

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA
MASTER EN DANZA MOVIMIENTO TERAPIA

Cicatrices y Lazos

La construcción de un vínculo terapéutico

JIMENES, CAROLINA



05/06/2011

Cicatrices y Lazos

La construcción de un vínculo terapéutico

Estudio de Caso en Danza Movimiento Terapia

JIMENES, CAROLINA

Introducción.....	3
DMT con Niños.....	3
Amanda	5
Relación terapéutica – desde el punto de vista de mi presencia	7
Contratransferencia Somática	13
Acceder a la contratransferencia somática	23
Conclusiones	24
Bibliografía	24
Anexo I: Perfil de movimiento de Amanda INICIO (de 01 a 03/2010)	27

Introducción

El presente artículo se realiza en el ámbito del Curso de Supervisión en Danza Movimiento Terapia de la Universidad Autónoma de Barcelona y es el resultado de cerca de tres meses de observación y análisis del movimiento y un año y medio de práctica clínica. Presento el trabajo de Danza Movimiento Terapia con una niña de 10 años, que aquí llamaré de Amanda. Las sesiones de DMT (41 en total) han sido realizadas en una Escuela pública de educación primaria (un CEIP), en Barcelona, España.

Los objetivos de este trabajo:

- Presentar mi forma de trabajar con DMT con niños
- Presentar un breve histórico de la paciente y resumen del trabajo de DMT
- Discutir la relación terapéutica desde el punto de vista de la “presencia terapéutica” (Robbins, 1998, citado por García, 2006)
- Profundizar la comprensión del concepto de contratransferencia somática y relacionar el concepto con los estados de consciencia del terapeuta.

DMT con Niños

Por cuenta de mi formación como psicóloga en la escuela psicodinámica, así como muchas otras DMTs, he sido influenciada por las teorías del desarrollo infantil y por el proceso de construcción del Self a través de las experiencias intersubjetivas y somáticas del sujeto (Dosamantes-Beaudry, 2007; Fischman, 2008). Comparto con los psicoanalistas no solo perspectivas teóricas pero también estrategias de intervención clínica, tales como el enfoque en el aquí y ahora, la escucha terapéutica a la realidad del paciente y la escucha a mis respuestas contratransferenciales como modo de entender la experiencia del otro (Dosamantes-Beaudry, 2007).

Pero igual que Dosamantes-Beaudry (2007), considero que el trabajo en DMT es esencialmente distinto del psicoanálisis, por una destitución de la comunicación verbal como preponderante. Mismo en el caso de la DMT con niños hay diferencias. Para Anna Freud, por ejemplo, el acting out es tan peligroso con niños como con los adultos y cuestiona su capacidad de establecer una transferencia con el analista, proponiendo una actitud del analista que sería más correctiva (1949, citada por Aberastury, 1962). Ya Mlanie Klein (1929, citada por

la misma autora) cree que es una capacidad espontánea y propone una actitud interpretativa por parte del analista, que intenta trabajar con una idealización excesiva por parte del niño (1948, también citado por Aberastury). Aberastury (1962) cuyo trabajo sigue siendo referencia en la actualidad en el psicoanálisis de niños, trabaja con el juego y con distintas formas de expresión (gráfica, plástica, narrativa), pero para ella quien juega es el niño y el analista busca predominantemente interpretarle.

En DMT, aunque tal como los psicoanalistas mantenemos una atención constante a las fantasías, ansiedades, transferencia e imagen corporal del niño, nuestro foco no es la interpretación (mismo que a veces podemos utilizarla).

La DMT es una modalidad terapéutica que “utiliza el movimiento y la danza dentro de un proceso que persigue la integración psicofísica del individuo” (Levy, 1992 citado en Fischman, 2005). Así, la transferencia y la contratransferencia son también somáticas. Como terapeuta, busco observar mis propias reacciones somáticas y les ofrezco a los pacientes la posibilidad de explorar los movimientos de su cuerpo sea en búsqueda de sentido, sea en la búsqueda del placer de sentirse conectado con el propio cuerpo (Dosamantes-Beaudry, 2007).

Con relación al movimiento y la gestualidad, la mirada de la DMT no es solo a cuál movimiento se hace, pero sobretodo cómo sucede el movimiento, es decir, cuáles son sus cualidades. Para esto, la DMT utiliza el sistema de notación de las calidades del movimiento desarrollado por Laban y su colega Lamb (Laban, 1971 y Lamb & Watson, 1979, citados por Meekums, 2002 y por White, 2008) llamado de LMA (Laban Movement Analysis, o Método Laban de Análisis del Movimiento) que tiene tres principales áreas de observación: el cuerpo, los esfuerzos y la utilización de espacio.

En el trabajo de las danzaterapeutas, el LMA se combina con perspectivas psicológicas acerca del movimiento (Lamb, 1965, y Bartenieff, 1980, ambos citados por Meekums, 2002) y con las contribuciones de Kestenberg (citada por Meekums, 2002 y por Loman & Sossin, 2008) que ha combinado el esfuerzo “flujo” con los patrones rítmicos que marcan las etapas del desarrollo psicosexual del niño (oral, anal, uretral, genital) con base en la teoría de Anna Freud acerca de las fases del desarrollo psicosexual y los avances teóricos de Margaret Mahler acerca de las relaciones objetales (citada por Levy, 2005). Además de mirar las calidades de los movimientos, yo buscaba también observar su orden, que “así como la música, se desarrolla en ‘frases’ o secuencias” (Bartenieff, 1980, citado por Meekums, 2002, p. 31).

Tal como Lewis (2002, citada por Levy, 2005), al trabajar con cada cliente, utilizo estas contribuciones teóricas para poder identificar fallos en el desarrollo de mi cliente, para ser

capaz de adaptarme a la su necesidad. El objetivo a largo plazo es reducir o reparar privaciones tempranas y trabajar con los aspectos disfuncionales de su personalidad de una forma que Lewis llama de “DMT profunda primaria” (2002, citado por Levy, 2005). En este sentido, lo que propone la autora, de “re-coreografiar las relaciones objetales” (1975, 1982, 1990, 1993, 2000, todos citados por Levy, 2005), incluiría responder a la transferencia del paciente a través del movimiento de una forma entonada con sus necesidades evolutivas.

Nuestra intervención principal, por lo tanto, es de responder al paciente de forma empática, sea devolviéndole el movimiento (reflejando) sus emociones escindidas, sea conteniéndolas si el cliente aun no las puede tolerar (Lewis, 2002, citada por Levy, 2005). Durante la terapia, también intento ayudar a los niños a observar sus estados corporales y los cambios que el movimiento y el trabajo en grupo generan. Yo sigo las propuestas de Marian Chace y busco espejar o ampliar sus expresiones de modo a ofrecerles una “empatía kinestésica” dándoles la oportunidad de dar sentido a sus movimientos (Fischman, 2008; Moore & Yamamoto, 1988, citado en Meekums, 2002; Pallaro, 2007).

Por fin, la importancia de la relación terapéutica está en la creación del “espacio potencial” entre el terapeuta y el cliente y en este sentido, el proceso psicoterapéutico espeja los procesos tempranos que ocurren en la relación madre-hijo (Winnicott, 1971, citado en Meekums, 2002). El proceso creativo que se busca en la terapia depende, en gran medida, de la capacidad del individuo de abrir mano de algunas funciones del ego relacionadas con control (Gordon, 1975, citado por Meekums, 2002). Podemos decir que:

Hay un intercambio rítmico entre la acción y la receptividad tranquila, entre los estados similares al sueño y la conciencia, entre la intuición y el mundo de los sentidos, entre la imagen y concreción, entre el abandono y control, entre la realidad individual y compartida (Meekums, 2002, p. 15)

Amanda

Tiene 10 años y está actualmente en el 4º curso de primaria. Vive con los abuelos y tiene una situación familiar delicada y compleja:

- Se sospecha que su madre es dependiente de alcohol. Vive con sus padres pero hay épocas en las que conoce a algún hombre y pasa largos periodos sin venir a casa. El colegio relata muchos problemas, como no venir a recoger a la niña, tener dificultad con permisos y incluso veces en las que han tenido que amenazarla para que llevase la niña al médico.

- Su padre es una figura ausente, que no vino en ninguna de las reuniones a las que ha sido invitado y que frecuentemente incumple sus promesas a su hija (de llevarla a vivir con él, de llevarla a un viaje, de darle regalos, etc.).
- Su padre está casado con otra mujer que no quiere ver a Amanda en su casa con la justificativa de que es una “niña mal educada”. Esta otra mujer tiene dos hijos también con conductas problemáticas (uno de ellos fue mi paciente el año pasado). Supuestamente, la madrastra de Amanda era amiga de su madre y tuvo una relación con el padre de Amanda cuando aún estaban casados.
- Los padres no hacen cargo de la niña y la responsabilidad queda con los abuelos, que son muy mayores. La abuela se enfermó y estuvo en el hospital por tres semanas; fue lo suficiente para que la niña se quedase “olvidada” en el colegio muchas veces.
- Actualmente el colegio está tramitando una denuncia con los servicios sociales y es posible que su tía, hermana de su madre, la acoja. La madre, enfadada con el colegio y con el fin de evitar esas confrontaciones, intenta cambiar su hija para el otro colegio del barrio.

Las sesiones empezaron por una derivación de la tutora de Amanda, que presencié ataques de pánico y dificultades de respirar. La tutora lo relacionaba con el estrés familiar. Además, en observación de movimiento realizada en el patio en 2009, antes del inicio de las sesiones, se notó que Amanda presentaba conducta de restricción de movimientos, de quedar solamente en la periferia de patio y de jamás cruzarlo, de no interactuar con sus compañeros y de estar siempre con la cabeza baja y los hombros cerrados. De su perfil de movimiento en esta época (anexo final) se puede destacar:

- Poca habilidad con los esfuerzos: espacio indirecto y flujo libre. Transición de tiempo sostenido a súbito muy bruscas;
- Más habilidad con los brazos, cabeza y pecho, debilidad con actividades que involucran las piernas. Tensión en las rodillas, poco control de los pies. Poco “grounding” y poco peso firme en las piernas;
- Poca utilización de niveles espaciales alto y del plano horizontal (este último imprescindible para la socialización);
- Quinesfera personal pequeña, quinesfera general grande;

- Demasiados ritmos libidinales, contención de los ritmos de lucha. Cambio de uno a otro de forma brusca e imprevisible. Dificultad en modular la expresión de los sentimientos negativos.

Este perfil se ha transformado debido a un conjunto de factores (participación del colegio, intervención en DMT y su desarrollo bio-psico-social proporcionado por la contención). Ya hablaremos de ello al final del artículo.

Las sesiones con Amanda eran al mediodía, antes de la comida, en un momento de patio. Así cabe resaltar que ella supuestamente “perdía” tiempo de estar en el patio para estar conmigo. Ello no ha representado un problema y participó asiduamente, esperándome en el patio todos los días en los que le tocaba la sesión. En el inicio, se había configurado para que las sesiones fuesen en grupo, dos veces por semana, conjuntamente con otras 2 niñas de su edad y con perfil de movimiento parecidos (todas ellas contenidas y con problemas de modulación). Pero una de las niñas no obtuvo el permiso de sus padres y hemos decidido dejarles en una pareja. Ello ha demostrado ser un equívoco, por la configuración triangular (y de disputa generada) y por que las dos han revelado mecanismos de defensa muy diferentes y hasta cierto punto contradictorios. Amanda, si en el patio era demasiado contenida y usaba ritmos libidinales de forma predominante, en la sesión le faltaba contención, sus ritmos eran predominantemente sádicos y era provocadora. Ella y su compañera han estado juntas por 23 sesiones, realizadas entre Enero de 2010 y Junio de 2010, interrumpidas por vacaciones, viajes escolares, y otros eventos. En el siguiente curso escolar, he decidido trabajar individualmente con Amanda, en sesiones una vez por semana, en el mismo horario, pero por un problema en la obtención en el permiso de sus padres (que no acudían a firmar la autorización) hemos quedado sin hacer DMT por 5 meses y lo hemos retomado en Diciembre de 2010. Hemos tenido un total de 18 sesiones individuales, hasta Junio de 2011 (también interrumpidas por vacaciones, viajes escolares, y otros eventos).

Relación terapéutica – desde el punto de vista de mi presencia

Amanda me ha traído desafíos desde el principio. Al inicio expresaba una necesidad de sentirse guapa y deseada, de ejecutar bailes pre-diseñados que garantizaran una ejecución perfecta. Rechazaba mis movimientos y de su compañera de sesión. Su relación conmigo era de exigencias, de que fuera buena con ella, de que le satisficiera las voluntades, de que alargase las sesiones. Como fui poco a poco frustrándole en sus deseos y exigencias, Amanda empezó a expresar su odio y hubo momentos de rabietas, explosiones de cólera. Desde entonces era

común que me llamase de “tonta” durante toda la sesión y que provocase mi enfado con gritos y con conductas de no respetar el encuadre. En esta época, que comprendía los primeros 6 meses de la terapia, me veía abrumada con una contratransferencia difícil de lidiar, en una “posición contratransferencial”, en las palabras de Racker (1953). Las continuadas agresiones de Amanada a mí y a su compañera de sesión, sus intentos de dominar y controlar las sesiones todo el tiempo, su transferencia ambigua y con contenidos escindidos de sí misma (identificaciones proyectivas), su dificultad en respetar el encuadre, todo me provocaba sentimientos muy intensos y con los cuales me sentía a veces paralizada y otras veces reactiva.

Para Racker, “la transferencia es la expresión de la relación del paciente tanto con la contratransferencia del analista fantaseada como con la real” (1957, citado por Hinshelwood, 1999) –una contribución hasta hoy muy resaltada, que es el hecho de la que la transferencia del paciente es, también, resultado de las reacciones del terapeuta. Así, para Racker, la contratransferencia es “el mayor peligro y, al mismo tiempo una herramienta importante para la comprensión” del paciente (1968, citado por Vulcan, 2009, pág. 276). En la “posición contratransferencial” el psicoterapeuta se encuentra profundamente afectado con un sentimiento que considera suyo, que es “vivido por él con mayor intensidad y como realidad” (1953, pág. 171). Para Racker, este tipo de contratransferencia indica conflictos del terapeuta y tiene un carácter permanente si este no la trabaja, pudiendo poner en riesgo el tratamiento. A ese respecto, Racker observó que en algunos casos se le hace difícil al terapeuta contener sus reacciones contratransferenciales y hay el riesgo que se lo exprese en la sesión en forma de acting-outs para defenderse de partes escindidas de sí mismo (Racker, 1968, citado por Pallaro, 2007). Identifico que eso me pasó en algunas sesiones más tensas y difíciles, en ataques de furia muy difíciles de controlar, o en dificultades en contener lo que Amanda me expresaba.

Racker diferencia la posición contratransferencial de una ocurrencia contratransferencial (1953), que es cuando estas reacciones contratransferenciales no son permanentes y, desde mi punto de vista, el terapeuta puede digerirlas de forma a ser capaz de “contenerlas, reflejarlas verbalmente o devolverlas al paciente a través de imágenes o acciones” (Lewis, 2002, citada por Levy, 2005). Me parece interesante el hecho de que Racker diferencie la *posición* de la *ocurrencia*, porque de hecho cada una tiene un impacto distinto el perfil de movimiento del psicoterapeuta. He observado, por ejemplo, que durante estos primeros 6 meses de trabajo con Amanda, donde me encontraba en una posición contratransferencial, sentía mi capacidad de respuesta en movimiento muy limitada. Observé tensiones en los

hombros y una rigidez en la columna. Sentí dificultad en respirar y mi flujo era muy contenido. En las sesiones, sin darme cuenta, adoptaba una *posición corporal* muy distinta de mi posición natural.

Eran respuestas físicas muy difíciles de lidiar pero que a la vez me han dado recursos para entender la situación y para entender como la transferencia de Amanda me afectaba. En esta época elaboré el dibujo que es portada de este artículo. Lo hice al final de una sesión muy dura, donde sentía que salía con el cuerpo destrozado, partido en trozos, lleno de cicatrices. Pero me sorprendió ver en el dibujo nuevas y antiguas cicatrices, y percibir la participación de mis propias cicatrices en mis reacciones en las sesiones. Eso requirió asumir, en parte, un trabajo personal profundo en mi psicoterapia y, de otra parte, de trabajarlo también en supervisión. Y me ayudó a salir de una posición contratransferencial de resistencia y reactiva, y a asumir un trabajo terapéutico de estar flexible en las sesiones, de contener las agresiones y de a la vez cuidar de mí después de cada encuentro. Pero entonces su otra compañera de trabajo, Paula, asumió parte de estas reacciones, y se quejaba de Amanda casi todo el tiempo. Ella no podía entender cómo yo podía ser flexible y tolerante con actitudes así.

Creo que en el final de las sesiones grupales asumía una contratransferencia más “complementar” (Racker, 1953), en el sentido de buscar ser el contrapunto de la rabia y furia de Amanda. Creo que ocupaba el rol de sus figuras parentales, algunas veces de la madre, y ella me depreciaba, criticaba, rechazaba. Por otro lado, iniciadas nuestras sesiones individuales, pasé a tener en cada sesión altibajos con momentos de identificarme de forma complementar y otros de identificarme de forma “concordante”, conceptos también de Racker (1953). Tomando las observaciones de Helene Deutsch (1926, citada por él), este autor llamó de identificación complementar cuando el terapeuta toma el objeto interno del paciente y actúa como este. Para Racker, este fenómeno se daría por cuenta de una reactivación de aspectos inconscientes del analista que se identifica con los objetos internos del paciente (Pallaro, 2007). La identificación concordante, que está basada en los mecanismos de introyección y proyección, el terapeuta sí puede identificarse con el paciente de forma empática, permitiendo una resonancia entre el material de ambas las partes, lo que le ayuda a comprender la experiencia del paciente. Para Racker además hay “una estrecha conexión con el destino de las identificaciones concordantes: parece que en la medida en que el analista fracasa en éstas, y las rechaza, se intensifican determinadas identificaciones complementarias...” (1953, p. 162).

Hoy, según Hinshelwood (1999), y Pallaro (2007) los psicoanalistas y DMTs consideran que la identificación complementaria es inevitable y que la resonancia de los aspectos inconscientes del terapeuta es parte del proceso.

. . . cada uno de nosotros como terapeutas tiene una inclinación para resonar con determinados materiales (y no otros) presentados por el paciente. Nuestra propias introyecciones, a veces en gran parte desconocidas incluso para los terapeutas más experimentados, se identifican con las de nuestros pacientes” (Pallaro, 2007, pág. 179).

Eso sí, muchos defienden (Bloom, 2006, Hinshelwood, Pallaro, 2007) que el terapeuta esté conectado consigo mismo, que sea capaz de crear un “espacio interno” que esté disponible para la contratransferencia (Bollas, 1987, citado por Pallaro, 2007). Caso contrario, sí que hay el riesgo de que las identificaciones complementarias superen a las identificaciones concordantes y así, el terapeuta ya no puede ser empático lo suficiente. Y como recuerda Stolorow et al (1987, citados por Pallaro, 2007), “la contratransferencia . . . tiene un impacto decisivo en moldar la transferencia y en co-determinar cuáles de sus dimensiones específicas ocuparán el primer plano del análisis. Transferencia y contratransferencia juntas forman un sistema intersubjetivo de influencia mutua y reciproca” (pág. 178).

Bloom (2006) anima a los psicoterapeutas a buscaren desarrollar una forma de auto observación que ella llama de “*Embodied Attentiveness*” (atención corporeizada o encarnada) que es “la habilidad de conectar con estados psicofísicos de un modo que hay una mejora en la habilidad del terapeuta de entonar con lo que se siente pero que no puede ser verbalizado, semejante al ‘impensado sabido’ de Bollas (1987)” (2006, p. 65). Es cultivar en las sesiones un “estado de ser mente-cuerpo” (Milner, 1969, citado por Bloom, 2006, p. 71), el “propio sentido del espacio interior y de la quietud de la mente y del cuerpo” (p. 65). Para ello es necesario que el terapeuta se conozca profundamente. Bloom sugiere (y lo hacemos los DMTs como parte de su trabajo) que el terapeuta debe prepararse antes de las sesiones, estar disponible física y corporalmente para el otro, y al mismo tiempo “sentir su propia piel” (p. 70); cuando se marcha el paciente, debe ofrecerse un momento de movimiento o de quietud para observarse, poder identificar las marcas que el paciente ha dejado en su propio cuerpo. Lo hice intuitivamente después de cada sesión con Amanda, como una forma de recuperar este sentido de mi misma, de una conexión con mi eje y de prepararme para las sesiones con otros pacientes.

Además, García (2006) llama la atención para la importancia de que el terapeuta esté conectado con su eje y con la tierra (grounding):

La conexión o alejamiento de los mismos son expresión y, por lo tanto indicadores de los vaivenes de nuestra conciencia. Es difícil mantener la capacidad discriminante cuando se tiene un escaso contacto con la tierra, como es difícil registrar la propia experiencia siendo desconectados del propio centro (párrafo 14).

Para esta autora, esta conexión es imprescindible para que el terapeuta pueda tener una “presencia terapéutica”, concepto propuesto por Robbins (1998, citado por la misma) y que tratase de una

. . . actitud mental que combina dos tipos de disposición: la disponibilidad a ser modificados en el encuentro con el paciente, evitando al mismo tiempo, el riesgo de fusión o de simbiosis con él, gracias al mantenimiento de una constante relación con la capacidad de pensar” (párrafo 6).

Para García hay una variación constante entre uno y otro tipo de disponibilidad, lo que ella llama de un ritmo que se define por lo que expresa el paciente y su impacto en el terapeuta. Así, he observado que este acercamiento de mi contratransferencia, su comprensión y aceptación, en conjunto con un trabajo personal y formación continuada como danza movimiento terapeuta, me han permitido ser más receptiva y permitir que la relación terapéutica con Amanda provocase cambios en mí y en mi experiencia. Pude entender mejor mis *acting-outs* contrastados con una extremada rigidez defensiva:

Observar en qué modo el paciente modifica la experiencia que tenemos de nosotros mismos y utilizar la capacidad discursiva, estructurante de la mente para seleccionar la respuesta y darle forma a través del movimiento, la música o el color, son cosas que deben ocurrir casi simultáneamente. Esta particularidad hace que sea fácil perder el equilibrio en uno u otro sentido, con el riesgo del acting out por un lado, o la acción poco resonante, poco empática por el otro. (García, 2006, párrafo 16)

Esa comprensión me brindó con una seguridad cada vez más arraigada en las sesiones y a una evolución en la relación terapéutica. Puedo incluso afirmar que el desarrollo de mi presencia terapéutica ha caminado lado a lado con el desarrollo de Amanda en las sesiones, reforzando las observaciones de Storolow et al (1987, citados por Pallaro, 2007) citadas anteriormente, de que la relación terapéutica es un “sistema intersubjetivo de influencia mutua y reciproca” (pág. 178).

Así, Amanda ha podido vivir un proceso muy profundo, se ha permitido expresar sus sentimientos de una forma hasta entonces no vista ni en el colegio ni en su ambiente familiar. Ha podido expresar mucho de la rabia que sentía de su situación familiar y de los conflictos que le obligaban a vivir, sin que quisiera tomar parte de ellos. Así, si en un principio participaba de las sesiones con voracidad y se le hacía difícil aceptar su carácter limitado, quejándose de que quería más, más tiempo, más espacio, más materiales y más atención por parte de mí, poco a poco fue aceptando el encuadre como protección y no como sospecha de mi parte. Poco a poco fue aceptando mi autoridad dentro de la sesión, no como una autoridad impuesta por roles sociales, pero una autoridad reconocida por la relación terapéutica y por los encuentros de su debilidad con mi madurez y soporte.

Al principio solo se permitía realizar bailes coreografiados, con mucha intolerancia a cualquier tipo de cambio o variación. El juego era reducido y las sesiones eran tensas. En las sesiones individuales ya se arriesgaba a intentar bailes y juegos espontáneos, y aunque se frustraba cuando las cosas no salían como quería, se permitía enseñarse de forma auténtica, lo que significaba también dejarse vulnerable delante de mí. Al final, estuvo trabajando con “desafíos”, en los que al principio se proponía tareas muy imposibles de realizar, idealizando sus capacidades, hasta que ha podido entender que hace falta un aprendizaje, que el cuerpo se va adaptando poco a poco y que si un día no puede hacer algo o lo hace con mucha dificultad, en la sesión siguiente ya podrá hacerlo más fácilmente. De una dificultad en tolerar la frustración, de una excesiva idealización de sí misma y de la terapeuta, Amanda caminó hacia el juego de probar la frustración y superarla, a afrontar sus incapacidades y a reconocer sus capacidades. También hemos dramatizado escenas de abandono y de frustración, donde ella revivió sentimientos con relación a su familia y yo intenté acercarme de forma más empática. En algunas de las escenas Amanda era un bebé, y trabajamos con contenidos pre-verbales y regresivos.

Al principio también rechazaba recibir contención física cuando estaba desbordada, y su mecanismo natural era de quedarse de cuclillas en un rincón de la sala balanceándose con el dedo en la boca para calmarse, y al final ya podía expresar su agresividad en juegos de fuerza conmigo, manos con manos. O juegos de cooperación donde se permitía ser acompañada y ayudada por mí. Había en el inicio de las sesiones una prohibición implícita de tocar cualquier parte de su cuerpo y esa prohibición fue cediendo a cada sesión. Al principio con las manos, los brazos, los hombros, la espalda, barriga y los pies. Fue desarrollando una seguridad conmigo y paralelamente una seguridad de sí misma, reflejada en más fuerzas en las rodillas, un mejor

grounding, y en una capacidad de expresar y hablar de sus problemas familiares como nunca antes, sin ataques de ansiedad.

A pesar de la riqueza de las sesiones con Amanda y de la posibilidad de profundizar en la reflexión de ese caso, por razones de tiempo eso no será posible en este momento. Así, focalizamos en un aspecto específico que el proceso terapéutico con Amanda me ha ayudado a entender, que es el trabajo de acceder a mi contratransferencia somática para poder entender y resonar con los aspectos más regresivos y reprimidos de su experiencia. Para mí, eso ha sido lo fundamental de mi intervención. Sí que en algunas ocasiones puede haber habido alguna interpretación, pero considero que lo que generó el cambio con Amanda ha sido la experiencia concreta que tuvimos en esa relación terapéutica, y que solo me fue posible gracias a mi preocupación con la presencia terapéutica.

Contratransferencia Somática

Hoy por la noche, después de ducharme, y antes de ir a la cama, me encontraba en un estado de relajación. Estaba también en un momento de auto cuidado, de tratarme bien. Al poner mi pijama vi que había una cinta suelta e le hice un lazo. En este momento se me vino una escena con Amanda, mi paciente de 10 años, justo al final de la sesión, y lo que me dijo en este momento. Era un comentario tan sutil que no me acordé de ello al hacer mi diario clínico y, parecía, se me lo había olvidado.

En la sesión, Amanda me pidió que le ayudase con sus bambas, le hacía difícil ponérselas sola por tener cordones muy largos, con muchas vueltas. Al final, me pidió que le hiciese un lazo en cada una y al hacerlo me dijo “¡Ah! ¡Qué gracioso verlo como haces! Haces al revés de como lo hago yo”.

Ahora, sigo con la sensación física que el recuerdo me provocó. Fue como si pudiese haber sentido lo que sintió Amanda al tener los cordones atados en un lazo, al sentir ese cuidado sutil y tan cercano al cuidado maternal. La madre de Amanda no está presente en su vida, Amanda no tiene lugar en su familia. Aquél lazo y aquél momento representaban muchas cosas. El hecho de ser cuidada, de tener a alguien que le haga lo que, en su vida, le imponen hacerlo sola – tiene que cuidarse a sí misma, hacer sus propios lazos, aún siendo niña. Y también, el lazo que nos une, la experiencia creada en las sesiones, nuestros “momentos presentes” en las palabras de Stern. Siento también un dolor en el pecho, siento rabia, siento pena. Porque me quedan solo 6 sesiones con Amanda, estamos en un proceso de cierre. Y ahora veo

que es un cierre institucional y burocrático, pero no un cierre verdadero. Amanda no está lista para cerrarlo. (2011, Diario de Campo)

El relato arriba lo escribí aquella misma noche, presintiendo su importancia. En aquel momento me acordé que el día anterior había hecho supervisión de este caso y que justamente habíamos trabajado con esta sesión en particular. Mi supervisora sufrió al compartirlo conmigo, salió con dolor en el pecho, se indignó con la prematuridad del cierre de este caso por cuenta de convenios y burocracias. Lo entendí en aquel momento de la supervisión, pero no lo he sentido. Atribuí el dolor de mi supervisora a su sensibilidad y competencia profesional. Pero lo sentí aquella noche, al día siguiente. Y me di cuenta que aunque no fuese consciente, sí sentía el vínculo creado con Amanda después de más de un año de trabajo. Este vínculo estaba también impregnado en mi cuerpo, en mi inconsciente. Hasta entonces, no tenía consciencia de ello.

Algunos autores psicoanalíticos y de DMT utilizan el concepto de contratransferencia somática de forma amplia, abarcando todas las reacciones somáticas del terapeuta en la sesión o de forma política (para incluir el cuerpo en las reflexiones clínicas), simplemente sustituyendo palabras. La DMT Maya Vulcan por ejemplo, en una revisión bibliográfica publicada en *The Arts in Psychotherapy*, entiende la contratransferencia somática como siendo "la conciencia de los terapeutas de su propio cuerpo, de sensaciones, imágenes, impulsos, sentimientos y fantasías que ofrecen una relación con el proceso del cliente y el campo intersubjetivo" (Orbach y Carroll, 2006, citados por ella, 2009, p. 275). Me parece que perdemos algo al ampliarlo de esa forma o al utilizarlo de modo meramente político, sustituyendo contratransferencia por contratransferencia somática. O en las palabras de Winnicott, en la utilización del término de modo tan amplio hay el riesgo de una "pérdida de identidad" (1960, p. 207). Preferimos considerar las palabras de Orbach y Carroll como siendo una descripción de la presencia terapéutica, donde el terapeuta busca estar conectado consigo mismo. En la presencia terapéutica el analista está atento a su contratransferencia. En algunos momentos tiene la posibilidad de acceder a su contratransferencia somática, pero no siempre.

Hace falta así, diferenciar *contratransferencia* de *contratransferencia somática*. Desde un punto de vista intersubjetivo y relacional, podemos decir que la contratransferencia "es inherente al encuentro, a la relación terapéutica, pues pertenece a un espacio más global....inevitable y útil, con dimensión verbal y pre-verbal, consciente e inconsciente" (Aburto et al, 1999, p. 26). Aceptar que la contratransferencia engloba las dimensiones verbales y pre-verbales del paciente y también del psicoterapeuta nos acerca de lo que

buscamos al hablar de contratransferencia somática. “Se puede decir que este nivel de comunicación no verbal está siempre presente y está en la base de la comunicación verbal”, nos explica Bloom (2006, p. 67).

Por otro lado, Bloom (2006) explica que cuando hay la necesidad de una regresión a estados infantiles muy tempranos (y la consecuente demanda por contención por parte del terapeuta) y en los casos en los que el paciente no puede expresarlo de forma verbal o simbolizar, la contratransferencia somática puede ser una forma primaria de contacto. La contratransferencia somática sería por lo tanto, un aspecto específico de la contratransferencia vinculado al *Self experiencial* y escindido del *Self verbal*, tanto del paciente como del terapeuta. Así, retomando el ejemplo clínico del inicio, ni Amanda ni yo podíamos poner en palabras nuestro vínculo en aquel momento del proceso terapéutico. He podido ponerlo en palabras, integrarlo a mi discurso, al hacerme consciente de ello (al menos de parte de ello).

Considero que el concepto de contratransferencia somática se refiere a un aspecto específico de la experiencia somática del terapeuta y que su utilidad en cuanto concepto está en animarnos a buscar esta especificidad —o, mejor dicho, saber identificar un aspecto de la contratransferencia somática cuando este emerge dentro de un proceso reflexivo. Pienso que el terapeuta que no tiene una supervisión adecuada, que no pueda hacer el ejercicio de prepararse antes de las sesiones y de observarse después de las sesiones, que no pueda identificar cuando está alejado de su eje y sin conexión con la tierra, en fin, sin presencia terapéutica, tendrá dificultades de conectarse con su contratransferencia somática. Pero a la vez, el terapeuta que desconozca cómo opera tampoco podrá reconocer su presencia.

Antes de explorar las formas de acceder a la contratransferencia somática, me gustaría profundizar la reflexión en el porqué es tan difícil al terapeuta ser consciente de su existencia. Antes de todo, la contratransferencia somática está siempre presente en la sesión pero de forma inconsciente, relacionada a la transferencia somática del paciente. Dosamantes-Beaudry (2007) define la transferencia somática como siendo:

. . .la totalidad de la experiencia corporalmente sentida y la enacción del comportamiento del paciente. . . que funcionan como objetos de transición para el paciente y proporcionan significado relacional psicodinámico fundamental que al principio del tratamiento es desconocido para el paciente (el grifo es mío, p. 76).

El término enacción viene del inglés *enactment*, tan temido entre los psicoanalistas. Para nosotros, el *enactment*, que “proviene del verbo inglés *to enact*, significa ‘poner en ejecución’, ‘representar’ o ‘actuar’” y se insiere en un paradigma constructivista en donde se “entiende el conocimiento como experiencia constructiva: en un solo acto se pervive, se crea y se transforma. Esta perspectiva integra acción, percepción, emoción y cognición” (Fischman, 2008, pág. 82). Para la DMT, “no es posible conocer sino lo que se hace” (Maturana, 1984, citado por Fischman) y se entiende “el conocimiento como acción en el mundo, y por tanto como movimiento” (Fischman, 2008, pág. 83).

Del mismo modo, la contratransferencia somática puede ser entendida como siendo una respuesta no-verbal, inconsciente, intuitiva, por parte del terapeuta a aspectos de la transferencia somática, que ocurre paralelamente a otras respuestas, más conscientes. El concepto de “procesos paralelos”, discutido por Soth (2005) con base en las formulaciones de Searles y de Hawkins y Shohet (1999 y 2000, respectivamente, citador por Soth) es muy útil en este caso. La construcción teórica que nos propone Soth es compleja y amplia y su lectura es recomendable para todos los que se interesen por el tema. Soth describe la “relación terapéutica como un sistema intersubjetivo, culturalmente contextualizado de procesos paralelos cuerpo-mente” (2005, pág. 41) Es decir, lidiamos con procesos paralelos cuerpo-mente que ocurren simultáneamente en la sesión. Eso pasa porque el funcionamiento psíquico trabaja de esta forma (incluso con nosotros como terapeutas), y Soth identifica cinco niveles de procesos cuerpo-mente. Aclaramos que estos niveles son un intento de organizar procesos muy complejos y que tratase de una reducción esquemática que nos facilita la comprensión del fenómeno. Los cinco niveles son:

- 1) La base más primitiva de uno, que abarca sus relaciones tempranas, la estimulación recibida del ambiente, sus experiencias sensorio-motoras y el desarrollo psicosexual temprano (lo que ha sido posible desarrollar/ avanzar). En DMT se reflejan en los ritmos y atributos de los flujos de tensión, parte del en el sistema 1 del Perfil de Movimiento de Kestenberg (KMP), “Describe la expresión en movimiento de necesidades internas, emociones y afectos” (Loman & Sossin, 2008, pág. 261);

(Los tres procesos siguientes reflejan las relaciones objetales internalizadas y cómo influyen en las relaciones actuales)

- 2) La condición actual inconsciente psicofísica de uno mismo, reflejada en sus patrones relacionales, donde la persona proyecta tanto las figuras parentales como partes de sí

mismo escindidas de su Self – es un proceso paralelo al primero porque cada uno de lo que Soth llama de “procesos espontáneos” pueden estar en conflicto, uno con los otros (2005, pág. 43). En DMT se refleja en el manejo del flujo-forma vertical y horizontal (unilateral y/o bilateral), que es parte del sistema 2 del KMP (García, Abril de 2011, comunicación personal, Loman & Sossin, 2008). También puede reflejar escisiones (splitting) inconscientes, expresadas en la identificación proyectiva o en los splits corporales de Laban (1950, 1956, 1966, 1975, citado por White, 2008);

- 3) Conflicto “cuerpo/mente” (Soth, 2005, pág. 44), es decir, del ego (o del control consciente) con los procesos espontáneos. Refleja cuanto uno puede permitirse que esos procesos se lleven a cabo y cómo se relaciona consigo mismo. Se podría decir que es una consecuencia de (a) y (b) y de cómo la persona aprendió a relacionarse. En DMT se puede decir que abarca los pre-esfuerzos y esfuerzos de Laban y KMP (dentro de los flujos de tensión en el Sistema 1 del sistema 1 del KMP) y Diseño de flujo forma, formación de espacio en planos, formación de espacio en direcciones (en formación de espacio del Sistema 2 del KMP). También, en el caso de la quinesfera general y personal, y de cómo la persona puede o no mantener íntegros sus límites psíquicos y corporales (Laban, op cit.). Como aclara Soth, representa el hecho de que “Yo me relaciono con los demás del modo como me relaciono conmigo mismo”. También, de cómo el Self Verbal se relaciona con el Self corporal o experiencial.
- 4) “Conflictos de polaridades ego” o “diálogo interno”, que constituye las representaciones de la persona acerca de si misma, de su ideal de ego (o superego), de cómo entiende sus movimientos y los califica, evalúa y integra. Para Soth (2005) hay siempre el conflicto de dualidades que inhibe el proceso reflexivo de uno. Es la expresión del Self verbal.

(Este último proceso refleja el aquí y el ahora)

- 5) La relación del paciente con el terapeuta, sus fantasías y actitudes dirigidas a la persona real del terapeuta. En DMT participa la “empatía kinestésica” del terapeuta (Berguer, 1972, citado por Fischman, 2008; Dosamantes- Alperson, 1984; Pallaro, 2007) y su “entonamiento afectivo” (Stern, 1996, citado por Fischman, 2008) con el paciente.

El concepto de empatía kinestésica está íntimamente relacionado con el acto de espejar el estado del paciente. Los DMTs la entienden como el acto de “encarnar, por parte del terapeuta, los estados afectivos y cualidades de movimientos del cliente” (Pallaro, 2007, pág.

182) y al “recrear sus movimientos en mi propio cuerpo en la forma abreviada y codificada de movimientos corporales incipientes” (Dosamantes-Alperson, 1984, pág. 156).

Para los DMTs la empatía kinestésica es un acto intencional y consciente, aunque exige del terapeuta una vigilancia continuada de sus respuestas corporales y afectivas delante de su respuesta empática. “No siendo los terapeutas simplemente expertos en el cambio afectivo pero individuos reactivos ellos mismos, necesitan estar alertas y conscientes del impacto de sus reacciones en la cualidad de la relación en curso” (Dosamantes-Alperson, 1984, pág. 155). Eso porque al espejar, al ponerse en el lugar del otro, es muy fácil identificarse con él. Dosamantes-Alperson recurre a Racker (1968, citado por ella) y observa sus reacciones contratransferenciales a través de sus identificaciones (si son concordantes o complementarias). Ya Berger (1972, citado por Pallaro, 2007) considera que la empatía kinestésica es una respuesta inmediata al “reconocimiento kinestésico”, un tipo de mimetismo (quizás lo mismo que decir “espejar”).

Como bien observó Soth (2005), el terapeuta está expuesto a todos esos procesos de forma simultánea, y algunos pueden resonar más que otros en la experiencia concreta de la sesión y en el recuerdo que tenemos de la misma. Por ejemplo, el terapeuta puede tener una contratransferencia concordante a nivel (5) en el aquí y ahora y paralelamente una contratransferencia complementaria inconsciente a nivel (2) como una respuesta a partes escindidas del paciente. Cómo ya hemos dicho antes acerca de la contratransferencia, resonamos con materiales del paciente que se vinculan con aspectos de nosotros mismos, conscientes e inconscientes (Pallaro, 2007). Con relación a los relatos escritos que hacemos después de una sesión, constituyen “. . . fragmentos cuerpo/mente del fluir de la consciencia del terapeuta que son recordados después de la sesión especialmente por su carga emocional y significado” (Soth, 2005, pág. 42).

Así, el relato del inicio acerca del lazo en los cordones ocurrió como proceso cuerpo-mente relacionado al apego y al vínculo conmigo, paralelamente a otros procesos. En supervisión por ejemplo, hasta entonces nos habíamos centrado en la comprensión de su tipo de apego (ambiguo), de su desarrollo psicosexual y de las fases por las que transitaba Amanda durante la sesión, en especial en los momentos más regresivos. A partir del contacto con esa imagen del lazo, he podido identificar otros momentos en las sesiones que hablaban también de nuestro vínculo terapéutico y de cómo, para Amanda, las sesiones eran no solo una expresión de sus impulsos y necesidades, pero la construcción de una relación conmigo, que le permitió

relacionase, estar y ser de un modo distinto. Los negritos en las viñetas de abajo los añado para destacar algunos puntos:

Sesión nº 29 (15/03/11)

. . . Señaló que los niños habían dibujado con rotulador en la colchoneta y que nunca le había dejado a ella hacerlo. . . . Ella cogió un rotulador y dijo que lo haría también, le advertí que no la dejaría. Ella demostró gustar de mi amenaza y quitó la tapa del rotulador, cuando iba a dibujar lo cogí. Se enfadó muchísimo, lanzó la tapa lejos y se cogió otro rotulador. Lo quité también de sus manos, ella gritó y se tiró al suelo, enfadadísima. “¡No! ¡No! ¡Déjame, eres una puta, eres mala!”. . . .Después, enfadada, tiró el rotulador hacia la puerta, y fue en su dirección. Corrí detrás de ella, sabiendo lo que haría. Ella ya la había abierto la puerta, le dije que no podía salir del espacio, que la cogería y la iba a traer de vuelta. Ella sonrió, gateó un poco, la alcancé, ella me dio las manos y la arrastré hacia la colchoneta. Ella sonreía de placer.

*. . .Hemos bailado un rato, ella estaba más relajada y contenta. . . .Ella tuvo la idea de hacer otro paso, de que yo la sujetaba por las manos. De repente, sin que yo lo esperase, ella se tiró al suelo, quería “deslizar” por debajo de mis piernas y que yo la sujetase por las manos. Intenté coger sus brazos, para quedar más firme, pero no me dejaba. Lo máximo que podía tocarle era las manos. Eso hacía con que la **“unión fuera frágil”**. . . . Después, en un momento en el que se iba a dejar caer en la colchoneta me acerqué para cogerle en mis brazos, a ella no le gustó y me empujó en los hombros. Le dije que este movimiento era guay, e intenté empujarle por los hombros. Ella hizo una expresión de pánico y la sentí floja, débil, con miedo. Pero pronto se recuperó y le dije que lo podía hacer conmigo. No lo hizo con fuerza y le dije para hacerlo más fuerte. Dijo que me derrumbaría en el suelo y le dije que se fiase de mí, que no me derrumbaría. Ella me empujó un rato hasta cansarse. Cogí sus manos y empecé a empujar de nuevo. A ella le encantó. Dijo que teníamos que empujarnos, quien lograrse empujar la otra para allá de la línea roja ganaba. Estuvimos mucho tiempo así. Hasta que ella se cansó y se derrumbó en la colchoneta.*

De un momento regresivo que mezclaba disputa de poder con la necesidad de una contención de sus impulsos agresivos, hemos desarrollado una coreografía de nuestra relación. No me había fijado en la expresión de la “unión frágil” hasta el episodio de los cordones. De hecho, en este periodo del proceso terapéutico, sentía nuestra unión como momentánea y muy frágil.

Sesión nº 30 (22/03/11)

. . .ella quiso subir y ponerse de pie en el palo y ir “caminando” en él, en cuanto ella rollaba por el suelo (me pareció una idealización de sus posibilidades físicas), pero en seguida se dio cuenta de que no podría hacerlo. Le dije que podíamos empezar haciendo un entrenamiento de los pies y piernas, y yo la sujetaba hasta que pudiese ir sola. Le gustó y **me dio las manos, no me dejó sujetar ninguna otra parte**. Quería que le cogiese las manos con fuerza y a menudo me decías: **“Así no, eres muy floja, ¡lo quiero más firme!”**. A veces parecía que le iba a hacer daño con el tanto de fuerza que ella me pedía... Intentamos rollar el palo, pero por ser de espuma se chafaba con su peso y así era difícil que se pudiese a rollar. . . . Ella quiso caminar en el palo de nuevo, pero ahora en el suelo, sin las colchonetas. Le dije que eso era peligroso pues podía resbalar y si le sujetaba solo con las manos podía caerse. Le propuse que se apoyase en mis hombros y así yo tendría las manos libres para cogerla si se cayera hacia atrás. Me miró la cara, y creo que le asustó la cercanía que tendríamos si se apoyase en mis hombros. Gritó “No! Así no!”. . . . En seguida se puso sentada en la pelota y a dejarse caer en el palo, pero al final se quedó “atrapada” con la columna tuerta, sin poder terminar la voltereta. . . .Le cogí las manos y . . . se tiró unas otras cuatro o cinco veces, siempre pidiendo que la cogiese por las manos. A veces, con la intensidad con que tenía que tirarla hacia mí, **ella se venía como que en un abrazo, pero observé como ella se bloqueaba, o se dirigía hacia mi derecha**. Sentía que la **ambigüedad** y la duda eran constantes: el deseo de estar conmigo, de abrazar, de tener contacto, y la necesidad a la vez de protegerse, de elegir vías de acceso seguras, de bloquear contactos largos, de bloquear emociones intensas.

En esta sesión quedaba explicitado que para que confiase en mí Amanda me pedía mucha fuerza, tolerancia y persistencia. Yo le ofrecía, dentro de lo posible, lo que me pedía, pero aún así su vínculo conmigo era ambiguo.

He decidido sustituir el “palo” de espuma por una “media luna”, de espuma también, pero más rígida y más estable para caminar sobre ella. A Amanda le encantó el cambio. Hemos repetido la coreografía de que yo le ofrecía soporte con las manos, pero ahora ella ya era más activa y se esforzaba (diferente de hacerla deslizar por el suelo o tirarla para que se pudiese de pie). Ella fue ganando fuerza en las piernas y confiando más en mí, y la “unión frágil” del inicio fue dando lugar a una unión distinta. La próxima viñeta se refiere a la sesión en la que le até los cordones de las bambas.

Sesión nº 34 (26/04/11)

*Se puso en la media-luna, me pidió que le ayudase. Ese había sido un momento muy emocionante en la sesión de la semana pasada. . . [cuándo] **me permitió darle un apoyo más cercano** y unos cuantos intentos después **teníamos una secuencia de movimiento muy sintonizada y sincronizada**, yo la sujetaba con las manos y sujetaba el prop con las piernas para que no temblase tanto cuando ella perdiese el equilibrio. Así logró caminar por toda la media luna y se sintió muy agradecida. Era un logro en los dos lados: caminar en la media luna y confiar en mí. Hoy entonces empezó con la media luna. . . Estábamos ya tan bien, y ella había mejorado, que hoy logró luego en el primer intento, y lo hizo otras dos veces sin necesitar que yo sujetase la media luna. Ya tenía mucho más autonomía. Le propuse ir intentando hacerlo ahora sin necesitar de mis manos, pero ella quiso hacerlo de una vez. Se resbaló y se puso en la colchoneta con un aire de frustración.*

*. . . Paró el juego y quiso intentar caminar de nuevo en la media luna. Quería ir sin las manos, entonces yo no lo las sujetaba y simplemente le ofrecía mis manos en el aire, para que las cogiese si necesitase. Me hizo gracia porque decía “suéltame las manos, suéltame las manos” cuando yo no las cogía, **era ella quien las tenía atadas a las mías**. Le dije en un momento: “mira tus manos” y vio que era ella misma que apretaba sus propias manos contra las mías. “Pero qué haces, ¡tonta!” me dijo, enfadada. . . . Lo hicimos por un rato, hasta que yo ya no le daba las manos, tenía los brazos cerca y ella se apoyaba en los brazos cuando necesitaba. En un momento se desequilibró. . . . se apoyó en mi hombro izquierdo y con la otra mano en mi clavícula. Me miró, miró mi pecho, miró su mano, la mantuvo allí por unos tres segundos. Y después la quitó con un movimiento de vergüenza. . . . Me vino en mente el imagen de un cuerpo fragmentado, retallado, obsceno, machacado y rechazado. La miré, le extendí los brazos, sonriendo, y le dije que nos daba tiempo de intentarlo una vez más. Y le dije: “Si quieres me pongo más cercana o más lejos de ti, lo que te vaya mejor”. Ella volvió a subir en la media luna. . .*

. . . después del cierre (lectura de un libro, como le suele gustar), me invitó a ir con ella en la media luna. Era como un caballo, aunque para ella una moto. Yo iba detrás de ella, y ella apoyaba su espalda en mi barriga. Nunca la sentí tan cercana, tan íntima. Nos balanceamos y al final nos caemos al suelo juntas, ella acomodada en mi cuerpo, contenida por él. Era un abrazo, pero aún parcial (las zonas “autorizadas” para el contacto físico se ampliaron, pero aun así hay defensas, no es un permiso global, yo

sabía que no podía abrazarle activamente, su parte frontal sigue siendo zona prohibida).

. . . Amanda tiene 10 años, pronto hará 11. Su cuerpo se pone a cambiar, se le nota, y tiene cuestiones tan básicas, tan orales, mezcladas con su pubertad. Me sentí hoy feliz en la sesión por los logros, y triste por compartir con ella su dolor. También reconozco que tengo que controlar mi impulso de abrazarle, de protegerle, de darle el cariño que siento que necesita (creo que ella lo siente también). Por otro lado, la pubertad la obliga a conectar con ese cuerpo que para ella está lleno de cicatrices. Para ella no es una elección, está ahí, su mano se mueve antes que pueda pensar o desear, y le sorprende al ver dónde está, qué hace. Le sorprende darse cuenta de su necesidad y dependencia. Y me alegra que, en fin, ya puede mirarlo (antes solo podía proyectarlo en Paula o en mí).

Lo más fuerte de esa viñeta y del episodio de los cordones, para mí, es que ambos exponen algo muy nuevo para Amanda: una capacidad de auto-observación. Aunque incipiente, y que le asuste lo que ve y a veces se juzgue o sienta vergüenza, lo considero como un logro muy profundo. Primero, ella observa sus manos, su cuerpo, y su necesidad física, tanto al apretarme las manos como al verse tocándome el pecho. Después, al verme atando sus cordones, reconoció un acto que hace consigo misma, y la diferencia de tener a alguien que lo haga para ella. Se me viene en mente algo como: “Yo me toco, tú me tocas y es diferente”, una constatación muy común en niños pequeños, pero que por razones ambientales Amanda no ha podido tener.

Contactar con mi contratransferencia somática me ayudó a contactar con ese aspecto hasta entonces desatendido por mí consciencia, pero que de forma no verbal y experiencial yo había sentido, a través de mi empatía kinestésica. Por lo tanto, el concepto de contratransferencia está intrínsecamente relacionado al concepto de empatía y a la respuesta empática por parte del terapeuta (Forester, 2007). Así, contratransferencia y empatía son vistas como interrelacionados e inseparables. Forester escribe que:

Así como los sentimientos y pensamientos del terapeuta reaccionan, responden, y se relacionan con los de su paciente, también lo hace su cuerpo. Esto es empatía kinestésica o mimesis. La a empatía kinestésica tiene la misma relación con la contratransferencia somática que la empatía tiene a la contratransferencia cognitiva y afectiva.... Empatía emocional y empatía kinestésica son formas de respuesta empática. Ambas, cuando atendidas y procesadas, sirven para mejorar la terapia. O

bien, cuando disociadas o descuidadas, pueden colocar el curso del tratamiento, el paciente, e incluso el terapeuta en riesgo (p. 124)

Acceder a la contratransferencia somática

Lo ocurrido en mi casa, en un momento de casi ensueño, explicita que para poder acceder a la contratransferencia somática es necesario tener las funciones del ego rebajadas, estar en un estado pre-consciente. Acceder a la contratransferencia somática implica por lo tanto un estado de consciencia diferente al de la reflexión tradicional, que es verbal y linear. Por tratarse de un fenómeno no verbal requiere una profunda conexión del terapeuta con su propio cuerpo. Para Fiedler (1989, citada por Pallaro, 2007), la contratransferencia somática es asequible al terapeuta en un proceso de introspección, cuando este se mueve en un estado subconsciente (o pre-consciente).

Hay dos tipos de movimiento utilizados en DMT, tanto el trabajo clínico como en la supervisión: los movimientos activos-interactivos y los movimientos receptivos intrapersonales (Dosamantes-Alperson, 1984). Pueden ser espontáneos, auto-dirigidos y dirigidos y es muy importante que sepamos cambiar de uno a otro de forma fluida. El acceso a la contratransferencia somática se da preferentemente en el segundo tipo de movimiento.

1) Movimientos Activos-interactivos:

- Consciente
- Ojos abiertos o preocupación con el exterior
- Disponibilidad para relacionarse con objetos reales y externos
- Función: nos ayuda a percibir patrones emocionales que establecemos con los demás

2) Movimientos Receptivos-intrapersonales:

- Pre-consciente
- Ojos cerrados o preocupación con propia subjetividad
- Disponibilidad para observarse o para relacionarse con objetos internos
- Construcción de: “Imágenes kinestésicas” (generadas por sensaciones físicas o sentimientos) y “imágenes kinéticas” (generadas por el movimiento”)
- Función: auto-consciencia corporal, creación de sentido con la transformación de elementos puramente corporales a elementos *enactivos*, simbólicos y verbales.

Pero en este caso, antes de tener la imagen de los cordones, el día anterior, en la supervisión

había hecho un “role playing” de la sesión con una compañera. Ella, que trabajó como “terapeuta”, relató un sentimiento de mal-estar, impotencia y de rechazo a mí como “paciente”. Me reconocí en ella, y este movimiento activo-interactivo me ayudó antes de todo a conectar con aspectos relacionales de este caso clínico. Después, el momento de recordar el episodio de los cordones y de tener imágenes kinestésicas y kinéticas, en un movimiento receptivo intra-personal. Pero estas imágenes pueden darnos *insights*, vistazos fugaces de la amplia contratransferencia somática a la que estamos expuestos al ser empáticos y al movernos con los pacientes, y también delante de los procesos paralelos que se dan en la sesión.

Conclusiones

La importancia del auto-conocimiento del terapeuta, aquí incluido su conocimiento global en un psicósoma integrado, está en el desarrollo de lo que Schore (2003, citado por Pallaro, 2007) llama de “capacidad de pensamiento reflexivo” y una capacidad “auto-regulatoria” (pág.184-185). Para este autor, todo empieza cuando el terapeuta es capaz de reconocer las señales corporales que indican desregulación (creada a partir de la desregulación del paciente) o de reacciones de “contra-regulación”. En seguida, y utilizándose de su capacidad de pensamiento reflexivo, puede reaccionar de forma a modelar sus respuestas y, por lo tanto, ofrecer al paciente una experiencia que no es reactiva pero modulada. Robbins (1998, citado por Garcia, 2006), defiende una presencia terapéutica, donde esta capacidad reflexiva se combina con una disposición a dejarse desregular, a dejarse sentir el cambio que provoca el paciente.

Por otro lado, y por cuenta de los procesos paralelos que se dan en una sesión, mucho queda inconsciente no solo para el paciente, pero también para el terapeuta. El caso de Amanda me ayudó a entender que a la vez que yo intentaba tener con ella una presencia terapéutica durante la sesión, las reacciones contratransferenciales intensas que ella me provocaba se me lo hacían más difícil. En este proceso fue fundamental reflexionar acerca de sus relaciones tempranas, sus patrones relacionales influenciados por sus relaciones objetales internalizadas, su relación cuerpo-mente consigo misma y conmigo y sus conflictos de ego y idealizaciones. Conectar con un aspecto de mi contratransferencia somática me ayudó a reflexionar también acerca de nuestra relación terapéutica y a entender los cambios que se operaban paralelamente a sus cuestiones internas.

Bibliografía

- Aburto, M. et al (1999) La Subjetividad en la Técnica Analítica: Escucha en Acción. *Intersubjetivo*, 1(1), 7 -55.
- Bloom, K. (2006). *The embodied self*. London: H. Karnac.
- Dosamantes-Alperson, I. (1984). Experiential Movement Psychotherapy. En P. Lewis (Ed.), *Theoretical Approaches in Dance-Movement Therapy* (Vol. II, págs. 145-163). Dubuque, Iowa, US: Kendall & Hunt.
- Dosamantes-Beaudry, I. (2007). Somatic Transference and Countertransference in Psychoanalytic Intersubjective Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 29 (2), 73-89.
- Fischman, D. (2005). Danza Movimiento Terapia. "Encarnar, enraizar y empatizar. Construyendo los Mundos en que vivimos". *I Congreso de Artes del Movimiento*. Buenos Aires: Instituto Nacional del Arte.
- Fischman, D. (2008). Relación terapéutica y empatía kinestésica. En S. Chaiklin, & H. Wengrower (Edits.), *La vida es danza: el arte y la ciencia en la Danza Movimiento Terapia* (págs. 81- 96). Barcelona: Gedisa.
- Forester, C. (2007). Your own body of wisdom: Recognizing and working with somatic countertransference with dissociative and traumatized patients. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 2 (2), 123–133.
- García, M. (2006). El ritmo de los procesos mentales y la presencia psicocorporal del terapeuta. *Ier Congreso Nacional de Terapias Creativas*. Barcelona: Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport - Blanquerna, Universitat Ramon Llull.
- Hinshelwood, R. (1999). Countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 80 (4), 797-818.
- Levy, F. J. (2005). *Dance/movement therapy: A healing art - 2nd Revised Edition* (2ª ed.). Reston, Virginia: AAHPERD.
- Loman, S., & Sossin, M. (2008). Introducción al perfil de movimiento de Kestenberg y la DMT. En S. Chaiklin, & H. Wengrower (Edits.), *La vida es danza: el arte y la ciencia en la Danza Movimiento Terapia* (págs. 259-288). Barcelona: Gedisa.
- Meekums, B. (2002). *Creative Therapies in Practice: Dance Movement Therapy*. London: Sage Publications.
- Pallaro, P. (1996). Self and body-self: Dance/movement therapy and the development of object relations. *The Arts in Psychotherapy*, 23 (2), 113–119.
- Racker, H. (1948). Estúdio V: La neurosis de contratransferencia. En H. Racker (Ed.), *Estúdios sobre técnica psicoanalítica* (págs. 127-152). Buenos Aires: Paidós.

- Soth, M. (2005). Embodied countertransference. En N. Totton (Ed.), *New Dimensions in Body Psychotherapy* (págs. 40-55). Berkshire, UK: Open University Press.
- Tortora, S. (2008). La DMT en el tratamiento de niños pequeños: diferentes puntos de vista. En S. Chaiklin, & H. Wengrower (Edits.), *La vida es danza: el arte y la ciencia en la Danza Movimiento Terapia* (págs. 169-194). Barcelona: Gedisa.
- Vulcan, M. (2009). Is there any body out there?: A survey of literature on somatic countertransference and its significance for DMT. *The Arts in Psychotherapy* , 36, 275–281.
- White, E. (2008). Las teorías del movimiento de Laban: la perspectiva de una danzaterapeuta. En S. Chaiklin, & H. Wengrower (Edits.), *La vida es danza: el arte y la ciencia en la Danza Movimiento Terapia* (págs. 239-258). Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. W. (1960). En D. W. Winnicott, *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (págs. 207-216). Barcelona: Paidós.

Anexo I: Perfil de movimiento de Amanda INICIO (de 01 a 03/2010)

Hoja de Observación del Movimiento (Infantil) | 2010

1. Datos Generales
 Nombre del Observador: Carolina Jimenez
 Nombre del usuario: A.P Edad: 8
 Relación con el usuario: Paciente Individual Paciente grupal Ninguna
 En directo Memoria Video
 Tipo de Observación: 30 min. patio + 1 hora comedor
 Fecha(s): Marzo Tiempo(s) de Observación: 30 min. patio + 1 hora comedor
 Local: CEP Mossa Jacint Verdaguer
 Están presentes: Niños de misma edad Padre
 Niños más pequeños Madre
 Niños más grandes Otros:
 Profesores / Monitores

2. Impresión general. ¿Qué llama más la atención?
forma de su cuerpo en trazo movido: Muy poco a en el patio, tímido, contenido, de cara de angustia y bajo. Su mirada hacia mí v. de dependencia.

¿El niño fue advertido antes que sería observado? Sí No
 ¿Se da cuenta? Sí No

3. Espacio
 a. Uso del espacio disponible: Todo 3/4 1/2 1/4 1/8
 b. Orientación: Central Periférica (+ común en patio)
 Objeto-orientado Objeto orientado
 Persona-orientado Persona-orientado
 Espacio Vacío Espacio Vacío
 c. ¿Patrones espaciales predominantes? Esquías Diagonales Otro(s): si está en toda la zona
 d. Cuadrantes personal: Pequeña Mediana Grande
 Pequeña (concentrado en sí mismo, remoto, inconsciente/soñando) Mediana Grande (displacido, alerta, consciente de lo que pasa alrededor) (mi cuerpo que observa todo)

Hoja de Observación del Movimiento (Infantil) | 2010

f. Niveles espaciales Bajo Medio Alto
 Predominante Predominante Predominante
 Frecuente Frecuente Frecuente
 Alternado Alternado Alternado
 Poco Poco Poco
 No hay No hay No hay (casi no hay)

g. Dimensiones y planos: Horizontal (mesa) Vertical (puerta)
 Predominante Predominante Predominante
 Frecuente Frecuente Frecuente
 Alternado Alternado Alternado
 Poco Poco Poco
 No hay No hay No hay

h. ¿Uso de objetos? No Sí, ¿Cómo? Habit Desdichado Agraciado/ destructivo
 Torpe/torpe ¿Cuáles? torpe, torpe, torpe

4. Cuerpo/Actividad
 a. Forma (cuando parado o en movimiento) Anplio Torcido Sin forma/Relajado
 Delgado Redondo Redondo
 b. Partes del cuerpo Que se mueven: manos Que lidern: manos
manos

c. Spills Arriba Lado Derecho Partes específicas: manos, manos, manos
 Abajo Lado izquierdo Abajo Que lidern: manos

d. Rígidos No Sí, ¿cómo? manos, manos, manos
manos, manos, manos

e. Grounding Poco Mediano/en intervalos Mucho
 Libre Contida Alternante

f. Respiración Auto-axar Otros: axar, axar, axar
 Auto-cuidado Auto-cuidado Auto-cuidado

g. ¿Es capaz de controlar? Sí No No es capaz de parar Es capaz de parar pero igual pierde el balance.
 ¿Qué partes? manos ¿Qué partes? manos

h. Voz Volumen: Bajo Mediano Alto
 Enunciación: Aguda Grave Media
 ¿Habla correctamente? habla correctamente muy pocas veces

3. Interacciones con niños

Inicio
 a. Iniciada por el niño hacia otros niños No hay (saltar a b.)
 Aproximación(es) efectuada(s): Frontal Espalda Lados (+) Derecho Izquierdo

¿Con uso de objetos Necesidad-orientada. Cuál: Sin uso de objetos Necesidad-orientada. Cuál: Por atención
 ¿Cuánto se acerca? Mucho (con toque) Mucho (sin toque) Mediano Poco
 ¿Bien recibido/s? Bien A veces Poco Nunca (siempre rechazado)

Cuando le rechazan... Le dan patadas Corren Buscan ayuda Le gritan Se ocultan de él De amigos De adultos

b. Iniciada por otros niños No hay (saltar a interacción)
 Aproximación(es) efectuada(s): Frontal Espalda Lados (+) Derecho Izquierdo

¿Con uso de objetos Necesidad-orientada. Cuál: Sin uso de objetos Necesidad-orientada. Cuál: Por atención
 ¿Cuánto se deja acercar? Mucho (con toque) Mucho (sin toque) Mediano Poco
 ¿Conductas de evitación? Patadas Ocultarse Manos Buscar ayuda Pies De amigos Gritos Correr

¿Conductas de defensa del territorio? No Sí ¿Cuándo? Por la noche en el suelo
Comida = Me expone, la usgan
La cebra

Interacción:
 Actividades realizadas: Se juegan los roles a ver si se puede todo el día
para abandonar pronto

¿Qué ocurre para el fin? ¿Es un abandono? ¿Desencuentro?
Hay que ir a ver si se puede todo el día
antes de ir a casa

¿Tiene el niño dificultad en cerrar/parar la actividad?
A veces. En especial cuando toca el suelo

Dejales importantes:
Hay que ir a ver si se puede todo el día

CON ADULTOS
 Inicio
 c. Iniciada por el niño hacia adulto(s) No hay (saltar a d.)
 Aproximación(es) efectuada(s): Frontal Espalda Lados Derecho Izquierdo

¿Con uso de objetos Necesidad-orientada. Cuál: Sin uso de objetos Necesidad-orientada. Cuál: Por atención
 ¿Cuánto se acerca? Mucho (con toque) Mucho (sin toque) Mediano Poco
 ¿Conductas de evitación? No hay (saltar a interacción)

d. Iniciada por adultos No hay (saltar a interacción)
 Aproximación(es) efectuada(s): Frontal Espalda Lados Derecho Izquierdo

Con uso de objetos
 Necesidad-orientada. Cual: *la necesidad*
 Sin uso de objetos
 Necesidad-orientada. Cual: *bolón con filo*
 Por atención
 ¿Cuánto se deja acercar?
 Mucho (con toque)
 Mucho (sin toque)
 Mediano
 Poco
 Patadas
 Gírar el cuerpo
 Correr
 Mimos
 Cerrar los ojos
 Ocultarse
 Pies
 Gritos
 no le visto

Interacción: Tiempo que permanece en interacción: *Depende, pueden ser largos y cortos, depende por el objeto*
Actividades realizadas: *Algunas que mencioné.*

El niño utiliza al adulto:
 Para moverse en la actividad
 Como base segura para explorar el entorno
 Para darle soporte físico
 Para lograr una tarea
 Sin tarea
 Otros: *para hablar y contarle cosas*

Contacto Visual:
 Evitación de la mirada
 Mirada larga y fija
 Ojeadas cortas
 Mirada de búsqueda/investigación
 Mirada mutua (marca los cambios en la conversación)

Cierre:
 ¿Qué ocurre para el fin? ¿Es un abandono? ¿Desencuentro?
Se separa el adulto de la hora por otros temas
 ¿Tiene el niño dificultad en cerrar/parar la actividad?
A veces sí. Pero en general lo toma

Detalles importantes:
Hay que tener una necesidad de tocar las motricidades o táctiles. Por eso siempre el niño o adulto o cualquier otro abre a alguien los tiene que hablar.

6. Cualidades del Movimiento: Calidad más preponderante:

a. Peso
 Firme (fuerte, determinado)
 Liviano (falta de tensión/tonus, sensible)
 Alterna las dos cualidades muy rara o nula

b. Espacio
 Directo (objetivo, seguro, franco)
 Indirecto (retuerzo, dá vueltas, serpentea)

c. Tiempo
 Subito (animado, energético)
 Sostenido (lento, calmo, tranquilo)
 nervioso,

d. Flujo
 Conducido (inhibido, cuidadoso, retirado)
 Libre (desinhibido, despreocupado, a gusto)

e. Frases:
 Largas
 Medianas
 Cortas
 Pausas:
 Largas
 Medianas
 Cortas

Movimientos típicos de transición:
Analisis de peso, entre los brazos en el caminar. En general con las manos.

7. Ritmos de Kestenberg:

	Libidinales	Sádicos
a. Ritmos Orales	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poco <input checked="" type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poco <input checked="" type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Frecuente
b. Ritmos Anales	<input type="checkbox"/> Nunca <input checked="" type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poco <input checked="" type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Frecuente
c. Ritmos Uretrales	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poco <input checked="" type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Frecuente
d. Ritmos Genitales Internos	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poco <input checked="" type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poco <input checked="" type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Frecuente
e. Ritmos Genitales externos	<input type="checkbox"/> Nunca <input checked="" type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Nunca <input checked="" type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Frecuente

Solo cuando la tarea se pide. Ej. lavarla.