapa
pero ese mapa carece de polos
y puede colgarse en cualquier posición.*

R. Juarróz

El Mapa Fantasmático Corporal es la representación consciente e inconsciente del cuerpo, que resalta la impronta fantasmática como figuración imaginaria. El MFC es el modo en que se estructura en la subjetividad la relación cuerpo, psique, mundo y es un organizador del cuerpo, de lo psíquico, de la relación con los otros (inter, intra, transubjetividad). De allí que resulte una búsqueda permanente de semejanzas, ficciones, una aproximación a aquello que emerge, como una metáfora, un subtexto, un relato posible, verosímil, que la persona construye y plasma en un Mapa a partir de sus imágenes. Un Mapa Corporal puede ser texto, juego, gesto, personaje, escena, grafismo, objeto. Modos todos de representación del cuerpo, que adquiere figurabilidad, que lo vuelve comunicable, vinculable y expresivo.

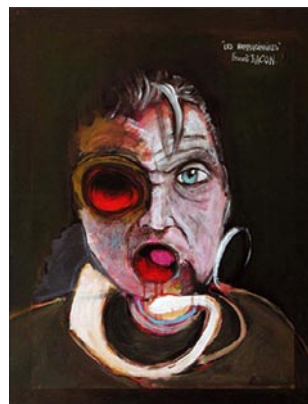
³ Buchbinder, M. Matoso E Mapas del Cuerpo. Mapa Fantasmático Corporal. Ed Letra Viva- Instituto de la Mascara 2010



A.



B.



C.

Este Mapa A diseña una anatomía del dolor, expresa claramente la vivencia de frag-mentación que lo segmenta. Es la silueta de un hombre de 48 años que sólo plasma sus zonas doloridas en color rojo. Porque “*el dolor es rojo como la sangre*”, dice. En la cintura, a veces el dolor le sube a la axila y le llega al codo. Luego explica la frecuencia y permanencia de los mismos. Las otras partes del cuerpo no las señala “*porque están bien y no necesitan nada*”.

Es frecuente que el dolor sea representado con el color rojo, remite a inflamación, congestión sanguínea, entre otras asociaciones. En este trabajo fue interesante rescatar la relación entre el color y la sangre, como si este Mapa fuera una primera máscara y al mencionar la palabra “sangre” derivó en recorrer un velo. *Cada vez que veo sangre me desmayo, me produce un dolor insoportable* A partir de este Mapa se pudieron explorar personajes internos que representaban el dolor y personajes internos que convivían sin registro de sensaciones que no aparecen representados. Las Máscaras blancas B representaban la ausencia, las zonas si dolor. C máscara elegida

para las partes de su cuerpo que llevan el dolor la definió como *devoradora de sangre*. Cuando pudo trabajarse en el grupo de la Diplomatura de Corporeidad y Psicodrama surgió una escena de vampiros y fantasmas con máscaras blancas que posibilitó contextualizar el vínculo con su cuerpo y el dolor –no dolor con otras significaciones.

El gesto un puente entre lo corporal y la escena.

Es interesante en este proceso registrar a partir de la gestualidad, la relación tan cercana y afín con las escenas psicodramáticas donde el escenario, es un territorio de anclaje, de configuración espacio-temporal donde la corporeidad del paciente o el integrante de un grupo terapéutico o de formación va definiendo con gestos, palabras, movimientos, sonidos, un fluir entre su mundo interno y el externo. No siempre el gesto, sostiene la palabra, a veces hasta la contradice, no siempre el movimiento expresivo acompaña los gestos o voces. Aquí detenerse y observar estas disociaciones o confluencias y poder señalarlas y rescatarlas como un recorte



que se amplifica, permite adentrarse en ese revelar y ocultar que todo diálogo, soliloquio tiene. Muchas veces la postura de los pies o los gestos de las manos “dicen” otro discurso que el que abarca la palabra del protagonista por ejemplo: la presencia de un yo auxiliar que pueda espejar el cuerpo del actor, le da otro “cuerpo” a la escena.

Qué caracteriza esta clínica de la imagen corporal, escénica con máscaras?

Dar tiempo y espacio a ese campo sensible de disponibilidad perceptiva del terapeuta, coordinador, director que posibilita esperar, silenciar, observar, distanciar, acercar, respetar “tempos” propios y de la persona que acude a consultar.

En segundo tiempo es ir encontrando las formas, los estilos, las voces que el otro expresa. La clínica de la imagen da lugar a dejar que las imágenes que se tienen de sí ocupen un espacio “fuera” del cuerpo por ejemplo: No es suficiente que la persona diga “este movimiento me hizo sentir una roca en la espalda”, sino ayudar a definir “como es esa roca, qué tamaño, qué color, qué forma tiene. La puede dibujar, modelar en arcilla, armarla con objetos, ponerle sonido” etc. Esto se denomina “poner afuera” el registro perceptivo corporal y plasmarlo en otro espacio, es realizar un Mapa Corporal

Si volvemos al ejemplo anterior: Observar en un dibujo que el tamaño de la roca no es el de una nuez, sino que abarca toda la zona posterior del cuerpo y que es negra y no multicolor, permite elegir mejor como encarar el trabajo corporal si con un automasaje, con un movimiento compartido con otro, o encimando sobre

el dibujo, por ejemplo, una máscara , que le permita a la persona reconocer el parentesco entre los rasgos de la máscara con la roca y con la percepción de esa zona. Otro paso más podría ser escribir sobre la roca negra de la espalda o encontrar las escenas donde se instalaría esa máscara o “esa roca” y al corporizarla, gestualizarla ir definiendo por otras vías ese campo perceptivo, sensorial y emocional que suele manifestarse en un comienzo con cierta invisibilidad y donde las palabras que se dicen de él no alcanzan, o son una máscara que luego se multiplica en muchas más.

La construcción de un personaje a partir de este ejemplo, donde el protagonista puede elegir usar o no máscara da lugar a una escenificación donde se devela qué es la roca, por qué esas formas, y se va metabolizando en la vincularidad esa percepción, esa imagen del cuerpo que hace que fluya y circule en el escenario, es decir se torne comuninable. Las imágenes del cuerpo y las escenas son un espacio propicio para comunicar, capturar y definir sensaciones, dar vida a personajes internos, a veces borrados o adormecidos y hacerlos jugar en el espacio escénico.



Fragmento de una instalación que responde a cómo un grupo representó su relación con el mundo

Estos mapas -objetos destacan la relación con los otros. Es posible que la vincularidad se desprenda de una sola silueta que tiene otras virtuales o reales dentro de su entorno.

En situaciones de vincularidad es posible la construcción de mapas realizados por integrantes de una familia, institución, grupo, entre otros. En estas representaciones se hace visible de inmediato la relación con el otro real o imaginario.

Las Máscaras⁴

Máscara⁵ : La máscara, palabra que heredamos del árabe (masjara), en su etimología griega significa: *Persona*, es decir, ese objeto que cubría el rostro en rituales y representaciones teatrales se denominaba persona, ya que facilitaba la resonancia de la voz con mayor potencia. La palabra personaje deriva justamente de la voz latina “per-sonare”.

Este concepto en una de sus significaciones, nos lleva a persona, es decir, a un tema nodal acerca de la identidad. ¿Quién soy yo, la persona o la máscara?

Por otro lado, máscara, alude al objeto construido para representar el rostro. Objeto en sí mismo, muy significativo en la historia de la humanidad.

El efecto de enmascaramiento-desenmascaramiento que podemos hilar a través de las máscaras, nos traslada por ramificaciones insospechadas. Rituales, rostros de dioses, personajes monstruosos, extraterrestres, héroes

mediáticos, ceremonias o divinidades inalcanzables cobran cuerpo, rostro, a partir de una máscara.

Las máscaras conectan con “lo otro”, con “el otro”, el que está debajo, atrás, oculto, cubierto, protegido por una máscara. La profesión del mascarero no sólo se refiere al hacedor de máscaras, sino también a la persona que tomaba el molde del último rostro, el de la muerte, para “conservar viva”, una cara en el mármol.

Mario Buchbinder define máscara: “*como el órgano de superficie del conjunto de las relaciones sociales*”⁶. Es decir una sucesión de enmascaramientos se requieren para mantenerse a tono según el contexto en que se vive. La vincularidad se trama en espacios de trabajo, de discusiones políticas, de actos institucionales o cotidianos donde se suceden enmascaramientos acordes con cada situación

Las distintas tradiciones y comunidades se han espejado y se reflejan permanentemente en sus máscaras.

¿Acaso alguien duda, que nuestros propios rostros, conforman las máscaras de la gestualidad cotidiana?

Escena, gesto, máscara tienen un anclaje común: Fijan, determinan, instalan una gestalt. La escena pone espacio-tiempo a la representación, alberga aquello que se representa. El gesto concretiza y determina un rasgo que es síntesis de recorridos teatrales, psicológicos, ficcionales o identitarios según el enfoque desde el cual se lo considere. El movimiento corporal, como expresión de sensaciones o percepciones es ambiguo, difuso.

4 Matoso, E: El Cuerpo territorio de la Imagen. Letra Viva .Inst. de la Máscara 3° ed. 2011

5 Buchbinder – Matoso, Las máscaras de las máscaras, Ed. EUDEBA, 1994

6 Buchbinder M: Poética de la Cura. Ed. letra Viva-Instituto de la Máscara 2001



El movimiento forma parte de una territorialidad ambivalente, arrastra en su devenir: emociones, junto con imágenes, intuiciones de formas sin superficie; son chispazos que emergen. Es decir, no tienen aún gesto, son un camino hacia la gestualidad. El gesto implica elección, condensación, elaboración simbólica, mediatización, intermediación, distanciamiento. De allí que se refiera al gesto como aquello que queda marcado, impreso, es decir, que detiene suspendido en sí mismo, una vía de comunicación o interlocución con el otro, sea éste el espectador, el otro interno o externo, o el mundo.

La máscara exagera aún más esa función de detención, de congelamiento de un rasgo, y en ese detenimiento o fijeza de marcas, las potencia, las define, las exagera.

Escena, gesto, máscara son anclajes que dan mayor figurabilidad a un hecho, un acto, recuperan del movimiento, de la energía, del impulso pulsional, una marca, un trazo significativo, una huella y así, hacen huella.

Este tramado que va enlazando los recorridos descriptos de la clínica corporal-escénica va posibilitando un

juego de encastre, permite relacionar el gesto con la imagen, ya que, conformar imagen también implica dar figurabilidad a aquello que permanecía oculto, sumergido en las profundidades del inconsciente, o darle forma a fantasmas que bailotean siempre en la imagen, recordemos que imagen significa fantasma, lo que está y no se ve o lo que emerge más allá de la intencionalidad consciente.

Esta imagen constituye máscara, acentúa una actitud, una cosmovisión del mundo, da una pertenencia, un anclaje y no olvidemos que esa máscara es persona, es decir: Es un otro y es sí mismo simultáneamente; con sus deseos, pulsiones, fantasmas que quedan impresos, tatuados, en un gesto, en una máscara.

Esta clínica, como cualquier otra, irá desempolvando rincones corporales, personajes conocidos y desconocidos, escenas encarnadas, que obstaculizan el devenir vital. Hasta dónde? Esta pregunta tan frecuente nos enfrenta ante el desenmascarar, o adentrarse en el mundo sensible es siempre un desafío y un misterio, con las potencialidades y posibilidades de cada uno como ser humano.



Escenas y gestos con máscaras

BIBLIOGRAFÍA

- Buchbinder-Matoso** *Las Máscaras de las Máscaras*. Eudeba, 1980 Buenos Aires.
- Buchbinder, M.** *Poética del desenmascaramiento*. "Ed. Letra Viva. 2008
- Buchbinder, M.** *Poética de la Cura*. Ed. Letra Viva
- Buchbinder-Matoso.** *Mapas del Cuerpo. Mapa Fantasmático Corporal*. Ed. Letra Viva - Instituto de la Máscara, 2°Ed. 2013
- Dolto F.** *Imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós Bs As. 1986
- Le Bretón D.** *Antropología del Cuerpo y modernidad*. Nueva Visión 2007
- Martinez Bouquet, C.** *Fundamento para una teoría de la Escena*. Ed.Siglo XXI 1997
- Matoso, E.** *El Cuerpo Territorio Escénico*. 3ª Ed. Letra Viva- Instituto de la Máscara 2001
- Matoso, E.** *El Cuerpo Territorio de la Imagen*. Ed. Letra Viva - Instituto de la Máscara, 4°Ed.2010.
- Matoso, E.** "La Máscara no te deja huir del otro". Doblefaz, Revista del Instituto de la Máscara.
- Moccio F.** *Creatividad*. Aucan Bs As, 1997



Experiencias en Psicodrama

DETRÁS DEL VAGINISMO: PODER Y MIEDO

Consuelo
Hernández
Jiménez



consuelo_hj@hotmail.com

*Psicóloga. Psicodramatista. Especialista en Psicología Clínica.
Educadora Familiar. Especialista en hipnosis y drogodependencias*

Miembro de la Asociación Española de Psicodrama (AEP). Ponente en la XXI reunión de la Asociación Española de Psicodrama, noviembre de 2005.

Autora de diversas publicaciones sobre temas psicológicos divulgativos en periódicos y revistas: Espacio humano, Verdemente y publicaciones locales. Autora del Libro: Diego. Vivencias sobre mi hijo con tumor cerebral. Safekat. Madrid. 2013

Web:

<http://psicologaenvillalba.jimdo.com>



Resumen

Este artículo presenta el caso complejo de un matrimonio que tiene una problemática tanto a nivel individual como de pareja. Dentro de ella, destacan aspectos a trabajar de carácter relacional, sexual, cognitivo, emocional y conductual. A lo largo del tiempo esta terapia ha requerido intervenciones individuales y de pareja, utilizando estrategias y modelos como: psicodrama, hipnosis, terapia sexual y cognitivo-conductual. En este estudio, me voy a centrar solamente en la etapa diagnóstica.

El texto que presento está basado en la transcripción de las tres primeras sesiones del tratamiento y en la reflexión propia de lo observado.

De las dos primeras reuniones, mostraré la problemática relacional y las historias clínicas individuales. De la última sesión describiré un trabajo de esculturas de pareja, que pone de manifiesto la relación entre sus historias familiares y la existente entre ambos.

Mi objetivo ha consistido en observar y resaltar las relaciones entre las escenas¹ internas² de ambos miembros, vistas en sus historias clínicas, y el momento actual de la relación de pareja, plasmado en sus esculturas. Quiero mostrar cómo el pasado está muy presente entre ellos, como sucede también en otros muchos casos. Me gustaría poder sacar a la luz esas coincidencias, que pueden ser percibidas de forma muy sutil, como si fueran imágenes oníricas que pierden su viveza tras unos segundos de cambio al estado de vigilia. Pondré todo el cuidado posible para sustituir mi subjetividad por la objetividad deseada en la exposición de este trabajo, compartiendo mi experiencia con vosotros con la esperanza de enriquecernos mutuamente.

Palabras Clave

- › Conflicto,
- › esculturas,
- › pareja,
- › escena interna,
- › sufrimiento,
- › síntoma,
- › relación pasado y presente,
- › vaginismo,
- › ansiedad,
- › psicodrama,
- › espontaneidad,
- › roles.

1 "La escena es una expresión del momento existencial del protagonista. Escena que es creada y desarrollada por el protagonista en el aquí y ahora pudiendo remitir al presente, al pasado o al futuro, aunque siempre expresa los contenidos presentes como expresión actual de lo vivido en el pasado o como fantasía actual respecto al futuro. ELISA LÓPEZ-BARBERÁ; FILGUEIRA BOUZA, MARISOL como coordinadora general, (2009) "Manual de formación de la Asociación Española de Psicodrama" A.E.P. Madrid. Pag:339

2 "La escena interna supone la existencia de esquemas internos de acción que tienden a ser esencialmente repetitivos en la actuación del sujeto. Comprenden una red que es activada estén o no presentes todos los sujetos depositarios del resto de la red" PABLO POBLACIÓN KNAPPE, FILGUEIRA BOUZA, MARISOL como coordinadora general, (2009) "Manual de formación de la Asociación Española de Psicodrama" A.E.P. Madrid. Pag 341

La pareja: problemática, historia y demanda

Cuando Juan y Carmen vinieron a mi consulta eran matrimonio desde hacía un año y medio. Él con 32 años y ella con 26. Destaca la obesidad de ella, que esconde a una chica agraciada y con aspecto depresivo. Juan es delgado y fuerte, energético y eficaz, tiene un puesto de responsabilidad en una gran empresa comercial. Carmen es psicóloga en paro.

Al igual que para pedir cita, Juan toma la iniciativa explicando rápidamente, que Carmen tiene vaginismo desde hace nueve años y que no pudieron tener relaciones sexuales plenas, primero en los ocho años de novios y después en el tiempo de casados.

Pensaron que el problema desaparecería al casarse, pero en realidad lo que hizo fue aumentar con la frialdad de Carmen, tras la boda. Él pensaba que la causa del vaginismo podría estar en el miedo de ella a quedarse embarazada. Carmen creía que la solución vendría con una psicoterapia tras la boda. Por ello iniciaron una terapia, diez meses antes, de cuatro meses de duración. Juan valoró negativamente esta intervención pues, según él, les generó más insatisfacción: veían que no avanzaban y que estaban parados. Carmen, por su parte, comentó que trabajaban las relaciones con la familia de origen en vez de “ir a lo que pasaba”. Se trabajaba más el pasado que el presente. Juan terminó advirtiendo que “habían pasado seis meses y la relación se había visto perjudicada”. Como aspecto positivo de la terapia, Juan destacó que a él le ayudó a controlar su ansiedad y a relajarse.

Una vez valorada aquella terapia, Carmen da a conocer el origen de su relación. Dice que se conocieron por ir al pueblo donde pasaban los fines de semana, se unían sus grupos de amigos... Se fijó en él por una contestación que le pareció “inteligente, segura y tranquila”. Poco a poco “se le iba ganando” con lo que hacía, sin flechazo.

Juan coincide con Carmen, y dice que cuando se dan cuenta llevan un año y pico sin plantearse nada. Después de cuatro años de relación deciden que tienen que hacer algo y se compran un piso. Para Juan tampoco hubo flechazo. Se ganaron el respeto mutuamente.

Tras insistir en preguntar sobre el comienzo de su relación, Juan comenta que lo que le gustó de Carmen fue su sonrisa, su pelo rizado, que bailaba muy bien y que era una persona viva y alegre.

Después de comentar estos primeros datos de su historia de pareja, planteé qué meta querían conseguir en su terapia de pareja:

- ¿Qué os gustaría modificar?

- *Juan: solucionar nuestro problema. Ella no se siente bien porque no trabaja y se deja llevar por la comodidad. No manda currículum. Hay reproches, rabia e impotencia, y de alguna manera esto hace que nos peleemos. Ahora discutimos mucho mientras que en el noviazgo tuvimos solo tres discusiones y sin importancia. Pero subyace el amor y el cariño. Venimos con recelo e ilusión a esta terapia.*

- *Carmen: me gustaría arreglar el problema de vaginismo y que aprovechemos más el tiempo que estamos juntos. Creo que si no lo solucionamos ahora no lo solucionaremos nunca.*



Hay falta de comunicación entre nosotros, antes nos sentíamos muy a gusto el uno con el otro. También hay apatía por parte de los dos. Nos aburrimos a veces, no sé si es por la monotonía de estar casados. Ahora solo hablamos en situaciones límite, por ejemplo cuando lloro. Creo que es un problema de autoestima, pero no me gusta que me toque. Me he dejado hasta para ir al médico. Creo que tengo que modificar mucho de mí para que nuestra relación funcione. También es un problema el que Juan pasa muy poco tiempo en casa, llega a las 11h y lógicamente cansado, al contrario que yo.

Después Carmen cuenta que tuvo una depresión al año de estar juntos. La solucionó al ir a un psicólogo y con el apoyo de Juan. La terapia duró seis meses, allí hablaba de sí misma, de temas concretos, del yo sensible y el yo racional. También dibujaba. Dijo: “lloré como una loca”. No podía sacar el genio que tenía, su potencial. Pero al final de la terapia se sintió más fuerte y salió de la situación. ¿Tendría algo que ver esta depresión con la relación, entre ellos, de dejar pasar el tiempo?

Carmen siguió estudiando y hace dos años terminó la carrera, pero se sintió agobiada con su nueva situación. Se veía mayor, casada, viviendo en otro lugar, sin su familia cerca, teniendo que trabajar y sin encontrar un trabajo satisfactorio. También notaba cambiado a Juan, pues le veía menos pendiente de ella. Para Juan el cambio no fue nada brusco, él continuó en el mismo lugar de residencia, en el que llevaba diez años, viviendo él solo.

Ante las respuestas dadas sobre lo que les gustaría modificar, pasamos a un nivel más realista, preguntando:

- De esto que os gustaría modificar, ¿qué creéis que se puede cambiar?

- Juan: *creo que podría ser más tranquilo, más hábil, sensible, cariñoso. Creo que no soy delicado y soy poco sensible.*

Juan tuvo una depresión hace bastante tiempo, al abandonar la facultad, pero salió con más seguridad, él solo. Se siente capaz de resolver sus problemas, pero se ve impotente con el problema de pareja. Mientras, Carmen siente tensión ante la posibilidad de tener relaciones sexuales y ésta es mayor desde que están casados. No sabe relajarse y se siente un bicho raro.

Nos encontramos ante una pareja con un lado progresista centrado en él, y con un lado regresivo representado en ella¹. Poseyendo Carmen el mayor poder, basado en el vaginismo, aunque sea de manera inconsciente.

Historias clínicas individuales: síntomas, roles y relación entre las escenas internas y las de pareja.

Historia clínica de Carmen

Tiene una hermana mayor de 33 años. Sus padres y hermana trabajan en el negocio familiar. Su hermana está casada y tiene una niña de once meses con una minusvalía.

¹ Las posturas regresiva y progresiva quizá se expliquen exclusivamente como actitudes neuróticas de defensa: la regresión como vuelta a caer en formas de comportamiento infantil; la progresión, como intento de eludir la propia debilidad con “fachada de madurez”. Pag 28. WILLI, J. (1993) “La pareja humana: relación y conflicto” Morata. Madrid

Cree que su padre le tenía cierta predilección. Por otra parte, expresa la existencia de una brecha entre los padres y las hermanas.

Su padre tiene 61 años, “es una persona bastante autoritaria”, pero muy fiel, tanto a las ideas como a las personas; con un concepto de la familia muy alto. La familia es lo primero. Es de pocos amigos, aunque bastante abierto. Tuvo un cambio importante siete años atrás: era alegre, pero sufrió un principio de depresión y se volvió más brusco, más metido en sí mismo. Este cambio coincidió con la boda de su hija mayor y el nacimiento de su nieta. Antes tenía mucha vitalidad, ahora se queda prácticamente dormido en su sillón. Muy serio, severo, cada vez más radical. Carmen señala su sensación de que, en la familia, el padre era el jefe y que todo estaba basado en el negocio.

Su madre tiene 55 años, y Carmen dice de ella: “es una persona muy fuerte que ha tenido que vivir situaciones duras de las que ha salido. Ha trabajado más de lo que podía, sin ser valorada en su justa medida”. La relación con su madre era más fría que con su padre, del cual era el ojito derecho. Con el tiempo, su vínculo con ella fue mejorando y ahora es bueno.

La relación entre sus padres fue buena hasta el cambio de su padre. Han dedicado tiempo para ellos y muy poco para los hijos. Más bien les ha criado su abuela.

Carmen expresa que la relación con su hermana era buena: “formábamos la otra parte del grupo. Siempre hemos salido juntas. Más que hermanas hemos sido amigas”.

No hay enfermedades importantes en la familia, solo destaca la operación de vesícula del padre hace dos años, que coincide con el embarazo de su hija mayor.

En cuanto al rol familiar Carmen dice: “siempre me han considerado la inteligente, frente a mi hermana que dejaba las cosas a medias. Se ha esperado de mí que realizara la carrera, se esperaba todo”.

En referencia a sus antecedentes personales anoto estos datos:

El embarazo fue normal, pero su madre tuvo un parto difícil debido a una infección y estuvo a punto de morir. Al final le hicieron una cesárea. Carmen pesó cuatro kilos y a la madre la extirparon el útero.

Su desarrollo físico fue rápido, hasta los nueve años, pues era de las más altas de la clase. Después ahí se quedó. Iba a un colegio de monjas hasta los once años. Le fue bien. Sacaba buenas notas casi sin estudiar. Después fue a un colegio mixto y privado; en COU tuvo una depresión acompañada con un aumento en sus ganas de estudiar. Le resultó difícil tener amigos porque trabajó desde los doce años, los sábados por la mañana, y no tenía tiempo para salir.

Su autorretrato es el siguiente:

- Carmen: “Soy una persona muy sensible. Creo que soy poco constante en mi estado de ánimo, ahora bastante bajo. Siempre he sido variable. Tengo mucho carácter y bastante genio. A veces funciono por picarme. Antes, sobre todo, con mi padre. Ahora ya no, porque vamos de visita y estamos más de broma. Me enfado mucho pero también perdono y olvido.”



Parece vislumbrarse en Carmen a una persona que “saca su poder” para que la quieran, pues parece ser ese el camino de conseguir aprecio en su familia. Puede sentir, sin embargo que ese poder o éxito puede estar haciendo daño a su hermana, al ser comparada con ella. Puede haber encontrado una solución perfecta al conocer a Juan: con él espera encontrar la seguridad que siempre ha deseado. Es una persona fuerte, que le respeta hasta en lo que podría resultar difícil: el vaginismo, obesidad y un estado depresivo. Además él le releva del rol jugado por ella en su familia de ser “el paño de lágrimas”. Con su pareja juega el rol que le podría haber correspondido en su familia y que no jugó con su madre: la pequeña, la protegida, la mimada.

De la historia clínica de Carmen podemos sacar las siguientes escenas internas con su familia y con Juan:

- **Padre-Carmen:** él le exige y admira; ella le respeta y obedece.

- **Madre-Carmen:** mutua indiferencia; en la madre se intuye un posible rechazo encubierto; la hija, probablemente, se siente culpable.

- **Hermana-Carmen:** se da una relación bidireccional de complicidad y lealtad.

- **Abuela-Carmen:** mutuo cariño y atención por parte de la abuela; Carmen responde con agradecimiento.

- **Juan-Carmen:** Juan se convierte para ella en un padre exigente y protector. En este esquema, Juan asume un rol semejante al de su padre, pero, en este caso, ella reacciona con pasividad y demanda de cuidados.

Historia clínica de Juan

Su padre tiene 71 años y su madre 56, ambos tenían trabajos relacionados con la música, pero de carácter muy diferente. Él en el ejército y ella en el espectáculo. Siempre han vivido con la abuela materna, cuyo carácter fuerte y posesivo quizá influyera en la mala relación que tuvo con su yerno, hasta el punto de dejarse de hablar.

- *Juan: “Mi padre es muy autoritario, machista al 100%, intransigente, lleno de complejos, intolerante. No tiene un solo amigo. Se lleva mal con la familia y los amigos de la misma. No se comunica ni con los vecinos. Es una persona que ha pensado solo en él”.*

Juan le culpabiliza por su carácter, por no haber jugado de niño con él. También cuenta, sin darle importancia, que su abuelo paterno bebía mucho y murió con 46 años alcoholizado. Cuando Juan tuvo 20 años, su padre quería recuperar el tiempo perdido, pero era tarde. Juan está lleno de reproches y no guarda ningún cariño hacia él. Considera que la soledad, tristeza, angustia y miedo que siente su padre se la ha ganado a pulso y no le da pena. Actualmente el padre tiene arteriosclerosis y ha sufrido un infarto cerebral que le dejó la parte izquierda más débil.

En referencia a su madre, la describe así:

- *Juan: “Mi madre es abierta, tolerante, paciente, demasiado dedicada a la familia. Excesivamente unida a su madre, lo que ha dado lugar a dificultades de relación con mi padre.”*

Juan siempre ha tenido una buena relación con ella. Su embarazo y parto

fue normal, al igual que el de su hermana. Fueron deseados. Se crió con muchos complejos, con carácter muy introvertido y muy tímido.

La relación entre los padres ha sido mala, a excepción de los primeros cinco años. No se separaron por los hijos. Desde que se jubiló su padre, hace doce años, están más enemistados, sin contacto. Su madre se dio cuenta de que su marido no era el hombre de su vida.

Juan, con 5 años, recuerda oír discusiones entre ellos. Le ha afectado mucho la tensión que había en casa, sintiéndose como un puente entre ellos, lo que hizo que con 17 años se independizara.

Tiene una hermana menor, de 30 años, casada, con una relación de pareja no muy buena, con un niño de tres años que vive muy lejos de su familia de origen. Con ella nunca ha tenido una buena relación. Su hermana se llevaba bien con su madre, creándose una relación semejante a la que tienen madre y abuela.

Respecto del rol familiar desempeñado, lo describe así:

- Juan: *“Yo he sido el sufridor número uno, el más perjudicado por este clima de tensión. En ocasiones el nexo de todos, el pacificador. A partir de los 17 o 18 años he sido el que se enfrentó a la autoridad paterna diciendo ¿esto se ha acabado! Tomé el rol de cabeza de familia y las decisiones que tenía que tomar mi padre: pacificar, sentarse en la mesa y tratar de solucionar las cosas.”*

Juan ve a su familia como “un completo desastre”. De ella salvaría el cariño y sacrificio de su madre por sus hijos. Ese cariño es importante para él, aunque es un sacrificio que no entienda.

Con 14 años cambió de colegio, de público a privado con mucha disciplina, como en su casa; lo pasó mal, también con los compañeros:

- Juan: *“No he tenido muchos amigos, así que tenía mucho tiempo para pensar en mí mismo, lo cual hacía que desvirtuara la realidad en algunas cosas. Mi despertar fue más lejano, al estudiar en la facultad, tenía más amigos, más gente”.*

Apartó el problema familiar, aunque en tercero de carrera se deprimió y abandonó sus estudios para trabajar en la empresa actual. Le ha ido bien a nivel profesional. Ha visto que ha podido con todo y eso le ha dado mucha confianza en sí mismo.

Su autorretrato es el siguiente:

“Soy una persona con carácter. Intolerante en algunos temas muy concretos. Demasiado sensible en mi interior, aunque no quiera aparentarlo. Con capacidad de reacción ante las dificultades. Seguro de mí mismo, pero solo en apariencia. Con excesiva vida interior y obsesivo con los problemas hasta que no logro solucionarlos. Cada problema para mí es un reto personal, necesito superarlo para sentirme bien.

Soy abierto con los amigos, aunque no tengo muchos, me cuesta hacerlos. Tengo un gran concepto ellos: confiamos los unos en los otros y no nos decepcionamos”

En su historia aparece ansiedad, tratada con tranxilium y ejercicios de relajación. Su origen estuvo en la pubertad, manifestada con dolor de cabeza y tics nerviosos. Con el tiempo, continuó el dolor de cabeza y apareció la agresividad.



Se considera más complicado que Carmen. Con personas que muestran su fuerza, él se muestra sumiso y al contrario con las débiles. No tolera la debilidad. Y es consciente de que martiriza a Carmen por eso, porque no puede tolerar el que se deje hundir. Es muy activo y siempre está pensando en algo.

Por su historial clínico se intuye que Juan al cuidar a Carmen, obtiene con ello una fuente de poder. Lo necesita para no sentirse débil. Se observa que está siempre alerta y preparado para actuar correctamente, lo cual puede aumentar su estado de ansiedad y dolor de cabeza. También su contención emocional, que impide cualquier tránsito de sentimientos, contribuye al mantenimiento crónico de la ansiedad. Debajo de todo ello pueden habitar las contradicciones, no atendidas o percibidas por Juan, nacidas de sus creencias básicas: la madre buena y el padre malo.

De la historia clínica de Juan podemos sacar las siguientes escenas o esquemas internos:

- **Padre-Juan:** el padre representa la exigencia y autoridad extrema; Juan responde con sumo rechazo y desprecio.

- **Madre-Juan:** entre ambos se da cariño y complicidad; su madre parece exigirle de forma intensa e indirecta; él reacciona sacrificándose incondicionalmente, siendo su aliado en la casa.

De los esquemas relacionales podemos inferir que ambas familias están fracturadas, aunque por distintos lugares. En la de Carmen la fractura está entre los subsistemas fraternal y parental. En la de Juan la fractura está en los padres: el padre solo, y la madre con el resto de la familia.

Esculturas de pareja

Después de las historias clínicas comenzamos el trabajo psicodramático. Iniciamos la intervención pidiéndoles que elaboraran diferentes esculturas que expresaran su relación actual, con su problemática, deseos y temores.

La escultura real

Juan comenzó configurando la escultura que, para él, representaría la relación que se da actualmente entre ellos. Ésta es su descripción:

- **Escultura real de Juan:** *Los dos de pie, él delante como llevando un carro con caballos, como hacen los gladiadores. Ella a un lado en el carro, mirando sus manos.*

Juan se siente bien así, apoyado en Carmen, diciendo que sin ella no podría estar de esa forma. Esta escultura que Juan ha realizado podría estar reflejando la relación básica con su familia. Él fue el líder familiar, al sentirse obligado a ello ante el papel "ineficaz" del padre.

Carmen reaccionó con incomodidad: "me siento mal, yo no me habría puesto mirando mis manos. Miraría al frente y querría llevar los caballos." Por tanto, vemos que Carmen no está del todo a gusto con dejar las riendas a Juan. Este disgusto lo podríamos relacionar con su papel rebosante de apatía, dejadez e impotencia que se da en su relación con Juan.

A continuación llegó el turno de realizar la escultura real de Carmen, y que describimos en estos términos:

- **Escultura real de Carmen:** Los dos sentados. Ella mira a Juan y él al frente, con sus piernas encima de las de Carmen. Ella solo puede mover una pierna desde la rodilla. Rodea con su brazo los hombros de Juan.

En esta escultura Carmen se siente dependiente, mirando a Juan para que le haga caso. Además se siente inmovilizada, pues las piernas de Juan se lo impiden.

En esta escultura creada por Carmen advertimos una trampa en la cercanía, que les aprisiona y les impide libertad de movimientos. Vemos la dependencia y la necesidad de atención de Carmen al mirar a Juan. Este modo relacional podría ser una copia de otra relación anterior con su familia: Carmen de niña mirando con embelesamiento a su madre o a su padre, inaccesibles para ella.

Juan se siente atrapado en su papel, sobre todo por el brazo de Carmen. No mira a Carmen, mostrando su rechazo ante el significado que da al abrazo. Este sentimiento puede estar originado en una reminiscencia del pasado. Su madre llevó a Juan, en cierta forma, a “reemplazar” a su padre con el gran coste que esto le supuso a todos los niveles. Él sentía que su papel contenía un gran sufrimiento.

La escultura deseada

Juan comienza ahora realizando la escultura deseada, que describimos así:

- **Escultura deseada de Juan:** Los dos de pie, cogidos de las manos, mirándose a los ojos y afuera el entorno.

Juan se siente bien, y expresa su bienestar en relaciones de intimidad, cuyo origen pudo estar en la relación con su madre.

Carmen muestra su malestar porque está lejos de los demás. Ella pudiera estar expresando con este descontento una escena interna: estar a gusto con su hermana pero no del todo por estar lejos de sus padres.

- **Escultura deseada de Carmen:** Los dos cogidos de las manos pero con movimiento. Como niños que estuvieran jugando. Se aprecia una relación dinámica, acercándose a los demás, al exterior.

En esta posición ambos se sienten bien. Resaltan su deseo de lograr una relación lúdica y viva entre ellos y también con su entorno. Con esta escultura muestran su deseo de superar las dificultades vividas en relación con sus familias en el pasado.

Escultura temida

En esta ocasión es Carmen quien toma la iniciativa, haciendo la nueva escultura:

- **Escultura temida de Carmen:** Los dos de pie y de espaldas, cerca pero sin tocarse.

Esta escultura puede llevarnos a su esquema relacional padres- hijas donde veíamos la fractura entre ambos subsistemas.

Juan por su parte realiza también su escultura temida con Carmen:

- **Escultura temida de Juan:** Carmen de rodillas, con un brazo estirado dirigido hacia Juan, pero con la mano caída. Él de pie, dirigiéndose hacia ella, tratando de “salvarla” tendiéndole un brazo, mientras el otro se dirige en dirección contraria, como arrastrado o tirado por el exterior.



La escultura de Juan podría representar dos llamadas incompatibles: por una parte estaría su madre pidiéndole ayuda, y por la otra aparecería la situación atractiva que vivía cuando dejó la facultad, con toda la alegría que ello conllevaba para ponerse a trabajar y salvar a su familia. Lo cual le produjo, en gran parte, la depresión de la que salió fortalecido, seguramente, con una mayor coraza.

Con la técnica del espejo, Juan dice que se podría agachar para ayudarla a subir, mientras que Carmen dice que podría levantarse sola.

Conclusiones e interrogantes

Los datos sacados de las historias clínicas y del trabajo con esculturas de Juan y Carmen, nos llevan a la conclusión de que su patología está relacionada profundamente con sus escenas internas derivadas de la autoridad y de la lealtad.

En las esculturas podemos apreciar temas básicos en su relación:

En las esculturas reales vemos como consigue, cada uno de ellos, el poder: él llevándola a ella con su fuerza y energía; ella atrapándole con su abrazo. También podemos apreciar otro contenido: sus síntomas y mecanismos de afrontamiento y defensa. La ansiedad de él se puede entender por ir en la vida a “a mil por hora” y en constante actividad. El vaginismo se relaciona con la escultura de Carmen, donde la cercanía y entrelazamiento máximo buscan la atención y cuidado de Juan.

Ambos obtienen su poder de diferente forma. Juan con su fuerza y actividad. Carmen con su debilidad marca el ritmo y contenido de las actividades de la pareja, sobre todo con su vaginismo, que muestra todo su poder al impedir el coito.

Además, el vaginismo pudo constituirse como una solución ante un cúmulo de posibles peligros. Para ella: prohibición paterna de la sexualidad, posibles abortos, hijos no deseados, nacimientos que casi acaban con la vida materna... Para él: temor de castración por asumir un rol paterno y miedo a asumir un rol igualitario con Carmen.

En las esculturas temidas vemos plasmadas escenas reales del pasado con su familia, cuyo tema preponderante en ellas puede ser la ausencia de poder por parte de algunos de sus miembros. Carmen con su hermana frente a sus padres poderosos, siendo su padre más un jefe que su figura parental. Juan “dividido” ante el dolor de su madre derrotada y su deseo de autonomía.

Esta falta de poder vivida en el pasado, puede haber sido la causa, en gran parte, del nacimiento de la relación actual, vista en sus esculturas reales y que muestran cómo obtienen ambos el poderío.

En las esculturas deseadas vemos el poder compartido, la igualdad de poder, los límites con el exterior satisfactorios. Esta relación parece cumplir los tres principios fundamentales para el éxito de una relación conyugal, según Willi².

2 "...para que una diada funcione bien debe definirse claramente respecto al exterior y en cuanto al interior. El segundo principio expresa que en el matrimonio las formas de comportamiento regresivo-“infantil” y progresivo-“adulto” no deben distribuirse entre sus miembros como papeles polarizados. El tercer principio se refiere al equilibrio del sentimiento de propia estimación, o sea, que en un matrimonio capaz de buen funcionamiento, sus miembros deben hallarse en un equilibrio de igualdad de valor.” Pág: 21.

WILLI, J. (1993) “La pareja humana: relación y conflicto” Morata. Madrid

El conflicto de pareja parece recrudecerse al casarse y surgir la necesidad de eliminar el vaginismo. En el noviazgo éste podría haber estado protegiéndoles al no sentir la necesidad de crecimiento o de alcanzar su madurez. Esto hubiera implicado en ellos, con toda probabilidad, gran dificultad y dolor, pues parecían estar cómodamente viviendo sus escenas internas con sus complementarias³: Carmen puede presentar un vacío maternal y una conducta compensatoria para conseguir el amor de su padre: ser su ojito derecho. Juan se ve influenciado por su vacío paterno y su conducta sustitutiva de ocupar el lugar del padre. Ambos se encuentran con su negativo. Sus escenas encajan y tras la depresión de ella, al año de relación, Carmen deposita en Juan el papel preponderante en su familia. Ahora es él “el excelente”. Él continúa con su papel progresista, con la ansiedad como único síntoma de fragilidad. Mientras, Carmen adopta el papel de “la necesitada” con lo que consigue los cuidados maternos que le podrían haber faltado en su infancia.

¿Se han equivocado al elegirse? ¿Se quieren? ¿Se necesitan? ¿Repiten roles? ¿Él como el que tenía su padre, autoritario con su madre y con él mismo? ¿Ella con un rol derivado del que tenía con su padre: antes la niña brillante, ahora la mujer que brilla por su pareja?

¿Tratan ambos de reconstruir o restaurar sus vínculos básicos del pasado con relaciones similares en la actualidad?

Si, efectivamente, están repitiendo roles: ¿Les ha servido? ¿Les sirve? Quizá, durante el noviazgo, les haya servido para darse un tiempo de tranquilidad. Después de la boda se acabó el reposo por la necesidad de desprenderse del vaginismo, y por lo tanto del poder de Carmen, con el consiguiente desequilibrio en la pareja.

Parece evidente que repiten roles. La razón podría estar en que sus escenas internas más básicas, importantes, intensas emocionalmente e incompletas, les instan a volver a ellas y repararlas. Repiten roles, como quien utiliza siempre el mismo molde, de forma mecánica. Da la impresión de que muchas veces solo disponemos de un molde. Eso no es cierto, tenemos infinitas posibilidades de acción y de percepción. El psicodrama parece un método ideal para identificar moldes y desactivar su uso con el aumento de la espontaneidad y la creatividad que le acompaña. Creo que es necesario aventurarse a lo nuevo, pero para ello es fundamental contar con todo lo necesario para su construcción, siendo la escultura un medio que lo hace posible. Señala objetivos, estructuras y formas de llevarlos a cabo.

En nuestro caso fue así. Pudimos vislumbrar nuevos roles que dieron lugar a nuevas formas de actuación. Carmen y Juan vieron el objetivo terapéutico con las esculturas deseadas: el ponerse de pie, indicando autonomía; sin carro de caballos que les llevara y que simbolizaba probablemente el inconsciente. El

3 “Mientras persista un engranaje o acoplamiento de las escenas internas con la relación de pareja, el vínculo persistirá independientemente del tipo de relación establecida. Cuando en un momento evolutivo o concreto se da una pérdida parcial de este acoplamiento, podemos hablar de disfunción y/o crisis. Si se da una pérdida total nos encontramos con una ruptura del vínculo”. Pag: 209 LÓPEZ BARBERÁ, ELISA Y POBLACIÓN KNAPE, PABLO (1997) “La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia” Paidós. Barcelona



darse la mano en ambas esculturas, indicando unión, simetría e igualdad al adoptar la misma posición erguida. La buena relación con el entorno, vista en la escultura de Carmen, pero aceptada gratamente por Juan, da un matiz lúdico a su relación.

Da la impresión de que el encuentro entre ellos les ha dado la posibilidad de jugar sus roles más íntimos e importantes sobre la génesis de poder y fuerza: Juan, explícitamente y Carmen de forma implícita

En el inicio de la terapia Juan y Carmen expresaban su deseo de afrontar sus problemas de relación para superarlos. Las técnicas psicodramáticas les han

servido para tomar conciencia de los roles que creaban y mantenían sus dificultades.

.- Juan, con su experiencia de “buen padre de Carmen”: ¿Podría querer probar que su padre lo hizo mal con él y que lo podría haber hecho de otra manera? ¿Podría querer incorporar dentro de si mismo el padre que siempre quiso?

.- Para ella, el trabajo realizado le podrá ayudar a encontrar el camino de salida, sin permanecer encerrada tras su vaginismo. Es posible que el hecho de que vaciaran a su madre, cuando ella nació, le haya podido crear un sentimiento de culpa que podría estar en la base de este síntoma y de otros similares.

BIBLIOGRAFÍA

- BUSTOS, DALMIRO (1975)** “Psicoterapia psicodramática” Paidós. Buenos Aires.
- DETHLEFSEN, T Y DAHLKE, R (1993)** “la enfermedad como camino” Plaza & Janés. Barcelona.
- DIAZ MORFA, J. (2003)** “Prevención de los conflictos de pareja” Desclée De Brouwer. Bilbao.
- FILGUEIRA BOUZA, M.** como coordinadora general, (2009) “Manual de formación de la Asociación Española de Psicodrama” A.E.P. Madrid
- HELEN SINGER KAPLAN (1986)** “La nueva terapia sexual ” (2) Alianza Editorial. Madrid.
- HERRANZ, TEODORO (1999)** “Psicoterapia psicodramática individual” Desclée De Brouwer. Bilbao.
- HERRANZ, TEODORO (2004)** “Psicodrama clínico: teoría y técnica” Ediciones de las Ciencias Sociales S.A. Madrid.
- LÓPEZ BARBERÁ, E. Y POBLACIÓN, P. (1997)** “La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia” Paidós. Barcelona
- MORENO, J.L. (1983)** ”Psicoterapia de grupo y psicodrama” Fondo de cultura económica. México D.F.
- POBLACION KNAPPE, PABLO (1997)** “Teoría y práctica del juego en psicoterapia” Fundamentos. Madrid.
- WILLI, J. (1993)** “La pareja humana: relación y conflicto” Morata. Madrid



Encuentros

ENCUENTROS PSICODRAMÁTICOS: Congreso Internacional Septiembre 2011

Miguel
Buzeta
Juanicorena

1974 Buenos Aires, Argentina.

Trabajador Social (Escuela Universitaria de Trabajo Social, Universidad Complutense de Madrid) y Educador Social(COESNA-NAGIHEO, Colegio Oficial de Educadoras y Educadores Sociales de Navarra). Psicodramatista (Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama, Madrid). Traductor de Textos (Inglés) y Traductor de Jornadas y Talleres (Inglés).

Protagonista: Yo mismo.



Roles principales:

Trabajador Social en Comunidad Terapéutica Urbana para menores de 25 años, estudiante de 2º año de formación en psicodrama, viajero convencido, soltero y sin hijos...



Escenario:



La experiencia en la Comunidad Terapéutica duró tres meses. Durante ese tiempo la relación con los chavales fue intensa, apoyándoles en sus esfuerzos, fracasos y aprendizajes; al igual que ellos hacían conmigo...

Desafortunadamente la crisis económica y los brutales recortes en el ámbito social crearon un funesto escenario para la paulatina extinción del proyecto: primero con despidos de personal, yo entre ellos, y finalmente con la muerte definitiva de este.



¿Qué hacer con todo ese tiempo libre que repentinamente tenía por delante y con el dinero de la indemnización?

¿Quizá un viaje me ayudaría a despejar mis ideas?



La bella ciudad de Oporto resultó la mejor idea. El magnífico río Duero y su desembocadura al atlántico, su maravilloso centro histórico con sus cuevas y desniveles ...

Y encima el **Congreso de la Asociación Internacional de Terapia de Grupo**





Toda una aventura atender este primer congreso hablado mayoritariamente en inglés, familiarizarme con una terminología nueva requirió de grandes dosis de espontaneidad; con semejante caldeamiento hasta pude ser traductor simultáneo en un taller para unas compañeras.

Muy refrescante a su vez el encuentro con tantas nacionalidades distintas, como recién llegado temía el rechazo del grupo pero la bienvenida y acogida a lo largo de los días fue muy inclusiva; tanto que en un taller terminé siendo una de las ***estrellas sociométricas***.



Me resultó muy llamativo los pocos jóvenes que asistieron al congreso donde la media de edad no bajaba de los 50 años, creo que siempre es muy sano el encuentro e intercambio intergeneracional y fue una lástima que el desequilibrio aquí fuera tan grande. Me parece que hay que conseguir hacer más accesibles estos eventos tanto económica como informativamente o se puede terminar cayendo en una preocupante endogamia grupal.

Muchos talleres a los que asistí, dejándome guiar por la intuición ya que desconocía a todos los ponentes, resultaron ser muy interesantes con propuestas y aproximaciones muy diferentes al mundo psicodramático que yo conocía dándome una perspectiva mucho más amplia y reafirmando mi pasión en la Socionomía.



Hubo muchos encuentros memorables: Pablo y Elisa, Eva, Manuela, Irene, Marisol, Amelia, Goyo, Luciano...





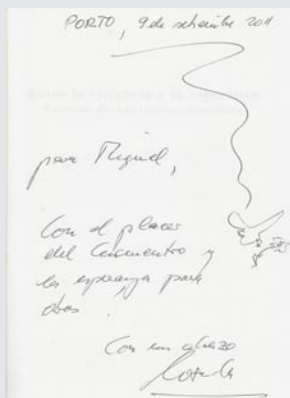
En especial recuerdo uno con Yaacov Naor y Úrsula Hauser.

Asistí a la conferencia sobre **Conflictos y Agresión** en la que Ursula, Roni Berger y Yaacov exponían su forma de trabajar: Yaacov habló sobre el uso del

Psicodrama como diálogo con los enemigos tanto con israelíes y palestinos como entre supervivientes y perpetradores del Holocausto; Úrsula sobre el grupo de Psicodrama palestino y la formación de Psicodrama que allí realizaba y Roni sobre el trabajo con grupos multirraciales en Estados Unidos.



El trabajo de Úrsula hizo emerger el co-inconsciente grupal y la latencia del conflicto Palestino-Israelí, se formaron bandos, hubo acalorados ataques por parte de algunos profesionales que se sintieron amenazados por el trabajo de Úrsula y, como en la realidad, se constató la dificultad de algunas personas a poder cambiar de rol y poder ponerse en los zapatos del otro debido a los Conflictos y la Agresión como decía el título.



Úrsula como agradecimiento por mi participación en defensa de su trabajo y del Psicodrama como herramienta de inclusión (como el propio Moreno mantenía) me regaló su libro

Yacoov y yo tuvimos una conexión télica posterior al taller que nos ha llevado a colaborar y seguir encontrándonos a lo largo de estos años;

primero con las traducciones de algunos de sus artículos relacionados con el uso del psicodrama para trabajar la transmisión transgeneracional del trauma¹ y después siendo traductor de los **talleres que ha impartido en España.**

En Oporto encontré un gran psicodramatista y mejor amigo que me ha introducido en la teoría del trauma transgeneracional y me ha descubierto un área de trabajo totalmente desconocido como el de la traducción.

Ahora que llego al final de la recreación de esta aventura,



no quiero dejar pasar la oportunidad de reconocer y agradecer que nada de esta hubiera sido posible sin la inestimable compañía de **mis dos fabulosos maestros y amigos, Elisa y Pablo.**



¹ El artículo "Hacia la curación: afrontando el Holocausto a través del Psicodrama, Sociodrama y Rituales" de Yaacov Naor y Hilde Goett se encuentra publicado en Vinculos (Tercera Etapa) N° 1, Junio 2013



Obra gráfica, Poemas y Cuentos

Tino Rábade Castiñeira

Usuario del programa de Tratamiento Asertivo Comunitario de A Coruña

UN BOSQUE LLAMADO ANTONIO

Este cuento lo recogí de un viejo legajo de pergamino, escrito con pluma de ave. No empieza con “érase una vez” y “en un país muy lejano”. Tiene lugar fuera del espacio y del tiempo. En la pura fantasía y en la utopía de un bosque encantado. Es un bosque ajardinado o un jardín boscoso; un auténtico edén. Está encantado porque en él se realizan los sueños más extraños y nobles.

Curiosamente, no es sombrío, sino que está inundado de luz y color. De las ramas de sus árboles cuelgan todo el año cálidos y solidarios adornos navideños.

Un bosque que se llama Antonio y tiene un gran corazón, cuyos latidos son enormes pulsiones de amor a la naturaleza y a la vida. Es un inconmensurable corazón ecológico, que palpita noble y generoso, mientras un sol radiante ilumina la amplísima sonrisa de la boca del jardín.

En este bosque mágico caperucita roja no solo puede encontrarse con el lobo, sino también con los personajes del TBO, como el famélico Carpanta, el miope Rompetechos, la nariguda Dña. Urraca o los traviesos hermanos Zipi y Zape. Pero igualmente pululan por la espesura las caricaturas en blanco y negro de Charlot, Buster Keaton y Stan Laurel y Oliver Hardy (alias “el Gordo y el Flaco”).

Asimismo, no podía faltar un fantasma. Y el nuestro se llama Manolito. Es negro, aunque va cubierto con una sábana blanquísima. Le gusta mucho comer cerezas y es amigo de la gallina Turuleta. Pero asusta poco porque es tierno y bonachón. Así que más que meter miedo, hace como unas cosquillas que provocan la risa. Por eso se siente compensado, ya que el resto de los seres del bosque lo quieren mucho, debido a que resulta gracioso y simpático.

Pero he aquí que un mal día el bondadoso corazón de nuestro bosque sufre un infarto de miocardio, a causa de los disgustos que le ocasiona el lobo feroz del cuento de caperucita. El médico lo ausculta con un gran fonendo. Pero la sonrisa gigante del jardín está aquejada también de una parálisis facial que la convierte en una mueca, cuya boca parece la de un pícaro bromista, similar a la del Joker enemigo de Batman.

A partir de entonces, todas las criaturas enferman y Antonio derrama unos gruesos lagrimones, con los ojos enrojecidos e hinchados. El llanto es tan cuantioso que a nuestro bosque pasa a conocerse como el Jardín de la Lluvia.

El lobo es expulsado por malvado del frondoso bosque, donde reinaba la paz, la solidaridad, la fraternidad y la justicia.



Y es expulsado del edén paradisíaco por el árbitro del bosque, que le enseña la tarjeta roja. Desde entonces, el lobo tiene que dejar el fútbol y se dedica a practicar el tenis; eso sí, fuera del jardín.

Pero Antonio, nuestro bosque, no se recupera de su dolencia hasta que, pasado el tiempo, llega el Príncipe Valiente –que es un príncipe azul-, primo carnal del legendario Rey Arturo. Este joven noble viene en una nave espacial desde otro planeta y besa a la Bella Durmiente, que yace bajo una seta gigantesca y es la princesa del bosque. Le regala, además, una grande y hermosa rosa roja.

Entonces el jardín vuelve a recuperar la salud, a ser el bosque fantástico y encantado; por lo que los enanos amigos de Blancanieves y el resto de las criaturas se ponen muy contentos. Vuelve a lucir un sol cálido y luminoso, junto a la sonrisa gigante de Antonio, cuyo enorme corazón, ya sano, late de nuevo y ama a la naturaleza y a todos los seres del bosque.

Y, eso sí, todas las criaturas del jardín son felices y comen perdices; por lo que,

colorín colorado,
este cuento breve,
edificante, caprichoso,
surrealista y absurdo
se ha terminado.

Pablo Población

M.D.. Psiquiatra. Director Psicodramático.

Fundador y Director del I.T.G.P. Miembro Fundador y Ex-presidente de la Asociación Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG). Miembro Fundador y Ex-presidente de la Asociación Española de Psicodrama (AEP). Miembro Fundador de la Sección de Psicodrama de la Internacional Association of Group Psychotherapy (IAGP)

¿Cómo quedan, Señor, los locos cuando mueren?

*¿Cómo quedan, Señor, los locos
cuando mueren?*

*¿Quedan mudos y estrechos
sus pechos jadeantes,
aún cuando han traspasado ya
la locura suprema de su vida?*

*¿Los dejas existir en tu sereno mundo
y los transformas ángeles
de plácida sonrisa?*

*¿Cómo quedan, Señor, sus almas liberadas?
¿en cárcel ya distinta de su cuerpo
y su mente?*

*¿Cómo están en tu reino, Señor,
los locos cuando mueren?*

Pablo Población, diciembre 1969