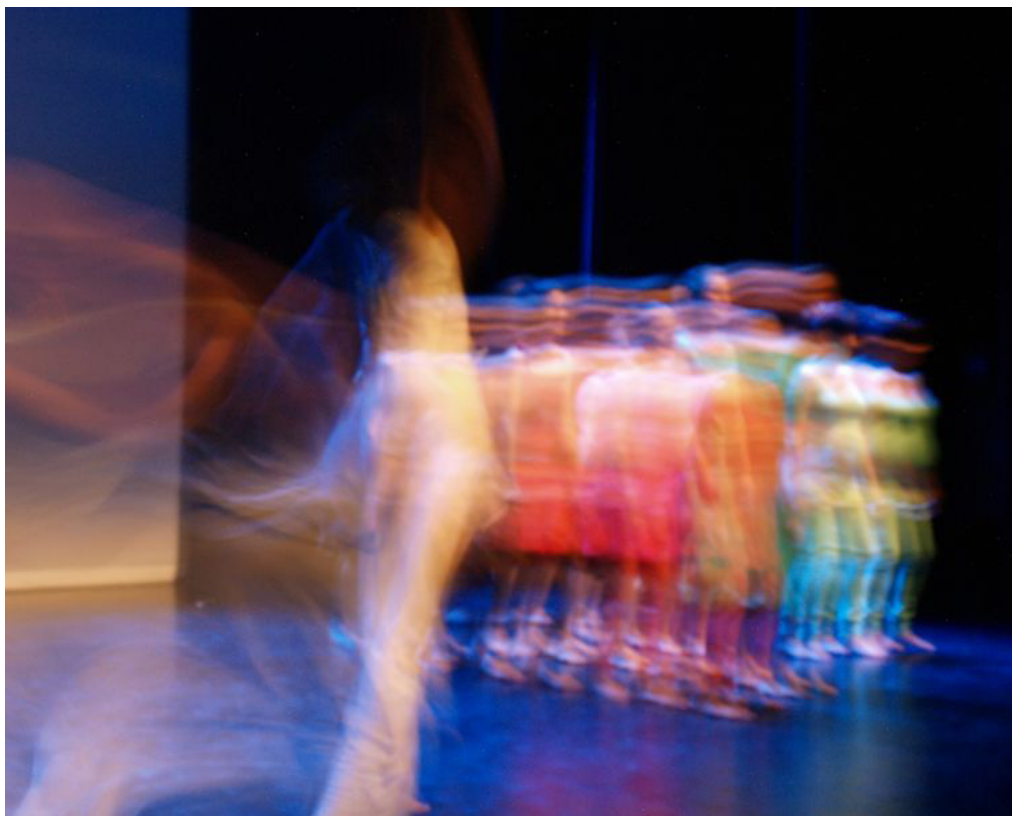


ENCONTRAR - COMPARTIR - APRENDER

Máster en Danza Movimiento Terapia

Jornadas del 10º aniversario



Heidrun Panhofer y Assumpta Ratés (editoras)

UAB

Universitat Autònoma de Barcelona



Organización

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la UAB.
Máster en Danza Movimiento Terapia (DMT) de la UAB.

Dirección del máster y postgrado en DMT

Jordi Obiols

Coordinación del máster y postgrado en DMT

Comité organizador de las Jornadas

Heidrun Panhofer y Assumpta Ratés

Secretaría Ejecutiva

Núria Lleonart y Paqui Castro

Colaboración

Vicerrectorado de Estudiantes y Cooperación de la UAB.
Cultura en Viu - Aula de Danza.

Agradecimientos de las Jornadas

Asociación Española de Danza Movimiento Terapia - ADMTE.

Silvia Elgarista y Carolina Alejos, del Programa Espais Cecs.

A todos los profesionales, participantes y colaboradores que han hecho posible estas Jornadas del 10º aniversario del máster en Danza Movimiento Terapia.

Fotos del libro

Foto de la primera página: Xènia Guirao

Todas las demás fotos: David Brihat

Video de las Jornadas

<http://youtu.be/I6sgr0Spt5M>

Brihat Videos

Edición

Servei de Publicacions. Universitat Autònoma de Barcelona

Depósito legal: B-8323-2014

ISBN 9788449044212

Contenido

Prólogo. Danza e innovación universitaria	5
JÈSSICA JAQUES PI	
Introducción. Celebrando los diez años del máster en DMT en la Universitat Autònoma de Barcelona	7
HEIDRUN PANHOFFER	
PONENCIAS	15
Capítulo uno: Accomplishments and challenges: Universitat Autònoma de Barcelona	16
DIANNE DULICAI (English version)	
Logros y desafíos: Universitat Autònoma de Barcelona	19
DIANNE DULICAI (versión española)	
Capítulo dos: Body Memory and the Unconscious	23
THOMAS FUCHS (English version)	
La memoria del cuerpo y el inconsciente	36
THOMAS FUCHS (versión española)	
MASTER CLASS	46
Capítulo tres: DMT: el arte del movimiento y la poética del... cambio	47
VINCENZO PUXEDDU	
Capítulo cuatro: The Dance Movement Assessment (DMA): A movement based creative evaluation to detect changes through DMT	55
IRIS BRÄUNINGER AND BRIGITTE ZÜGER (English version)	
La Danza Movimiento Assessment (DMA), una evaluación creativa, basada en el movimiento, para medir el cambio mediante la DMT	69
IRIS BRÄUNINGER Y BRIGITTE ZÜGER (versión española)	
Capítulo cinco: Movimiento sentido, sentidos del movimiento. Metapatrones transcontextuales	85
DIANA FISCHMAN	
Capítulo seis: Hope is a clean fish tank	101
SUE CURTIS (English version)	
La esperanza, una pecera limpia	112
SUE CURTIS (versión española)	

COMUNICACIONES	124
Capítulo siete: Posibles roles del profesional de la DMT en Psiquiatría	125
GLORIA GARCÍA	
Capítulo ocho: DMT y el caso de una ex deportista	134
EDUARD MARTÍN	
Capítulo nueve: DMT como prevención; DMT durante el embarazo	147
ANNEBIJN JANSEN	
Capítulo diez: DMT como intervención para la salud psicosocial en mujeres internas en centros penitenciarios	159
ISABELLA MARÍN Y ALBA ÁLVAREZ	
Capítulo once: El diagnóstico de TDAH, la medicalización y su impacto en los cuerpos de los niños. Abordajes y reflexiones desde la DMT	168
MARIA LAURA VILARREA	
Capítulo doce: Una tutoría en movimiento en el Centro Educativo Ibaiondo ..	179
MAIKA CAMPO	
PÓSTERES Y TALLERES	187
Capítulo trece: El baile en círculo en un entorno psiquiátrico: ¿Puede una intervención de baile en círculo disminuir los niveles de estado depresivo en pacientes con enfermedades psíquicas? De ser así, ¿qué aspecto de este baile es el más importante?	188
ELLA KING	
Capítulo catorce: DMT y psicoanálisis relacional. Lo implícito en un momento de encuentro con María	194
TERESA BAS Y EDWIGE CHARRIER	
Capítulo quince: De regreso al cuerpo: importancia del trabajo psicoterapéutico desde el cuerpo en el tratamiento de las mujeres víctimas de violencia sexual	202
SUSANA GARCÍA	
Capítulo dieciséis: Grounding y regulación del flujo y el peso: aportaciones a la DMT desde los bailes de swing	212
TERESA BAS	
ANEXO I. Estadísticas	220
NÚRIA LLEONART	

Prólogo

Danza e innovación universitaria

JÈSSICA JAQUES PI¹

Hay programas universitarios que revolucionan la comprensión propia de la universidad, los hay que simplemente reproducen dinámicas ya existentes en ella, incluso los hay que llegan a depotenciarla y anquilosarla. El Máster y Postgrado en Danza Movimiento Terapia (DMT) de la UAB pertenece al primer grupo, no sólo en nuestra universidad, sino también en el ámbito catalán y en el español.

Cuando en el 2002 (Heidrun Panhofer y Assumpta Ratés) comenzaron a pergeñar el proyecto, la universidad de estos ámbitos desconocía o, a lo sumo, hacía oídos sordos no sólo al poder formativo, profesionalizador y de investigación de la danza, sino a su crecimiento clamoroso en el entorno internacional. Centros universitarios de reconocido prestigio en el contexto europeo acogían la danza y la convertían en uno de sus ejes de especificidad, excelencia y significación en la cartografía académica en torno al año 2000 (como, por ejemplo: Goldsmith University o Roehampton University en Londres, Inglaterra). El máster en DMT tuvo la convicción, la valentía y el acierto de introducir la danza, el movimiento y la terapia en un programa de máster de la UAB y revolucionar con ello la tipificación habitual de estos programas, convirtiéndose en un referente internacional de la innovación universitaria generada desde ámbitos artísticos. Con ello, daba una visualidad a la UAB en el panorama académico europeo tan inesperada como fructífera.

Cuando el programa realizó su primera edición (2003-2005), la palabra “máster” era mucho menos específica que en la actualidad, puesto que no había entrado en vigor el Espacio de Educación Europeo. Sin embargo, el máster en DMT fue pionero

1 Profesora Titular de Estética y Teoría de las Artes del Departamento de Filosofía de la Universidad Autónoma de Barcelona. Delegada de Cultura de la UAB en el período de elaboración del proyecto del Máster en DMT y de su implementación. Este proyecto no hubiera sido posible sin el soporte incondicional del Dr. Marnel Sabès, Vicerrector de Campus y Estudiantes en aquel momento, así como de los sucesivos Vicerrectores y Vicerrectores que, desde la idea inicial hasta la actualidad, han dispuesto todos los elementos necesarios para su consolidación: Dra. Mercè Izquierdo, Dr. Joan Carbonell, Dr. Bonaventura Bassegoda y la Dra. Sílvia Carrasco. Igualmente ha resultado imprescindible la acogida del Departamento de Psicología Clínica i de la Salut, concretamente del Dr. Jordi Obiols. Así como la disciplina y empeño del Aula de Danza de la UAB, liderada por Assumpta Ratés. Tampoco hubiera sido posible sin la colaboración entusiasta y altamente profesional del Programa Cultura en Viu de la UAB, generado por la Dra. Blanca Moll, pionera que vaticinó en su momento –hace 22 años– el potencial formativo y de investigación que tenían las artes en la UAB.

en el cumplimiento simultáneo de las tres tipologías de máster que se proponen en este contexto: estudios avanzados, profesionalización, investigación. Lo que aportó un mayor grado de innovación académica a los programas de UAB tiene que ver con las dos últimas cuestiones. Así, por un lado, el máster en DMT ha sido capaz de generar una profesión nueva en Cataluña y en España, que es la del terapeuta que ejerce su profesión a través de la danza y el movimiento. Ello se ha llevado a cabo con un programa de prácticas en instituciones externas (clínicas psiquiátricas y centros de salud mental, residencias para la tercera edad y personas con discapacidad, esucelas especiales y centros para menores instituciones penitenciarios, etc.) que no sólo han permitido formar idóneamente a los futuros profesionales, sino que han generado sinérgias altamente convenientes para las dinámicas de transferencia entre la UAB e instituciones de prestigio del territorio. Por otro lado, el máster en DMT, ha contribuido a los debates internacionales sobre la relación entre danza e investigación gracias a la elevada aportación de conocimiento de sus publicaciones. El presente volumen es una excelente muestra de ello, y se augura como referencia ineludible de los debates futuros.

Estos debates se alojan en el marco más general de investigación artística, término reconocido por la UNESCO desde 2008, que la define como: “Cualquier actividad creativa sistemática realizada para aumentar el conocimiento establecido, incluyendo el conocimiento sobre el ser humano, la cultura y la sociedad, así como el uso de este conocimiento para idear aplicaciones nuevas”.² A ojo de buen cubero, esta definición resulta bien afín a la misión de la universidad como institución en la actualidad. El máster en DMT se avanzó cinco años a la definición de la UNESCO, y llevó con ello a la UAB a liderar nuevos modos de comprender cuál debiera ser el cometido de la universidad europea en estos tiempos de redefinición, generación del espacio común y apuesta por dinámicas académicas idóneas para la contemporaneidad. Enhorabuena a todo el equipo que lo ha hecho posible que, sin duda, en el próximo decenio continuará liderando en nuestra comunidad universitaria nuevos modos de docencia, investigación y profesionalización.

2 UNESCO, OECD Glossary of Statistical Terms, 2008.

Introducción

Celebrando los diez años del máster en DMT en la Universitat Autònoma de Barcelona

HEIDRUN PANHOFFER

El máster y postgrado en Danza Movimiento Terapia en nuestra universidad

Han pasado diez años desde que comenzó la primera promoción del máster en Danza Movimiento Terapia (DMT) en nuestra universidad. Parece que el tiempo ha volado. No obstante, y tal como nos señalan las observadoras del movimiento Moore y Yamamoto (2000), la experiencia del tiempo no representa el tiempo del reloj y de los calendarios. La experiencia del tiempo tiene un lado muy importante cualitativo: los momentos de felicidad y placer parecen pasar mucho más rápido, mientras que los momentos de angustia, como cuando esperamos los resultados de un examen, no parecen acabar nunca. Sabemos también que algunos factores fisiológicos afectan cómo juzgamos el paso del tiempo; por ejemplo, una temperatura más elevada del cuerpo da la impresión de que el tiempo está pasando más rápido, mientras que una temperatura reducida causa lo contrario (Ibidem, 56). Tal vez sean estas algunas de las razones por las que estos últimos diez años parecen haber volado: lo hemos pasado muy bien, moviéndonos mucho, sudando con todo el trabajo que esto nos daba, motivados por la ilusión de hacer crecer una nueva profesión en España (Panhofer y Rodríguez, 2005).

Desde octubre de 2003 hemos acogido un total de 313 estudiantes en diez promociones, provenientes de Cataluña y toda España; de otros países europeos como Alemania, Austria, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Irlanda, Italia, Holanda, Portugal, Rusia y Suiza, pero también de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, EE. UU., India, México, Puerto Rico, Taiwán, Uruguay y Venezuela —un total de nueve promociones del máster y siete promociones del postgrado en DMT (la primera promoción del postgrado se inició en 2006)—. Numerosos estudiantes nuestros han colaborado a su vez en la formación y el desarrollo de asociaciones profesionales de DMT en su país, como es el caso de Chile, Brasil, Irlanda y España, entre otros. (Para más estadísticas sobre el máster y postgrado en DMT ver anexo I con las estadísticas específicas de la secretaria del máster, Núria Lleonart.)

Me he permitido escribir a cada antiguo alumno de manera personal para invitarle a celebrar los diez años de la formación, y ha sido una experiencia muy rica para mí y un proceso intenso de volver a mirar todas las listas, recordar nombres y vivencias. En mi invitación pregunté a nuestros ex alumnos, a todos aquellos que ya han finalizado la formación, ¿qué ha significado para tí realizar el máster en DMT? Quería escuchar sus impresiones de cómo se siente este proceso formativo, sobre todo un tiempo después de haberlo finalizado. Recibí una gran cantidad de respuestas, una colección de vivencias, recuerdos, impresiones y reflexiones, algunas de las cuales me gustaría compartir de manera muy breve aquí.

Por un lado, se compartió un aprendizaje teórico, una consolidación de una base necesaria a partir de la cual trabajar en movimiento:

Aprendí que la danza, con la que había convivido desde niña, tenía un trasfondo mucho más profundo que el meramente estético y técnico.

Pasar por la formación en DMT en la UAB fue para mí la culminación de un proceso que llevaba años fraguándose en mi experiencia, una oportunidad de dar forma y llevar adelante lo que mi vivencia e intuición me decían desde hacía un tiempo. [...]

[...] Que aquella transformación personal que sentía durante las clases de improvisación en danza contemporánea podía integrarse en mi trabajo profesional como psicoterapeuta. Que la palabra y el movimiento tenían un poder psicoterapéutico complementario en el que quería profundizar.

A nivel formativo, una base teórica y práctica, fundamental para entender la Danza Movimiento Terapia, una base segura para poder sostener y acompañar a las personas. El encuentro con una nueva forma de trabajar, una herramienta que va más allá de lo habitual, del trabajo puramente comunicativo y verbal. Es un mar inmenso para seguir descubriendo.

Para mí, ha sido la confirmación de que la terapia pasa por la integración del cuerpo y del movimiento en el entorno terapéutico; ha sido un proceso de descubrimiento profundo de mí y de la importancia del cuerpo y del movimiento en la terapia.

Por otro, se habló de una experiencia personal profunda, integrando la totalidad del ser humano, una experiencia que en muchas ocasiones era muy difícil y desafiante:

Para mí fue costoso, difícil y arduo en todos los sentidos, y poder terminar algo que cuesta no es fácil, [...] lo costoso y lo difícil son las cosas de la vida que más importantes son, las verdaderamente importantes.

Desde lo personal, me posibilitó continuar un proceso de autoconocimiento, construir la pertenencia a un grupo que aún continúa, y transitar una experiencia de vida en otro país.

Un cambio de enfoque, una obertura de mirada, un contacto con lo más íntimo de mí que no he dejado de vivir hasta el día de hoy.

Ha sido el curso más placentero y doloroso al mismo tiempo que hice en mis estudios.

«Una nueva mirada.» De alguna forma una mirada más consciente a los que me rodean y a mí misma y con esa nueva mirada, supongo que también se me ha abierto un mundo de posibilidades.

Hay una imagen que se volvió a utilizar en muchos de los testimonios, «la puerta»:

Un cruce de caminos, una puerta al mundo que quiero pertenecer, un encuentro con personas que valoro, crecimiento y expansión colectivo que resuenan. [...] pues realizar el máster me ha significado una gran experiencia, porque me ha permitido conocerme más a mí misma, enfrentarme a mis fantasmas, a mis miedos, a mis anhelos y me ha dado la posibilidad de encontrar una puerta abierta a muchas posibilidades.

El máster abrió una puerta y sentó las bases en las que empezar a moverse. [...] Puertas y puertas y puertas —ante mis ojos— todas por abrir —todas por descubrir [...]

Esta imagen de la puerta, «[...] psicoanalíticamente un símbolo femenino que, de otro lado, implica todo el significado del agujero, de lo que permite el paso y es, consecuentemente, contrario al muro» (Cirlot, 2000, p. 379) nos habla de un umbral, tránsito que parece a su vez ligado a la idea de casa y patria (Ibidem).

Tenemos también un recuerdo muy vivo de llamar a muchas puertas para poder llevar adelante esta formación. Con el programa en mano nos acercamos a muchos profesionales de la Universitat Autònoma de Barcelona para apoyar nuestro

proyecto y colaborar con nosotros. Nos gustaría dar las gracias en esta ocasión a todos los profesionales que nos han abierto sus puertas para escuchar y apoyarnos en introducir algo tan novedoso y exótico como la DMT en el Departamento de Psicología Clínica. Nuestra más sincera gratitud para Jordi Obiols, quien ha defendido este proyecto desde el primero día, y al Vicerrectorado de Estudiantes y Cooperación (anteriormente Vicerrectorado de Campus y Estudiantes, Vicerrectorado de Estudiantes y de Cultura, Vicerrectorado de Transferencia Social y Cultural).

Para celebrar el 10º aniversario de la formación queríamos por lo tanto abrir nuestras puertas e invitar a unas jornadas con el *leitmotiv* de ENCONTRAR - COMPARTIR - APRENDER.

Las Jornadas en julio de 2013: Encontrar - Compartir - Aprender

Pensábamos que estas jornadas eran una ocasión perfecta para volver a ENCONTRAR antiguos alumnos nuestros, juntar diferentes promociones; pero también para dar una oportunidad para que estudiantes y profesionales jóvenes de la DMT pudieran reunirse e intercambiar sus experiencias y vivencias. Somos una profesión muy joven en el Estado Español —en 2001 se fundó la Asociación Española de DMT (ADMTE)— y es por ello que el encuentro entre las diferentes generaciones nos parece vital para que nuestro campo pueda crecer y seguir desarrollándose.

Por esta razón habíamos invitado a profesionales jóvenes de la DMT a COMPARTIR sus propuestas para pósteres, comunicaciones y talleres, con la intención de hacer partícipe a otras generaciones del trabajo que están realizando. Asimismo, se creó un comité científico, compuesto de una serie de profesionales universitarios de varios países, que ha realizado una selección de los mejores *abstracts*, incluyendo un abanico amplio de temáticas sobre las diferentes aplicaciones de la DMT. Era un placer poder COMPARTIR este trabajo con todos y así dar a conocer el trabajo que se desarrolla en nuestro estado y otros países europeos —nuestra invitación para participar con *abstracts* ha sido aceptada con propuestas de Gran Bretaña, Portugal, Italia y Alemania—, dejando una huella de las aportaciones contemporáneas de la DMT.

Asimismo, habíamos invitado a una serie de profesionales internacionalmente reconocidos en nuestro campo a impartir unas *master class*, una ocasión excelente para seguir APRENDIENDO con ellos: estuvo con nosotros una pionera de la segunda generación de DMT en los EE.UU., Dianne Dulicai, fundadora de dos programas de máster en los EE.UU. y Gran Bretaña y ex presidenta de la Asociación Americana de DMT durante quince años; así como Thomas Fuchs, de la Universidad de Heidelberg, en Alemania, quien, aunque no formado en DMT, contribuye como psi-

quiatra y filósofo con un material con un valor tremendo para nuestro campo con sus aportaciones sobre la sabiduría y la memoria del cuerpo. Otras *master class* fueron impartidas por Iris Bräuninger, DMT alemana que trabaja como investigadora en el Hospital de la Universidad de Psiquiatría de Zurich; Vincenzo Puxeddu, coordinador del máster en DMT de la Universidad René Descartes de París y ex presidente de la Asociación Italiana de DMT (APID); Sue Curtis, coordinadora del máster en DMT de la Universidad de Goldsmith en Londres, y Diana Fischman, directora del centro de formación de Brecha en Buenos Aires (Argentina). Conjuntamente con mi colega María Elena García, antigua vice presidenta de la Asociación Italiana de DMT, respondimos a la gran demanda de nuevos estudiantes, ofreciendo una *master class* introduciendo la DMT, sus bases teóricas y prácticas a personas interesadas en el tema.

El libro

Prácticamente todos los profesores, talleristas y conferenciantes nos han facilitado también su material por escrito para este libro digital, y aunque no se puede reemplazar la experiencia encarnada de asistir en persona a sus cursos, nos es de gran valor poder dejar una huella de las jornadas plasmada en estas páginas. La primera parte recoge el material de las ponencias: Dianne Dulicai, quien nos visitó en el primer año del máster y ahora diez años más tarde nos habla sobre la situación actual de la DMT en nuestro país y los desafíos que nos quedan por superar. La ponencia de Thomas Fuchs nos ofrece un puente entre la fenomenología y el psicoanálisis: para Fuchs es el cuerpo vivido quien junta ambos campos y nos permite almacenar la experiencia vivida. Subrayando la importancia de una «corporalidad compartida» o «intercorporalidad»³ temprana (Merleau-Ponty, 1968, p. 141-143), Fuchs describe la experiencia encarnada y las huellas que deja en nuestros cuerpos como la base de nuestra memoria y sabiduría.

La segunda parte recoge el trabajo compartido por los profesionales invitados en sus *master class*: Vincenzo Puxeddu reúne algunas bases de la DMT hablando del arte de la danza y del movimiento, la vivencia de moverse pero al mismo tiempo estar acompañado por el terapeuta quien, dentro de una relación de confianza y sin juicio de valor, acompaña al paciente de manera empática. Para Puxeddu, esta recepción dual se convierte en un diálogo creativo entre paciente y terapeuta, y es allí donde ubica el valor terapéutico de la DMT.

3 Traducción del inglés por Heidrun Panhofer.

A continuación Iris Bräuninger y Brigitte Züger nos presentan una herramienta para evaluar el proceso en DMT: su concepto está basado en la observación y el análisis del movimiento y consiste en una serie de ejercicios que permiten documentar el progreso y la mejora a través del tratamiento de la DMT. Es un capítulo muy práctico con consignas que cada profesional de nuestro campo puede aprender y ejercer.

Diana Fischman, en su búsqueda de ideas relativas a la construcción de «sentido» en psicoterapia, propone el «movimiento sentido» para facilitar comprensión y nuevos significados, en particular, de la experiencia traumática. Describe una serie de patrones que nuestros pacientes presentan en su conducta sensomotriz cognitivo emocional relacional y propone actualizar el sentido de estas experiencias en el trabajo terapéutico para que nuevos sentidos y formas de estar con puedan emerger (Lyons-Ruth, 1999).

Posteriormente, Sue Curtis nos habla de su experiencia personal de lo que la esperanza significa para ella, entrelazando su vivencia encarnada en una enfermedad grave con su larga experiencia en el campo clínico. De manera muy conmovedora seguimos las historias de varios niños y su tratamiento en DMT, relatado en primera persona de una terapeuta que ella misma se ha encontrado en momentos desesperanzadores. Este capítulo nos recuerda una vez más que siendo psicoterapeutas en danza y movimiento trabajamos con y a través de nuestros cuerpos, cuerpos sintientes, cuerpos que somos y tenemos al mismo tiempo (Bourdieu, 1977). Es una herramienta muy íntima y personal que nos presta por un lado informaciones transferenciales corporales importantes (Dosamantes-Beaudry, 2007 y Vulcan, 2009), y por otro lado se puede enfermar y limitar nuestra capacidad de trabajar o comunicar con el otro.

La siguiente parte deja huella de las comunicaciones de las jornadas: Gloria García (máster en DMT de la UAB, primera promoción), comparte su experiencia de siete años de trabajo en el campo de la salud mental, relatando por un lado la complejidad de los diferentes roles que tuvo que mantener en su institución, y por otro mostrando los resultados de una comparación entre las actividades. Eduard Martín (máster en DMT por la UAB, quinta promoción) presenta las diferentes aportaciones de la DMT en el trabajo con una ex deportista a través de un estudio que utiliza una metodología mixta como el listado de palabras, el test del dibujo de la figura humana y la observación y el análisis del movimiento. Annebijn Jansen (máster en DMT por la Hogeschool voor Muziek en Dans, Rotterdam, Holanda) comparte su experiencia de conducir grupos de apoyo para mujeres embarazadas y sus parejas; para ello, muestra con viñetas clínicas como este trabajo puede ayudar a promover factores de protección en el desarrollo de la depresión posparto. Isabella Marín (máster en DMT por la Universidad de Barcelona) y Alba Betrán (postgrado en DMT por la UAB, sexta promoción) presentan un estudio sobre la DMT en cen-

tros penitenciarios para mujeres. Sus resultados muestran, entre otros, que la DMT ayuda a romper el círculo del pensamiento repetitivo, facilita el encuentro con las compañeras desde el ser humano y aumenta el grado de conciencia corporal como forma de apropiarse del cuerpo para generar acciones de autocuidado y protección. María Laura Vilarreal (máster en DMT por la UAB, sexta promoción) nos guía por un viaje de la TDAH, sus efectos en el cuerpo y posibles abordajes desde las terapias creativas, y la DMT en específico. Maika Campo (máster en DMT por la UAB, cuarta promoción) nos cuenta sus siete años de experiencia trabajando en un centro educativo, donde poco a poco ha ido abriendo espacios para la DMT.

El siguiente apartado se dedica a los pósteres y talleres. Ella King (máster en DMT por la UAB, tercera promoción) comparte los resultados de su estudio donde investiga sobre los efectos del baile en círculo irlandés en un entorno psiquiátrico. Demuestra con claridad que los bailes en círculo cogidos de la mano y sin salto pueden llegar a ser de utilidad en una sesión DMT en grupo para personas con enfermedades psíquicas a la hora de reducir el estado depresivo e incrementar los niveles de vitalidad. El siguiente capítulo, de Teresa Bas (máster en DMT por la UAB, primera promoción) y Edwige Charrier (máster en DMT por la UAB, tercera promoción), encuentra puntos comunes entre la DMT y el psicoanálisis relacional: conceptos como el «momento de encuentro» (Stern et al., 1998, p. 5) y el «conocimiento relacional implícito» (Stern et al., 1998, p. 5) son nociones con las cuales la DMT trabaja desde sus comienzos, tal como las autoras demuestran con la presentación del caso de una mujer de 19 años. A continuación, Susana García (máster en DMT por la UAB, sexta promoción) subraya la importancia del trabajo corporal en el tratamiento psicoterapéutico para mujeres víctimas de violencia sexual. Donde los cuerpos están bloqueados o congelados la integración del movimiento vivido es vital para salir de estos patrones dañinos y volver a «habitar» el propio cuerpo. Para finalizar, Teresa Bas (máster en DMT por la UAB, primera promoción) contempla aportaciones desde los bailes de swing a la DMT. Utilizando conceptos de observación y análisis del movimiento como el *Grounding* y regulación del flujo y el peso, sugiere una serie de propuestas como por ejemplo integrar elementos del swing en las sesiones con diferentes poblaciones.

Espero que este pequeño viaje por las múltiples aplicaciones de la DMT sea de vuestro interés y os abra una puerta a la diversidad y complejidad de esta nueva profesión. Son parte del fruto de nuestro trabajo en los últimos diez años —una temporada corta en relación al tiempo que una nueva disciplina necesita para desarrollarse y crecer—. Me llena de orgullo y satisfacción la participación productiva de esta nueva generación de profesionales de nuestro campo que se ve reflejada en la parte de comunicaciones, pósteres y talleres —no todos, pero muchos autores son ex alumnos de nuestro máster.

Me gustaría dar las gracias a todas las personas que han compartido su trabajo enviando capítulos, pero sobre todo también a todos aquellos que nos han ayudado con las traducciones y correcciones de los textos: Ana Guzman, Beatriz Martín, Carla Godreau, Carmen Martín, Carolina Jimenes, Elena Dueso, Elena Torres, Isabel Gomà, Jessica Jiménez, Patricia del Tord y Susana García. Ha sido increíble ver como ex alumnos de nuestro curso o de otras formaciones se han juntado para traducir capítulos y así facilitar el acceso a todos aquellos que no leen con tanta fluidez el inglés. Es para nosotros de gran importancia poder acumular cada vez más literatura en lengua española y así dar a conocer nuestro campo en Europa, pero también en América Latina.

References/ referencias bibliográficas

- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Cirlot, J. E. (2000). *Diccionario de símbolos*. Madrid: Ediciones Siruela, 4ª edición.
- Dosamantes-Beaudry, I. (2007). Somatic Transference and Countertransference in Psychoanalytic Intersubjective Dance/Movement Therapy, *American Journal of Dance Therapy*, 29, 2, December.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization.
- Merleau-Ponty, M. (1968). *The visible and the invisible. Followed by working notes* (A. Lingis, Trans.). Evanston: Northwestern University Press.
- Moore, C. & Yamamoto, K. (2000). *Beyond Words. Movement Observation and Analysis*. London: Routledge.
- Panhofer, H. & Rodriguez, S. (2005). La Danza Movimiento Terapia: una nueva profesión se introduce en España. En H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica en la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa, pp. 49- 98.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschweilerstern, N. & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the "Something more" than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903-921.
- Vulcan, M. (2009). Is there anybody out there?: A survey of literature on somatic countertransference and its significance for DMT. *The Arts in Psychotherapy* 36, 275-281.



PONENCIAS

Capítulo uno: Accomplishments and challenges: Universitat Autònoma de Barcelona

DIANNE DULICAI (English version)

Welcome to all of you who have come for the celebration and learning opportunity. I was here 10 years ago in the beginning to wish you well and I am delighted to be here today to see that it was your time and you have succeeded brilliantly.

This 10th anniversary of this academic program is a time for celebration of the enormous accomplishments of a growing faculty and the many students who now serve people in need of their services. In the process of those accomplishments, you have contributed to creation of an evolving DMT national organization and have participated in a similar evolution of European organizations. Your contributions required vision, innovation, talent, continual education and incredibly hard work. All those characteristics rarely appear in one person; rather it requires a team of folks sharing their special talents in combination to succeed. Before I brag too much about your founders, I should tell you I am not entirely objective about some of them as I was a part of their training.

What are the odds of a new academic program succeeding? New programs have a poor record for sustaining themselves and particularly in DMT because we straddle between the arts and science and call on talent and continued education and are not usually big profit centres. If are included in a mental health section or a dance department, there will be differing inter-departmental stresses and competition and different emphasis on curriculum. In some instances, bringing funding into the department or looking for tuition support are relevant factors placing more stress on the founders. Deciding where you can fit into this health care system here in Spain and in Europe and working toward earning a licenses are difficult decisions each requiring a great deal of work but needing vision such as your late professor, Dra Iris Brauninger, now at researcher at University Hospital of Psychiatry Zurich, Switzerland.

As your instructor Annebijn Jansen intuitively stated when asked why she thought this program succeeded, “The holding environment, most of all though Hei-drun (Panhofer)’s dedication and incredible work.” As well as the contributions of Isabel Gomà Dance Movement Therapist and Psychologist who states, “The master

offers not just new things, but new ways of learning, experiential learning, group process, interactive theory classes. You have to trust yourself in a new way.” The founders planned well, the next generations responded and your program has succeeded.

Movement is a powerful tool for therapeutic activity and therapy and must be used carefully. Knowing the difference between content and process allows the therapists to use what is needed for the individual with whom you are working. Not too much content to obscure the issues the person needs to work on and not too much process that may overwhelm someone or remove ways of coping.

Hundreds of articles from the Journal of Nonverbal Behaviour have followed the history of how the body’s movement reveals emotions. Those of you have studied Laban’s work know well how it identifies behaviours from the movement and informs how one can clinical intervene in the most efficient way or identify aspects of child development to assist learning and emotional growth. For that reason we must always remain aware of the power of movement.

How do you educate for these characteristics so that programs create new faculty insuring the on-going life of our profession and educate students with integrity? Faculty here were trained by a group of international educators who in turn have educated others. Some of your present students will enhance their native talents to become good therapists; others may prefer a research facility such as your professor Dr. Rosmarie Cammany. Some may have the facility to express themselves to others and may have a desire to teach. Handing down what you know to others will allow them to exceed your accomplishments which is the greatest compliment.

In my view, one aspect of teaching to educate for these characteristics and probably the most important in training is to really know the student. Know their strengths and weaknesses and inspire them to be their best and support them in understanding and allow them to try new behaviours for their personal growth.

Does that sound a lot like therapy, well it is but with a marked difference which we will discuss in my workshop. In a recent article, Dr. R. Keith Sawyer a Washington University wrote “In today’s knowledge society, creativity always occurs in complex collaborative and organizational settings.” Further he wrote, “I argue that education should be structured around disciplined improvisation, and I advocate the use of situated, collaborative knowledge-building activities” (Sawyer, 2006, 41 - 48). Sounds to me that is what you have created here and he was teaching economics.

So much accomplished here, let’s look at your challenges. Internally, graduates, students and faculty as well as the professional organizations must work to:

1. Present a researched basis of outcome of your work.
2. Be able to present yourselves to other Mental Health practitioners and government agencies that determine professional standards in health and edu-

cation such as International Union for Health Promotion and Education or join the next annual of the Barcelona Conference on higher education.

Today, new challenges present themselves to graduates working and living in Spain and to many other countries in Europe and the Americas attempting to work through economic issues creating great stress to our citizens and acts of terrorism. Professional DMTs must work within a nation that has high unemployment that stress family relations and an atmosphere difficult for children's development. Il-legal immigrants, abandoned houses, homeless families are just some of the issues facing us. Countries have to find a ways to offer health care to immigrants. Just in Barcelona alone, the need for mental health services has increased to 20% of the population (WHO, 2012). With the recent riots, we must continue to increasingly address unmet needs.

Consolidation of the National Health System and regional devolution has been operative in the last 20 years, but the research about what is known about the outcome of these therapies is absent. Dra Lopez-Casanovas and colleagues at the Universitat Pompeu Fabra suggested in 2005 that experimentation of health reforms are important (Lopez-Casasnovas et al, 2005) and updated by Salvador-Carulla, et al in 2010 (Salvador-Carulla et al, 2010).

Perhaps it is time to aim to participate within the system and begin to statistically report the outcome of your work. We need creative solutions, I think we can participate and can contribute to our countries and regions.

I salute you in your process, congratulate you for what you have established and will continue to support you as much as I can.

Logros y desafíos: Universitat Autònoma de Barcelona⁴

DIANNE DULICAI (versión española)

Os doy la bienvenida a todos los que habéis venido para esta gran celebración y esta excelente oportunidad de aprendizaje. Estuve aquí en los comienzos, hace diez años, para deseáros lo mejor, y es un placer estar hoy aquí para constatar que, justamente, era vuestro momento y ver que lo habéis logrado tan brillantemente.

El décimo aniversario de este programa académico es una ocasión para celebrar los enormes logros de un cuerpo docente en crecimiento y de los muchos estudiantes que ahora atienden a quienes requieren de sus servicios. En el transcurso de conseguir estos logros, habéis contribuido a la creación de una organización nacional de DMT en evolución y habéis participado de la evolución de organizaciones similares en Europa. Vuestra contribución ha requerido visión, innovación, talento, formación continuada y mucho trabajo. Todas esas características rara vez aparecen en una sola persona, por lo que se requiere de un equipo en el que se compartan y se combinen los talentos especiales de cada individuo para alcanzar el éxito. Antes de alabar demasiado a vuestros fundadores, debo advertiros que no puedo ser del todo objetiva con respecto a algunos de ellos, ya que tomé parte en sus formaciones.

¿Cuáles son las probabilidades de que un programa académico nuevo tenga éxito? En general, se observa que los programas tienen dificultades para sostenerse, particularmente en DMT, porque nos ahorcamos entre las artes y las ciencias, apostamos al talento y apelamos a la formación continuada, y, por lo general, no somos del todo rentables. Si el programa se incluye en una sección de salud mental o en un departamento de danza, puede haber tensiones y competencias entre departamentos divergentes, y diferentes énfasis en el plan de estudios. En algunos casos, la búsqueda de financiación para el departamento, o de becas y ayudas para las matrículas son factores importantes que exponen a los fundadores a aún más estrés. Decidir dónde se puede encajar en el sistema de salud aquí en España, así como en Europa, y trabajar hacia la obtención de permisos, son decisiones difíci-

4 Traducción del inglés de Carla Godreau, Carolina Jimenes y Elena Dueso.

les, y cada acción requiere una gran cantidad de trabajo. Además, hay que tener visión —como la ha tenido su docente, la Dra. Iris Brauninger, ahora, también, investigadora en el Hospital de la Universidad de Psiquiatría de Zurich, en la Dirección de Enfermería, Terapias y Trabajo Social, Investigación y Desarrollo.

Tal como explicó intuitivamente la actual docente Annebijn Jansen al contestar por qué pensaba que este programa ha tenido éxito, ha sido muy importante «el ambiente sostenedor que se vive en él, sobre todo por la dedicación y el trabajo increíble de Heidrun» (Panhofer). La danza movimiento terapeuta (dmt) y psicóloga Isabel Gomá también contribuye afirmando que «El máster ofrece no sólo cosas nuevas, sino nuevas formas de aprendizaje, aprendizaje experiencial, procesos grupales, clases teóricas interactivas. Tienes que aprender a confiar en ti mismo de una manera nueva.» Los fundadores lo planearon bien, las próximas generaciones han respondido y el programa ha tenido éxito.

El movimiento es una herramienta poderosa para la actividad terapéutica y la terapia, y debe usarse con cuidado. Conocer la diferencia entre contenido y proceso permite a los terapeutas hacer uso de lo que sea necesario para el individuo con el que estén trabajando. No debe haber un exceso de contenido, que puede llegar a ocultar las cuestiones con las cuales las personas necesitan trabajar, ni demasiado proceso, que puede llegar a abrumar al paciente o eliminar sus estrategias de afrontamiento.

Cientos de artículos del *Journal of Nonverbal Behaviour* siguen de cerca la historia de cómo el movimiento del cuerpo revela las emociones. Aquellos de vosotros que hayáis estudiado la obra de Laban sabéis bien cómo se identifican comportamientos a partir del movimiento y cómo esto informa sobre la manera más eficiente en que se puede intervenir clínicamente, o para identificar aspectos del desarrollo infantil para ayudar en el aprendizaje y en el crecimiento emocional. Por eso debemos mantenernos conscientes del poder del movimiento en todo momento.

¿Cómo se educa, entonces, en función de estas características, de modo que los programas puedan crear profesores nuevos, que aseguren la vida de nuestra profesión y eduquen a los estudiantes con integridad? El profesorado de este máster fue entrenado por un grupo de educadores internacionales que a su vez ha formado a otros. Algunos de los estudiantes actuales de ese máster amplificarán sus talentos natos para convertirse en buenos terapeutas, mientras que otros preferirán un centro de investigación, como ha pasado con la profesora Dra. Rosmarie Cammany. Algunos pueden tener facilidad para expresarse y pueden desear enseñar. Entregar vuestros conocimientos a otros permitirá a sus alumnos superar vuestros propios logros, lo cual constituye el mayor de los halagos.

En mi opinión, un aspecto de la enseñanza con estas características, y probablemente lo más importante de la formación, es el hecho de conocer realmente al

estudiante: conocer sus fortalezas y sus debilidades, inspirarle para que pueda dar lo mejor de sí, apoyarle desde la comprensión, y permitirle probar nuevos comportamientos para su crecimiento personal. ¿Les suena esto a terapia? Pues lo es, pero con una importante diferencia, sobre la cual profundizaré en mi *master class*. En un artículo reciente, el Dr. R. Keith Sawyer, de la Universidad de Washington, escribió que «En la sociedad actual de conocimiento, la creatividad siempre aflora en encuadres colaborativos y organizacionales complejos.» Más adelante afirma lo siguiente: «Yo argumento que la educación debería estructurarse a partir de la improvisación disciplinada, y defendiendo el uso de actividades constructoras de conocimiento contextualizadas y colaborativas» (Sawyer, 2006). Me parece que eso es precisamente lo que ustedes han creado aquí, ¡y él estaba enseñando economía!

¡Se ha logrado tanto! Ahora veamos los desafíos que tenéis por delante. A nivel interno, los graduados, estudiantes y profesores, así como las organizaciones profesionales, debéis trabajar para:

1. Presentar investigaciones que sirvan de base para los resultados de vuestro trabajo.
2. Presentarse ante otros profesionales de la salud mental y ante las agencias gubernamentales que determinan las normativas profesionales de salud y educación, tales como la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, o bien unirse a la próxima Conferencia Internacional de Barcelona sobre Educación Superior.

Actualmente, se le presentan nuevos retos a los graduados que trabajan y viven en España y en muchos otros países de Europa y América, y que intentan hacer frente a los problemas económicos —que crean una gran tensión para los ciudadanos— y los actos de terrorismo. Los DMT profesionales deben trabajar en una nación que tiene altas tasas de desempleo, lo cual genera estrés en las relaciones familiares y un ambiente difícil para el desarrollo de los niños. Los inmigrantes ilegales, las casas abandonadas, las familias sin hogar, son sólo algunos de los problemas a los cuales nos enfrentamos. Los países tienen que encontrar una manera de ofrecer asistencia sanitaria a los inmigrantes. Tan solo en Barcelona, la demanda por servicios de salud mental ha aumentado y ahora corresponde al 20% de la población (OMS, 2012). Con los disturbios recientes, hay que seguir, y cada vez más, tratando aquellas necesidades que no han sido atendidas.

La consolidación del Sistema Nacional de Salud y la descentralización por medio de la creación de las comunidades autónomas es una realidad desde hace veinte años, pero falta investigación e información sobre los resultados de estos tratamientos. En 2005, el Dr. López Casasnovas y sus colegas de la Universidad

Pompeu Fabra sugirieron la importancia de la experimentación en la reforma sanitaria (López Casasnovas et al., 2005), lo cual fue actualizado por Salvador Carulla y colaboradores en 2010 (Salvador Carulla et al., 2010). Que se compruebe que es Dr. y no Dra., y que contiene una s.

Tal vez es el momento de buscar participar más en el sistema y comenzar a informar estadísticamente sobre los resultados de su trabajo. Necesitamos soluciones creativas; creo que podemos participar y aportar así ideas a nuestros países y a nuestras regiones. Os saludo en su proceso, os felicito por lo que habéis consolidado y os seguiré apoyando tanto como me sea posible.

References/ referencias bibliográficas

- Lopez-Casasnovas, G., Costa-Font, J., Planas, I. (2005). Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of health care services'. *Health Economics. Sep; 14* (Suppl 1): 21-35.
- Salvador-Carulla, L., Costa-Font, J., Cabases, J. McDaid, D., Alonso, J. (2010). Evaluating mental health care and policy in Spain. *Journal of Mental Health Policy Economics*, (2010), June; 13(2): 73-86.
- Sawyer, R.K. (2006). Educating for innovation. *Thinking Skills and Creativity* 1, Elsevier, 41-48.

Capítulo dos: Body Memory and the Unconscious

THOMAS FUCHS (English version)

Introduction: psychoanalysis and phenomenology

Psychoanalysis and phenomenology, two theories that arose at more or less the same time⁵, both considering themselves basic sciences of subjectivity, have nevertheless remained foreign to one another. The grounds for this are probably to be found primarily in their conflicting views of the role played by consciousness. To psychoanalysis, consciousness appeared only as a shimmering varnish concealing psychological forces and processes in unfathomable depths which are what is actually effective. For phenomenology, on the other hand, consciousness rather was the medium or the light through which all phenomena come to be seen in the first place, and appear as such. Consciousness as the sphere of mere *semblance* (*Schein*) or of *manifestation* (*Erscheinung*) – is a pointed distinction that could be made between the two. Accordingly, they held contrasting views also of the unconscious: either it was considered the actual source of the psyche's life, the hidden meaningful structure and driving force which made its way by various means even in opposition to the conscious intentions of the subject. Or the unconscious had to be restricted to an implicit awareness that remained potentially accessible to consciousness or reflection, and, in any case, could not basically be foreign to the subject. In Husserl's words:

What I do not 'know', what in my experience, my imagining, thinking, doing, is not present to me as perceived, remembered, thought, etc., will not 'influence' my mind. And what is not in my experience, be it ignored or intentionally implied, does not motivate me even unconsciously (Husserl 1952, p. 231).

These two views seem hardly reconcilable. Antagonistic as they may seem, however, on closer analysis, psychoanalysis and phenomenology, do in fact have a common starting point: it is in the Cartesian view of consciousness as "clear and

5 As is well known, both Husserl's "*Logische Untersuchungen*" and Freud's "*Traumdeutung*" appeared in 1900.

distinct perception”, the assumption that consciousness is transparent to itself insofar as its own contents are concerned. For Husserl, the “cogito” is the present evidence, the necessary “appresentation” of all contents in the observing consciousness, without which they would melt or escape into the unreality of past or future. All memories, all ideas, all the possibilities of consciousness, must cling, as it were, to this evident present so as not to disintegrate. But Freud’s view of consciousness is not much different: conscious is only “... the idea that is present in our consciousness and which we perceive” (Freud 1943, p. 29). Consciousness therefore, is considered the space for current ideas or representations. The unconscious is then the space which is conceived as containing all the other ideas which are not present at a particular moment. Freud rejects an ambiguous knowing-unknowning consciousness for “... a consciousness of which one knows nothing seems to me many times more absurd than a psychic unconscious” (Freud 1940b, p. 243). Consciousness must be transparent to itself or it is not consciousness at all. Psychoanalysis thus rebelled against the classical philosophy of consciousness, but failed to overcome; it even adopted its premises.

Now, the dimension of the lived body or of the embodied subject which was later brought to the fore by phenomenology, could have become the core of psychoanalysis, too. Freud, as is well known, saw the origin of the Ego in the body⁶. The body also played a decisive role in psychoanalytic drive theory, since it assumed a step-by-step development of partial drives which are dominated by certain regions of the body. Despite this concept, however, the dualism of body and mind decisively influenced psychoanalytic theory. For Freud, in the final analysis, drives are not phenomena of the lived body, but objective-somatic quantities; and their representations do not belong to a libidinous body of the subject but are already part of the psyche as an inner, hidden apparatus. The body thus remained interesting only as the seat of symbolic or imagined meanings, as a primary projection field for the psyche. That mental phenomena could at the same time be bodily as well was not imaginable in the dualistic paradigm.

With the idea of the “psychic apparatus” an entity had also been created that served as a sort of inner container for pictures and memories of external reality. Introjected as “object-representations”, “imagos” etc., they populated the various compartments of the psyche and there developed a life of their own. The Ego remained separated from these compartments through radical ignorance: the dynamic unconscious, according to Freud, is basically different from the pre-conscious as the latent and implicitly known (Freud 1940c, p. 77f.). Between the

6 Cf. Freud 1940b, 253.

pre-conscious and the unconscious stands the economical mechanism of repression, and both what is repressed and the repressing mechanism elude consciousness. As evidence for this concept, Freud could point to the *Freudian slips*, which appeared alien or meaningless to the Ego, furthermore to the difference between manifest and latent *dream content* which is attributable to an unconscious censor, and, last but not least, to the *resistance* shown by the patient during analysis to becoming aware of what has been repressed.

This radical separation of the unconscious, however, took place at the price of its having to be assigned to the objectivity of the psychological apparatus. Freud solved the paradox that he discovered, namely that one “knows something that one simultaneously does not know” and that “one is struck with blindness while the eyes see” (Freud 1957, p. 175 note) by splitting the psyche into two parts. As a consequence, the unconscious turns into an “internal foreign country”, (Freud 1940c, p. 62), in other words to something external within oneself, whose meaning and effect were alien to the subject. – But how should the subject be in the position to re-appropriate such an alien meaning unless it was always already *his own* meaning? If this were not the case, psychoanalytical therapy could only convey rational insights into the mechanisms of one’s own inner life, and could not contribute to a genuine integration of the personality. The aim of therapy: “where id was, ego shall be”, would then remain a matter of explicit knowledge, not of actual self-appropriation.

The phenomenological critique of this concept now moved along various paths:

- Sartre saw the unconscious not as an entity imposing restrictions on the subject from outside, but as a basic modality of the subject’s relationship to himself, namely, that of bad faith, “*mauvaise foi*” (Sartre 1962, p. 91ff.). The subject assumes an ambivalent relationship to himself, he allows himself, so to speak, to slide into an “intentional inattention”: one doesn’t know something *and* doesn’t want to know it; one doesn’t see something *and* doesn’t want to see it, and in this way becomes the deceived and the deceiver at the same time.
- A comparable form of double consciousness may be found in Husserl’s analyses of the perception of images and of *imagination*: these forms of consciousness imply a duplicity of presence and absence so that the Ego lives in two worlds at the same time. In this way, they can also serve as paradigms for the relationship between conscious and unconscious.
- Another way of overcoming the dualism of conscious and unconscious consists of expanding the space of subjectivity *vertically* so to speak, so that it

can include the phenomena of drive and urge as a basic stratum. This way of transforming Freud's metapsychological terms into of an elementary activity of life which always precedes conscious experience has been taken by Michel Henry (1992).

- Finally, there is the possibility to extend subjectivity in the *horizontal* dimension and to encounter the unconscious in bodily *behaviour*, in *day-to-day living* and in the structures of the person's *lived space*. A particular role is played here by *body memory*, insofar as it changes a person's corporeal and intercorporeal experiences into predispositions which provide the unconscious basis for our everyday conduct of life.

This is the course which I will take in what follows. So my question will be: Can the unconscious be localized in the lived relationships and conduct of a person - in other words in the *horizontal* dimension of the lived body and intercorporeality? How far can such a concept reflect elements of Freud's unconscious? - In what follows, I first want to develop the concept of body memory and the relational field that it constitutes, and then ask about the structures of this field where the unconscious can hide.

Body memory

If, following Merleau-Ponty, we view the body not as the visible or touchable physical body but first and foremost as our *capacity* to see, touch, sense, then body memory designates the totality of these bodily capacities as they have developed in the course of our development. In body memory, the situations and actions experienced in the past have sedimented over time in their typical forms. Through the repetition and superimposition of experiences, a habit structure has formed: well-practiced motion sequences, repeatedly perceived *Gestalten*, forms of actions and interactions have become an implicit bodily knowledge and skill. Body memory is not directed towards the past, but on the contrary, it conveys an implicit impact of the past on the present.

The body is thus the ensemble of organically developed capacities to perceive, to act but also to desire and to communicate. Its experiences, anchored in body memory, permeate the environment like an invisible network which relates us to things and to people. It is our permanent means of actualising our past and, with this, of making ourselves feel at home in situations (Merleau-Ponty 1962, p. 181). Even more: in the bodily experience structures, *the other* is always already included, he is understood in expression and intended in desire. Before I can reflect on

what I am communicating through my gestures or speech, my body always already creates my feeling of being-with; it expresses itself through attitude and gestures, and at the same time reacts to the impressions of others. This “intercorporeality” (Merleau-Ponty 2003, p. 256) forms an intersubjective system in which, from childhood on, “schemes of being and interacting with others” are acquired. Intercorporeality comprises the self and the others, the conscious and the unconscious: “I do not need to look for the others elsewhere, I find them within my experience, they dwell in the niches (*“nítshes”*) which contain what is hidden from me but visible to them” (Merleau-Ponty 1974, p. 166).

Body memory and life space

Body memory thus forms not only an interior system restricted to the physical body. Rather, it constitutes a sensomotoric, emotional and interactive field in which we constantly move and conduct ourselves. Here, the terminology of Kurt Lewin’s field psychology (1969) offers itself, particularly the concept of the *life space*. In order to link it with the structures of body memory, I will give a brief outline of this.

The life space is centred around the person and her body. According to Lewin, it is characterised by qualities such as closeness or distance, narrowness or breadth, connectedness or separateness, attainability or elusiveness, and it is structured by physical or symbolic *boundaries* which offer resistance to movement. This produces more or less clearly bounded *sectors* such as the peripersonal space around one’s own body, claimed territories (property, home), the sphere of influence which emanates from a person, but also prohibited or taboo zones. The lived space is further permeated by “*field forces*” or “*vectors*”, in the first place those which attract and repel. Competing attracting or repelling forces lead to typical conflicts such as attraction *versus* aversion, attraction *versus* attraction etc. They can be considered as conflicting tendencies or possibilities which are offered to a person in a given situation.

A good example may be the situation of a small child who is torn back and forth between his bond to his mother and curiosity (cf. Stern 1991, p. 101). The mother is first of all the “safe haven”, the centre of gravity, so to speak, which curves the child’s experienced space in such a way that he remains in her vicinity. The space thus acquires a *gradient*: the further the child moves away from the mother, the more empty, more lonely the space becomes, whereas it condenses again around her. On the other hand, if strange people appear, the child rather makes a detour around them: the space now is curved “negatively”, so to speak. Little by little, the child’s exploratory drive and the attractive charms of the environment loosen the

child's tie to his mother, so that he can increase the distance against the gradient – but only until the bond is stretched too much, and the child runs back to his mother in the end.

This example is also a good illustration of the fact that the respective field structures are based on body memory, in this case, the history of the experiences the child has had in closeness and ties to his mother. From birth on, the infant's body memory incorporates an extract of repeated, prototypic experiences with others, thus acquiring dyadic patterns of interaction or "schemes of being-with", for example, "mamma-feeding-me," "daddy-playing-with-me," etc. This results in what Daniel Stern has called *implicit relational knowing* – a bodily knowing of how to interact with others, how to have fun together, how to elicit attention, how to avoid rejection, etc. It is a temporally organized, musical memory for the rhythm, dynamics, and undertones inaudibly present in interactions with others.

Another proverbial example of the field structure of body memory lies in the saying, "Once bitten, twice shy", or "The burnt child dreads the fire" which illustrates the aversive effect of body memory – there is a *pain memory* inscribed in the lived body which makes it withdraw from possible dangers instinctively. - A third example is given by the zones of prohibition which restrict the directions in which a child can move so that its spontaneous impulses interfere with parental imperatives, inasmuch these have left a negative mark on its very life space – a felt tension when one enters forbidden areas or behaves in an indecent way.

Consequently, the life space - depending on the respective experiences, capacities and motives of a person - can bear varying significances, relevances or affective affordances. In analogy to a physical field, "gravitational effects", invisible "bendings" and "curvatures" of space, or barriers can appear which guide, restrict or prevent one's movements. Particularly in psychopathology, we encounter various deformations of the lived space, as, for instance, the taboo zones of obsessives which they must avoid by all means unless they risk to experience increasing bodily tension and anxiety, or avoidance zones of phobic patients which are based on certain past experiences laid down in body memory and generalized to similar types of objects or situations.

On the phenomenology of the unconscious

With this, I have made a brief sketch of an approach and a terminology which will permit to put and answer the question of the unconscious in a different way.

If we reject a topological unconscious beyond consciousness – an intra-psychic process which impacts on the experiencing subject from outside, so to speak

– then we may ask whether the unconscious might not be considered another mode of *experiencing* that manifests itself in the *horizontal* dimension of the lived body and the lived space. The paradigm for this would be the *ambiguity of the body itself* which at least in part always remains in the background of my perceptual field, which remains unseen while seeing, and of whose dispositions I often remain unaware, which in fact come to meet me from outside, namely in the form of the attractive or repelling objects and field structures of my environment. Such an unconscious would then, as Merleau-Ponty writes, “... be found not in our innermost sphere behind the back of ‘consciousness’, but before us as the structure of our field” (Merleau-Ponty 1986, p. 233). It would be the unrecognized reverse side of our experience, or its other, hidden meaning.

As our starting point, let us first consider the field structure of a repressed wish. In his short story “*Der Brantweinsäufer und die Berliner Glocken*” (The brandy drinker and the bells of Berlin), Heinrich von Kleist recounts the story of an alcoholic soldier who, after insistent preaching and punishment, had solemnly resolved to become abstinent but was found drunk again after only three days. Asked how this relapse could have happened after all his good resolutions, the soldier justified himself by saying that the devil must have had his hand in it because while walking through the town he suddenly heard the names of various brandies in the tolling of the bells - for example “*Kümmel! Kümmel!*”, in the ringing of the town hall bell, “*Pommeranzen, Pommeranzen*” in the ringing cathedral bell and so on. In the end, he could not help being defeated by these insidious sounds.

While this humorous example relates only to a wish that was not repressed but merely suppressed by an act of will, it gives a fine illustration of the indirect way in which contrary bodily impulses or drives can get their way, namely from outside. The experiential field is, so to speak, permeated by a suppressed bodily desire which finally becomes crystallised around certain perceptions - namely those which are sufficiently vague while offering a certain similarity for the purpose: in this case the various chimes.

We may grasp the hidden role of the body also in Michael Polanyi's terms: the lived body is the *proximal component* of the perceptual or affective field, and the perceived situation is the *distal component*; the proximal component recedes from awareness in favour of the distal (Polanyi 1967). We perceive the situation through the medium of the body. This may be compared to the sense of touch which is at the same time a self-feeling of the body ('proximal') and a feeling of the touched surface ('distal'); or to the subliminal bodily experience of thirst ('proximal') which first becomes conspicuous as the perceptual salience of water flowing nearby ('distal'). Similarly, in the case of the drinker, the drive or the wish that was not satisfied breaks through circuitously and from outside so that, in principle, we can already

recognize the mechanism of *displacement*. What is actually desired is fulfilled in the perceptual field through something similar but less proscribed or prohibited.

A comparable interference of expressed thematic and non-thematic directions of meaning is also found in the various types of “*Freudian slips*”. Freud himself says that “...slips are the result of two different intentions which interfere with one another, of which one can be called the disturbed and the other the disturbing intention” (Freud 1940a, p. 56). Mishearing most resembles the example of Kleist’s soldier: a latently desired meaning is “interpreted” from a similar sequence of sounds. With mistakes in speaking, writing and in (mis)placing things it’s a bit different: here, another intention interferes with the explicitly intended action, so that “the right hand - literally - does not know what the left hand is doing”. Finally, with *forgetting*, an originally made but unpleasant intention is blanked out and replaced by others, for example, routine processes. Thus, in spontaneous bodily perceptions or actions which take place “of their own accord”, the relevant latent intention breaks through - in a reversal or a *chiasm* which is linguistically expressed by the prefix “mis-”.

According to Freud, the producer of the slip can now either immediately or after some brief thought recognise its significance and ascribe it to himself, or he finds it “senseless”, in other words, alien to himself. For example, Freud writes the following concerning “misspeaking”:

If later we present it [the intention on which the misspeaking was based] to the speaker, he may either acknowledge it as something familiar, so that it was only temporarily unconscious, or he may deny it as alien to himself, which means that it was permanently unconscious (Freud 1940c, p. 77).

It is on this difference that Freud bases his categorical distinction between the pre-conscious and the true dynamic unconscious which is excluded or repressed from consciousness “by living forces” (Freud 1943, p. 436). The defence mechanism and the corresponding resistance to the latent meaning, obviously require that the inhibitive motives are themselves excluded from consciousness. However, the question is whether this justifies establishing a special intrapsychic space for the dynamic unconscious. After all, there is merely a gradual difference between a temporary and a permanent unconscious in Freud’s quotation. In both cases, we are dealing mainly with a duplicity of intentions, to which only an additional repressive tendency is added in the second case. But if we do not assign the “living forces” of repression of which Freud speaks, to an intrapsychic mechanism beyond consciousness, but see them rather as field forces, we will easily find models for them in the bodily or life space.

The first thing that comes to mind would be the *relieving posture* adopted by the body after sustaining an injury: spontaneously one avoids putting the injured limb at risk from dangerous objects and holds it back without having actually to think of the event. Avoidance behaviour is thus incorporated into body memory. Moreover, I have already mentioned the *zones of prohibition* which impact on the child through negative field forces or tensions of anxiety until the child finally respects them “of its own accord” or automatically, so to speak. We come one step closer to the dynamic unconscious with zones or objects which are *taboo*. For, unlike prohibition, the taboo has a special structure and effect in that it is not expressly formulated but is generated by the avoidance behaviour of others, like a negative curvature of the shared life space around what is prohibited. Taboos are most effective when the members of the community are not aware of them. The violation of taboos is not necessarily punished with open penalties, but automatically generates feelings of shame, guilt or abhorrence in the offender, reinforced by the contempt and the ostracising silence of the others.

In all these cases, experience and conduct are determined by negative - i.e. “repulsive” - field forces which exercise their effect unconsciously, since the subject has gradually extricated herself from the possible conflict like the child that avoids forbidden zones automatically. Avoidance has become an implicit, bodily pattern of behaviour so that what is potentially threatening in the environment is no longer consciously experienced. Nevertheless, the repelling forces do not appear to consciousness as actually coming from outside but, in Hegel’s terms, “as its own otherness”. They remain co-extensive with the experience field but as its negative. The manifest feelings of fear, guilt or shame which arise on stepping beyond the barriers in the life space were already latently present before, endowing these barriers with their affective loading.

In the same way as in the case of a “slip”, the dynamic unconscious puts up resistance to its becoming conscious. This resistance is itself not conscious, nor is it implicitly or pre-conscious, and yet it is still not altogether outside consciousness. It is rather an *ambiguity or duplicity of consciousness itself*; in such a way that the subject, if she hits on the manifestation of the hidden meaning, at least has an inkling that it is asking her a *question*, namely about her own otherness. The unconscious, writes Merleau-Ponty, “... cannot be a process ‘in the third person’, since it itself selects what will be admitted to official existence, since it circumvents the thoughts and situations which we resist, and is thus not a *non-knowing* but rather an unacknowledged, unformulated knowledge that we do not wish to tolerate. In a still imprecise language, Freud is here in the process of discovering what others more correctly have called an *ambiguous perception*” (Merleau-Ponty 2003, p. 79).

We can understand this ambiguity of consciousness with the example of another defence mechanism, namely *projection*. Here the beam in one's own eye becomes the splinter in another's eye, in other words, one perceives in others the impulses and motives against which one has built defences in oneself. Naturally, this perception is also ambiguous, since the excessive zeal with which the impulses in others are disapproved derives its energy precisely from the efforts one has to make to neutralize one's own impulses. The blind spot in self-awareness - and here Freud is doubtlessly right - does not result from a mere "overlooking" or neglect, but from active and emotionally charged repression. Nevertheless, this repression remains the work and the effort of the subject herself, not of a mechanism outside her.

Trauma and reiteration

Let us now turn to another phenomenon, namely, the unconscious effect of an emotional trauma which Merleau-Ponty set out to interpret in his "Phenomenology of Perception". What is repressed in the aftermath of trauma, he writes, is like a phantom limb for an amputee inasmuch as a bodily capacity persists which is no longer congruent with the present. Habitual and current body come into conflict with one another. Similarly, repression also creates an "empty space" in current subjectivity (Merleau-Ponty 1962, p. 87), as it were, the carved-out negative of an experience which has not been coped with. This negative now interposes itself unnoticed before every new situation and thus imprisons the traumatised person in a past which is still present.

... (T)his fixation does not merge into memory; it even excludes memory in so far as the latter spreads out a former experience in front of us, whereas [the trauma] remains constantly hidden behind our gaze instead being displayed before it. The traumatic experience does not survive as a representation in the mode of objective consciousness and as a 'dated' moment; it survives only as a manner of being and with a certain degree of generality (ibid., p. 83).

This description assigns the repressed trauma to body memory: for this kind of memory holds precisely what is hidden "from sight" and goes on living in a general "style" of existence, not as an explicit memory. The injury has penetrated the lived body of the subject and has left behind a permanent responsiveness, a readiness to defend itself. The traumatised person becomes hypersensitive to threatening, shaming situations similar to the trauma in some manner, even if this similarity is not consciously known, and tries to circumvent them. ["The resistance is direc-

ted to a certain area of experience, a certain category, a certain type of memory” (ibid. 194).] All the same, at every step, the victim may encounter something that reawakens the trauma in her. Often it happens that a permanent predisposition develops to react with fear and nervousness, to become alarmed every time the doorbell rings, to feel being followed or observed by unknown people.

An impressive description is to be found in the memoirs of the Jewish writer Aharon Appelfeld, who from his seventh to his thirteenth year of age experienced the second world war hiding alone in the woods of the Ukraine:

More than fifty years have passed since the end of the second world war. I have forgotten a great deal, especially places, dates and people’s names, but nevertheless I feel that time in my entire body. Whenever it rains, when it is cold or stormy, I go back to the ghetto, to the camp or into the woods where I spent such a long time. Memory apparently has deep roots in the body. (...) Everything that happened at that time has left its mark in the cells of my body. Not in my memory. The body’s cells seem to remember better than the memory which is intended for this. For years after the war, I did not walk in the middle of the pavement or path, but always close to the wall, always in the shade, always in a hurry like someone fleeing. (...) Sometimes it is enough to smell food, to feel dampness in my shoes or hear a sudden noise to bring me back to the war (...) The war sits in all my bones.(...) Hands, feet, back and knees know more than my memory. If I could draw from them, the pictures would just flood me (Appelfeld 2005, p. 57, 95f., 8f.).

Here it is not a particular episode, but an entire segment of his life that has left its mark on the body, more deeply and permanently, of course, than the autobiographic memory could have done: Proprioception, touch, smell, hearing, even certain kinds of weather can suddenly allow the past to come to life again, and even bodily patterns of movement, such as the hunted walk close to the wall still imitates the behaviour of the fugitive.

The effect of the trauma on the person can thus be viewed, first as a specific deformation of her lived space corresponding to an unconscious avoidance behaviour which she adopts towards the anxiety-provoking or “repelling zones”. The lived space around these zones is to a certain extent negatively curved and prevents the free development of life. Second, the life space is also permeated with *similarities* in which the trauma approaches the traumatised person from outside, so that it is impossible to avoid it. For in one’s attitude, one’s stance, and in one’s perceptive predispositions, one carries the trauma into one’s world over and over again.

This is finally connected to the psychoanalytic concept of *repetition compulsion*. It is based on the clinical experience that patients continue to be drawn into

< the same, mostly damaging behaviour or relationship patterns even if they try to prevent this at the conscious level. Their lived space is so to speak “positively curved” around these regions - in other words, these exercise an unnoticed *attraction*. If, for example, a person’s early experiences were characterized by abusive and violent relationships, this issue will determine also that person’s later relationship patterns. The types of abuse may vary, but the implicit behaviour patterns sedimented in body memory will have the effect of fulfilling her expectations and bring about the familiar type of relationship again and again. These unconscious enactments, as they are called today, were, of course, seen by Freud as a form of transference. As he writes, we must >

... say in analysis that the analysand *remembers* nothing at all of what has been forgotten and repressed, but he *acts it out*. He does not reproduce it as a memory but as action, he *repeats* it, naturally without realizing that he is repeating it. For example, the analysand does not say that he remembers being defiant and incredulous towards the authority of his parents, but he behaves in this manner towards the doctor (Freud 1946, p. 129).

The unconscious pre-history of intersubjective relations is re-enacted through the intercorporeal memory. However, this means that the unconscious is not a hidden chamber of the psyche any more, but is interwoven in the life style, in the bodily conduct of a person, as a sub-structure which remains hidden from her personally, but becomes visible *to others* because, in the last analysis, it is always implicitly directed to those others themselves. The “blind spot” in the centre of consciousness can also be viewed as the other side of the intersubjective relationship, in which our own being-with-others must necessarily remain hidden from us, so that this dark side of ourselves can only be illuminated in our communication with others. For in my world the others dwell, as Merleau-Ponty writes, “... in the niches which contain what is hidden from me but visible to them” (1974, p. 166).

Summary

From the point of view of a phenomenology of the lived body, the unconscious is not an intrapsychic reality residing in the depths “below consciousness”. Rather, it surrounds and permeates conscious life as the background to the foreground, and just as the lived body conceals itself while functioning. It is an unconscious which is not located in the *vertical* dimension of the psyche but rather in the *horizontal* dimension of lived space, most of all lodging in the intercorporeality of dealing with

others, as the hidden or reverse side of intersubjectivity. It is an unconscious which is not to be found inside the individual but in his relationships to others.

Unconscious fixations are like certain restrictions in a person's space of potentialities produced by an implicit but ever-present past which declines to take part in the continuing progress of life. Its traces, however, are not hidden in an inner psychic world but manifest themselves rather as "blind spots", "empty spaces" or curvatures in the lived space: in the "slips" in speech and action; in the relationship patterns into which a person repeatedly blunders or stumbles, in the actions which she avoids without being aware of it; in the spaces which are not entered, the opportunities offered by life which one does not take, and even does not dare to see. Such traces may be recognised as "negatives", so to speak, in the form of inhibitions or omissions which are characteristic of a person. They can also become symbolically or physically present in neurotic or psychosomatic symptoms. The neurotic symptom is to this extent neither meaningless nor a defective habit - as learning theory assumed - nor is its meaning to be found beyond itself, in the unconscious interior. Rather, the meaning lies in the intercorporeal expression - in other words, it results from the meanings of the symptom in the interactive field, even if these meanings are not evident, but must be understood and interpreted.

The unconscious is thus absence in presence, the unperceived in the perceived (Merleau-Ponty 1986, p. 308f.). Like a figure blanks out the background from which it stands out, thus consciousness, perception and language conceal the reverse side of the unconscious, of the unperceived and of silence which are always bound up with them. This reverse side, however, does not remain fully concealed but expresses itself in reversals, chiasmatic entanglements, in an ambiguity of consciousness: One does not know something *and* does not want to know it; one does not see something *and* does not want to see it - in other words, one looks past it intentionally-unintentionally. Consciousness is not fully transparent to itself because it hides itself from itself.

This duplicity of consciousness corresponds to the ambiguity of the body whose modes of appearing fluctuate between the thematic and the unthematic, between the physical (*Körper*) and the lived body (*Leib*). But it also corresponds to the ambivalent, conflict-prone nature of our existence itself where we, precisely as natural, embodied beings, can always confront our own instinctive and natural side as well. This is what constitutes the contradictoriness or, to speak with Plessner (1975), the "eccentricity" of the way we relate to ourselves, the constant conflict between spontaneity and reflectivity, nature and culture, unconscious and conscious. One could then accuse Freud that even he, for all his scepticism, meant too well with mankind in that he tried to relieve man's consciousness of this inherent conflict, and placed his opposing will in a separate realm belonging to the unconscious - thus withdrawing this will from the subject's own responsibility.

La memoria del cuerpo y el inconsciente⁷

THOMAS FUCHS (versión española)

Introducción: psicoanálisis y fenomenología

El psicoanálisis y la fenomenología, dos teorías que surgieron más o menos al mismo tiempo⁸ y que se consideran ciencias básicas de la subjetividad, se han dado sin embargo la espalda la una a la otra. Probablemente los motivos se deben a que ofrecen principalmente puntos de vista contrapuestos sobre el papel que desempeña la conciencia. El psicoanálisis veía la conciencia sólo como un luminoso velo tras el cual se escondían fuerzas y procesos psicológicos de profundidades inconmensurables, que son los que al fin y al cabo influyen. Para la fenomenología, por otro lado, la conciencia era más bien el medio o la luz a través de los cuales todos los fenómenos son percibidos y se ven como tales. La conciencia como la esfera de un mero *reflejo* (*Schein*) o como *manifestación* (*Erscheinung*) es una clara distinción que se podría hacer entre ambos. Así, mantenían puntos de vista opuestos también sobre el inconsciente: o bien se le consideraba la fuente real de la vida de la psique, la estructura significativa oculta y la fuerza motriz que se abría paso por diversos medios, incluso en oposición a las intenciones conscientes del sujeto; o bien el inconsciente debía limitarse a un conocimiento implícito, potencialmente accesible a la conciencia o a su reflejo; en todo caso, no era ajeno al sujeto. En palabras de Husserl:

Lo que no ‘conozco’, lo que según mi experiencia, mi imaginación, mi pensamiento, mis actos, no existe para mí como percibido, recordado, pensado, etc., no ‘influirá’ en mi mente.

Y lo que no existe según mi experiencia, sea ignorado o intencionalmente implícito, no me motiva ni siquiera inconscientemente (Husserl, 1952, p. 231).

Estos dos puntos de vista parecen difícilmente reconciliables. Por muy antagónicas que puedan ser, sin embargo, en un análisis más detallado, el psicoanálisis y

7 Traducción del inglés de Patricia del Tord y Isabel Gomà.

8 Como es sabido bien, tanto la obra *Logische Untersuchungen*, de Husserl, como *Traumdeutung*, de Freud, aparecieron en 1900.

la fenomenología tienen un punto de partida común: el punto de vista cartesiano de la conciencia como «percepción clara y definida», el supuesto de que la conciencia es transparente en lo que se refiere a sus propios contenidos. Para Husserl, el «cogito» es la evidencia presente, la «apresentación» necesaria de todo el contenido de la conciencia observadora, del contenido de la conciencia sin la cual se fundiría o se evaporaría con la irrealidad del pasado o el futuro. Todas las memorias, todas las ideas, todas las posibilidades de conciencia deben aferrarse, por así decirlo, a este presente evidente, con objeto de no desintegrarse. El punto de vista de Freud sobre la conciencia no difiere demasiado: la conciencia es solo «[...] la idea que está presente en nuestra conciencia y que percibimos» (Freud, 1943, p. 29). Por consiguiente, se considera la conciencia el espacio de las ideas o representaciones actuales. El inconsciente es, por consiguiente, el espacio que contiene todas las demás ideas que no están presentes en un momento determinado. Freud rechaza una conciencia ambigua de saber-no saber, ya que «[...] una conciencia de la que uno no sabe nada me parece mucho más absurda que una inconciencia psíquica» (FREUD, 1940b, 243). La conciencia deber ser transparente o no es en absoluto conciencia. El psicoanálisis se rebeló pues en contra de la filosofía clásica de la conciencia, pero no consiguió superarla e incluso adoptó sus premisas.

Ahora bien, la dimensión del cuerpo vivido o del sujeto corporalizado que más adelante la fenomenología sacó a la palestra, podía haberse convertido también en el núcleo del psicoanálisis. Es bien sabido que para Freud el origen del Ego se hallaba en el cuerpo⁹. El cuerpo también desempeñó un papel decisivo en la teoría de los impulsos psicoanalíticos, dado que adoptó un desarrollo paso a paso de los impulsos parciales que están dominados por determinadas regiones del cuerpo. Sin embargo, a pesar de este concepto, el dualismo de cuerpo y mente influyó decisivamente en la teoría psicoanalítica. Según Freud, en el análisis final, los impulsos no son un fenómeno del cuerpo vivido, sino cantidades somáticas objetivas y sus representaciones no pertenecen a un cuerpo libidinoso del sujeto, sino que ya forman parte de la psique, como un mecanismo interno oculto. El cuerpo, por consiguiente, solo seguía siendo importante en tanto que lugar donde se asientan los significados simbólicos o imaginados, en tanto que campo de proyección primaria de la psique. Que los fenómenos mentales pudieran ser al mismo tiempo corporales era inimaginable según el paradigma dualista.

Con la idea de «mecanismo psíquico» se había creado también una entidad que servía en cierta manera de contenedor interno de las imágenes y memorias de la realidad externa. Introyectados como «representaciones de objetos», «imágenes»,

9 Cf. FREUD 1940b, 253.

etc., llenaban los diversos compartimentos de la psique y tenían vida propia. El Ego quedaba separado de estos compartimientos mediante la ignorancia radical: el inconsciente dinámico, según Freud, es distinto básicamente del preconscious como conocimiento latente e implícito (Freud, 1940c, p. 77 y ss.). Entre el preconscious y el inconsciente se halla el mecanismo económico de la represión y tanto lo reprimido como el mecanismo represor eluden la conciencia. Como prueba de este concepto, Freud podía señalar los *lapsus freudianos*, que eran ajenos o carentes de sentido para el Ego, además de la diferencia entre el contenido latente y manifiesto de los sueños, que se atribuye a un censor inconsciente, y por último, pero no por ello menos importante, la *resistencia* mostrada por el paciente durante el análisis para tomar conciencia de lo reprimido.

Esta separación radical del inconsciente se produjo, sin embargo, a costa de ser atribuida a la objetividad del mecanismo psicológico. Freud resolvió la paradoja que descubrió, es decir, que «sabemos algo que simultáneamente no sabemos» y que «estamos ciegos mientras que los ojos ven» (Freud, 1957, nota 175), dividiendo la psique en dos partes. Como consecuencia de ello, el inconsciente se convierte en un «país extranjero interno» (Freud, 1940c, p. 62); en otras palabras, en algo externo dentro de sí mismo, cuyo significado y efecto eran ajenos al sujeto. Pero, ¿cómo era capaz el sujeto de volverse a apropiarse de un significado tan ajeno a menos que ya formara parte de *su propio* significado? Si no fuera así, la terapia psicoanalítica solo podría transmitir ideas racionales a los mecanismos de la vida interna propia de una persona y no podría contribuir a la auténtica integración de la personalidad. La finalidad de la terapia «Donde era ello, ha de ser yo» — seguiría siendo entonces una cuestión de conocimientos explícitos y no de autoapropiación real.

La crítica fenomenológica de este concepto ha recorrido hasta ahora diversos caminos:

- Para Sartre el inconsciente no era una entidad que imponía restricciones al sujeto desde el exterior, sino una modalidad básica de relación del sujeto consigo mismo; es decir, una cuestión de mala fe, «*mauvaise foi*» (SARTRE, 1962, 91 y ss.). El sujeto adopta una relación ambivalente consigo mismo; se permite, por así decirlo, ir hacia una «falta de atención deliberada»: no sabe algo *a la vez que* no quiere saberlo; uno no ve algo *a la vez que* no quiere verlo y de esta manera se convierte en persona engañada y que engaña al mismo tiempo.
- En los análisis de la percepción de imágenes y de la *imaginación* de Husserl hay una forma parecida de doble conciencia: estas formas de conciencia implican una duplicidad de presencia y ausencia de forma que el Ego vive en

dos mundos al mismo tiempo. De esta manera pueden servir de paradigma para la relación entre consciente e inconsciente.

- Otra manera de superar el dualismo de consciente e inconsciente consiste en ampliar el espacio de la subjetividad *verticalmente*, por así decirlo, para que pueda incluir el fenómeno de los impulsos y las motivaciones como susttrato básico. Esta forma de transformar los términos metapsicológicos de Freud en una actividad elemental de la vida que siempre precede a la experiencia consciente ha sido adoptada por Michel Henry (1992).
- Por último, existe la posibilidad de ampliar la subjetividad en la dimensión *horizontal* y hallar el inconsciente en el *comportamiento* corporal, en el *día a día* y en las estructuras del *espacio vivido* de la persona. La *memoria del cuerpo* desempeña aquí un papel especial, puesto que cambia las experiencias corporales e intercorporales de una persona en predisposiciones que ofrecen al inconsciente la base de nuestra conducta diaria.

Este es el camino que voy a emprender a continuación. Por lo tanto mi siguiente pregunta es: ¿El inconsciente se puede localizar en las relaciones y en la conducta de una persona; es decir, en la dimensión *horizontal* del cuerpo vivido y la intercorporalidad? ¿Hasta qué punto un concepto de este tipo puede reflejar los elementos del inconsciente de Freud? A continuación, quiero desarrollar primero el concepto de memoria del cuerpo y el campo relacional que constituye y, a continuación, hablaré de las estructuras de este campo donde se puede ocultar el inconsciente.

Memoria del cuerpo

Si, de acuerdo con Merleau-Ponty, consideramos el cuerpo no como la parte visible o que se puede tocar, sino, sobre todo y ante todo, como nuestra *capacidad* para ver, tocar y sentir, entonces la memoria del cuerpo designa la totalidad de estas capacidades corporales tal como se han formado en el transcurso de nuestro desarrollo. En la memoria del cuerpo, las situaciones y acciones experimentadas en el pasado se han sedimentado con el tiempo en formas típicas. A través de la repetición y de la superposición de experiencias se ha formado una estructura de hábitos: secuencias de movimiento bien practicadas, *Gestalten*¹⁰ percibidas, las formas de acciones e interacciones se han convertido en aptitudes y conocimientos

10 En alemán «formas».

corporales implícitos. La memoria del cuerpo no se dirige hacia el pasado, sino, por el contrario, conlleva un impacto implícito del pasado sobre el presente.

Por consiguiente, el cuerpo es el conjunto de capacidades desarrolladas orgánicamente para percibir, actuar y también para desear y comunicar. Sus experiencias, ancladas en la memoria del cuerpo, impregnan el entorno como una red invisible que nos relaciona con objetos y con personas. Es nuestra forma permanente de actualizar nuestro pasado y, con ello, de hacernos sentir cómodos ante situaciones (Merleau-Ponty, 1962, p. 181). Y más aún: en las estructuras de la experiencia corporal, *el otro* siempre está ya incluido, se le comprende en su expresión e intencionado en el deseo. Antes de reflejar lo que estoy comunicando a través de mis gestos o de mis palabras, mi cuerpo siempre me crea la sensación de «estar con»; se expresa él mismo a través de la actitud y de los gestos, y al mismo tiempo reacciona ante las impresiones de los demás. Esta «intercorporalidad» (Merleau-Ponty, 2003, p. 256) forma un sistema intersubjetivo en el que, desde la infancia, se adquieren «esquemas de estar e interactuar con los demás». La intercorporalidad comprende uno mismo y los otros, el consciente y el inconsciente: «No necesito buscar a los demás en otros lugares, los encuentro en el ámbito de mi experiencia, habitan en los nichos (*“nitsches”*) que contienen lo que para mí está oculto pero es visible a los demás» (Merleau-Ponty, 1974, p. 166).

Memoria del cuerpo y espacio vital

La memoria del cuerpo forma, por consiguiente, no tan solo un sistema interior restringido al cuerpo físico. Constituye, más bien, un campo sensomotor, emocional e interactivo en el que nos vamos moviendo y comportando constantemente. Aquí, la terminología del campo de la psicología de Kurt Lewin (1969) propone especialmente el concepto de *espacio vital*. Para poderlo enlazar con las estructuras de la memoria del cuerpo, voy a ofrecer una descripción breve de éste.

El espacio vital se centra en torno a la persona y su cuerpo. Según Lewin, se caracteriza por cualidades como la proximidad o la distancia, la estrechez o la amplitud, la conexión o la separación, la accesibilidad o la evasividad, y está estructurado por *límites* físicos o simbólicos que ofrecen resistencia al movimiento. Esto genera «sectores» más o menos claramente delimitados, como por ejemplo el espacio peripersonal alrededor del cuerpo de una persona, los territorios reivindicados (propiedad, hogar), la esfera de influencia que emana de una persona y también zonas prohibidas o tabú. El espacio vivido se impregna todavía más de *fuerzas de campo* o *vectores*; en primer lugar, las que atraen y repelen. Fuerzas contrarias de atracción o repulsión llevan a conflictos típicos como la atracción *versus* aversión,

atracción *versus* atracción, etc. Se pueden considerar tendencias o posibilidades de conflicto que se le ofrecen a una persona en una situación determinada.

Un buen ejemplo de ello puede ser el caso de un niño pequeño que se debate entre el vínculo con su madre y la curiosidad (Stern, 1991, p. 101). La madre es ante todo un «refugio seguro», el centro de gravedad por así decirlo, que curva el espacio experimentado por el niño de tal manera que este permanece cerca de ella. El espacio adquiere así un *gradiente*: cuanto más se aleja el niño de la madre, más vacío y solo se queda el espacio, mientras que se condensa de nuevo alrededor de otro. Por otro lado, si aparecen personas extrañas, el niño más bien las evita; se crea ahora una curva «negativa», por así decirlo, en el espacio. Poco a poco, el impulso aventurero del niño y los encantos atractivos del entorno atenúan el vínculo del niño con su madre, de modo que puede aumentar la distancia con respecto al gradiente —pero solamente hasta que el vínculo se ha estirado demasiado—, y al final el niño corre de nuevo hacia su madre.

Este ejemplo es también una buena muestra del hecho de que las estructuras de campo correspondientes se basan en la memoria del cuerpo, en este caso, el historial de experiencias que el niño ha tenido cerca de su madre y los vínculos con ella. A partir del nacimiento, la memoria corporal del bebé incorpora un extracto de experiencias repetidas y prototípicas con los demás, adquiriendo así patrones diádicos de interacción o «esquemas de tipo 'estar con'», por ejemplo, «mamá me da de comer», «papá juega conmigo», etc. El resultado es lo que Daniel Stern denomina *conocimiento relacional implícito* —unos conocimientos corporales de cómo interactuar con los demás, cómo divertirse juntos, cómo llamar la atención, cómo evitar el rechazo, etc. Es una memoria musical, organizada temporalmente para el ritmo, la dinámica y los matices presentes de forma inaudible en las interacciones con los demás.

Otro ejemplo proverbial de la estructura de campo de la memoria del cuerpo reside en el proverbio «El gato escaldado del agua fría huye», que muestra el efecto aversivo de la memoria del cuerpo —hay una *memoria del dolor* inscrita en el cuerpo vivido, que lo aleja de los posibles peligros de forma instintiva—. Un tercer ejemplo es el de las zonas de prohibición que restringen las direcciones en las que un niño se puede mover, de modo que los impulsos espontáneos interfieren con los imperativos parentales, teniendo en cuenta que estos han dejado una marca negativa en su espacio realmente vital —una tensión que sentimos cuando accedemos a áreas prohibidas o cuando nos comportamos de una forma indecente.

Por consiguiente, el espacio vital —dependiendo de las correspondientes experiencias, capacidades y motivos de una persona— puede conllevar diversos significados, relevancias o posibilidades afectivas. En analogía con un campo físico, pueden aparecer «efectos gravitacionales», «curvas» y «curvaturas» invisibles del

espacio o barreras que guían, restringen o impiden los movimientos de una persona. En especial, en psicopatología, encontramos varias deformaciones del espacio vivido, como por ejemplo las zonas tabú de personas obsesivas que deben evitar por todos los medios si no quieren correr el riesgo de experimentar cada vez mayor tensión y ansiedad o las zonas a evitar de los pacientes fóbicos, que se basan en determinadas experiencias del pasado fijadas en la memoria del cuerpo y generalizadas a tipos similares de objetos o situaciones.

Sobre la fenomenología del inconsciente

Hasta aquí he esbozado brevemente un enfoque y una terminología que permitirán dar respuesta, de forma diferente, a la cuestión del inconsciente.

Si rechazamos un inconsciente topológico más allá de la conciencia —un proceso intrapsíquico que afecta desde fuera al sujeto que lo experimenta, por así decirlo—, cabe preguntarse si el inconsciente se puede considerar o no otra forma de *experimentar* que se manifiesta en la dimensión *horizontal* del cuerpo vivido y del espacio vivido. El paradigma sería la *ambigüedad del propio cuerpo* que al menos parcialmente permanece siempre en el trasfondo de mi campo perceptual, sin verlo y viéndolo al mismo tiempo, y de cuyas disposiciones no suelo ser consciente y que de hecho viene a mi encuentro desde fuera; es decir, en forma de objetos de atracción o repulsión y estructuras de campo de mi entorno. Este inconsciente, como escribe Merleau-Ponty, «[...] no se encontraría en nuestra esfera más recóndita en el trasfondo de la “conciencia”, sino delante de nosotros como la estructura de nuestro campo» (Merleau-Ponty, 1986, p. 233). Sería la cara opuesta no reconocida de nuestra experiencia o su otro significado oculto.

Como punto inicial, vamos a considerar la estructura de campo de un deseo reprimido. En su historia corta «*Der Branntweinsäufer und die Berliner Glocken*» (El bebedor de brandy y las campanas de Berlín), Heinrich von Kleist cuenta la historia de un soldado alcohólico que, después de rezar y castigarse insistentemente, resolvió solemnemente convertirse en abstemio pero se emborrachó de nuevo al cabo de sólo tres días. Cuando le preguntaron cómo podía haber sucedido esta recaída después de todas sus buenas resoluciones, el soldado se justificó diciendo que el demonio debía haber tenido algo que ver en ello porque mientras caminaba por la ciudad de repente oyó los nombres de diferentes brandis con el repicar de las campanas —por ejemplo «*Kümmel! Kümmel!*», en el toque de la campana de la catedral, etc. Al final no pudo evitar ser derrotado por esos sonidos insidiosos.

Aunque este ejemplo humorístico habla sólo de un deseo que no fue reprimido sino que fue meramente suprimido por un acto de voluntad, ilustra muy bien la

forma indirecta en que los impulsos corporales o motivaciones contrarios pueden encontrar su camino, concretamente, desde fuera. El campo experiencial está, por así decirlo impregnado por un deseo corporal suprimido que finalmente se cristaliza en torno a determinadas percepciones —aquellas que son suficientemente vagas y que a su vez ofrecen una cierta semejanza para este fin: en ese caso, las campanadas.

Podemos comprender el rol oculto del cuerpo también en las palabras de Michel Polanyi: el cuerpo vivido es el *componente próximo* del campo perceptual o afectivo, y la situación percibida es el componente *distal*; el componente proximal retrocede de la conciencia en favor del distal (Polanyi, 1967). Percibimos la situación a través del medio del cuerpo. Esto se puede comparar con el sentido del tacto que, al mismo tiempo, es una sensación propia del cuerpo («proximal») y una sensación de la superficie tocada («distal»); o la experiencia corporal subliminal de la sed («proximal») que primero se hace evidente como el aspecto principal de percepción del agua que fluye cerca («distal»). De forma similar, en el caso del bebedor, el impulso o el deseo que no fue satisfecho irrumpe de forma tortuosa y desde el exterior de manera que, en principio, ya podemos reconocer el mecanismo de *desplazamiento*. Lo que en realidad se desea se satisface en el campo de percepción mediante algo similar pero menos proscrito o prohibido.

References/ referencias bibliográficas

- Appelfeld, A. (2005). *Geschichte eines Lebens*. Berlin: Rowohlt.
- Bernet, R. (1997). Husserls Begriff des Phantasiebewusstseins als Fundierung von Freuds Begriff des Unbewussten. In C. Jamme (1997). *Grundlinien der Vernunftkritik*, S. 277-306. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Binswanger, L. (1957). Freuds Auffassung des Menschen im Lichte der Anthropologie. In: Ders., *Der Mensch in der Psychiatrie*. Pfullingen: Neske.
- Charbonneau, G. (1999). De quoi's'agit' l'inconscient phénoménologique? L'art du Comprendre: Herméneutique générale. *Anthropologie Philosophique. Anthropologie Phénoménologique. Daseinsanalyse* 8: 132-146.
- Eysenck H. J., Rachmann, S. (1972). *Neurosen – Ursachen and Heilmethoden*. Berlin: Deutscher Verlage der Wissenschaften.
- Freud, S. (1940a). *Vorlesungen zur Einführung in die psychoanalysis*. GW Bd. 11. Frankfurt: Fischer.

- Freud, S. (1940b). *Das Ich and das Es*. GW Bd. 13, S. 235-289. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1940c). *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die psychoanalysis*. GW Bd. 15. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1943). Einige Bemerkungen über den Begriff des Unbewussten in der psychoanalysis, S. 429-439. GW Bd. 8, S. 429-439. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1946). *Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten*. GW Bd. 10, S. 126-136. Frankfurt: Fischer 1946.
- Freud, S. (1957). *Studien über Hysterie* (mit J. Breuer). GW Bd. 1, S. 77-312. Frankfurt: Fischer 1952.
- Fuchs, T. (2000a). *Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fuchs, T. (2000b). *Psychopathologie von Leib and Raum. Phänomenologisch-empirische Untersuchungen zu depressiven and paranoiden Erkrankungen*. Darmstadt: Steinkopff.
- Fuchs, T. (2000c). Das Gedächtnis des Leibes. *Phänomenologische Forschungen* 5: 71-89.
- Fuchs, T. (2006a). Psychotherapie des "gelebten Raums". Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. *Psycho-Logik. Jahrbuch for Psychotherapie, Philosophie and Kultur* 1: 286-303.
- Fuchs, T. (2006b) Gibt eine leibliche Persönlichkeitsstruktur? Ein phänomenologisch-psychodynamischer Ansatz. *Psychodynamische Psychotherapie* (en prensa).
- Graumann, C. F. (1960). *Grundlagen einer phenomenology and psychology der Perspektivität*. De Gruyter, Berlin.
- Henry, M. (1992). *Radikale Lebensphänomenologie. Ausgewählte Studien zur phenomenology*, hrsg. R. Kühn. Freiburg München: Alber 1992.
- Husserl, E. (1952). *Ideen zu einer reinen phenomenology and phänomenologischen Philosophie. II. Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*. Den Haag: Nijhoff.
- Kleist, H. v. (1984). *Sämtliche Erzählungen and andere Prosa*. Stuttgart: Reclam.
- Lewin, K. (1969). *Grundzüge der topologischen psychology*. Bern: Huber.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. Transl. by Colin Smith. London: Routledge and Kegan Paul.
- Merleau-Ponty, M. (1974). *Die Abenteuer der Dialektik*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Merleau-Ponty, M. (1986). *Das Sichtbare and das Unsichtbare*. München: Fink.
- Merleau-Ponty, M. (2003). *Das Auge and der Geist. Philosophische Essays*. Meiner, Hamburg.
- Plessner, H. (1975). *Die Stufen des Organischen and der Mensch*. De Gruyter, Berlin.
- Romanyshyn, R. D. (1977). Phenomenology and Psychoanalysis. *Psychoanalytic Review* 64: 211-223.

- Sartre, J.-P. (1962). *Das Sein and das Nichts*. Reinbek/Hamburg: Rowohlt.
- Schacter, D. L. (1999). *Wir sind Erinnerung. Gedächtnis and Persönlichkeit*. Reinbek/Hamburg: Rowohlt.
- Scheler, M. (1983). *Die Stellung des Menschen im Kosmos* (1928). 10. Aufl. Bern München: Francke.
- Stern, D. N. (1991). *Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt and denkt*. München: Piper.
- Stern, D. N. (1998). *Die Lebenserfahrungen des Säuglings*. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.



ECS

edifici d'estudiants
sala teatre
sala cinema

MASTER CLASS

Capítulo tres: DMT: el arte del movimiento y la poética del... cambio¹¹

VINCENZO PUXEDDU

La especificidad creativa y terapéutica de la DMT tiene su origen en la experiencia de la danza y en sus elementos constitutivos. La DMT se realiza en el cuerpo y en el movimiento, entendidos como un lenguaje que, en la relación entre significante y significado, propone aquella (misma relación) existente entre las palabras y su contenido en la poesía. Una relación dinámica, que hace que la experiencia resuene de muchas maneras, ofreciendo siempre nuevas posibilidades expresivas y receptivas. La DMT es, pues, un lenguaje que, al igual que el de la poesía, no sólo da forma a la profundidad de la experiencia interior como expresión de lo real, sino que también acoge las resonancias tanto de aquel que la interpreta y la vive, como del observador (testigo participante). Y es esta doble acogida, que luego se convierte en un diálogo creativo entre el paciente y el terapeuta, la que facilita el proceso de crecimiento y cambio de la persona. La DMT, entendida como un proceso, acompaña la trayectoria más amplia de la persona, en la que hay elementos de continuidad y de discontinuidad, de crisis. Así, la DMT, a través de un enfoque creativo, permite componer de forma novedosa diferentes polaridades que nos habitan y, mediante el desarrollo de una actitud sin prejuicios, inclusiva, acompaña y sostiene este proceso en las diferentes etapas del crecimiento, respetando los tiempos y las necesidades de la persona.

La danza como arte

La danza es la madre de las artes. La música y la poesía están determinadas en el tiempo, las artes figurativas y la arquitectura en el espacio: la danza vive de igual forma en el tiempo y en el espacio. En ella, creador y creación, el arte y el artista, son una y la misma cosa. [Es] movimiento rítmico en una secuencia espaciotemporal, sentido plástico del

¹¹ Traducción del inglés de Carla Godreau, Carolina Jimenes y Elena Dueso.

espacio, representación vívida de la realidad visual y fantástica. Danzando, el hombre recrea todo esto con su propio cuerpo, aún antes de comprometerse con la materia, la piedra, la palabra, el resultado de la propia experiencia (Sachs, 1933, p. 21).

Si prestamos atención a la palabra «arte» y a su significado, veremos que sus orígenes tienen raíces indoeuropeas en «*are*» o «*re*», que significa «adaptarse, ajustarse», y en latín, «*ars, artis*», que significan «modo de hacer, modo de ser». Así que, el arte es una manera, una habilidad, un talento, pero también gracia, ingenio y gusto. Sin embargo, el arte es para crear cosas bellas, es sensibilidad e imaginación, es alejarse del cotidiano, es la expresión más elevada de la intencionalidad y de la conciencia humana. Todo esto lo exploramos y experimentamos con la danza. La diferencia que guarda con otras artes es que en danza no tenemos un producto final objetivo; el producto es la expresión creativa reflejada en el cuerpo del o la bailarina y su movimiento.

De acuerdo con Sachs (1933), de todas las formas de arte, la danza es la única en la cual «el creador y lo creado, el artista y el trabajo son una y la misma cosa». No se necesitan utensilios ni instrumentos; la obra de arte del bailarín es su propia coreografía, es una expresión privilegiada del propio ser en el mundo, en la totalidad de su «yo» corpóreo.

El arte es también una *techné* en una dimensión concreta: el oficio de crear, hacer y construir. Es el arte del artífice lo que le da forma a su trabajo, que confronta las limitaciones de los materiales desde los cuales intenta crear una forma que siga las normas de la estética, la composición, la armonía, el balance y el ritmo. Así que, en la danza, el bailarín forja su creación confrontándose con la fisicalidad de su propio cuerpo y, a través del movimiento, en el juego rítmico y en la composición coreográfica, se busca la armonía, el equilibrio y la belleza de la forma (la estética).

Si consideramos las raíces de la danza, descubriremos que, para el ser primitivo, danzar consistía en revelar su propio estado emocional, elaborar las emociones relacionadas con los momentos más importantes de la vida social, expresar la relación con la naturaleza y el universo, vivir su sociabilidad (Garaudy, 1985). El danzar no sólo era la única manera de darle forma expresiva a emociones y sentimientos que pudieran provocar estados de ansiedad difíciles de sobrellevar, sino que también era una vía mediante la cual alcanzar una amplia gama de estados de conciencia y expresar el propio ser, la propia interioridad. En las danzas rituales, era esencial ejecutar movimientos específicos que le daban su forma y, a través de una atención particular a estas coreografías en el momento en que eran interpretadas, el ser se enriquecía y encontraba una nueva vía para una afirmación personal y propia.

Se podría decir que el uso de la danza como terapia encuentra su raíz en la historia de la humanidad. Y es este valor artístico particular de las danzas originarias lo que explica la especificidad creativa y terapéutica de la DMT.

La poética de la DMT

La DMT replantea, pues, el arte de la danza a partir de sus elementos constitutivos: el ritmo, visto como un factor que conecta el movimiento con el espacio, el tiempo, la música; el arte de componer, ensamblar, transformar el gesto, la postura, en coreografía; el equilibrio como el juego de las posibilidades del cuerpo en relación con el peso y la gravedad; la armonía que nace de la posibilidad de reconocer y utilizar las conexiones y la estructura de nuestro cuerpo como algo accesible y que nos pertenece; la belleza del gesto profundamente habitado por quien lo ejecuta, del que es partícipe. Nada de esto debe confundirse con la danza como espectáculo: de hecho, al utilizar los elementos artísticos de la danza (composición coreográfica, armonía, equilibrio, ritmo, estética), la DMT va, en cierto sentido, más allá de los mismos, alcanzando una profundidad que se esconde detrás de las apariencias, revelando la experiencia auténtica del individuo que la interpreta, ya que se interpreta a sí mismo y a su interioridad.

Es entendiendo la DMT de este modo que podemos llevarla más cerca del arte poético. La DMT como la poesía es un proceso creativo que, poniéndose a la escucha de lo que está en la profundidad, hace emerger el verdadero *Self*. La poesía, con sus versos cargados de un lenguaje connotativo, alusivo, metafórico, simbólico, manifiesta los entresijos del alma del poeta, revelando sus emociones, sus sentimientos y la esencia de sus pensamientos más remotos. En el juego de las palabras y de los sonidos que hacen referencia a otros sonidos, emerge el ritmo y la musicalidad, manifestación de la expresividad del poeta. La DMT se desarrolla en el cuerpo y en el movimiento, también con el lenguaje connotativo, alusivo, metafórico y simbólico que expresa la vida interior y la experiencia del bailarín. El lenguaje de la DMT se expresa en la relación entre significante y significado (movimiento y su contenido), lo que existe entre las palabras y su contenido en el lenguaje poético: una relación dinámica, que hace que la experiencia resuene de muchas maneras, ofreciendo siempre nuevas posibilidades expresivas y receptivas (ambigüedad y polisemia) (Puxeddu, 2001).

Si la DMT es el lenguaje, es al mismo tiempo de tipo expresivo y de tipo impresivo¹². De hecho, la DMT no se trata solamente de dirigirse hacia el mundo interno

¹² Lenguaje impresivo o receptivo es lo que entendemos escuchando o leyendo, mientras que el expresivo es el que se habla y se escribe.

y darle forma a la profundidad de la experiencia interior, sino también de acoger las resonancias y de responder a la necesidad de «imprimir»¹³ la experiencia para que pueda asentarse y dejar sus huellas. La acogida de las resonancias promueve la autoobservación y la autoconciencia. La oportunidad de observarse y de adquirir una mayor cantidad de información acerca de los propios pensamientos, emociones y acciones, que no se limite a una búsqueda de tipo narcisista en la vida interna, permite un mayor conocimiento de uno mismo y también permite administrar mejor la propia imagen externa (la autopresentación).

Esta acogida es doble: por un lado para aquel que interpreta y vive la danza, y, del otro lado, para el observador (testigo participante) que acompaña y sostiene la experiencia. El terapeuta, estableciendo una relación de confianza con el paciente, se hace oídos, ojos sensibles, mano y brazo capaz de acoger lo que el otro trae. Sin juicio de valor, intenta aprehender el sentido de la existencia del otro, su significado en este tiempo y en este espacio. Desarrollando su capacidad empática, busca comprender el significado de la existencia del paciente para entrar en su horizonte de sentido, comprendiendo cómo éste significa los eventos que le suceden (Puxeddu, 2007).

Podemos decir que esta recepción dual confluye en la relación de confianza y luego se convierte en un diálogo creativo entre el paciente y el terapeuta. Y es precisamente allí donde se ubica el valor terapéutico de la DMT.

DMT y creatividad

La creatividad se menciona a menudo en el discurso actual y cada uno de nosotros tiene alguna idea de lo que es la creatividad. La creatividad es aquella capacidad de innovar, que nos hace capaces de elaborar y desempeñar algo nuevo; es la capacidad que mejora y, por lo tanto, favorece la construcción de uno mismo en la reconstrucción de los elementos humanos, los materiales y las experiencias de la realidad.

Ésta

parece ser una característica fundamental de la naturaleza humana, presente en todo, una potencialidad dada en el nacimiento de todos los seres humanos, expresión de salud y evidente en las personas que encuentran satisfacción, pero la mayoría de los seres humanos la perderá gradualmente al integrarse en la cultura (Maslow, 1954, p. 225).

13 NT. En el original «*imprimere*» con el sentido figurado de «fijar algo dejando una marca» o huella. Quiere decir encarnar lo vivido para integrarlo en el cuerpo.

La creatividad debe, por lo tanto, ser redescubierta para el bienestar psicológico del ser humano y para que pueda procesar e interpretar la conexión entre sí y el mundo en el que vive sus experiencias. La DMT, en tanto que diálogo creativo, acompaña y apoya el proceso de crecimiento personal en una perspectiva temporal sincrónica; no se trata de etapas que deben ser superadas, sino de elementos internos que maduran en secuencia, permanentemente presentes y en continua integración.

El cambio interno no es lineal, sino que debe entenderse como un proceso, con componentes que se activan de forma predominante o periférica. En esta perspectiva, se encuentra la idea de la transformación y la evolución personal como una evolución continua a través de la experiencia, y es posible hablar de «cambio personal» en lugar de hablar solamente de curación y enfermedad. El trabajo de la DMT se centra en aquello que bloquea la transformación adaptativa, reemplazando el concepto limitado de «curación», que supone la presencia de una patología.

El cambio, por lo tanto, es un proceso que involucra a cada momento de la existencia, y que se expresa en la experiencia constante de la definición y redefinición del *Self*. El cambio, la mutación, es de hecho una característica estable de la vida del individuo. En cada cambio hay elementos de continuidad y discontinuidad, lentitud y aceleración, orden y desorden, que en su sucesión representan la regularidad cíclica y una normalidad que también da lugar al evento extraordinario. Sin embargo, este evento es a veces ingobernable, es sentido y no deseado, y puede ocurrir pese a la convicción de no haber actuado para obtenerlo. La experiencia de la discontinuidad puede suponer pesados costes emocionales para la persona, debido a las grandes dificultades que implica el reconocerse en la transformación. En cada persona coexisten aspectos aparentemente opuestos: por un lado, está la necesidad de estabilidad, de vivir en lo familiar, y, por otro lado, la curiosidad por lo nuevo, el impulso de cambiar. Es en estas polaridades que se esconden los recursos que son efectivos para cada persona.

Es en estas situaciones que se esboza la crisis, ese estado emocional particular que denota malestar e incomodidad, asociado a la toma de distancia, el poder ver y evaluar un momento lleno de potencial evolutivo, pero cargado de las tensiones y los riesgos del cambio. En la crisis es posible obtener una percepción relativamente lúcida de los elementos involucrados. Sin embargo, vivimos la incapacidad de reconectarlos de acuerdo a un orden conocido. En esta experiencia no surge la urgencia de eliminar lo nuevo, ni la necesidad de descubrir la causa, sino la de comprenderle en su dinámica y mantenerle vivo en el curso de una experiencia que la persona pueda tolerar.

La crisis implica entonces un verdadero cambio de identidad: no sólo lo que se ve es nuevo, sino que el *Self* que ve es distinto. Por lo tanto, todo crecimiento

requiere una adaptación creativa, la necesidad de estar en sintonía con uno mismo y con un entorno en constante transformación.

DMT como proceso

La DMT, como hemos visto, entendida como un proceso, acompaña y apoya el camino más amplio de crecimiento de la persona. Mediante un enfoque creativo, es posible componer de forma novedosa las distintas polaridades que habitan en el individuo, respetando sus tiempos y sus necesidades, ayudar a hacer frente a los momentos de crisis y llegar a ser conscientes del hecho de que, a pesar de que la crisis parezca una «catástrofe disruptiva», no es, como tal, la portadora de la destrucción, sino de la evolución y del crecimiento saludable.

La DMT es el arte de la integración y la reconstrucción: partiendo de elementos sencillos que nos pertenecen, reensamblarlos de maneras novedosas, a partir de nuestras limitaciones, para convertirlos en posibilidades. Entender, no en el sentido intelectual de la palabra, sino en el sentido de hacer espacio, de dar tiempo a las diferentes instancias que nos pertenecen y que a menudo sentimos como contradictorias y amenazantes. La DMT permite al individuo seguir las diferentes fases del proceso de creación de acuerdo a sus tiempos y sus necesidades. Con referencia a las teorías de Guilford (1967) sobre el pensamiento divergente y Wallace (1926) sobre el proceso creativo, se puede observar, en efecto, que el camino de la DMT traza sustancialmente los mismos pasos del proceso creativo: preparación, incubación, *insight*, verificación y realización. En una primera etapa, se deja emerger el problema de la persona permitiéndole tomar forma, dando al sujeto la oportunidad de confrontarse con algunos aspectos y algunas dificultades, tanto en términos de la experiencia concreta, como de su valor simbólico y metafórico (preparación). Al mismo tiempo, el trabajo puede evolucionar y abrirse hacia otras direcciones, que eviten confrontar el síntoma de forma lineal o el elemento central del problema de una manera directa (incubación). En esta fase se desarrollan las asociaciones, y algunos elementos —en particular las críticas o el malestar— parecen pasar a segundo plano en el trabajo con DMT, que se ve enriquecido por los diversos caminos que se entrecruzan. Luego sigue el momento en que se puede abordar la problemática y ser acogida mediante una nueva perspectiva (*insight*), tras lo cual hay un momento de toma de conciencia (verificación) con las acciones consecuentes, y, finalmente, el reflejo de este proceso en la dimensión operativa de la vida diaria (realización).

A través de la DMT el individuo siente tener un cuerpo propio, distinto del cuerpo del otro, e integrado en todas sus partes constituyentes, lo que le permite

experimentarse a sí mismo y tomar conciencia de su propia subjetividad. Ser consciente de uno mismo implica ser capaz de sentir y registrar los estados de ánimo, traducir la propia experiencia en un lenguaje y compartir y comunicarse con el otro.

El lenguaje corporal se convierte en el medio de comunicación en el diálogo entre el paciente y el terapeuta, quien, a través de su presencia, a través de su propio cuerpo y de su mirada reconfortante y acogedora, crea un ambiente seguro. Realizando la función de espejo, devuelve al paciente una reestructuración positiva de su propia imagen, activando así el proceso de individuación que permite la construcción subjetiva de la identidad personal.

La experiencia de la DMT le proporciona al que la interpreta una vivencia de la imagen completa y unificada del *Self*, y esto le permite experimentar la sensación de permanencia y de continuidad de la identidad en su proceso de cambio. El *Self* es, de hecho, el principio integrador que nos permite una vivencia permanente y unitaria de sí misma, lo cual le permite atravesar cambios en el tiempo, en el espacio y en los roles. El trabajo terapéutico se centra en aquello que eventualmente bloquea el flujo de la transformación adaptativa, y apunta a hacer consciente al paciente de que la construcción de su propio *Self*, el mantenimiento de su identidad, la responsabilidad, la capacidad de trabajo productivo, las relaciones duraderas, no son metas a adquirirse de una sola vez y por todas, sino que son el resultado de un movimiento continuo de construcción y deconstrucción de la identidad personal. Sean testigos de que este es el sentido del proceso que la DMT sostiene.

Se trata de un proceso que pasa por el resistir a la tentación de responder las preguntas que se mantienen temporalmente abiertas, sin respuesta. Ayudar es soportar la suspensión..., y, de hecho, he aquí la dificultad. La crisis de crecimiento puede suponer, como sugieren los dos ideogramas chinos que componen esta palabra, no sólo el valor de «peligro», sino también el de «oportunidad». Oportunidad que, aunque disruptiva, no es portadora de destrucción como tal, sino de evolución y crecimiento saludable. La DMT, a través de la experiencia corporal, ofrece a la persona la conciencia y la capacidad de responder a los cambios, la capacidad de ser testigo de su propia transformación..., y este es el verdadero logro del crecimiento.

References/ referencias bibliográficas

- Bianconi R., De Gregorio A., Manarolo G. & Puxeddu V. (1994). *Le arti terapie in italia: realtà e prospettive*. Roma: Il trullo.
- Fabbrini, A. & Melucci A. (1992). *L'età dell'oro. Adolescenza tra sogno ed esperienza*. Milano: Feltrinelli.
- Galimberti, U. (1992). *Dizionario di Psicologia*. Torino: UTET.
- Garaudy, R. (1985). *Danser sa vie*. Paris: Seuil.
- Guilford, J.P. (1967). *The nature of human intelligence*. New York: McGraw-Hill.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper. (trad. it. (1973) Motivazione e Personalità. Roma: Armando.
- Puxeddu, V. (1966). Introduzione alla danzaterapia, *Chorégraphie- studi e ricerche sulla danza*, (7), 4-13.
- Puxeddu, V. & Ernestini, M. D. (1995). Danza e medicina psicosomatica, *Arti Terapie*, (2), 15-19.
- Puxeddu, V. (2001). La Danza Movimento Terapiat Integrata nell'approccio del bambino autistico, *Psicomotricità*, (11), 42-48.
- Puxeddu, V., Baraldi, A., Camerada, V., Lilliu, F., Pili, P. & Turri, P., Zedda M.V. (2004), psichiatria e danzamovimentoterapia integrata*- un'esperienza presso il servizio di diagnosi e cura dell'ospedale Is Mirrionis di Cagliari. En A. Adorisio & M. E. Garcia (Eds.), *Danzamovimentoterapia - modelli e pratiche nell'esperienza italiana* (pp.195-216), Roma: Edizioni Magi.
- Puxeddu V. (2004). Danza Movimento Terapia Integrata* e autismo. En A. Adorisio & M. E. Garcia (Eds.), *Danzamovimentoterapia - modelli e pratiche nell'esperienza italiana* (pp.73-92), Roma: Edizioni Magi.
- Puxeddu V. (2007). L'arte di accompagnare – l'osservazione in danzamovimentoterapia integrata. *Ar-te'* (2), 42-47.
- Sachs C. (1933) *Eine Weltgeschichte des Tanzes*. Berlin; (trad. it. (1966) Storia della danza, Milano: Il saggiatore.)
- Wallace G. (1926). *The art of thought*. London: Hartcourt Brace.

Capítulo cuatro: The Dance Movement Assessment (DMA): A movement based creative evaluation to detect changes through DMT

IRIS BRÄUNINGER AND BRIGITTE ZÜGER (English version)

This chapter presents a standardized dance movement therapy tool, the Dance Movement Assessment (DMA) that allows to document progress and improvement through Dance Movement Therapy (DMT) treatment. In order to increase the visibility of the profession and underline its potential, standardized tools for movement assessments are necessary (Bräuninger & Züger, 2007; Lausberg, 1997). Measurements need to be valid (Cruz, 2009), reliable (Gross, Crane, & Fredrickson, 2012; Koch, 1999), timesaving, and should integrate a qualitative view of the individual (Bräuninger & Bacigalupe, submitted). The DMA is adopted from its original version in German [Bewegungsprofil Erhebung] (Bräuninger & Züger, 2007).

Dance Movement Therapy Assessments and Evaluations

Dance therapists are specialized in movement observation and movement analysis. Thus, they embody a deep understanding of a client's movement language when assessing and reporting therapy process, and evaluating treatment outcome.

Dance movement therapy assessment integrates the resource oriented cognitive process of movement analysis as in diagnosing and the embodied empathetic understanding of a person's movement profile through the therapist, a synthesis unique to DMT. (...) Therapists usually develop their distinctive DMT treatment protocols and adapt them to the documentation system of the health institution. Dance therapeutic qualitative and quantitative movement profile assessments focus on phenomenology and resources. Therapists additionally apply validated and reliable standardized psychological questionnaires to evaluate treatment outcome (Bräuninger & Bacigalupe, submitted).

Most commonly, dance therapists use Laban-based tools: DMT assessments include the Effort-Shape-Analysis (Laban, 1988; Lamb, 1965), the related Laban

Movement Analysis (LMA) (Bartenieff & Lewis, 1980), the Effort-Shape based Kestenberg Movement Profile (KMP), which integrates a developmental outline (Kestenberg-Amighi, Loman, Lewis, & Sossin, 1999), and the Laban-based Movement Psychodiagnostic Inventory (MPI) (Cruz, 2009; Davis, Lausberg, Cruz, & Roskin Berger, 2007). Movement analysis assesses

(...) emotional wellbeing and contribute[s] to the diagnostic process especially when clients show reduced mobility and inhibition in verbally expressing feelings, thoughts, and inner states. Complex assessment systems should show good interrater reliability and this has been partly confirmed for some Kestenberg Movement Profile diagrams (Koch, 1999), and the Movement Psychodiagnostic Inventory (MPI) (...) (Cruz, 2009). (...) The highly individualized practice for assessing and lack of standardized assessment procedures however poses the danger to generate a certain vagueness, which makes it difficult for DMT being recognized in its full potential. (...) (Bräuninger & Bacigalupe, submitted).

The field of dance therapy lacks assessment tools, which are applicable in daily practice and can be easily used by therapists and trainees. The DMA is designed to provide such a tool. It utilizes therapists' movement observation skills with no need for extra training, and takes about 20 minutes for conducting the assessment with the client, and another 15 to 25 minutes for evaluating the data and documenting the results. In times of evidence-based practice, specific assessments like the DMA are vital to evaluate dance therapy's efficacy.

The Dance Movement Assessment (DMA)

The Dance Movement Assessment (DMA) [Bewegungsprofile Erhebung, BPE] was initially proposed as film-based movement analysis to evaluate DMT treatment in the psychiatric context and neurological rehabilitation (Bräuninger & Züger, 2007). The DMA has subsequently been used as a creative, movement based, standardized pre-, and post-test to track changes in the DMT treatment process. Furthermore, it is applied as a format to document treatment outcome and areas of weakness, vulnerability and resilience. It is suitable in neurology, psychiatry, psychosomatics, psychotherapy, somatic medicine, geriatrics, and other health care fields.

The authors choose the name Dance Movement Assessment as the focus lies on dance, movement, and assessment rather than on "test", thereby avoiding negative connotations, which can emerge when clients are asked to do a "test". Dance therapists can apply the DMA in their dance therapy work in private practice and

public health services¹⁴. The DMA reveals areas of weaknesses, personal strengths and skills, and problem solving capacities. The exercises of the DMA are easily completed and take about 20 minutes. The assessment should not provoke feelings of fear or failure. It rather makes people realize their own preferences and resources. The DMA incorporates everyday movements and is a low-threshold evaluation tool that can be applied to people from 16 years to old age. It is suitable for clients who are confused, anxious, and / or physically limited. An additional version based on the DMA is currently developed as a pre-therapeutic assessment for people with empathy dysfunction, such as in the autism spectrum (Behrends, Müller, & Dziobek, 2012).

Film recording of the DMA is not mandatory, but can be used, for example as pre- and post-test assessment. Looking at the film material, with or without the client, can help to quickly identify both a client's limitations and resources. If filming takes place, questions regarding the ethics of using filming methodology should be dealt with high sensitivity and professionalism.

Rationale for the Dance Movement Assessment (DMA)

Movement analysis provides information about the characteristics of a person, how that person interprets the movement task in his/her individual way (Lausberg, 1997), and how the person expresses emotions through body movements (Crane & Gross, 2013; Gross, Crane, & Fredrickson, 2012). The DMA is a low cost technique and low-threshold evaluation tool that informs about the resources available to a person¹⁵. The exercises are based on everyday movements and easily carried out. Most of them are accompanied by music¹⁶. Music provides a time structure and fosters confidence. The instructions are easily understood. Each exercise is read aloud by the therapist. (Table I).

TABLE I

Preparation:

Before you get started with the assessment, prepare everything ahead of time:

- get the music ahead of time (links for downloads from dancetherapy@mac.com)

¹⁴ DMA online-tutorial is available if needed. For more details contact: dancetherapy@mac.com or bzueger@zoe-tanz.ch

¹⁵ DMA Evaluation Sheet: <http://tinyurl.com/mx4sof3>

¹⁶ Music: get the download list from dancetherapy@mac.com

- burn your own CD
- download instruction (<https://tinyurl.com/khj8rv6>) and evaluation sheet (<http://tinyurl.com/mx4sof3>)
- prepare the room and put everything away.
- put the music CD in the player

During the assessment:

- read the instruction to the client: Read as far as the first exercise (1 and 1.1 together)
- let the client do the exercise 1.1.with the music, then pause music
- press “play” and continue with the following exercise
- read instruction 1.2.
- let the client do exercise 1.3.with the music, pause the music etc. until the end
- always press “Pause” after each exercise

Here are the instructions (Only read out loud the paragraphs in italics):

This Dance Movement Assessment helps me to identify how you move individually. You can carry out each exercise spontaneously, as you understand it. There is no right or wrong way. It is not a test for doing a performance.						
No	Exercise	Instruction	Music	Length of Music	Explanation	Music piece
1	WALKING	<i>In the first exercise you walk: I will give you three different instructions. For each exercise there will be 30 seconds of different music.</i>				
	1.1.	<i>Please walk curvy paths until the music ends.</i>	No 1	30 sec.	Say the length of music of the exercise	George Winston Nr. 3 (December)
	1.2.	<i>Please walk straight lines crisscrossing, until the music ends.</i>	No 2	30 sec.	Say the length of music of the exercise	Deuter Nr. 1 (Kundalini) (25-55)
	1.3.	<i>Please walk for a while as you like until the music ends.</i>	No 3	30 sec.	Say the length of music of the exercise	Tri Festivo Nr. 5 (Tonarten und Klangwelten) (0-34)
2	RUNNING	<i>The second task consists of (fast walking and) RUNNING.</i>				
	2.1.	<i>Start and continue running. This exercise is without music. If you have had enough, you can stop.</i>	-	-	...	-

	2.2.	<i>Now we are using music again: Can you change your running and adapt it to the music?</i>	No 4	40 sec.	...	African Playground Nr. 7 (Hendry von Tarika Sammy)
3	STAMPING	<i>The next task is STAMPING and is accompanied by two different pieces of music.</i>				
	3.1.	<i>Try to stamp to the first piece of music. You can stamp as hard as you like.</i>	No 5	30 sec.	Say the length of music of the exercise. Do not put the volume too low; rather increase the volume a bit.	Christopher Benstead Nr. 9 (Modern Dance 4), 0-39
	3.2.	<i>The second piece of music is a bit different. You can stamp again as you like.</i>	No 6	30 sec.	Say the length of music of the exercise	Various Artists: Nr. 1 (The Heart of Percussion), 21-51
4	GROWING / SHRINKING	<i>GROWING means to extend in width, length or locomotion, SHRINKING is the opposite. In these exercises you can experiment with growing and shrinking movements at all possible levels. The music should support you.</i>				
	4.1.	<i>You can play with the two elements growing and shrinking. You can decide how quick or how big your movements should be. You can include all spatial levels.</i>	No 7	1 min.	Say the length of music of the exercise If necessary, put the volume lower again.	Kim Lenzer & Lars Trier, Nr. 3 (Kiss the Forest), 0-1:04
	4.2.	<i>Do you have an image of something that grows or shrinks? Can you make growing and shrinking movements based on this image?</i> <i>(If the client says that s/ he does not have an image, only in that case you give the following instruction: „If you cannot think of an image, you can just move to the music.“</i> <i>1.1.1.1 At the end ask „Did any images come up? Which?“</i>	No 8	1 min.	Say the length of music of the exercise Ask if images came up (in an open, non-suggestive way)	Christopher Benstead Nr. 4 (Modern Dance 4), 0 - 1:07
5	SWINGS	<i>SWINGS can be sustained or sudden, strong or light, big or small. You are accompanied by two pieces of music, one after the other, to assist you in trying different types of swings.</i>				
	5.1.	<i>Please try with this piece of music to SWING. There is no right or wrong way</i>	No 9	1 min.	Say the length of music of the exercise	Habib Koite & Bamada, Nr. 2 (Mosu Ko), 0-1:07

5.2.	<i>Now comes the second piece of music, it's a little different from the first. Again please try to SWING during this piece of music.</i>	No 10	1 min.	Say the length of music of the exercise	20 best of Today's Folk & Worldmusic, Nr. 13 (Enrique Ugarte "Wenn Mademoiselle Dich küsst"), 0 – 1:02
CLOSURE	<i>You have now completed all exercises. Thank you for your cooperation. How are you now?</i>				In case that the MPA has been filmed, ask if the client wants to look at video in the next hour on a computer.

The DMA Exercises

The following description is adapted from the authors' original German version, BPE (Bräuninger & Züger, 2007).

1. WALKING

Walking is a basic human movement. Observing how a person walks allows the analysis of whole-body tension and resonance (Lausberg, 1997) and of qualitative effects of emotions on gait (Gross, Crane, & Fredrickson, 2012). It permits to analyze how a person shifts weight, holds balance, walks curves (round, flowing, etc.), coordinates one's movements (upper/lower and left/right body parts).

1.1. Walking in loops

The client can choose the length, number, and direction of the loops and the use of space. The therapist can observe the handling of balance, flow of walking, use of spatial directions, and the ability to adapt to the music.

1.2. Walking straight

The client decides the length of the straight paths, extent and number of changes of directions and tempi, and how s/he makes use of the space. The therapist analyses these decisions, and how the mover balances and adapts to the music.

1.3. Walking, free choice

The client chooses how s/he wants to walk and presents walking preferences at that moment. The therapist observes if and how the client changes between walking in loops/walking straight, how often the client changes directions (to right and left), tempo, balance, and how the client uses space and adapts to the music.

2. RUNNING

Running is another basic human form of locomotion. In order to accelerate ones' locomotion towards running, a person needs coordination, adaptation, force, and short physical endurance.

2.1. Acceleration of running

The client chooses how long s/he accelerates the running, if and when the acceleration is stopped or whether the running is continued for a while. Acceleration of running regulates the use of weight forward.

2.2. Adaptation of running

This exercise requires fast adaptation of running within 30 sec. The task is similar to 2.1. but it includes music. The therapist can observe full body action (in walking and running), free, bound and neutral flow, the use of weight and weight shifts, changes of direction (adaptation to the space), abrupt, gradual, constant, or adjusted flow, high, medium, and low intensity of movement qualities, use of right or left side, and the extent of rotations.

3. STAMPING

This exercise requires a regulated, controlled use of weight downward, abrupt movements, and gathering and releasing of tension.

3.1. Adaptation of stamping to music

This exercise requires that the stamping is adapted to the tempo. The clients choose how they use weight.

3.2. Adaptation of stamping (to music and strength)

As in 3.1, stamping is adapted to the tempo: Stamping with different tempi means modifying the use of weight to the new music. Additionally, the therapist can observe the use of the other effort elements, and if fighting efforts are used particularly (strong weight, directness, suddenness).

4. GROWING AND SHRINKING

The therapist explains what growing and shrinking movements can be performed across horizontal, vertical, and sagittal planes.

4.1. Growing / shrinking

The formulation determines the form of movement growing / shrinking. The therapist gives hints with regard to the use of tempo, and space and planes. The thera-

pist observes how the body shapes in space, and which body parts and elements of bipolar shape flow, unipolar shape flow, shaping in directions, and shaping in planes are used.

4.2. Growing / shrinking with images

The therapist asks the client if an association or image spontaneously appears when thinking about growing and shrinking. If an image appears, the therapist invites the client to express and explore that image through movement. If no image appears spontaneously, the therapist invites the client to move freely. At the end of the exercise, the therapist asks again if an image appeared, because images may have been stimulated through freely expressed movements. This exercise can give an insight into the client's intra-psychic experience and imagination. Growing and shrinking movements can be observed: widening / narrowing (horizontal plane), lengthening / shortening (vertical plane), bulging / hollowing (sagittal plane), and the relation between bipolar and unipolar shape flow can be described.

5. SWINGING

Swinging consists of the changes between free flow and bound flow, control and letting go (Lausberg, 1997), and of movements that can be high and low, back and forth, and arch-like. Swinging requires the use of tempo, weight, and magnitude. The clients can choose if and how the trunk and the extremities (arms, legs) are involved.

5.1. Swinging-1

The instruction invites the client to improvise to music with swinging movements. The therapist observes, which efforts and body parts are used, and if the client adapts his/her movements to the music.

5.2. Swinging-2

As in 5.1. The only difference is that another music is provided (see Appendix 1).

Evaluation of the DMA

The dance therapist can evaluate the data received from the DMA in different ways. Three examples are provided in the following. The first possibility is suggested in the DMA rationale (see also Appendix 1) where the outcome of the DMT treatment can be assessed, quantity and quality of observed movements can be reported, interpretations and initial conclusions can be drawn, and treatment goals, and plan interventions can be formulated. The evaluation of the movement assessment

can be presented in a purely phenomenological way, using descriptive movement terms and avoiding interpretative psychological and psychodynamic terminology. The following offers a hypothetical example:

Our female dance movement therapist works on a ward with clients diagnosed with impulse-control disorder, where she participates in a 60 days-program. The dance movement therapist is knowledgeable in basic KMP concepts and in the eight KMP diagrams. A male young fictional adult client, whom we shall call “Simon”, is admitted to the DMT group twice a week because he shows challenging behaviour with impulse control and frequently acts aggressively towards himself and others. The number of expected visited DMT groups is about 16 sessions. In order to set up more specific DMT treatment goals and to evaluate if these goals are achieved at the end of the treatment, in other words if DMT is successful, our therapist plans to conduct the DMA at three different measure points: The first assessment is before the onset of the DMT treatment at t1 to define Simon’s areas of weakness, strength and resilience at baseline. At half time of the treatment and after eight DMT sessions (t2), the second DMA is planned to verify treatment goals and adapt interventions if necessary. The post-test at t3 is performed towards the end of the treatment, around session 16. Before t1, the therapist identifies areas that she wants to evaluate through the DMA, which are relevant to Simon’s treatment. We assume that his aggressive behaviour is reflective in his movement qualities. The focus thus lays on analysing 1. the rational between indulging and fighting elements of the KMP System 1 (diagrams 1-4) and 2. the rational between growing and shrinking elements of the KMP System 2 (diagrams 5, 6, 8, 9). The analysis of her first DMA of Simon reveals, that the quantity of fighting elements in tension flow rhythms, tension flow attributes, pre-efforts and efforts are higher than the amount of indulging movements. Furthermore she assesses that Simon uses a lot of shrinking bipolar shape flow but hardly shows any shaping in direction nor shaping in planes. Based on her analysis of the DMA at t1, our therapist identifies some KMP diagrams (1, 4, 5, 8) as particularly crucial: tension flow rhythms, efforts, bipolar shape flow, and shaping in directions. After t2 and t3, she intends to compare Simon’s DMAs with that of t1 to examine if his movement repertoire has changed and improved through DMT.

Another way of evaluating the DMA data is more interpretative in nature and can be mixed with the LMA, MPI, the Kestenberg Movement Profile (Kestenberg Amighi, Loman, Lewis, & Sossin, 1999), and others. Coming back to our previous example of Simon, we now add a more interpretative evaluation to the move-

ment observation derived from the DMA. When using the KMP, the descriptive movement observation can be interpreted with psychodynamical or psychological “lenses”. With Simon, our imagined client, we previously identified diagrams 1, 4, 5, and 8 to be of particular relevance: Tension flow rhythms (diagram 1) may be interesting to look at as they inform us about Simon’s needs. Efforts (diagram 4) provide information about his coping strategies, bipolar shape flow (diagram 5) informs about his moods and bodily self-feelings, and shaping in directions (diagram 8) teaches us about Simon’s object related strategies and complex interpersonal relationships. How do we know, if DMT treatment is successful? At t3, our dance therapist analyses the tension flow rhythms (diagram 1) and finds that each one of the ten rhythms are present in Simon’s movement repertoire. She concludes that Simon’s basic needs are more balanced at t3 compared to t1. Simon’s movement repertoire at t3 reveals an increased use of indulging effort elements and a reduction in fighting efforts (diagram 4), thus his coping strategies have increased. He uses more growing bipolar shape flow (diagram 5) at t3 which the therapist interprets that Simon’s moods and bodily self-feelings are more balanced. Simon shapes his movements in directions (diagram 8) at t3 still rarely, but more than at t1 and t2. Hence, he starts to make careful steps towards more complex interpersonal relationships.

Applying the concept of resilience is another way of understanding the results obtained the DMA. “The value of looking at resilience is it reminds us to move away from a discourse of psychopathology and failure” (Ungar, 2005, 92). Resilience means:

- I. The capacity of individuals to navigate their way to resources that sustain wellbeing;
- II. The capacity of individuals’ physical and social ecologies to provide those resources; and
- III. The capacity of individuals, their families and communities to negotiate culturally meaningful ways for resources to be shared (Resilience Research Centre, 2009, p. 3).

“Moving away” from deficit oriented perception has always been the aim of DMT. Moving towards the improvement of quality of life and stress management (Bräuninger, 2012 a, b) has been proven to be successful. Adapting the concept of resilience to the evaluation of the DMA implies to highlight the capacity of the client exclusively. The DMA can be used to emphasize how their capacities can direct the clients to make use of their resources that sustain wellbeing and how the individuals negotiate with their environment. Although assessments used in DMT acknowledge the clients’ resources, therapists often ask, “What is missing, what needs to be changed?” Alternatively, we can ask, “What keeps the client healthy,

despite the risk factors?” (Nitsch & Hock, 2012). This perception turns aside the notion of psychopathology and deficit orientation and promotes dance movement therapy as “improving wellbeing and supporting adaptation and self-management to a changing environment” (Bräuninger & Bacigalupe, submitted). By focusing on the client’s capacity to cope puts in motion a change of cognition and a shift of paradigm towards resilience.

This chapter gives a brief overview of DMT assessments and emphasises their importance for evidence-based practice. The Dance Movement Assessment DMA is introduced as a new DMT tool that enables to assess treatment outcome, document clients’ strengths and resilience, facilitate treatment planning, and define and verify therapy goals. The five exercises and sub exercises are presented and explained in detail, which enables dance therapists to easily apply the DMA in every-day work. The chapter ends with suggestions how the DMA data can be processed. The evaluation of the DMA data can be presented phenomenological and the client is described in pure movement terms. Another choice takes an interpretative viewpoint, as offered for example by the KMP, to emphasize the correlation between physic and psyche. The third alternative to process the DMA data suggests acknowledging the clients’ movements in relation to their resources and resilience. This perspective is interesting in so far as it correlates with dance therapists’ positive orientation towards supporting and emphasizing the competence of their clients.

The Dance Movement Assessment DMA offers a new assessment to dance movement therapists. The authors are convinced that the application of the DMA can ease evidence-based research and become a resource easy to implement to therapists’ daily practice.

Appendix

____ Pre-test (Initial): Date:
 Client name (or Code):
 ____ Post-test (End of treatment: yes ____/ no ____) Date: Age:
 ____ No of total DMT sessions Sex:

Exercise No	Focus of Observation	Dance Movement Assessment: Pre-test t1 Session No: ____	Dance Movement Assessment: Post-test t2 Session No: ____
1.	WALKING		
1.1.	- Balance - adaptation to music - other		
1.2.	- length of the straight paths? STEPS? - choices of direction and tempi and number of changes - use of the space - balance - coordination - adaptation to music - other		
1.3.	- walking preferences - changes between walking in a curve and walking in a straight line - changes in direction to right and left, tempo, balance - use of space - adaptation to music - other		
2.	RUNNING		
2.1.	- use of running and run-stop-go rhythms - use of weight in combination with forward movement - use of momentum - decisions and anticipation		

2.2.	- does client adapt quickly? - use of weight - full body action - use of flow (free, bound, neutral) - weight shifts - changes of direction - use of tension flow attributes (abrupt, gradual, constant, adjusted flow, high, medium, and low intensity) - use of right or left side - extension of rotation		
3.	STAMPING		
3.1.	- adaptation of weight to tempo - use of weight		
3.2.	- adaptation of weight to tempo - use of weight - use of all effort elements, in particular fighting efforts		
4	GROWING / SHRINKING		
4.1.	- used body parts - bipolar shape flow		
4.2.	- unipolar shape flow - shaping in directions - shaping in planes - upper/lower, left/right diagonal - images/associations? (if yes, which?)		
5.	SWINGS		
5.1.	- efforts - body parts - use of space		
5.2.	- adaptation to music		
Interpretation and conclusion:			

Treatment goals and Planned Interventions	1. Treatment goal: Intervention:	1. Treatment goal achieved? yes ____ / no ____ Comment:
	2. Treatment goal: Intervention:	2. Treatment goal achieved? yes ____ / no ____ Comment:
	3. Treatment goal:	3. Treatment goal achieved? yes ____ / no ____



La Danza Movimiento *Assessment* (DMA), una evaluación creativa, basada en el movimiento, para medir el cambio mediante la DMT¹⁷

IRIS BRÄUNINGER Y BRIGITTE ZÜGER (versión española)

En este capítulo se presenta una herramienta estandarizada de Danza Movimiento Terapia, la Danza Movimiento *Assessment* (DMA), que permite documentar el progreso y la mejora a través del tratamiento con Danza Movimiento Terapia (DMT). Las herramientas estandarizadas para la evaluación de los movimientos son necesarias para aumentar la visibilidad de la profesión y subrayar su potencial (Bräuninger y Züger, 2007; Lausberg, 1997). Las mediciones deben ser válidas (Cruz, 2009), fiables (Gross, Crane y Fredrickson, 2012; Koch, 1999), eficientes, y deben incluir una visión cualitativa del individuo (Bräuninger y Bacigalupe, presentado). El concepto de DMA es tomado de su versión original en alemán [*Bewegungsprofil Erhebung*] (Bräuninger y Züger, 2007).

Las valoraciones y evaluaciones de la Danza Movimiento Terapia

Las danza movimiento terapeutas (dmts)¹⁸ están especializadas en la observación y el análisis del movimiento. Encarnan, por lo tanto, una profunda comprensión del lenguaje del movimiento del cliente, cuando evalúan e informan sobre el proceso de la terapia y los resultados del tratamiento.

La evaluación de la Danza Movimiento Terapia incorpora el proceso cognitivo del análisis del movimiento orientado a los recursos, para diagnosticar y comprender empáticamente el perfil de movimiento de una persona a través de la terapeuta, una síntesis única de DMT. [...] Generalmente, las terapeutas desarrollan sus protocolos de tratamiento DMT adaptándolos al sistema de documentación de la institución de salud.

17 Traducción del inglés de Iris Bräuninger, Susana García y Carmen Martín.

18 Para facilitar la lectura, utilizamos la forma femenina para la terapeuta, incluyendo terapeutas varones, y la forma masculina para el cliente, incluidas las clientes femeninas.

Las evaluaciones cualitativas y cuantitativas del perfil de movimiento se centran en la fenomenología y los recursos. Adicionalmente las terapeutas aplican cuestionarios psicológicos estandarizados, válidos y confiables, para evaluar los resultados del tratamiento (Bräuninger y Bacigalupe, presentado).

Comúnmente, las dmts utilizan herramientas basadas en Laban: las evaluaciones de la DMT incluyen el análisis del esfuerzo-forma (Laban, 1988 y Lamb, 1965); el análisis del movimiento de Laban (LMA) (Bartenieff y Lewis, 1980); el perfil del movimiento de Kestenberg (KMP), basado en el análisis del esfuerzo-forma, que integra un esquema de desarrollo (Kestenberg-Amighi, Loman, Lewis y Sossin, 1999), y el Inventario Psicodiagnóstico de Movimiento, basado en Laban (MPI) (Cruz, 2009; Davis, Lausberg, Cruz y Roskin Berger, 2007). El análisis del movimiento evalúa

[...] el bienestar emocional y contribuye al proceso de diagnóstico, especialmente cuando los clientes muestran movilidad reducida e inhibición en la expresión verbal de sentimientos, pensamientos y estados internos. Los sistemas de evaluación complejos deben mostrar una buena fiabilidad; esto ha sido confirmado parcialmente por algunos diagramas del perfil de movimiento de Kestenberg (Koch, 1999), y por el Inventario Psicodiagnóstico de Movimiento (MPI) [...] (Cruz, 2009). [...] Sin embargo, la práctica altamente individualizada para evaluar y la falta de procedimientos de evaluación estandarizados, pueden generar cierta incertidumbre, lo cual dificulta el reconocimiento de la DMT en todo su potencial [...] (Bräuninger y Bacigalupe, presentado).

A la profesión de la Danza Movimiento Terapia le faltan herramientas de evaluación, aplicables en la práctica diaria y que puedan ser fácilmente utilizadas por las terapeutas y practicantes. La DMA está diseñada para proporcionar una herramienta de este tipo. Utiliza las habilidades de observación del movimiento de las terapeutas, sin necesidad de una formación adicional y tarda alrededor de 20 minutos para la realización de la evaluación con el cliente y entre 15 a 25 minutos más para la evaluación de datos y documentación de los resultados. En la práctica basada en la evidencia, las evaluaciones específicas como la DMA son muy importantes para evaluar la eficacia de la Danza Movimiento Terapia.

La Danza Movimiento *Assessment* (DMA)

La DMA [*Bewegungsprofil Erhebung*, BPE] se propuso inicialmente como un análisis del movimiento filmado para evaluar el tratamiento de la DMT en un contexto

psiquiátrico y de rehabilitación neurológica (Bräuninger y Züger, 2007). La DMA se ha utilizado posteriormente como una prueba pre-test y post-test, creativa, estandarizada, basada en el movimiento, para rastrear los cambios en el proceso de tratamiento de la DMT. Por otra parte, se aplica a través de un protocolo para documentar los resultados del tratamiento y las áreas de debilidad, vulnerabilidad y resiliencia. Su uso es apropiado en neurología, psiquiatría, psicosomática, psicoterapia, medicina somática, geriatría y otras áreas de la salud.

Los autores eligen el nombre de Dance Movement Assessment porque el énfasis recae en la danza, el movimiento y evaluación en lugar de «test», evitando así una connotación negativa, que pudiera surgir si se pidiera a los clientes hacer un «test» o «examen». Las dmts pueden aplicar la DMA en su trabajo en la práctica privada y en los servicios de salud pública¹⁹. La DMA revela áreas de debilidad, fortaleza, habilidades y capacidades personales para resolver problemas. Los ejercicios de la DMA son fáciles de completar y duran aproximadamente 20 minutos. La evaluación no debe provocar sentimientos de miedo o de fracaso, más bien debe promover que las personas se den cuenta de sus propias preferencias y recursos. La DMA incorpora movimientos diarios que son fáciles de hacer y es una herramienta de evaluación que se puede aplicar a personas a partir de los 16 años y hasta la vejez. Es apropiado para clientes que están confundidos, ansiosos y/o tienen limitaciones físicas. Una versión adicional, basada en la DMA, se desarrolla actualmente como una evaluación preterapéutica para personas con disfunción en la empatía, tal como en el espectro autista (Behrends, Müller y Dziobek, 2012).

La filmación de la DMA no es obligatoria, pero se puede utilizar, por ejemplo, pre- y post-test. Observar el material filmado, con el cliente o sin él, puede ayudar a identificar rápidamente sus limitaciones y recursos. Si se decide filmar, las cuestiones relativas a la ética en la utilización del material deben ser tratadas con alta sensibilidad y profesionalismo.

Justificación de la Dance Movement Assessment

El análisis del movimiento ofrece información sobre las características de una persona: cómo interpreta individualmente la tarea de moverse (Lausberg, 1997), y cómo expresa emociones con movimientos corporales (Crane y Gross, 2013; Gross, Crane y Fredrickson, 2012). La DMA es una evaluación barata que informa sobre

¹⁹ La DMA-tutorial en línea está disponible si es necesario. Para obtener más información, comuníquese con: dancetherapy@mac.com.

los recursos disponibles para una persona²⁰. Los ejercicios se basan en movimientos cotidianos y se pueden realizar fácilmente. La mayoría de ellos están acompañados de música²¹. La música proporciona una estructura de tiempo y favorece la confianza. Las instrucciones son fáciles de entender. La terapeuta lee cada ejercicio en voz alta (tabla I).

Tabla I. Instrucciones para la Danza Movimiento Apreciación DMA

Preparación:

Antes de comenzar con la evaluación, prepara todo con tiempo:

- Descarga la música con suficiente tiempo de antelación (links para downloads de dancetherapy@mac.com).
- Graba tu propio CD.
- Graba las instrucciones (en: <https://tinyurl.com/khj8rv6>) y evaluaciones (en: <https://tinyurl.com/k2jzloo>).
- Prepara la sala y coloca todo en su lugar.
- Pon el CD de música en el reproductor.

Durante la evaluación:

- Lee las instrucciones para el cliente: lee el primer ejercicio (1 y 1.1 juntos).
- Permite que el cliente haga el ejercicio 1.1 con la música; después, para la música.
- Nuevamente activa la música y continúa con el siguiente ejercicio.
- Lee la instrucción 1.2.
- Permite que el cliente haga el ejercicio 1.3 con la música; después, para la música, etc., hasta el final.
- Siempre para la música después de cada ejercicio para permitir que el cliente realice la acción.

Estas son las instrucciones (lee en voz alta sólo los párrafos en cursiva):

20 Descarga gratuita de la Danza Movimiento Apreciación DMA de: <https://tinyurl.com/khj8rv6> y DMA Hoja de Evaluación: <http://tinyurl.com/mx4sof3>.

21 Música: obtenga la lista de descargas de dancetherapy@mac.com.

La presente Evaluación de Danza Movimiento me ayuda a identificar cómo se mueve usted de forma individual. Puede llevar a cabo cada ejercicio de forma espontánea, como usted lo entienda. No hay manera correcta o incorrecta. No es una prueba para hacer una actuación.

Nº	Ejercicio	Instrucción	Musica	Duración de la música	Explicación	Música
1	CAMINAR	<i>En el primer ejercicio usted camina: le daré tres instrucciones diferentes. Para cada ejercicio habrá 30 segundos de música diferente.</i>				
	1.1.	<i>Por favor, camine como si siguiera un camino de curvas hasta que termine la música.</i>	Nº 1	30 seg.	Diga la duración de la música del ejercicio	George Winston Nr. 3 (December)
	1.2.	<i>Por favor, camine en líneas rectas y quebradas, hasta que termine la música.</i>	Nº 2	30 seg.	Diga la duración de la música del ejercicio	Deuter Nr. 1 (Kundalini) (25-55)
	1.3.	<i>Por favor, camine como desee hasta que termine la música.</i>	Nº 3	30 seg.	Diga la duración de la música del ejercicio	Tri Festivo Nr. 5 (Tonarten und Klangwelten) (0-34)
2	CORRER	<i>El segundo ejercicio consiste en (caminar rápido y) CORRER.</i>				
	2.1.	<i>Corra y deténgase cuando haya sido suficiente para usted. Este ejercicio es sin música.</i>	-	-	...	-
	2.2.	<i>Ahora estamos utilizando música de nuevo: ¿Puede cambiar la forma de correr y adaptarla a la música?</i>	Nº 4	40 seg.	...	African Playground Nr. 7 (Hendry von Tarika Sammy)
3	PISOTEAR	<i>El siguiente ejercicio consiste en pisotear y va acompañado de dos músicas diferentes.</i>				
	3.1.	<i>Trate de pisotear con la primera pieza musical. Puede pisotear tan fuerte como quiera.</i>	Nº 5	30 seg.	Diga la duración de la música de este ejercicio. No ponga el volumen demasiado fuerte. Vaya aumentando el volumen poco a poco.	Christopher Benstead Nr. 9 (Modern Dance 4), 0-39
	3.2.	<i>La segunda pieza de música es un poco diferente. Puede pisotear de nuevo a su gusto.</i>	Nº 6	30 seg.	Diga la duración de la música del ejercicio.	Various Artists: Nr. 1 (The Heart of Percussion), 21-51
4	CRECER / ENCOGER-SE	<i>CRECER significa extender la anchura, la longitud o la locomoción, ENCOGERSE es lo contrario. En estos ejercicios puede experimentar con el crecimiento y el encogimiento de los movimientos en todos los niveles posibles. La música puede apoyarle.</i>				

	4.1.	<i>Puede jugar con los dos elementos: crecer y encogerse. Puede decidir lo rápido o lo grande que pueden ser sus movimientos. Puede incluir todos los niveles espaciales.</i>	Nº 7	1 min.	Diga la duración de la música del ejercicio. Si es necesario, ponga el volumen más bajo de nuevo.	Kim Lenzer y Lars Trier, Nr. 3 (Kiss the Forest), 0-1:04
	4.2.	<i>¿Tiene una imagen de algo que crece o se encoge? ¿Puede hacer movimientos de crecer y encogerse basándose en esa imagen?</i> <i>(Si el/la cliente dice que él/ella no tiene una imagen, sólo en ese caso se le da la siguiente instrucción: «Si no puede pensar en una imagen, puede moverse con la música.»</i> <i>Al final pregunte «¿Apareció alguna imagen? ¿Cuál?»</i>	Nº 8	1 min.	Diga la duración de la música del ejercicio. Pregunte si aparecieron imágenes (de una manera abierta, no sugerente)	Christopher Benstead Nr. 4 (Modern Dance 4), 0 - 1:07
5	BALANCEARSE	<i>BALANCEAR puede ser sostenido o repentino, fuerte o ligero, grande o pequeño. Está acompañado por dos músicas, una detrás de la otra, que te ayudarán a probar diferentes formas de balanceo.</i>				
	5.1.	<i>Por favor, intente balancearse con esta música. No hay manera correcta o incorrecta.</i>	Nº 9	1 min.	Diga la duración de la música del ejercicio	Habib Koite y Bamada, Nr. 2 (Mosu Ko), 0-1:07
	5.2.	<i>Ahora viene la segunda parte de la música, que es un poco diferente de la primera. Una vez más, por favor, trate de balancearse con ella.</i>	Nº 10	1 min.	Diga la duración de la música del ejercicio	20 best of Today's Folk y Worldmusic, Nr. 13 (Enrique Ugarte «Wenn Mademoiselle Dich küsst»), 0 - 1:02
CIERRE		<i>Ahora ha completado todos los ejercicios. Gracias por su colaboración. ¿Cómo está ahora?</i>				En caso de que la DSM haya sido filmada, pregunte si el cliente quiere ver el video en el ordenador en la próxima sesión.

Los ejercicios de DMA

La siguiente descripción es una adaptación de la versión original en alemán de los autores, BPE (Bräuninger y Züger, 2007).

1. CAMINAR

Caminar es un movimiento humano básico. Observar cómo una persona camina permite el análisis de la tensión y resonancia en todo el cuerpo (Lausberg, 1997) y cómo las emociones afectan la forma de caminar (Gross, Crane y Fredrickson, 2012). Esto permite analizar cómo una persona cambia su peso, mantiene el equilibrio, camina en curvas (redonda, fluida, etc.), y cómo coordina sus movimientos (las partes del cuerpo de arriba/abajo e izquierda/derecha).

1.1. Caminar en curvas

El cliente puede elegir la longitud, número y dirección de las curvas y el uso del espacio. La terapeuta puede observar el manejo del equilibrio, el flujo al caminar, el uso de las direcciones espaciales y la capacidad de adaptarse a la música.

1.2. Caminar en línea recta

El cliente decide la longitud del camino recto, la extensión, el número de cambios de dirección, ritmos y cómo hace uso del espacio. La terapeuta analiza las decisiones del cliente, su equilibrio y adaptación a la música.

1.3. Caminar libremente

El cliente elige cómo quiere caminar y presenta sus preferencias en ese momento. La terapeuta observa si el cliente cambia entre caminar en curvas o en línea recta y cómo lo hace; la frecuencia con que cambia de dirección (derecha e izquierda), el ritmo, el equilibrio, cómo usa el espacio y se adapta a la música.

2. CORRER

Correr es otra forma humana básica de locomoción. Para acelerar su locomoción hasta correr, una persona necesita coordinación, adaptación, fuerza y una cierta resistencia física.

2.1. Aceleración al correr

El cliente elige la duración de la aceleración, si la aceleración se detiene y cuándo lo hace, o si continúa la carrera durante un tiempo. La aceleración en la carrera regula el uso del peso hacia adelante.

2.2. Adaptación al correr

Este ejercicio requiere una rápida adaptación al correr en 30 segundos. La tarea es similar a 2.1, pero incluye música. La terapeuta puede observar la acción de todo el cuerpo (caminando y corriendo): el flujo libre, conducido y neutral; el uso y los cambios del peso; los cambios de dirección (adaptación al espacio) abruptos, graduales o constantes, o flujo conducido; la intensidad alta, media y baja de las cualidades del movimiento; uso de lado derecho o izquierdo y el grado de las rotaciones.

3. PISOTEAR

Este ejercicio requiere de un uso controlado y regulado del peso hacia abajo, movimientos abruptos y acumulación o liberación de tensión.

3.1. Adaptación del pisoteo a la música

Este ejercicio requiere que el pisoteo esté adaptado al ritmo. Los clientes deciden cómo utilizan el peso.

3.2. Adaptación del pisoteo a la música y la fuerza

Al igual que en 3.1, el pisoteo está adaptado al ritmo: pisotear con diferentes ritmos significa modificar el uso del peso para adaptarlo a la nueva música. Además, la terapeuta puede observar el uso de los otros elementos de esfuerzo, particularmente si se utilizan los esfuerzos de lucha (peso firme, espacio directo, tiempo súbito).

4. CRECER Y ENCOGERSE

La terapeuta explica que los movimientos de crecer y de encogerse se pueden realizar a través de los planos horizontal, vertical y sagital.

4.1. Crecer o encogerse

La indicación determina la forma de movimiento crecer/encogerse. La terapeuta da pautas con respecto a la utilización del ritmo, espacio y planos. Observa cómo se forma el cuerpo en el espacio y qué partes del cuerpo son usadas, también qué elementos de flujo bipolar y unipolar, formación en direcciones y planos se utilizan.

4.2. Crecer o encogerse con imágenes

La terapeuta pregunta al cliente si aparece una asociación o una imagen espontánea cuando piensa en crecer y en encogerse. Si aparece una imagen, la terapeuta invita al cliente a expresar y explorar esa imagen a través del movimiento. Si no aparece ninguna imagen de forma espontánea, la terapeuta invita al cliente a moverse libremente. Al final del ejercicio, la terapeuta pregunta nuevamente si apareció alguna imagen, pues las imágenes pueden haber sido estimuladas a través de

los movimientos libremente expresados. Este ejercicio puede dar una idea de la experiencia y la imaginación intrapsíquica del cliente. La terapeuta puede observar los movimientos de crecer y encogerse: ampliarse/estrecharse (plano horizontal), alargarse/acortarse (plano vertical), llenarse/vaciarse (plano sagital) y puede describir la relación entre el flujo bipolar y el flujo unipolar.

5. BALANCEARSE

Balancearse consiste en cambiar entre el flujo libre y el conducido, entre el control y dejar ir (Lausberg, 1997), movimientos que pueden ser altos o bajos, hacia atrás o hacia adelante, o como un arco. El balanceo requiere el uso de ritmo, peso y tamaño. Los clientes pueden elegir involucrar el tronco y las extremidades (brazos, piernas) y cómo hacerlo.

5.1. Balancearse 1

La instrucción invita al cliente a improvisar la música con movimientos de balanceo. La terapeuta observa qué esfuerzos y partes del cuerpo utiliza y si adapta sus movimientos a la música.

5.2. Balancearse 2

Igual que en 5.1, la única diferencia es que se usa música diferente (ver anexo 1).

Evaluación de la DMA

La dmt puede evaluar los datos recibidos de la DMA de diferentes maneras. A continuación se exponen tres ejemplos para evaluarlos. La primera posibilidad se sugiere desde la lógica de la DMA (véase también el apéndice 1), donde el resultado del tratamiento con DMT se puede evaluar: la cantidad y la calidad de los movimientos observados pueden ser reportados; se pueden extraer las interpretaciones y conclusiones iniciales, formular los objetivos del tratamiento y un plan de intervención. La evaluación del movimiento se puede presentar de una manera puramente fenomenológica, utilizando términos descriptivos del movimiento y evitando interpretaciones con terminología psicológica y psicodinámica. A continuación se ofrece un ejemplo hipotético: nuestra dmt trabaja en una sala con clientes con diagnóstico de trastorno del control de impulsos, donde participa en un programa de 60 días. La dmt tiene conocimiento de conceptos básicos del KMP y sus ocho diagramas. Un joven adulto de ficción, a quien llamaremos «Simon», es admitido en el grupo de DMT dos veces a la semana porque muestra un comportamiento desafiante con el control de impulsos y con frecuencia actúa de forma agresiva

hacia sí mismo y hacia los demás. Se espera que él asista a 16 sesiones de DMT en este grupo. Con el fin de establecer objetivos más específicos de tratamiento en DMT y evaluar si estos objetivos se alcanzarán al final del tratamiento —en otras palabras, si la DMT es exitosa— la terapeuta planea realizar la DMA en tres mediciones distintas. La primera medición antes de iniciar el tratamiento con DMT en t1 para definir las áreas de debilidad, fuerza y la resistencia de Simon al inicio del estudio. La segunda medición será a la mitad del tratamiento y después de ocho sesiones de DMT (t2), en la segunda DMA está previsto verificar los objetivos del tratamiento y adaptar las intervenciones si es necesario. El post-test en t3 se lleva a cabo al final del tratamiento, alrededor de la sesión 16. Antes de t1, la terapeuta identifica las áreas que quiere evaluar a través de la DMA, que son relevantes para el tratamiento de Simon. Suponemos que su comportamiento agresivo es un reflejo de sus cualidades de movimiento. La atención debe estar en analizar:

- 1) La relación entre los elementos entre entrega y lucha del sistema KMP 1 (diagramas 1-4).
- 2) La relación entre los elementos de crecer y encogerse del sistema 2 de KMP (diagramas de 5, 6, 8, 9).

El primer análisis de DMA que la terapeuta hace de Simon revela que la cantidad de elementos de lucha en ritmos y atributos de flujo de tensión; preesfuerzos y esfuerzos, son mayores que la cantidad de movimientos de entrega.

Además, la dmt valora que Simon utiliza una gran cantidad de movimientos con flujo de encogerse y bipolar, pero casi no muestra formación en dirección o en planos. Basada en su análisis de la DMA en t1, nuestra terapeuta identifica algunos diagramas KMP (1, 4, 5, 8) como particularmente importantes: ritmos de flujo, esfuerzos, el flujo de forma bipolar y la forma en direcciones. Después de la t2 y t3, la dmt intenta comparar la DMA de Simon con los resultados de la t1 para examinar si su repertorio de movimiento ha cambiado y mejorado a través de la DMT.

Otra forma de evaluar los datos de DMA es más interpretativa y se puede mezclar con la LMA, MPI, el perfil de movimiento Kestenberg (Kestenberg Amighi, Loman, Lewis y Sossin, 1999) y otros. Volviendo a nuestro ejemplo anterior de Simon, ahora añadimos una evaluación más interpretativa a la observación del movimiento derivado de la DMA. Cuando se utiliza el KMP, la observación descriptiva del movimiento puede ser interpretada con «lentes» psicodinámicos o psicológicos. Con Simon, nuestro cliente imaginario, identificamos como especialmente relevantes los diagramas 1, 4, 5 y 8: los ritmos de flujo de tensión (diagrama 1) pueden ser interesantes, pues nos informan sobre las necesidades de Simon; los esfuerzos (diagrama 4) ofrecen información sobre sus estrategias de afrontación; el flujo de

forma bipolar (diagrama 5) informa sobre sus estados de ánimo y sus sensaciones corporales; la formación en direcciones (diagrama 8) nos enseña las estrategias de Simon relacionadas con los objetos y sus relaciones interpersonales complejas. ¿Cómo sabemos si el tratamiento de la DMT es exitoso? En t3, nuestra terapeuta analiza los ritmos de flujo tensión (diagrama 1) y encuentra que cada uno de los 10 ritmos está presente en el repertorio de movimiento de Simon. La terapeuta concluye que las necesidades básicas de Simon están más equilibradas en t3, comparado con t1. El repertorio de movimientos de Simon en t3 muestra un mayor uso de elementos de esfuerzos de entrega y una reducción en los esfuerzos de lucha (diagrama 4), así que sus estrategias de afrontación han aumentado. Simon usa más flujo bipolar de crecer (diagrama 5) en t3, con lo cual la danzaterapeuta interpreta que los estados de ánimo y sensaciones corporales están más equilibrados. Simon raramente forma sus movimientos en direcciones (diagrama 8) en t3, pero lo hace más que en t1 y t2. Por lo tanto, empieza a dar pasos cuidadosos hacia relaciones interpersonales más complejas.

La aplicación del concepto de resiliencia es otra manera de entender los resultados obtenidos de la DMA. «El valor de ver la resiliencia es que nos recuerda que debemos alejarnos del discurso de la psicopatología y el fracaso» (Ungar, 2005, p. 92). Resiliencia significa:

I. La capacidad de los individuos de navegar en una ruta hacia recursos que sustentan el bienestar; II. La capacidad para proporcionar recursos a los sistemas ecológicos físicos y sociales de los individuos, y III. La capacidad de los individuos para negociar formas culturalmente significativas de compartir recursos para sus familias y comunidades (Centro de Investigación de Resistencia, 2009, p. 3).

«Alejarse» de la percepción orientada al déficit ha sido siempre el objetivo de la DMT, que ha demostrado su eficacia en avanzar hacia la mejoría de la calidad de vida y la gestión del estrés (Bräuninger, 2012 *a, b*). La adaptación del concepto de resiliencia a la evaluación de la DMA implica poner de relieve exclusivamente la capacidad del cliente.

La DMA puede ser utilizada para enfatizar cómo los clientes dirigen sus capacidades a hacer uso de los recursos que sustentan su bienestar y la forma en que negocian con su entorno. Aunque las evaluaciones utilizadas en la DMT reconocen los recursos de los clientes, las terapeutas a menudo preguntan: «¿Qué falta, qué hay que cambiar?». Alternativamente, se puede preguntar: «¿Qué mantiene la salud del cliente a pesar de los factores de riesgo?» (Nitsch y Hock, 2012). Esta percepción se aparta de la noción de la psicopatología y la orientación del déficit y promueve la DMT como una forma de «mejorar el bienestar, apoyar la adaptación

y la autogestión a un entorno cambiante» (Bräuninger y Bacigalupe, presentado). Al centrarse en la capacidad de afrontación del cliente se pone en marcha un cambio en la cognición y un cambio de paradigma hacia la resiliencia.

En este capítulo se ofrece una breve descripción de las evaluaciones de DMT y se hace hincapié en su importancia para la práctica basada en la evidencia. La DMA se presenta como una nueva herramienta de la DMT que permite evaluar los resultados del tratamiento, documentar los esfuerzos y resiliencia del cliente, facilitar la planeación del tratamiento y definir y verificar los objetivos de la terapia. Los cinco ejercicios y subejercicios fueron presentados y explicados en detalle, lo que permite a las danzaterapeutas aplicar fácilmente la DMA en el trabajo cotidiano. El capítulo termina con propuestas sobre cómo los datos de la DMA pueden ser procesados. La evaluación de los datos de la DMA puede ser presentada fenomenológicamente describiendo al cliente exclusivamente en términos del movimiento. Otra opción toma un punto de vista interpretativo, como el ofrecido por el KMP, para enfatizar la correlación entre cuerpo y mente. La tercera alternativa para procesar los datos de la DMA sugiere reconocer los movimientos de los clientes en relación con sus recursos y resiliencia. Esta perspectiva es interesante en tanto que se relaciona con la orientación positiva de las danzaterapeutas para apoyar y enfatizar la competencia de sus clientes.

La DMA ofrece una nueva evaluación para las dmts. Los autores están convencidos de que la aplicación de la DMA puede facilitar la investigación basada en la evidencia y llegar a ser un recurso fácil de aplicar en la práctica diaria de las terapeutas.

Appendix I

____ Pre-test (Inicial):

Fecha:

Nombre del cliente: (o código):

____ Post-test (Fin del tratamiento: sí ____ / no ____) Fecha:

Edad:

____ N° de sesiones totales DMT

Sexo:

Ejercicio N°	Enfoque de observación	Danza Movimiento Evaluación: Pre-test t1 Sesión N°: ____	Danza Movimiento Evaluación: Post-test t2 Sesión N° ____
1.	CAMINAR		
1.1.	- equilibrio - adaptación a la música - otro		
1.2.	- longitud de los trayectos ¿rectos? ¿pasos? - decisiones de dirección y tiempo y número de cambios - el uso del espacio - equilibrio - coordinación - la adaptación a la música - otro		
1.3.	- preferencias para caminar - cambios entre caminar en una curva y caminar en línea recta - cambios de dirección: derecha e izquierda, el ritmo, el equilibrio - el uso del espacio - la adaptación a la música - otro		
2.	CORRER		
2.1.	- uso de correr y ritmos de correr-parar-seguir - uso del peso en combinación con el movimiento hacia adelante - uso de impulso - decisiones y anticipación		

2.2.	- ¿el cliente/la clienta se adapta rápidamente? - uso de peso - acción de todo el cuerpo - uso de flujo (libre, conducido, neutral) - cambios de peso - cambios de dirección - uso de cualidades de tensión de flujo (abrupto, gradual, constante, ajustado; intensidad alta, media y baja) - utilización de la derecha o la izquierda - extensión de la rotación		
3.	PISOTEAR		
3.1.	- adaptación de peso a ritmo - uso de peso		
3.2.	- adaptación de peso a ritmo - uso de peso - uso de todos los elementos de esfuerzo, en particular los esfuerzos de lucha		
4	CRECER / ENCOGERSE		
4.1.	- uso de las partes del cuerpo		
4.2.	- flujo de forma bipolar - flujo de forma unipolar - formación en direcciones - formación en planos - arriba / abajo, izquierda / derecha diagonal - ¿imágenes asociadas? (en caso afirmativo, ¿cuáles?)		
5.	BALANCEAR		
5.1.	- esfuerzos - partes del cuerpo - el uso del espacio		
5.2.	- la adaptación a la música		
Interpretación y conclusión:			

Los objetivos del tratamiento e intervenciones previstas	1. Objetivo del tratamiento: Intervención: 2. Objetivo del tratamiento: Intervención: 3. Objetivo del tratamiento: Intervención:	1. Objetivo del tratamiento alcanzado? sí ____ / no ____ comentario: 2. Objetivo del tratamiento alcanzado? sí ____ / no ____ comentario: 3. Objetivo del tratamiento alcanzado? sí ____ / no ____ comentario:
--	---	--

References/ referencias bibliográficas

- Bartenieff, I. & Lewis, D. (1980). *Body movement. Coping with the environment* (8th ed.). Amsterdam: Gordon and Breach Science Publishers.
- Behrends, A., Müller, S. & Dziobek, I. (2012). Moving in and out of synchrony: A concept for a new intervention fostering empathy through interactional movement and dance. *The Arts in Psychotherapy*, 39, 107-116. doi:10.1016/j.aip.2013.02.003
- Bräuninger, I. (2012a). Dance movement therapy group intervention in stress treatment: A randomized controlled trial (RCT). *The Arts in Psychotherapy*. 39, 443-450. doi:10.1016/j.aip.2012.07.002
- Bräuninger, I. (2012b). The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: A randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 39, 293- 303. doi:1016/j.aip.2012.03.008
- Bräuninger, I., & Züger, B. (2007). [Film-based movement analysis in treatment evaluation of dance movement therapy]. Filmbasierte Bewegungsanalyse zur Behandlungsevaluation von Tanz- und Bewegungstherapie In S.C. Koch und S. Bender (eds.), *Movement Analysis. Bewegungsanalyse. The legacy of Laban, Lamb and Kestenber*. (pp. 213 – 223). Berlin, Germany: Logos.
- Crane, E. A., & Gross, M. M. (2013). Effort-shape characteristics of emotion-related body movement. *Journal of Nonverbal Behaviour*, 37, 91-105. doi:10.1007/s10919-013-01442.
- Cruz, R. F. (2009). Validity of the movement psychodiagnostic inventory: A pilot study. *American Journal of Dance Therapy*, 31, 122-135. doi:10.1007/s10465-009-0972-4

- Davis, M., Lausberg, H., Cruz, R. F. & Roskin Berger, M. (2007). The Movement Psychodiagnostic Inventory (MPI). In S.C. Koch und S. Bender (eds.), *Movement Analysis. Bewegungsanalyse. The legacy of Laban, Lamb and Kestenberg*. (pp. 119-132). Berlin, Germany: Logos.
- Gross, M. M., Crane, E. A. & Fredrickson, B. L. (2012). Effort-Shape and kinematic assessment of bodily expression of emotion during gait. *Human Movement Science*, 31, 202-221. doi:10.1016/j.humv.2011.05.001
- Kestenberg-Amighi, J., Loman, S., Lewis, P. & Sossin, M. (1999). *The meaning of movement developmental and clinical perspectives of the Kestenberg Movement Profile*. Amsterdam: Nordon and Breach Publishers.
- Koch, S. C. (1999). *The Kestenberg Movement Profile (KMP). Reliability of novice raters*. Stuttgart: Ibidem.
- Laban, R. v. (1988). *Modern Educational Dance*. Plymouth: Macdonald & Evans.
- Lamb, W. (1965). *Posture and Gesture: An introduction to the study of physical behaviour*. London: Gerald Duckworth.
- Lausberg, H. (1997). [Movement diagnostic test with diagnostic movement scales for therapy evaluation in dance therapy]. *Bewegungsdiagnostest mit Bewegungsskalen für Diagnostik und Therapieevaluation in der Tanztherapie. Zeitschrift für Tanztherapie*, 7, 35-42.
- Nitsch, R. M. & Hock, C. (2012). Immuntherapie der Alzheimer-Krankheit [Immune therapy of the Alzheimer disease]. *Unveröffentlichter Jahresbericht 2012. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich*.
- Resilience Research Centre (2009). *The Child and Youth Resilience Measure28: User Manual*. Halifax, NS: Resilience Research Centre, Dalhousie University.
- Ungar, M. (2005). A thicker description of resilience. *The International Journal of Narrative Therapy and community Work*, 3 & 4, 89-96.

Capítulo cinco: Movimiento sentido, sentidos del movimiento. Metapatrones transcontextuales

DIANA FISCHMAN

Hace ya unos años encontré mi propia definición, casi un mantra, en cuya concentración se halla una respuesta a la pregunta: ¿de qué se ocupa la Danza Movimiento Terapia? —Se ocupa «*del movimiento sentido y de los sentidos del movimiento*». Con este juego de palabras aludía, en una apretada síntesis, a la senso-percepción del movimiento y a los significados de la experiencia. Esto me permitió dar cuenta del objeto de estudio de la disciplina que nos convoca, ya que son muchas las perspectivas desde las que se enfocan las artes del movimiento (Panhof, 2005).

Haciendo un recorrido como psicoanalista de adultos, psicoterapeuta de niños y familias, hasta llegar a integrar el movimiento y la danza en psicoterapia, pasé de la palabra al juego, alcanzando finalmente el movimiento y la danza, realizando un camino regresivo, respecto de lo que es la evolución natural de una criatura en desarrollo. Sin embargo, mi interés giró siempre en torno a un mismo eje: la comprensión. Deseaba descifrar la experiencia subjetiva, particularmente las penosas, incomprensibles, repetitivas, compulsivas, aparentemente inevitables, en el anhelo de brindar y brindarme un sentido discernible e integrado de las experiencias vividas, que permitan, a su vez, continuar fluyendo en nuestros caminos vitales.

Es así como buscando acerca de qué hacemos cuando hacemos DMT, me encontré con su columna vertebral: la *empatía kinestésica*. Este concepto que tanto Chace como Whitehouse, pioneras de la DMT, definen como *espejamiento* (Chaiklin y Schmais, 1986) y *resonancia* (Whitehouse, 1999): respectivamente, concepto que me lleva a indagar acerca del origen mismo de donde se generan los significados.

Sabemos que el cuerpo en movimiento nos dice cosas, se expresa, y lo comprendemos. ¿Cómo es el mecanismo que nos ha llevado del movimiento, desde la experiencia sentida, al significado, al concepto, la palabra, y viceversa, de la palabra a la experiencia, tanto en la historia de la humanidad como en nuestra vida personal o colectiva? Sin pretensión de encontrar una explicación última, acercaré algunas ideas relativas a la construcción de sentido, que facilitan la comprensión

del valor que tiene nuestra práctica, en su función resignificadora, en particular, de la experiencia traumática. Como parte de ello, presentaré los conceptos de *patrones*, *metapatrones*, *esquemas de imágenes y lenguaje como estructura metafórica*. Ligaré la función imaginativa, la asociación libre, la transicionalidad, y el fluir con la potencialidad creativa y sanadora de los procesos relacionales en DMT.

Patrones

Tanto los humanos como las otras especies con quienes compartimos nuestro hábitat nos movemos, y ese es nuestro signo de vitalidad esencial. Los movimientos que desarrollamos diseñan danzas en el espacio, que constituyen distintos modos de vida e interacción, tanto entre congéneres como con individuos de otras especies. Como observadores participantes podemos decir que el propósito básico de estos movimientos es, en términos de Spinoza, «perseverar en nuestro ser» (Deleuze, 2004). Mantenernos vivos y dejar fluir el plasma germinal que heredamos de nuestros antepasados y que legamos a nuestros vástagos. De este modo mantenemos la vida de generación en generación y disfrutamos de una prima de placer, en nuestra propia y limitada vida, como decía Freud (1982). Recreamos una y otra vez experiencias semejantes y a su vez diferentes, que contribuyen a nuestro transcurrir cotidiano y a nuestro desarrollo personal.

Posicionándonos desde un *zoom*, que nos permite acceder, desde diferentes espacialidades y temporalidades, a puntos de observación variados, podemos observar micro-, macro- y meta- patrones de movimiento recursivos que diseñan coreografías naturales. Algunas de ellas se desvanecen, y otras perduran, siendo atoradas conciente o inconcientemente por las colectividades. Entre ellas podemos incluir desde la danza de cortejo de las grullas, los desfiles militares, las reacciones frente al ataque —huida, lucha, desvanecimiento—, los saludos al encontrarse y despedirse, el acunar a un bebé para confortarlo, hasta las danzas en su sentido más estricto, como el flamenco o las danzas circulares.

Patrones y metapatrones

El concepto «*patrón*» o «*pattern*» atraviesa la diversidad de campos del saber, ya que en todos ellos nos encontramos con estructuras que se repiten recursivamente, ya se trate de formas o de procesos, de organismos o elementos inorgánicos, de producciones artístico-culturales o fenómenos de la naturaleza, de funciones matemáticas o estéticas. Es un concepto que puede encontrarse imbuido en los obje-

tos y prácticas del mundo, así como en las habilidades perceptivas del observador. El sujeto que percibe ha aprendido a través de sus experiencias, desde el inicio de la vida, en las primeras experiencias de satisfacción (Freud, 1982), a comparar experiencias encontrando los elementos comunes de las mismas, así como las diferencias y novedades que se manifiestan. En su escrito *Proyecto de una psicología para neurólogos*, Freud nos habla de la *huella mnémica*, aludiendo a la impronta que se imprime en el inconciente, en la que se plasman las cualidades de las primeras experiencias de satisfacción. Casi un momento mítico, fundador del aparato psíquico, que a partir de la instauración de este *patrón*, realiza operaciones de evaluación de la situación presente o en curso comparándola con la pasada.

Se entiende por «*patrón*» un ordenamiento particular o disposición de partes o elementos, relacionado con «forma»-«diseño»-«esquema» (Wainstein, 1999), que funcionan como «un modelo o guía para hacer algo», por ejemplo: una conducta (Wainstein, 1999, p. 94). Se constituyen en estructuras comunicativas, que pueden estereotiparse, rigidizarse como también sufrir transformaciones.

Es un propósito en DMT, conocer, a través de la sensopercepción conciente, el espectro de *patrones de movimiento* disponibles con los que el individuo cuenta para interaccionar en el mundo, con el fin de ampliar el espectro, desanudar los *patrones inhibidos o bloqueados* y generar nuevas *acciones eficaces* para la vida plena. En DMT observamos *patrones de movimiento* recurrentes que caracterizan a una persona, grupo o colectividad. Hablamos incluso de la *firma de movimiento*, refiriéndonos a los modos particulares que hacen a nuestra identidad individual, familiar y colectiva. Cada individuo, además de compartir con sus congéneres un repertorio de posibilidades de movimiento, como caminar, correr, trepar, saltar, deslizarse, manifiesta su subjetividad de un modo propio original con el que imprime lo que hace.

Como ejemplo, recuerdo a una pareja, que dentro de un proceso de DM Psicoterapia, llega a concientizar que ella tiene una respiración corta y alta, que solo involucra la parte superior del torso; mientras que él, en cambio, respira profundamente desde el vientre y su pecho permanece inmutable. Ella es sumamente emocional, descarga su angustia a través de un llanto que emerge muy fácilmente. Ante cualquier mínima frustración la inunda la emoción. Su fragilidad se manifiesta y su capacidad continente es mínima. Su compañero en cambio se impone con fuerza y sin afecto. Se polarizan. Ella queda en el lugar de la emotiva, víctima quejosa; él, en el de la fuerza desafectivizada que se impone. El trabajo consistió en facilitar la ampliación de la capacidad respiratoria de cada uno, expandiendo la posibilidad de movimiento y vitalidad, reestableciendo en ambos la conexión entre la parte superior e inferior del cuerpo, descrito en términos de Bartenieff (Hackney, 1998). Ella comenzó a confiar en su propia fuerza, en sentir sus propios sostenes y apoyos.

Él, sintiéndose menos reclamado, comenzó a recobrar su afecto e interés por ella. Sus pechos y sus pelvis recuperaron su capacidad vibrátil. En este caso trabajamos con micropatrones, cuyo sentido no era menor, ya que encarnaban la limitación de su vida de pareja.

Los metapatrones

Meta- es un prefijo usado en español y otros idiomas para indicar un concepto que es una abstracción a partir de otro concepto. La mayoría de las veces significa: «después de», «más allá» o «al lado» del concepto al que va unido: como en «metáfora» (más allá del significado) o como en «metamorfosis» (cambio de forma). Bateson (1979) adoptó el término *metapatrones*, que fuera descrito luego por su discípulo, el ambientalista Volk en su libro *Metapatterns: Across Space, Time, and Mind* (1995). Se trata de patrones de los patrones, en otros términos, un patrón transcontextual, tan extenso, que aparece en un amplio espectro de fenómenos de la realidad, como en las nubes, ríos, planetas, células, organismos, ecosistemas, en el arte, la arquitectura, en la política. Implican funciones universales de las formas en el espacio, procesos en el tiempo, y conceptos en la mente. Bateson (2002) los llama metapatrones que conectan, considerándolos más que como meras repeticiones, como *formas funcionales* o conexiones significativas particulares. Bateson sostiene que un patrón que conecta es un *metapatrón* y lleva un vasto nivel de generalización.

Volk (1995) exploró un número de ejemplos en el contexto de la biología, la mente, la cultura y la tecnología. Describe 11 de esos patrones: *esferas, hojas, tubos, bordes, binarios, centros, capas, calendarios, arcos, cortes y ciclos*. Volk habla de *convergencia*, refiriéndose a las similitudes en formas y funciones transespecies. Dice por ejemplo que la *esfera* es un patrón amplio, que implica mínima superficie y máximo volumen, tiene una función, propósito y ventaja en la sobrevivencia, se relaciona con igualdad. Las *hojas*: presentan una gran superficie de intercambio de materia o energía, fuerzas o información. Los *tubos*: transportan material de un punto a otro. Bloom, en *Metapatterns Overview on Metapatterns: The Pattern Underground* (BLOOM, 1992) incluye otros metapatrones como *flexibilidad-rigidez, gradientes, redes, emergencia, disparadores*.

En su artículo «Hacia una ciencia de metapatrones: construyendo en base a Bateson», Volk et al. (2007) revisan ejemplos del patrón de «*combinación*» descrito por Bateson, al que los autores llaman *binario*. Bateson mostró que lo *binario* es la solución mínima al problema de ganar nuevas características, a través de combinar partes en un conjunto más amplio. Así, lo binario es claramente un metapa-

trón, un disciplinado y trascendente principio estructural funcional. Es en parte equivalente a lo que en DMT llamamos polaridades.

Estos autores sostienen que los patrones funcionales confieren ventajas a los sistemas que los poseen, convergiendo en una meta, principalmente en el ámbito de lo biológico, cultural y cognitivo. Las *convergencias* son soluciones comunes a los problemas funcionales similares que implican una gran variedad de sistemas. Sostienen que los metapatrones tienen sentido en la investigación en ciencias sociales y humanísticas, así como en las dinámicas de aprendizaje.

Como vemos, los metapatrones son *gestalts metafóricas*, signos de regularidades naturales, nominadas y categorizadas como sistemas. Implican formas y funciones. Están presentes en todo tipo de modos de existencia: biológica, química, social, psicológica (Volk, 1995). Veamos algunos ejemplos de metapatrones según los describe Volk.

Esfera

Comenzamos la vida siendo una simple esfera flotante. Huevos, folículos que, fertilizados, anidan en los ovarios también esféricos. Continuamos viendo a las esferas como centros, núcleos, corazones de nuestra existencia. La esfera proclama funcionalidad, completud, unidad. Como formas físicas maximizan la fuerza y durabilidad. Tienen una superficie reducida en relación al volumen, minimizan el contacto ambiental. En términos generales el significado que subyace a esta forma implica ecuanimidad, omnidireccionalidad, simplificación y continente.

Tubos

Sucesión de continuidad indefinida. Larga, corta. Ancha, angosta. Planos, líneas, orden. Principio y fin. Primero y último. Punta a punta. Punto a punto. Líderes y seguidores. Avanzada y retaguardia. Frente, contrafrente, confraternidad. Direcciones. Límites y bordes. Involucra uni- y bidireccionalidad. Transporte de energía, materiales o información. Incluye la habilidad de penetrar, extenderse o crecer en una dimensión lineal. Involucran linealidad, transferencia, conexión, relaciones.

Bordes

Involucran el concepto de protección, separación entre interior y exterior, continente, barrera, obstáculo. Con porosidad, los bordes regulan el flujo e intercambio de materiales, energía o información. Los bordes físicos implican capas. Ejemplos: membranas, marcos, espacio íntimo y social, barreras, fronteras.

Centro

Los centros estabilizan el todo, proveen resistencia al cambio, organización. Funcionan como atractores para los sistemas autopoieticos (autogeneración, autosustentable). Implican importancia y centralidad. Irradian, distribuyen información. Ejemplos: núcleos, centro de gravedad, corazón, líder.

Binarios

Son la forma más simple de las relaciones complejas. A mayor complejidad aumenta el número de componentes. Las relaciones binarias implican separaciones, dualidades, polaridades, tensiones. Proveen de una sinergia entre las partes y el todo. El cuerpo humano presenta una simetría bilateral (ojos, orejas, piernas, etc.); partículas positivas y negativas de iones y electrodos; femenino y masculino; dorsal y ventral; ácido y base; inhalar y exhalar; forma y función; aceleración y desaceleración; interior y exterior; entrada y salida; atracción y repulsión, pasivo y activo; fusión e integración; distal y proximal; todo o nada; abierto y cerrado; despierto y dormido; odio y amor.

Metapatrones en la DMT

El concepto de *metapatrones* implementado en la DMT nos permite dar cuenta de configuraciones, diseños coreográficos, dinámicas vinculares, intraindividuales y sociales, plenas de sentido intrínseco. Podríamos decir que son formas atesoradas en nuestro inconciente colectivo que aparecen como abstracciones, formas generalizadas que nos acercan gradualmente al sentido. Para dar un ejemplo: si vemos un grupo danzando en ronda, o agrupándose, conformando una masa compacta cuasi circular, nos transmite unidad, equidistancia, igualdad, integración. Nuestra posibilidad de percibir y comprender se da a través de nuestras propias asociaciones de significado con la experiencia de lo esférico. Si en cambio un grupo se halla alineado en fila, con un sujeto atrás de otro, imaginamos una línea que comienza y termina, con una cabeza y una cola, como un tubo por el que se pasa para llegar de un punto a otro. Los metapatrones nos permiten percibir, reconocer y comprender a un nivel muy general; sin embargo, nos dan una clave por donde comenzar a profundizar hasta encontrar patrones más específicos, cuyas particularidades se hallan incluidas en un patrón más abarcativo. Podríamos pensar los metapatrones, como *gestalten* de buenas formas, aprendidas e incorporadas a través de nuestra historia que nos permiten percibir realizando conexiones asociativas concientes e inconcientes. A su vez, subyacen a distintos niveles de análisis que van desde lo observado a lo inferido, de lo más concreto a lo abstrac-

to, como la interioridad psicológica o los aspectos integrados o disociados de la personalidad.

Nos preguntamos acerca de la relación entre los metapatrones y las metáforas. Podemos hipotetizar en este punto que los metapatrones quedan contenidos o forman parte del pensamiento, que es metafórico en sí mismo.

Esquema de imagen

El concepto de *esquema de imagen* acuñado por Johnson y Lakoff (1980) presenta cierta conexión con el de metapatrones. En sus estudios estos autores sostienen que el lenguaje está estructurado como *metáfora* que emana de la experiencia corporal sensomotora. Las estructuras imaginativas de la comprensión tienen su origen en la experiencia corporal como los esquemas de las imágenes y sus elaboraciones metafóricas. Johnson (1991) se centra en la comprensión humana corpórea para alcanzar significado y racionalidad, en oposición al objetivismo. Sostiene que la experiencia abarca todo lo que nos vuelve humanos: nuestro ser corporal, social, lingüístico e intelectual combinado en complejas interacciones que configuran nuestra comprensión del mundo.

Exploraremos algunas de las *estructuras imaginativas corporeizadas* que configuran nuestra red de significados y que da lugar a patrones de deducción y reflexión en todos los niveles de abstracción. Estas estructuras imaginativas de la comprensión son decisivas para el significado y la razón. En otros términos los significados abstractos, la razón y la imaginación tienen una base corporal. Nuestra realidad está moldeada por los patrones que rigen nuestro movimiento corporal, por los contornos de nuestra orientación espacial y temporal y por la forma de nuestra interacción con los objetos.

A continuación presento algunos ejemplos de *esquemas de imagen* y sus características intrínsecas que intervienen en la lógica metafórica.

Esquema de:

Recorrido

Presenta una fuente o punto de partida, un punto de llegada o meta. Implica direccionalidad, una secuencia de emplazamientos continuos, rutas para desplazarse de un punto a otro, puntos intermedios, finalidad, propósito, temporalidad, una espacialización lineal que aporta un modo de comprender la temporalidad. En síntesis, recorrido, intención, satisfacción.

Ciclo

Repetición regular, día-noche, estaciones, revoluciones de los cuerpos celestes. Tiempo circular. Retorno al estado original. Como no es posible retroceder, ya

no se repite en el mismo ciclo. Ciclos bifásicos: ascenso–descenso. Acumulación–descarga. Límites temporales rígidos. Son múltiples, se superponen y son consecutivos. Presentan diferencias cualitativas y cuantitativas. Ejemplo: los ciclos naturales.

Contenedor

Experiencia de contención física. Cuerpos como receptáculos tridimensionales. Entramos-salimos. Recipientes. Adentro-afuera. Limitación espacial. Útero, cuna, habitación. Separación, diferencia, restricción, limitación. Protección de fuerzas externas o resistencia a ellas. Limitación de las fuerzas. Transitividad (B dentro de A y lo que está dentro de B está dentro de A).

Coacción

Estructura interna compuesta por un vector de fuerza (con magnitud y dirección), por una entidad sobre la que se ejerce la fuerza, y por una trayectoria potencial que la entidad recorrerá.

Veamos ahora las aportaciones de la neurociencia, en donde nos encontramos cierta confluencia con las descripciones que Damasio (2000) presenta acerca de su concepto.

Esquema de imagen y neurociencia

Al interrogarse sobre ¿cómo sabemos lo que sabemos?, Damasio (2000) investiga acerca de cómo llega a la conciencia, el conocimiento de sí, los objetos y los cambios del medio. La conciencia trae el sentido de sí mismo y del saber, a partir de la vinculación de tres fenómenos: la emoción, el sentimiento de la emoción y el saber que sentimos la emoción.

Se pregunta cómo el cerebro engendra los patrones mentales, que denomina *esquemas de imagen* de un objeto²², aludiendo a un patrón mental en cualquiera de los registros sensoriales, imagen táctil, sonora, visceral, que además de transmitir características físicas del objeto traducen la reacción de simpatía o repulsa, los planes respecto al objeto, y la malla de relaciones con otros. Son a su vez patrones neurales, creaciones del cerebro como productos de la realidad externa. La imagen no es una copia ni una representación. La imagen que vemos se basa en cambios que ocurren en nuestro organismo, cuando la estructura física del objeto interactúa con el cuer-

²² Con la palabra *objeto*, Damasio (2000) se refiere a entidades diversas como personas, lugares, danzas, felicidad.

po. Los dispositivos de señalamiento localizados en la estructura corporal (piel, retina, músculos) cartografían la interacción del organismo con el objeto. Las imágenes se construyen en torno a protocolos del cerebro y se plasman transitoriamente en múltiples regiones sensoriales y motoras del cerebro, idóneas para procesar señales de zonas específicas del cuerpo. De modo que las imágenes son entidades biológicas. Damasio (2000) plantea que hay una relación entre lo cartografiado y el territorio; pero no es punto a punto, no es fiel. Dice que el cerebro es un sistema creativo. Sostiene que cada cerebro construye mapas usando sus propios diseños.

Podríamos ver aquí una correspondencia con lo planteado por Johnson (1991) acerca de la función imaginativa en la construcción de sentido, de la analogía y la metáfora como modos de dar cuenta de la realidad, sin la pretensión de exactitud, objetividad y el reconocimiento de una realidad *per se*. De todos modos, Damasio nos advierte que la neurobiología no sabe aún cómo un patrón neural se convierte en imagen; falta un enlace que queda por descubrir.

Danza Movimiento Terapia: comprensión, intervención, evaluación

¿De qué modo la DMT puede beneficiarse al integrar los conceptos presentados, provenientes de saberes que confluyen de los campos de la lingüística, la neurociencia y la teoría de los sistemas? Podemos pensarlo en tres direcciones: en primer término respecto de los modos en que los conceptos *patrones*, *metapatrones*, *esquemas de imagen* nos ayudan a entender las operaciones funcionales, que implican la comprensión de la experiencia que integra el movimiento corporal y sus sentidos. Facilitando la decodificación a partir de las analogías, las metáforas y los metapatrones. En segundo lugar, podemos implementar *los metapatrones* como puertas de entrada a la exploración en movimiento. De hecho, lo venimos haciendo, tal vez sin ser concientes de ello. ¿Qué danzaterapeuta no ha propuesto explorar las conexiones entre distintas partes del cuerpo, aspectos del sí mismo, las polaridades; o los recorridos - tránsitos - caminos de la energía a través del movimiento de una parte del cuerpo a otra; o cómo me muevo desde mi centro, y si partiera desde la periferia?; o cuando invitamos a moverse dentro de un medio acuoso como el fondo del mar, dentro de un jarro de miel, entre el cielo y la tierra, o movernos como lo haría una enredadera o un volcán. La tercera dirección es relativa a los modos de evaluación en DMT. Este tema nos lleva a preguntarnos acerca de qué teoría del cambio subyace a nuestra práctica. Dada la extensión con que correspondería indagar para responder esta inquietud, elijo una simple respuesta provisoria. El modelo médico occidental clásico no nos es cómodo, dado que se interesa fundamentalmente por los resultados. Necesitamos un modelo que evalúe el cambio a

través de observar los procesos emergentes y sus desarrollos, para los cuales mínimos cambios, a veces azarosos e inconcientes, y en otras oportunidades claramente observables y concientes, pueden ser considerados como parte de un proceso de despliegue en que se manifiesta la energía que se mueve. Observaríamos entonces los estancamientos y los flujos que implican los procesos de transformación. Necesitamos valorar la mínima modificación o agregado, que hace a la experiencia totalmente diferente en la vivencia subjetiva. En este punto nos ayudará el no tener expectativa y disponer de aceptación y tolerancia, ya que paradójicamente habrá más resultados en cuanto más dispuestos estemos a acompañar el estado de ser sin deseo de transformarlo, sino solo acompañar, comprender y sostener hasta que la energía se mueva.

En DMT contamos con nociones provenientes de las categorías de análisis del movimiento (Laban, 1987, 1991; Bartenieff, 1980; Lamb, 1965 y Kestenberg, 1979). Los metapatrones pueden ser complementarios en la comprensión e instrumento de intervención en nuestra práctica, si los hacemos concientes, ya que de un modo inconciente operan inevitablemente. Se hallan en la base de nuestro pensamiento encarnado, de la experiencia arquetípica almacenada y de nuestra cultura viva.

Análisis de grupos en DMT: las aportaciones de Schmais

En nuestro medio, Schmais, quien ha investigado y publicado importantes artículos sobre grupos en DMT (Schmais, 1970, 1985, 1998), observa que el **círculo** sirve como un espacio comunal en el cual los pacientes pueden comenzar a moverse y sentir armonía con ellos mismos y los otros. Esta estructura es democrática; los pacientes y terapeutas están parados uno al lado del otro, en la misma posición. Ninguno está protegido en la seguridad de la distancia. A través de mover a la gente de sus convenciones espaciales de discurso interpersonal, el círculo ofrece la alternativa de contacto visual o rehusarlo. Los pacientes parados uno al lado del otro no tienen contacto visual; por lo tanto, no tienen una responsabilidad comunicativa, convencional, hacia el otro. Además, el contacto visual es lejano, lo que posibilita una elección de respuesta. La elección del contacto también es extensiva al líder. El terapeuta puede ser fácilmente visto y seguido, o ignorado y elegir señales tomadas de los compañeros. El **círculo** es una entidad maleable, que se expande para aceptar a nuevos integrantes, o se encoge en una masa sólida o se desparrama hacia los rincones más lejanos de la habitación. La gente puede bailar como parte de ello dentro o fuera del mismo; puede fácilmente entrar al círculo o escaparse de él. El círculo puede ser altamente activo tomando velocidad como una rueda o

puede estar quieto formando una barrera protectora de los que están adentro de sus límites. Como forma de buscar nuevas relaciones y tomar riesgos, la gente se mueve en una variedad de formaciones. Las más comunes son:

- *Líneas simples*: formación en fila, uno detrás de otro, uno al lado del otro.
- *Líneas paralelas*: formación en doble fila mirando hacia adelante lado a lado o líneas enfrentadas.
- *Clump - agrupamiento*: la gente toda junta en una masa sólida, con una distancia de un brazo mirando en la misma dirección.
- *Cluster - agrupamiento en racimo*: pequeños grupos, usualmente tres, de cuatro a cinco personas.
- *Scattered - disperso*: la gente distribuida a través del salón, sola en pares o en pequeños grupos.

Dada la extensión que implica la descripción de cada patrón o forma descrita por Schmais (1998), tomaremos solo una a modo de ejemplo.

Líneas paralelas

Las líneas paralelas contienen comportamientos de apareamiento. Las parejas pueden fácilmente marchar alrededor del salón en doble fila. Si las dos líneas se están enfrentando, la gente en general se mueve hacia adelante y hacia atrás o acercándose y alejándose de un compañero específico. (En el círculo, la persona hacia la cual uno se mueve es inespecífica). Los pares pueden jugar, pelear o seducirse. Las líneas paralelas enfrentadas son una formación que conducen a la temática de la intimidad y la confrontación. La gente puede conectar los brazos, cogerse de las manos o empujarse uno contra el otro. En esta formación el terapeuta frecuentemente se mantiene aparte, dando instrucciones verbales como si fuera un bailarín visitante (Schmais, 1985, 1998).

Cada grupo de DMT tiene sus formaciones favoritas que toman significados particulares. Por ejemplo, un grupo puede lidiar con la ansiedad desparramándose, mientras que otro puede mantenerse junto, amontonándose o acurrucándose. La mayor parte de los grupos de DMT tiende a usar unas pocas formaciones seleccionadas. Algunas formas raramente o nunca suceden debido a las características de los pacientes, el *training* del terapeuta y la cultura del ámbito en que se desarrolle la tarea. Pero las formaciones que ocurren en una sesión única o a través de muchas reflejan y sostienen las tareas, los sentimientos y los intereses de los miembros del grupo durante cada estadio del desarrollo grupal.

Usamos las metáforas y el pensamiento metafórico en forma permanente tanto para comprender, como para ofrecer imágenes isomórficamente empáticas con la experiencia, las emociones, el estado del ser del sujeto o miembros de un grupo con el que trabajamos. Implementamos consignas de exploración en movimiento que intentan ser lo más ajustadas a la experiencia subjetiva, a la vez que amplias y abarcativas, ofreciendo estructura y libertad. Estas consignas o invitaciones operan como medio sostenedor de la inmersión de los pacientes en sus mundos y modos de experimentar a través del movimiento y la danza.

Las pioneras de la DMT, así como investigadores de distintos campos —neurociencia (Damasio, 2000), psicoanálisis (Stern, 2004, 2010), bionergética (Lowen, 1991 y Reich, 1993), cognitivismo posracionalista (Varela, 2002)— manifiestan interés tanto teórico como clínico acerca de la conexión mente-cuerpo. Poco a poco, van ofreciendo perspectivas integradoras de la mente en el cuerpo, a través de conceptos tales como mente encarnada (*embodied mind*), enacción, metáfora. En la práctica cotidiana de la DMT implementamos técnicas o secuencias basadas en poner atención sobre la experiencia de movimiento, con una actitud curiosa, interesada, no crítica, de aceptación por lo que emerge, que favorecen el alineamiento de la mente-cuerpo, alcanzando, por estos medios, fenómenos como el fluir, el trance, la plena presencia, la transicionalidad, la integración intra-, inter- y transpersonal. Estos fenómenos o estados han sido asociados al bienestar, la salud, la expansión del ser (Csikszentmihalyi, 2012; Schott Billman, 2001 y Winnicott, 1982).

A modo de conclusión

Los danza movimiento terapeutas hablamos de patrones de movimiento, patrones conductuales, patrones respiratorios, patrones relacionales, patrones procedimentales, aludiendo a las formas recursivas que nuestros pacientes presentan en su conducta sensomotriz cognitivo emocional relacional. Tratamos de captar las cualidades repetidas y las novedosas que emergen durante el proceso terapéutico. Captamos manifestaciones que nos llaman la atención, las focalizamos y facilitamos su despliegue asociativo expresivo, tanto a nivel motriz, como verbal y energético. Trabajamos con micropatrones, como es el caso de la respiración, ya que se trata de un movimiento de fondo que ponemos en nuestro foco, o con los hábitos de movimiento incompletos de aparente sin sentido, que se manifiestan en simultaneidad al relato verbal de un paciente (Caldwell, 1999) y que expresan la canalización de niveles de ansiedad, o trabajamos observando las manifestaciones del tránsito de la energía (Monda, 2000); trabajamos con metapatrones al visua-

lizar una dinámica o coreografía grupal en proceso. Esto implica que busquemos regularidades, formas generalizadas y formas episódicas. Captamos las formas, modos y secuencias en que se manifiestan, intentando desentrañar los objetivos que las impulsan o las situaciones que los detonan. En la lentitud nos detenemos a observar y atender cada detalle de los procesos emergentes. Los *mapeamos* y *apareamos* con los propios modos de obrar. Componemos sentidos con nuestra presencia, como observadores participantes. Acompañamos en el descubrimiento, la creatividad y el reencuentro con aspectos de cada uno, a veces olvidados, a veces perdidos, en ocasiones totalmente novedosos. Iluminamos y valoramos la experiencia tal cual se presenta, facilitando la aceptación y el cambio que sucede sin presión ni forzamientos.

Necesitamos comprender que solo algunas mínimas partes de paciente y terapeuta se ponen en contacto, dándose los *momentos de encuentro*, así llamados por Stern (1996, 2004, 2010), que deben ser suficientemente buenos, según las palabras de Winnicott (1982), que nos liberan de la exigencia del *furor curandis*. También entender que el otro no comprende exactamente como yo. Puede estar tomando otro componente de la metáfora y entendiendo de otro modo, desde su propio cuerpo y experiencia. Por este motivo una herramienta esencial es la pregunta que ayuda a clarificar sin cerrar, ni cosificar, ni ofrecer interpretaciones sólidas o inteligentes, pero que no favorecen el desarrollo y el propio fluir del paciente y de la relación terapéutica.

El proceso terapéutico implica actualizar el sentido de las experiencias que han generado patrones comportamentales penosos o contrarios a la vitalidad o salud de la persona, su entorno o la totalidad del sistema orgánico. A través de la exploración conciente del movimiento corporal, el sentir y la construcción de sentido se resignifican en un nuevo *setting*. De este modo la relación terapéutica facilita la emergencia de nuevos patrones (Fischman, 2008). Nuevos sentidos y formas de estar con, emergen (Lyons-Ruth, 1999).

Vemos como la neurociencia, el ambientalismo, la lingüística, campos diversos de conocimiento, confluyen en la comprensión encarnada de la experiencia a través de los metapatrones transcontextuales. Por otra parte, una manzana es en tanto que es manzana. Volvemos a la tautología en el conocimiento a la que nos tienen acostumbrados Maturana (1984) y Varela (1997; 2002). *El ser de lo que es, es siendo lo que es*. Nosotros como DMT somos partícipes de las transformaciones operadas en el ir siendo con otros, componiendo con nuestros congéneres como entidades químicas que se combinan. Por lo tanto si lo que es sigue siendo, y obtiene una prima de placer en ello, a la vez que intenta mejorar las ventajas para el sistema y la sobrevivencia, nuestra tarea está en proceso.

References/ Referencias bibliográficas

- Bartenieff, I. (1980). *Body Movement, Coping with the Environment*. New York: Gordon and Breach Science Publishers.
- Bateson, G. (2002). *Mind and Nature: A Necessary Unity*. Cresskill, NJ: Hampton Press.
- Bloom, J. W. (2004). Patterns that connect: Rethinking our approach to learning, teaching, and curriculum. *Curriculum and Teaching*, 19 (1), 5-26.
- Bloom, J. W., & Volk, T. (2007). The use of metapatterns for research into complex systems of teaching, learning, and schooling. Part II: Applications. *Complicity: An International Journal of Complexity and Education*, 4 (1), 45-68.
- Caldwell, C. (1999). *Habitar el Cuerpo*. Barcelona: Ed. Urano.
- Chaiklin, S. & Schmais (1986). The Chace approach to Dance Therapy. En P. Lewis (Ed.), *Theoretical approaches in Dance Therapy*. Ed. Vol I. Iowa: Kendall- Hunt.
- Csikszentmihalyi, M. (2012). *Fluir*. Buenos Aires: Editorial Kairos.
- Damasio, A. (2000). *Sentir lo que sucede. Cuerpo y emoción en la fábrica de la consciencia*. Santiago de Chile: Ed. Andrés Bello.
- Deleuze, G. (2004). *En medio de Spinoza*, Buenos Aires: Ed. Cactus.
- Fischman, D. (2008). Relación terapéutica y Empatía Kinestésica. En H. Wengrower & S. Chaiklin (Coords), *La Vida es Danza*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Fischman, D. (2005). *La mejora de la capacidad empática en profesionales de la salud y la educación a través de talleres de Danza Movimiento Terapia*. Tesis Doctoral, Universidad de Palermo, Buenos Aires.
- Fischman, D. & Koch, S. (2011). Embodied Enactive Dance Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 33, 57-72.
- Freud, S. (1982). *Proyecto de una psicología para neurólogos*. Obras Completas. Buenos Aires: Ed. Amorrotu.
- Hackney, P. (1998). *Making Connections. Total Body Integration Through Bartenieff Fundamentals*. Amsterdam: Overseas Pub. Association.
- Johnson, M. (1991). *El cuerpo en la mente*. Madrid: Ed. Rogar.
- Johnson, M. y Lakoff, G. (1998). *Metáforas de la vida Cotidiana*. Madrid: Ediciones Cátedra S.A.
- Kestenberg, J. (1979). *The role of movement patterns in development, Volumen I*. New York: Dance Notation Bureau.
- Laban, R (1991). *La Danza Educativa Moderna*. Méjico: Ed. Paidós.
- Laban, R. (1987). *El Dominio del Movimiento*. Ed. Fundamentos, Madrid.
- Lakoff, G. & M. Johnson (1999). *Philosophy in the Flesh: The embodied mind and its challenge to western thought*. New York: Basic Books.
- Lamb, W. (1965). *Posture and gesture: an introduction to the study of physical behaviour*. London: G. Duckworth Ltd.

- Lakoff, G. & M. Johnson (1999); *Philosophy in the Flesh: The embodied mind and its challenge to western thought*. New York: Basic Books.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization.
- Lowen, A. (1991). *Bioenergética*. Méjico: Ed. Diana.
- Maturana, H. (1984). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: Ed. Universitaria.
- Monda L. (2000). *The practice of Wholness. Spiritual transformation in everyday life*. Placitas, United States: Golden Flower Pub.
- Panhofer, H. (Ed.) (2005). *El Cuerpo en Psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Reich, W. (1993). *Análisis del Character*. Méjico: Paidós.
- Schmais, C: (1998). Understanding the Dance Movement therapy Group. *American Journal of Dance Therapy*, 20, (1) Spring/Summer.
- Schmais, C. (1970). Introduction to Dance Therapy. In *Dance Research Annual II*, published by Congress on Research in Dance (CORD), United States: published by Congress on Research in Dance (CORD).
- Schmais, C. (1985). Healing Processes in group Dance Therapy, *American Journal of Dance Therapy*, 8, 17-36.
- Schott Billmann, F. (2001). *Le besoin de Dancer*. Paris: Odile Jacob Editions.
- Seitz, Jay A. (2000) *Nonverbal Metaphor: a review of theories and evidence*. New York: Department of Political Science and Psychology York College.
- Seitz, J. (2001) *The Biological and Bodily Basis of Metaphor*. City University of New York.
- Seitz, J. (2000). The bodily basis of thought. New Ideas in Psychology. *An International Journal of Innovative Theory in Psychology*, 181, 23-40.
- Stern, D. (1996). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Stern, D. (2010). *Forms of Vitality*. New York: Oxford University Press.
- Stern, D. (2004). *The Present Moment*. In *Psychotherapy and Everyday life*. Lugar: Norton & Co Inc.
- Varela, F. (2002). *Conocer*. Ed. Gedisa: Barcelona.
- Varela, F., Thompson, E. Y Eleonor Rosch (1997). *De cuerpo presente, las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Volk, T. (1995). *Metapatterns Across Space, Time, and Mind*. Columbia: Columbia University Press.
- Volk, T., Bloom, J. W., & Richards, J. (2007). Toward a science of metapatterns: Building upon Bateson's foundation. *Kybernetes*, 36(7-8), 1070—1080.

Wainstein, M. (2002). *Comunicación: Un Paradigma de la Mente*. Buenos Aires: Eudeba.

Winnicott, D. (1979). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.

Winnicott, D. (1982). *Realidad y Juego*. Barcelona: Ed. Gedisa.

Whitehouse, MJ (1999). Creative Expression in Physical Movement is Language without words. In P. Pallaro (Ed.), *Authentic Movement*. London: Jessica Kingsley Publisher.



Capítulo seis: Hope is a clean fish tank

SUE CURTIS (English version)

Hope - dictionary definitions:

- The belief in an outcome related to events and circumstances in one's life
- A feeling of desire for something and confidence in the possibility of its fulfilment
- The feeling that what is wanted can be had or that events will turn out for the best
- to cherish a desire with anticipation

In the unfolding relationship and evolving story between therapist and client what meaning does 'hope' hold? Does it imply a belief, faith or trust in the future – a looking forward? In Greek mythology Pandora is given a beautiful container – with instructions not to open it under any circumstance. Impelled by her curiosity she opens it, releasing all the bad things in the world. She hastens to close it, but the whole contents escape, except for one thing lying at the bottom – the Spirit of Hope. Hope was underneath, at the bottom of it all!

As therapists are we aware and acquainted with our own personal understanding and experience of hope in our lives? How is it expressed through symbol, story and movement? How can we use these expressions within our work, especially when working with clients in despair?

The purpose of this paper is to share my own learning process and reflections on the 'lived experience' of hope in recent years and how this has deepened my awareness of the clinical process as presented in the workshop for the conference. It is not intended as academic research but rather aims to provide a starting point for personal exploration and meaning.

Witnessing despair

Kayla²³ paces before me, her eyes frenzied with rage, and the sinews of her slight body taught with her fury. Frantically she pulls over the chairs as she continues her brutal, verbal tirade at me, telling me how much she hates me and the world. Systematically she destroys her drawings, tears in half the folder that contains them and then rips apart the cassette tape she uses to record painful memories. The room, like her insides, is a picture of devastation that I witness and feel. As she works herself up to a final explosive attack her whole body lurches, shakes and contorts, eyes bulging and tearful, her chest and jaw protruding towards me and she begins to scream – “you don’t understand..... you don’t understand... my life is over.. MY LIFE IS OVER!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!”

Kayla is seven years old. Seven years old! Just seven years old and in such deep despair. As I attempt to find words to respond to her painful brokenness, to tell her I want to understand together the depth of the terrible feelings she has inside, I am filled with the resounding sense of how lame they sound. Finally as she calms down she comes to sit beside me and sobs at the wreckage surrounding us, holding the fragments of her pictures, repeating, “look what I’ve done... look what I’ve done... they’re ruined!”

At aged five Kayla and her two younger sisters were taken into care, allegedly having been subjected to physical and sexual abuse at the hands of a paedophile ring. Somehow they were separated and her two siblings ended up in foster care together. When the foster carer discovered there was another sister, Kayla, she applied to have the girls reunited and so at age 6 they all lived together, were put up for adoption and after one year of no response the foster carer applied for long term fostering of them all. We had worked together for nearly a year when the session described took place. That day she had entered the room and tried to jump out of the window and it transpired that the evening before a new social worker had visited and informed her that the previous social worker had not signed off on the long term fostering application and so the children were to be put up for adoption again. Kayla had been standing in the hallway and heard the whole conversation.

The following week in our session Kayla was subdued and when reflecting back on the week before, she came and collapsed limply on my lap, sobbing quietly, repeating again how her life was over saying “what’s the point? They give me a new home, a wonderful home and now they want to take it away from me”. In the ensuing months her violence escalated at home, she ran away three times and eventually the foster placement broke down.

23 All names have been changed to respect confidentiality.

Context – the elusive mystery of hope

Three years ago I became seriously ill with a rare cancer that produced rarer symptoms that attacked my peripheral nerves. Within nine months I went from an active, movement based lifestyle and work to being in a wheelchair, unable to stand up unaided and literally housebound. My legs were paralysed and my hands numb. Life as I had known it had changed drastically and the continual losses I experienced were profound and shocking. During that time I was bombarded by friends and colleagues continually telling me I had to be 'positive', that I had to 'fight' and I had to have 'hope'! I came to loathe the word 'positive' asking them to stop using it, as for me it wasn't a case of positive or negative but being realistic in understanding what was happening to me in the moment. It wasn't a fight but a deep surrendering to what my body was revealing. But 'hope' that eluded me and a journey of curiosity as to its meaning in my life began. I found that the word popped out of my mouth daily "I hope so.... hopefully.... let's hope.... hope to see you" etc. But I could not in all honesty feel a living, embodied sense of hope in my life. Like Kayla I felt my life as I knew it was over, I had to give up teaching and clinical practice and be on long term sick leave. As I write I wonder what Kayla would have said had I told her that day to be positive and to have hope.

I did though manage to maintain some private supervision practice from home. One day a supervisee, Ali, came and told me about a very difficult group of teenagers she was working with. She had talked about them many times before to the point that the group had also become a metaphor for all of her practice that seemed difficult and fragmented. This week as she tearfully relayed the contents of the session she said that she really thought she should give up being a therapist as she was simply no good at it. As we reflected on the material together and the enormous place this group had in her life she began to smile, then giggle and said "you've done it again Sue" "done what?" I asked, "You've given me hope – whenever I feel like giving up, you always seem to give me hope – I'm going to call you the 'hope maker'!" I laughed and replied "that's interesting then that apparently I can pass on the very thing I have no idea of in my own life!"

After she left I wondered again whether hope was something that was discovered, given, held by someone else in times of despair and whether I would ever truly know it for myself. I wondered too if I had ever really consciously thought about it in relation to my decades of clinical work. I remember clearly coming away from a meeting of approximately twelve professionals all discussing Kayla's situation feeling that I had no faith or trust in a system that seemed to have re-traumatised an already abused child through the oversight of one signature on a piece of paper. Was my lack of trust a lack of hope? I began to reflect retrospectively on other cases

that swirled through my mind during my illness and became intrigued by other people's stories and attempts to articulate what hope is for them.

Tina is the Mother of three beautiful daughters. One day she took her three year Lily old to the hospital, as Lily complained continually of a sore foot and was limping. The hospital took x-rays and a blood test. An hour later they were both in an ambulance, blue light flashing, on their way to another hospital. Lily had been diagnosed with leukaemia and was to enter a gruelling regime of chemotherapy. Tina sat in the ambulances sobbing unable to speak. In the ensuing months she started a blog to update people on Lily's progress, but more importantly to have an outlet for her feelings. In one post she talked about the difficulty of knowing how to have the terrible thoughts that her daughter might die. Her husband told her she couldn't think like that – she needed to be 'positive'! Recently when discussing what 'hope' is together in our intertwining stories she said "for me hope is always adjusting... before Lily got sick, hope was that I would be fulfilled, my kids happy and I become a grandmother... sitting in that ambulance, at that moment I just hoped Lily wouldn't die right then and there, later it was that if she did die it would be peaceful and painless, and currently it is more that she enjoys life at nursery". When planning her fourth birthday Lily told Tina what she wanted and at the same time told her what she wanted for her fifth and sixth birthdays! Does Lily innately know hope for a future full of more birthdays? Hope in a future that her mother has at times struggled to believe in?

The pain of loss and hopeful wishes

Nine year old Jordan stands huddled against the radiator outside his classroom. I had previously worked with him in a group when he was six years old and remember him as one of the most creative children I had ever worked with, always full of ideas, exceptionally funny (taking great delight at making farting noises under his armpit), loved to be physically active, always ready to take the lead but compassionate and understanding of his peers. He fully engaged and embraced the space of the therapy room and openly talking about his life and his feelings. The one issue though that constantly haunted him was the fact that he had never met his father. It was never clear what had happened to his father and various stories abounded. His mum had told him his father was dead but had no photographs of him, no details and found it upsetting to talk about. Consequently Jordan gave up asking. In the few years following our work his mum had become sick and so he was now a young carer along with his teenage sister. The three of them live together and his sister has a different father that she has contact with.

Now Jordan stands alone, shoulders hunched, chest sunken with his hands in his pockets, head down and his hood pulled over his face. As I approach him his eyes flicker to the side and he sees me. I reach the radiator and quietly lean against it next to him and ask if he is ok. Jordan shakes his head and his eyes fill with tears and I can now see he is very pale. He tells me he hasn't been sleeping well and been having nosebleeds. I ask if something is troubling him and he says "can I come and see you again, "because I'm taking my anger out on other boys and got into a fight". The tears are now rolling down his cheeks and his vulnerability feels tangible. We walk together to my room along the corridor to talk some more and inside he flops onto a beanbag and cries, telling me about every weekend when his sister's dad visits he gets upset because he can never see his and that he cries but can't tell his mum because it might make her illness worse. In consultation with staff I agree to see Jordan in therapy for the next 12 weeks.

As soon as Jordan enters the room the following week he surveys the space, asking about all the different 'feeling faces' on the wall, identifying which ones he identifies with, pointing out 'alone' 'depressed' 'angry' and 'upset' to name but a few. He starts to talk about his dad and the pain of not knowing if he looks like him, sounds like him or if his dad would like him. I ask what he imagines his dad was like and he is unsure – almost not daring to have an image or fantasy about him. He talks about how a friend of his mum who supposedly knew his dad promised to bring photos of him, but they never came. For the rest of our time he catches me up on how he is learning to play drums, how he really likes his teacher, what music he is into and what new physical tricks he can do as he suddenly shoots across the room to do a handstand and flip. For a moment I feel like a small flicker of the Jordan I knew is dancing before me. After he left I remember wondering what would unfold in the ensuing weeks and whether the seeming depressed state he was in would change.

Retrospectively I wonder if I held hope in the abilities I knew he had within him or whether in his current struggle he needed me to hold it for him. Perhaps it would evolve between us.

The following week Jordan appeared clutching an old carrier bag with an old beaten up pair of boots stuffed inside. He sat down and pulled them out and I discovered they were roller skates and at least 4 sizes too big for him. He said his mum's friend gave them to him saying they belonged to his dad. Excitedly he unlaced them putting his whole foot and shoe inside and began lacing them up. I had an image of him at Christmas, opening a wonderful gift! When the second skate was on he stood up, wobbled madly, got his balance and pushed himself out into the room. He didn't speak but just pushed and wobbled from one table to another periodically looking over to me to make sure I was looking. As he gained confi-

dence he began circling the room, building up speed, arms flailing and periodically bumping to a halt, only to push off and skate again.

As I watched my heart pounded and ached with the poignancy of the scene before me – of Jordan skating in his father's shoes, the precious experience of having found a frail link to all that he felt he had lost and a moment's connection, joining in something that his dad would have done. For twenty minutes he silently skated and for twenty minutes I lived a fragile hope with him. As he came to a stop I asked what it was like to be in dad's shoes and he just said 'great' but then sadly said he didn't know what kind of skater dad was. There were so many unanswered questions, so many things he wished he could say.

Together we decided to have a ritual where he could creatively express his wishes and thoughts he wanted to tell his dad written on balloons with a selection of photographs he wanted dad to see and also a private message tied to it. I arranged for a private time with the school when we could go to the roof to let them off. In the following weeks I took many photos of him – serious, funny, goofy ones and Jordan selected the ones he wanted. Glitter, glue and ribbons filled our room as he worked tirelessly to make a private little message box. All the time he was creating he talked endlessly of his dad and I held inside all his unfulfilled hopes and dreams of a life they would never have.

On the arranged day I arrived at school with a car full of balloons and took them to the room. He entered the room excitedly and began to tie his precious wishes to the long strings. I took photos of him holding them as he beamed with pride. We went up to the roof and immediately the balloons swirled and blew in the wind. I took photos of him holding them there; smiling at the fact I could only see his feet as the wind blew them all against his body.

Suddenly a wave of terror washed over me – what if there weren't enough balloons to hold his wishes? What if they didn't float upwards? – Oh god please be enough! I asked if he wanted to say something as he let go and at first he wasn't sure then he simply said "dad this is for you – I love you". The huge bunch swirled and lifted, then began to sink and my heart nearly stopped until another gust of wind lifted them skywards. Together we stood in silence, watching as they went higher and higher and for 20 minutes we stood silently, side by side, witnessing their ascent. As they became a dot in the skyline we laughed at whether we were still seeing them. Finally as we began to walk back he said "I've never done anything like that before – I feel kind of different now – sort of hopeful".

At lunchtime his teacher tearfully shared how Jordan returned to class and asked to speak to his classmates about what he had just done. His teacher, nervous of confidentiality asked if he were sure and Jordan said he was. He went to the front and talked about the whole process, how he had been so upset about his dad and

what he worked on with me for the past weeks and the ritual today. Apparently the class clapped and other children commented about how they get sad too and half an hour later Jordan appeared at my door, hands behind his back saying “close your eyes and hold out your hand”. I did and he placed a large stone in them. He had painted a picture of a flower on it. “Now turn it” over he said and underneath he had painted ‘I heart U’. “That’s to look at when you feel down!” and off he ran.

Upon reflection can I say that Jordan had found some hope for the future – a way of moving forward? Was that hope then shared in the gift of his stone – recognition that I too would at times need hope? Six months later he came and found me again for a chat. He broke down in uncontrollable sobs telling me he had contemplated throwing himself off a building life felt so bad. It seemed our ritual had provided some respite from his worries and sadness but it was not the end of his torment. We resumed work together until he left school a year later. Perhaps as Tina states hope needs constant adjusting.

False hope

Sometimes in working with children in despair, the feelings they engender in others can bring about situations of false hope, in an attempt to keep out unbearable feelings.

Nine year old Joel was referred to therapy due to his violent and explosive outbursts. His father had been imprisoned for sexually abusing his three younger sisters and when Joel had apparently been caught fondling one of them his mother placed him into care. What transpired through the first 6 months of therapy was that Joel himself had also been sexually abused by his father, but nobody had interviewed him at the time as he was a boy. His mother already racked with guilt at the plight of her daughters and barely holding life together allowed Joel to visit some weekends for the day. Eventually though she said she was unable to cope with him as he reminded her too much of her husband.

In the therapy sessions initially Joel struggled to see me as anything other than a rejecting, useless female and one who was blind to his needs. He would start every session with a 15 minute verbal, abusive attack, one which I repeatedly have to survive, until he calmed enough to begin to move, create games or draw. When I did manage to gain some fragile trust with him he began to let me know how devastated and hopeless he felt. He would often stare out of the window saying he wished he was dead or could jump out and end up in bits on the floor. He blamed himself for not protecting his sisters and struggled to understand his feelings for his mother with whom he was bitterly angry with, yet loved.

At the time another member of staff, Fiona, was consistently trying to 'make-up' for his painful situation. She would secretly organise bags of sweets for him, take him on cinema trips and buy him toys. She kept telling him that his mother loved him and that when the family moved into a new house they would all be reunited. Despite many meetings with her to attempt to help her to understand his complex feelings and that telling him it would all be alright in the future was potentially giving him false hope, she persisted. A few months later his mother and sisters moved into a new house and the social workers persuaded Mum to let Joel visit. Again Fiona filled his head with images of what his room would look like. Joel arrived to find there was no room for him and that his things were in a few boxes in a cupboard under the stairs. He was devastated.

In clinical work we will encounter many painful stories of despair and seeming hopelessness. Are we able to be present to them, to be alongside and to bear the outcomes? Or are we subtly compelled, like Fiona to try in our own way to make them better in an attempt to anaesthetise ourselves to the raw histories presented before us? Do we believe that somewhere underneath it all, as in the story of Pandora, there lays a spirit of hope? As clinicians how do we move through the times of self-doubt and hold hope in ourselves and the therapeutic relationship? What is the notion of hope when faced with life threatening or shortening illness and even suicidal thoughts or actions? Can we honestly engage with the notion of hope without first exploring it in our own lives so that we are aware of what we bring to the relationship?

Creative exploration

In conversation about hope with colleagues I have been struck by responses that locate themselves either in the future or present moment. For example one person said that it was the idea of hope 'out there' that kept her moving towards it. Another resonated with my own experiences of hope in the 'moment' that then spurred us on to keep going.

Recently in remembering with Ali her term 'hope maker', she talked about the feeling of a 'spark' and as she does her hands pull up to her chest, fingers pulsing and flicking as if igniting something within her. I remind her that the spark is inside her and that engaging with it in supervision allowed her to discover it. Another supervisee Kaye who similarly has times of feeling she should give up refers to me as the 'hope whisperer'. Interestingly, Kaye who is bilingual often comes to a 'specific' and significant word that encapsulates the experience of hope for her, opening a space for further reflection on her work. In both cases it is the experience of the 'in

the moment' sharing between us and paying attention to movement and words that reveals potential and allows them to discover hope within themselves, and not something I deliver.

However I am struck by the different modalities of movement and words and what other possibilities such as visual images, artwork and music may have to offer in further exploring personal meanings of hope. When we contemplate the word hope how are we drawn to explore it – for example do you find yourself wanting to move or does an image come to mind that you either want to look at or draw? What shape, colour, texture etc., would your Pandora's container have? Does a memory come to mind, a phrase or title, an event or person? Or does sound or music seem to speak first? In incubating ideas for this workshop I typed in the word hope under a search images and a myriad of varied photographs, from hearts, to clouds, to candles, to open hands etc., presented themselves and I was intrigued at which ones resonated within me and which left me cold and confused. The exploration is unique, personal, changing at different times and requires attentiveness and a deep listening and authentic commitment.

In my own life I have also come to greatly value the combination of movement and body mapping (Schwalbe, 2001; Schwalbe, 2003) as a way of connecting to and finding meaning in my experience of illness and disability, and articulating them to others. I have been working on it for over two years and learnt so much from the revealing images as they unfold and take their place on it. They have surprised me and have emerged from movement, sensation and memories. The life size story it depicts has sustained me through difficult times. Alongside this I have deeply appreciated friends who have been able to sit alongside me during my worst times and listen to my stories without the need to try and change them, cheer me up or tell me to be positive! Their ability to stay with me through my own journey and to respect my own process of moving through it has been extremely humbling and inspiring.

Embodied hope

During my illness and disability I had to experience the devastating despair and feeling that my body had betrayed me. I would stare at my legs and feet, unable to move a muscle, unable to make sense of sensations, unable to walk and wonder if I would ever feel connected again. One day, a year ago, I was sitting on the floor with a friend, barefoot, when the very tip of one toe flickered. In disbelief I asked her if she could see it – she could! That tiny centimetre of movement brought an overwhelming sense of hope – hope in my body and its ability. Painfully slowly, over

many months, more toes twitched and a tiny movement in my ankles came back. It was enough to balance and stand unaided and my friend witnessed and timed how many seconds before I fell over. Last month I stood and balanced long enough to hang out some washing – the first time in three years!

A month ago in hydrotherapy, Barry, who has suffered a stroke, walked three steps unaided in the pool – he screamed in delight and shouted “3 years – 3 years and I’ve never been able to do that!” He looked over at me, tears in both our eyes, in a silent, shared knowing that the small break though was witnessed. Later he said “I’ll never give up”. Last week he walked unaided around the whole pool!

And so the fish tank...

During the worst months of my illness I spent most of my days lying on the couch with a fish tank before me and one behind me. One evening, after returning from hospital after another painful plasma exchange, and 4 months into chemotherapy, the doorbell rang. I hauled myself onto my walking frame, hobbled to the door to find 2 young missionaries standing there. “We were wondering if we could talk to you about Jesus Christ” said one. Hanging onto the handles by my door, arms bandaged and exhausted I said “now is not a good time”. The young man quickly responded, “Is there another time?” Beyond exhausted and in pain I blurted out “look, I’ve just got back from hospital, I’m in pain, I have cancer – so no! And anyway I have a faith”. Quietly he looked at me and said “I’m so sorry to hear that is there anything else we can do for you?” – “you can cut my grass” I said half-jokingly. “We’ll do that for you” he replied and the following week showed up with his companion and duly cut my grass. These two Mormon missionaries came for the next two months and helped garden and fix things for me.

Several weeks later I was laying on my couch feeling completely helpless and saddened at the state of my fish tanks, as unable to tend to them they were in a sorrowful state and a few fish had died. They felt like a metaphor for my life – decaying and struggling for life. Then the phone rang “hello, it’s the missionaries here – we just wondered if we could help you in any way?” Two days later three of them appeared and within 3 hours had cleaned both fish tanks! Later that evening I lay looking at the sparkling tanks and happy fish darting around inside, grateful for my Mormon angels as I called them for giving life back. Talking to a friend on the phone I announced – today ‘hope’ is a clean fish tank. My needs were met! In that very moment, in the image of thriving fish, I could sense my own desire to thrive – a deeply embedded experience of life – of hope. That moment endured and sustained through many a difficult time.

In the process of writing this piece I have found myself pondering and then doubting whether my experiences, reflections and stories will resonate or plant a seed for further thought in readers. I did not set out to give an explanation or definition of hope but rather to open a door to personal exploration. In my moment of doubt I reach for Jordan's stone that sits on my desk, feel it in my hands, and gazing at the image remember his words.



La esperanza, una pecera limpia²⁴

SUE CURTIS (versión española)

Definiciones de esperanza según el diccionario:

- Creencia en un resultado relacionado con eventos y circunstancias en la vida del individuo.
- Deseo y seguridad en la posibilidad de que algo se cumpla.
- Sentimiento de poder tener lo que se desea, o de que las cosas van a salir lo mejor posible.
- Mantener un deseo con expectación.

En la relación que se va revelando, y la historia que se desarrolla entre el terapeuta y el cliente, ¿cuál es el significado que tiene la ‘esperanza’? ¿Implica una creencia, fe o confianza en un futuro —una mirada hacia adelante—? En la mitología griega, a Pandora se le da una hermosa caja —con instrucciones de no abrirla bajo ningún concepto—. Dejándose llevar por su curiosidad la abre, liberando todas las cosas malas al mundo. Se apresura a cerrarla, pero todo el contenido escapa, excepto una cosa que reposa en el fondo —el Espíritu de la Esperanza—. ¡La Esperanza estaba debajo, en el fondo del todo! Como terapeutas, ¿somos conscientes y entendemos por experiencia propia lo que es la ‘esperanza’ en nuestras vidas? ¿Cómo se expresa a través del símbolo, la historia y el movimiento? ¿Cómo podemos utilizar estas expresiones especialmente con clientes desesperanzados?

El propósito de este artículo es compartir mi propio proceso de aprendizaje y reflexiones sobre la ‘experiencia vivida’ de la esperanza en los últimos años, y cómo estas han aumentado en mi toma de conciencia del proceso clínico, según presento en el taller de la conferencia. Este artículo no pretende ser un estudio académico, sino proporcionar un punto de partida de introspección y significado personal.

²⁴ Traducción del inglés de Ana Guzman, Jessica Jiménez, Elena Torres y Beatriz Martín.

Presenciando la desesperanza

Kayla²⁵ camina de un lado a otro delante de mí, sus ojos están enloquecidos con ira, y los tendones de su cuerpo delgado muestran su furia. Tira frenéticamente las sillas, mientras continua con su brutal ofensa verbal, diciéndome cuánto odia al mundo y a mí. Sistemáticamente destroza sus dibujos, rompe en dos la carpeta que los contiene y hace pedazos la cinta de audio que utiliza para grabar sus recuerdos dolorosos. La sala, al igual que su interior, es una imagen de desolación, de la que soy testigo y siento. Mientras se prepara para el último arrebato explosivo, su cuerpo entero se tambalea, tiembla y se retuerce, con los ojos saliendo de sus órbitas y llenos de lágrimas, su pecho y mandíbula se proyectan hacia mí y empieza a gritar «no me entiendes...; tú no me entiendes... Mi vida está acabada. ¡¡¡¡¡MI VIDA ESTÁ ACABADA!!!!!!!!!!».

Kayla tiene siete años. ¡Siete años! Tan sólo siete años y en tal profunda desesperación. Cuando intento encontrar las palabras para responder a su dolorosa devastación, decirle que quiero entender con ella la profundidad de los terribles sentimientos que tiene dentro, me encuentro con la resonancia de lo poco convincente que suenan. Cuando finalmente se calma, se sienta a mi lado, y llora al ver el daño causado sujetando los trozos de sus dibujos, repite, «mira lo que he hecho..., mira lo que he hecho... ¡Están destrozados!». Con cinco años, Kayla y sus dos hermanas pequeñas fueron dadas en custodia, alegando que un grupo de pedófilos había abusado física y sexualmente de ellas. Por alguna razón se las separó, y sus hermanas terminaron juntas en una casa de acogida. Cuando la tutora se enteró que tenían otra hermana, Kayla, solicitó su reunificación, y es entonces cuando, con seis años, todas vivieron juntas, mientras estaban puestas en adopción. Después de un año sin respuesta, la casa de acogida solicitó una acogida de larga duración para todas ellas. Cuando sucedió lo descrito anteriormente, llevábamos trabajando juntas durante casi un año. Ese día Kayla entró en la sala e intentó tirarse por la ventana, después de que la tarde anterior un trabajador social viniera a informar de que el previo en su puesto no había firmado la solicitud para la casa de acogida de larga duración, resultando que las niñas serían de nuevo puestas en adopción. Kayla se encontraba en el pasillo, desde donde pudo escuchar toda la conversación.

A la semana siguiente, durante nuestra sesión, Kayla estaba hundida y cuando recapacitó sobre lo que había ocurrido la semana anterior, vino y se desplomó en mi regazo, sollozando en silencio, mientras repetía que su vida estaba acabada, di-

25 Por motivos de confidencialidad se han cambiado todos los nombres en este capítulo.

ciendo «¿De qué sirve? Me dan un hogar nuevo, un hogar maravilloso y ahora me lo quieren quitar». Durante los meses siguientes su violencia en la casa incrementó, se escapó tres veces y al final tuvo que dejar el lugar de acogida.

Contexto, el elusivo misterio de la esperanza

Hace tres años estuve gravemente enferma con un cáncer poco común que atacaba mi sistema nervioso periférico. En nueve meses pasé de un estilo de vida y trabajo activos, basados en el movimiento, a estar en una silla de ruedas, incapaz de levantarme sin ayuda y literalmente confinada a la casa. Mis piernas estaban paralizadas y mis manos entumecidas. La vida que hasta entonces conocía había cambiado drásticamente y las continuas pérdidas que experimentaba eran profundas e impactantes.

Durante ese tiempo, amigos y colegas me bombardearon constantemente diciendo que ¡tenía que ser ‘positiva’, ‘luchar’ y tener ‘esperanza’! Llegué a aborrecer la palabra ‘positivo’, y pedí que dejaran de usarla porque para mí no era una cuestión de ser positiva o negativa, sino de entender realísticamente lo que en ese momento me estaba ocurriendo. No se trataba de una lucha, sino de una entrega total a lo que mi cuerpo estaba tratando de decir. Pero la ‘esperanza’ me esquivaba, y un viaje de búsqueda hacia su sentido comenzó en mi vida. Me percaté que la palabra salía de mi boca a diario, «espero que..., esperanzado..., esperemos..., espero verte», etc. Pero, sinceramente, en mi vida yo no podía sentir ni una pizca de esperanza viva y encarnada. Al igual que Kayla, sentía que mi vida como la conocía se había acabado. Tuve que renunciar a dar clase y a la práctica clínica, además de estar de baja durante un largo periodo. Mientras escribo esto, pienso qué me habría contestado si le hubiera dicho ese día que fuera positiva y tuviera esperanza.

Al menos conseguí mantener algo de supervisión privada desde casa. Un día, Ali, a quien supervisaba, vino y me contó sobre un grupo muy difícil de adolescentes con quienes trabajaba. Me había hablado sobre ellos muchas veces previamente, hasta el punto que el grupo se había convertido en una metáfora de todo su trabajo clínico que parecía difícil y fragmentado. Esa semana, al contarme entre lágrimas lo sucedido en la sesión, me dijo que realmente pensaba que debería dejar de ser terapeuta ya que simplemente no era buena en ello.

Mientras reflexionábamos conjuntamente sobre el material y al ver el espacio enorme que este grupo ocupaba en su vida, comenzó a sonreír; entonces le entró la risa tonta y dijo «lo has vuelto a hacer, Sue», «¿el qué?» pregunté, «me has dado esperanza —cuando siento que quiero dejarlo, tú siempre me das esperanza—. Te

voy a llamar ¡'la creadora de esperanza'!». Me reí y contesté, «eso es interesante, ¡aparentemente puedo transmitir ese algo de lo que yo misma no tengo ni idea en mi propia vida!».

Cuando marchó, me quedé pensando si la esperanza era algo que era descubierto, dado, mantenido por otro en tiempos de desesperanza, y si yo, en alguna ocasión, realmente la conocería por mí misma. También me pregunté si alguna vez, tras décadas de práctica clínica, había realmente pensado sobre ello. Recuerdo perfectamente salir de una reunión de unos doce profesionales que discutíamos la situación de Kayla, sin tener fe ni confianza en un sistema que, por la falta de una firma, parecía haber vuelto a traumatizar a una niña que ya había padecido abusos. ¿Era mi falta de confianza una falta de esperanza? Comencé a reflexionar retrospectivamente acerca de otros casos que me vinieron a la mente durante mi enfermedad y me intrigué por las historias de otra gente y sus intentos de expresar lo que la esperanza significaba para ellos.

Tina es la madre de tres hermosas hijas. Un día, llevó al hospital a su hija de tres años, Lily, tras sus constantes quejas de un pie que le dolía y del que cojeaba. En el hospital le hicieron radiografías y un análisis de sangre. Una hora después iban en una ambulancia, las luces azules parpadeando, de camino a otro hospital. A Lily le habían diagnosticado leucemia e iba a comenzar un extenuante tratamiento de quimioterapia. Tina sollozaba sentada en la ambulancia, incapaz de hablar. Durante los meses siguientes empezó a informar acerca del progreso de Lily en un blog, pero sobre todo para dar salida a sus sentimientos. En una de sus entradas habló de la dificultad que entrañaba el que se le pasara por la cabeza el horrible pensamiento de que su hija pudiera morir. Su marido le dijo que no podía pensar de esta manera, ¡que tenía que ser 'positiva'! Recientemente, mientras discutíamos juntas el significado de 'esperanza' en nuestras entrelazadas historias, ella dijo «para mí, la esperanza siempre está en continuo cambio...; antes de que Lily enfermara, la esperanza era que yo estuviera satisfecha, mis hijas felices y llegara a ser abuela... Sentada en esa ambulancia, simplemente esperaba que Lily no muriera ahí mismo, en ese momento; después era que si tenía que morir, que fuera en paz y sin dolor; y ahora la esperanza es que Lily disfrute de su vida en la guardería». Mientras Tina organizaba el cuarto cumpleaños de Lily, ésta le dijo lo que quería, no sólo para este cumpleaños, ¡sino para el quinto y el sexto también! ¿Tiene Lily un conocimiento innato de la esperanza en un futuro lleno de cumpleaños? ¿La esperanza en un futuro del que en ocasiones su madre dudó?

El dolor de la pérdida y los deseos esperanzadores

Jordan, de nueve años, está de pie acurrucado contra el radiador fuera de su clase. Previamente, había trabajado con él en un grupo cuando tenía seis años. Lo recuerdo como uno de los niños más creativos con los que había trabajado hasta entonces. Siempre lleno de ideas, excepcionalmente divertido (disfrutando con deleite de hacer ruidos de pedos con la axila), le encantaba estar físicamente activo, siempre preparado para asumir el liderazgo pero compasivo y comprensivo con sus compañeros. Se involucró e hizo suyo completamente el espacio de la sala de terapia y hablaba abiertamente de su vida y sus sentimientos. Sin embargo, la única cuestión que constantemente le atormentaba era el hecho de que nunca conoció a su padre. Nunca quedó claro lo que le había pasado a su padre y se manejaban varias historias. Su madre le contó que había muerto, pero no tenía ninguna fotografía de él, ningún detalle, y se disgustaba al hablar de ello. Consecuentemente, Jordan dejó de preguntar. En los años siguientes a nuestro trabajo, su madre enfermó y él se convirtió en un cuidador joven junto con su hermana adolescente. Los tres vivían juntos y su hermana tenía un padre diferente con el que estaba en contacto.

Ahora, Jordan está de pie solo, los hombros encorvados, el pecho hundido con las manos en los bolsillos, la cabeza agachada y su capucha cubriéndole la cara. Mientras me acerco, sus ojos parpadean y me ve. Llego al radiador y en silencio me inclino hacia él a su lado y le pregunto si está bien. Jordan niega con la cabeza y sus ojos se llenan de lágrimas. Ahora puedo ver que está muy pálido. Me dice que no ha estado durmiendo bien y que ha estado sangrando por la nariz. Le pregunto si hay algo que le preocupa y dice «¿puedo ir a verte otra vez?, porque estoy sacando mi rabia con otros chicos y me metí en una pelea». Las lágrimas resbalan por sus mejillas y su vulnerabilidad es palpable. Caminamos juntos por el pasillo hacia mi despacho para hablar un poco más y en el interior se deja caer en un puf y llora, contándome cómo cada fin de semana cuando el padre de su hermana la visita se enfada porque él no puede ver al suyo y llora, pero no puede decírselo a su madre, ya que podría hacer que su enfermedad empeorase. Tras consultarlo con el equipo, acuerdo ver a Jordan en terapia durante las próximas doce semanas.

Nada más entrar en la sala la semana siguiente, Jordan explora el espacio preguntando sobre todas las diferentes «caras de sentimientos» de la pared. Va señalando aquellas con las que se siente identificado, «solo», «deprimido», «enojado» y «malestar» por nombrar sólo algunos. Empieza a hablar de su padre y del dolor de no saber si se le parece, si habla como él o si le gustaría a su padre. Le pregunto cómo se lo imagina y no está seguro —casi sin atreverse a tener una imagen o fantasía sobre él—. Cuenta que un amigo de su madre, que supuestamente conocía a

su padre, prometió traer fotos suyas, pero nunca llegaron. El resto de nuestro tiempo me pone al corriente de cómo está aprendiendo a tocar la batería, de lo mucho que le gusta su profesor, qué tipo de música le interesa y los nuevos trucos físicos que puede hacer, al mismo tiempo que repentinamente sale disparado atravesando la sala para hacer el pino y una voltereta. Por un momento siento como si un pequeño destello del Jordan que conocí estuviera bailando frente a mí. Cuando se fue, recuerdo que me pregunté qué curso seguirían las siguientes semanas y si su aparente estado depresivo cambiaría.

Retrospectivamente, me pregunto si mantuve la esperanza en las capacidades que sabía que tenía en su interior o si en esos difíciles momentos necesitaba que yo la mantuviera por él. Tal vez, esto se desarrollaría entre nosotros. La siguiente semana, Jordan apareció sosteniendo una bolsa vieja con un par de botas hechas polvo en su interior. Se sentó y las sacó. Descubrí que eran unos patines al menos cuatro tallas más grandes que la suya. Me contó que el amigo de su madre se los había dado diciéndole que pertenecían a su padre. Emocionado, los desató para poder ponérselos con los zapatos puestos y empezó a atárselos. ¡Tuve una imagen de él abriendo un regalo maravilloso! Cuando se puso el segundo patín, se levantó, se tambaleó alocadamente, consiguió mantener el equilibrio y se puso a patinar por la habitación. No hablaba, pero se deslizaba de una mesa a otra mirándome para comprobar que le estaba mirando. En cuanto fue ganando confianza, empezó a dar vueltas a la habitación, fue cogiendo velocidad, agitando los brazos y periódicamente tropezándose hasta parar, sólo para darse impulso y patinar de nuevo.

Mientras observaba, mi corazón latía y sentía dolor por la intensidad de la escena que tenía delante de mí —Jordan patinando con los zapatos de su padre, la valiosa experiencia de haber encontrado un vínculo frágil a todo lo que sentía que había perdido y el momento de conexión, uniéndose a algo que su padre habría hecho—. Durante veinte minutos, patinó en silencio y durante veinte minutos viví con él esa frágil esperanza. Cuando se paró, le pregunté cómo era estar en los zapatos de su padre y solamente dijo «genial», pero después dijo con tristeza que no sabía qué tipo de patinador había sido su padre. Había tantas preguntas sin responder, tantas cosas que le habría gustado poder decir.

Juntos decidimos crear un ritual donde él pudiera expresar de manera creativa los deseos y pensamientos que quería transmitir a su padre, escritos en globos junto con una selección de fotografías que quería que su padre viera y también con mensaje privado, atado a los globos. Acordé con la escuela un horario para poder subir a la azotea y dejarlos ir. En las siguientes semanas le hice muchas fotos —serio, divertido, haciendo el tonto, y Jordan seleccionó las que quería. Purpurina, pegamento y cintas inundaban nuestra sala mientras trabajaba incansablemente

para hacer una pequeña caja con mensajes privados. Durante todo el tiempo en el que estaba creando, hablaba sin cesar de su padre, y yo sostenía todas sus ilusiones frustradas y los sueños de una vida que nunca tendrían.

En el día acordado llegué a la escuela con un coche lleno de globos y los llevé a la sala, donde entró entusiasmado y comenzó a atar sus valiosos deseos a los hilos largos. Hice fotos de él sujetándolos mientras sonreía con orgullo. Fuimos a la azotea e inmediatamente los globos se arremolinaron y volaron con el viento. Hice fotos allí de él sujetándolos, sonriendo por el hecho de que sólo podía ver sus pies, ya que el viento los llevaba contra su cuerpo. De repente una ola de terror se apoderó de mí: ¿Y si no había suficientes globos para aguantar sus deseos? ¿Y si no los hacían volar? ¡Oh, Dios; por favor, que sean suficientes! Le pregunté si quería decir algo mientras soltaba los globos. Al principio no estaba seguro; luego, simplemente dijo: «Papá, esto es para ti; te quiero». El enorme ramo de globos se arremolinó y se alzó. Entonces empezó a bajar y mi corazón casi se detuvo hasta que otra ráfaga de viento los elevó hacia el cielo. Juntos nos quedamos en silencio viendo cómo iban subiendo y subiendo, y durante veinte minutos estuvimos en silencio, uno al lado del otro, siendo testigos de su ascenso. Cuando se convirtieron en un punto en el horizonte nos reímos preguntándonos si realmente todavía los estaríamos viendo. Finalmente, cuando nos íbamos, me dijo: «Nunca he hecho algo así antes. Me siento un poco diferente ahora, como esperanzado».

A la hora del almuerzo, su profesor, con lágrimas en los ojos, nos contó cómo Jordan, al volver a clase, pidió hablar con sus compañeros acerca de lo que acababa de hacer. Su profesor, algo nervioso por la confidencialidad del tema, le preguntó si estaba seguro y Jordan le dijo que lo estaba. Se puso enfrente de la clase y habló de todo el proceso, de cómo había estado molesto con su padre y lo que había trabajado conmigo en las últimas semanas y del ritual de aquel día. Al parecer, la clase aplaudió y otros niños comentaron que también se ponían tristes. Media hora más tarde Jordan apareció frente a mi puerta con las manos detrás de la espalda y me dijo: «Cierra los ojos y abre la mano». Así lo hice y me puso una piedra grande en ella. Había pintado un dibujo de una flor. «Ahora dale la vuelta» —dijo—, y debajo había pintado «yo corazón tú», «esto es para que lo mires cuando te sientas triste», y salió corriendo.

Tras reflexionar sobre ello, ¿puedo decir que Jordan había encontrado algo de esperanza en el futuro, una manera de avanzar? ¿Compartimos esa esperanza a través de la piedra que me regaló, reconocimiento de que yo también a veces necesitaría esperanza?».

Seis meses más tarde, vino a buscarme para hablar de nuevo. Rompió a llorar de manera incontrolable y entre sollozos me dijo que había pensado arrojarse de un edificio para quitarse la vida. Se sentía mal. Parece que nuestro ritual le había

dado un respiro de sus preocupaciones y tristeza, pero no había puesto fin a su sufrimiento. Retomamos el trabajo juntos hasta que dejó la escuela un año después. Quizás, como dice Tina, la esperanza necesita ajuste constante.

Falsas esperanzas

A veces, en el trabajo con niños desesperados, los sentimientos que generan en otros pueden provocar situaciones de falsa esperanza, en un intento por mantener alejados sentimientos insoportables. Joel, un niño de nueve años, fue derivado a terapia debido a sus violentos y explosivos arrebatos. Su padre había sido encarcelado por abusar sexualmente de sus tres hermanas menores y cuando Joel fue descubierto aparentemente tocando a una de ellas, su madre lo dio en acogida. Lo que se manifestó durante los primeros seis meses de terapia fue que el propio Joel también había sido víctima de abusos sexuales por parte de su padre, pero nadie le había preguntado porque era un chico. Su madre, ya suficientemente atormentada por el sentimiento de culpa por la situación vivida por sus hijas y con dificultades para mantener una vida en común con ellas, permitió a Joel visitarlas algunos fines de semana durante el día. Aunque finalmente dijo que no podía enfrentarse a él, ya que le recordaba demasiado a su marido.

Al principio, durante las sesiones de terapia, Joel luchó para no verme como una mujer inútil y tarada ciega a sus necesidades. Empezaba cada sesión con un ataque verbal abusivo de 15 minutos, al que tuve que sobrevivir repetidamente, hasta que se calmaba lo suficiente como para empezar a moverse, crear juegos o dibujar. Cuando me las arreglé para ganar un poco de frágil confianza, empezó a contarme lo devastado y desesperanzado que se sentía. A menudo se quedaba mirando por la ventana diciendo que desearía estar muerto o que podría saltar para terminar hecho pedazos en el suelo. Él se culpaba a sí mismo por no haber protegido a sus hermanas y se esforzó por entender sus sentimientos hacia su madre, con quien estaba amargamente enfadado pero todavía quería.

En aquella época, otro miembro del equipo, Fiona, trataba de «maquillar» la triste situación de Joel. En secreto, le preparaba bolsas de chucherías, le llevaba al cine y le compraba juguetes. Le decía continuamente que su madre le quería y que en cuanto la familia se mudara a un nuevo hogar, volverían a reunirse. A pesar de tener diversas reuniones con ella en las que intenté hacerle entender la complejidad de los sentimientos de Joel, y en las que expliqué que decirle que todo iría bien le podía estar creando falsas esperanzas, ella continuó con su actitud. Unos meses más tarde, su madre y sus hermanas se mudaron a una nueva casa y los trabajadores sociales convencieron a la madre para dejar a Joel que

las visitara. Nuevamente Fiona le llenó la cabeza con imágenes de cómo sería su habitación. Joel llegó a la casa y se encontró con que no tenía habitación y que sus cosas estaban en unas cajas en un armario debajo de las escaleras. Estaba destrozado.

En el trabajo clínico nos encontraremos muchas historias dolorosas de desesperación y aparente desesperanza. ¿Somos capaces de estar presentes, mantenernos al lado y soportar los resultados? ¿O estamos sutilmente obligados, como Fiona, a intentar a nuestra manera hacerles sentir mejor en un intento de anestesiarlos ante la crudeza de las historias que ya estaban presentes antes? ¿Creemos que en algún lugar debajo de todo, como en la historia de Pandora, se encuentra la esperanza? Como clínicos, ¿cómo superamos los momentos de inseguridad y mantenemos la esperanza en nosotros mismos y en la relación terapéutica? ¿Cuál es la idea de esperanza cuando nos enfrentamos a enfermedades que ponen en peligro o acortan la vida e incluso pensamientos o acciones suicidas? ¿Podemos honestamente comprometernos con la noción de esperanza sin primero explorarla en nuestras propias vidas para que seamos conscientes de lo que llevamos a la relación terapéutica?

Exploración creativa

Conversando con los colegas sobre la esperanza, me han sorprendido las respuestas en las que se sitúan a ellos mismos tanto en el futuro como en el momento presente. Por ejemplo, una persona dijo que lo que le movía a acercarse a la esperanza era la idea de que estaba «ahí fuera». Otra respuesta en sintonía con mis propias experiencias era la esperanza en el «momento presente» que después nos motivaba a seguir.

Recientemente, recordando con Ali su expresión «la creadora de esperanza», habló de la sensación de una ‘chispa’, y al hacerlo eleva las manos hasta su pecho, dando toquitos rápidos con los dedos como si algo estuviera encendiéndose por dentro. Le recuerdo que la chispa está dentro de ella y que implicarse con ella en supervisión le permite descubrirla. Kaye, otra persona que superviso, quien siente en algunos momentos que debería rendirse, se refiere a mí como la «susurradora de esperanzas». Curiosamente, Kaye, que es bilingüe, a menudo viene con una palabra «específica» y significativa que engloba su experiencia de esperanza, abriendo un espacio para la reflexión sobre su trabajo. En ambos casos, esta experiencia compartida entre nosotras de estar en «el momento presente» y de prestar atención al movimiento y las palabras que van con él es la que demuestra potencial y les permite descubrir la esperanza en ellas mismas y no algo que yo entrego.

Sin embargo, estoy fascinada por las diferentes modalidades de movimiento, palabras, y de otras posibilidades tales como imágenes visuales, trabajo artístico y música, que pueden ofrecer un estudio más extenso acerca del significado personal de la esperanza. Cuando reflexionamos sobre la palabra *esperanza*, ¿qué nos atrae para explorarla? Por ejemplo, ¿te apetece moverte, o te viene alguna imagen a la cabeza que quieras mirar o dibujar? ¿Qué forma, color, textura, etc., tendría tu caja de Pandora? ¿Te evoca algo? ¿Una frase, un título, un suceso o una persona? ¿O es el sonido o la música que llegan primero? Mientras pensaba en ideas para este taller, escribí la palabra *esperanza* en el buscador de imágenes y aparecieron una infinidad, desde corazones, nubes, velas, manos abiertas, etc. Me intrigaba ver cuál de ellas resonaban en mí, cuáles pasaban desapercibidas, y cuáles me desconcertaban. La búsqueda es única, personal, cambiante en cada momento y requiere atención, escucha profunda y un verdadero compromiso.

Por mi propia experiencia, he podido apreciar la combinación de movimiento y *body mapping* —mapa del cuerpo— (Schwalbe, 2001 y Schwalbe, 2003), como una forma de conectar y encontrar el sentido de mi experiencia personal con la enfermedad y discapacidad, así como poder expresarla a otros. He estado trabajando en ello desde hace más de dos años y he aprendido mucho acerca de las imágenes reveladoras que se me aparecían. Me sorprendieron y emergieron del movimiento, de sensaciones y de memorias. La historia de tamaño real que representa me acompañó durante momentos difíciles. A su vez, aprecio de corazón los amigos que fueron capaces de sentarse a mi lado durante los peores momentos y de escuchar mis historias sin necesidad de cambiarlas, animarme o decirme ¡que fuera positiva! Su habilidad para permanecer a mi lado durante mi viaje y respetar mi proceso personal de transición ha sido extremadamente humilde e inspirador.

La esperanza encarnada

Durante mi enfermedad y discapacidad, me vi obligada a padecer el devastador y desesperanzador sentimiento de que mi cuerpo me había traicionado. Me quedaba fijamente mirando mis piernas y pies, incapaz de mover un músculo, incapaz de darle sentido a mis sensaciones, incapaz de andar, y preguntándome si alguna vez volvería a sentirme conectada.

Un día, hace un año, estaba sentada descalza, en el suelo, con una amiga, cuando la puntita de uno de los dedos de mi pie se movió. Increíblemente, le pregunté si ella también lo había visto, ¡y sí! Ese movimiento diminuto trajo un acuciante sentido de esperanza —esperanza en mi cuerpo y su capacidad—. Angustiosamente des-
pacio, tras muchos meses, aparecieron más movimientos espasmódicos en mis

dedos y un movimiento diminuto en mis tobillos, suficiente para mantener el equilibrio y estar de pie por mí misma, mientras mi amiga era testigo y cronometraba los segundos antes de que yo cayera. El mes pasado pude estar de pie y mantener el equilibrio lo suficiente como para colgar algo de ropa, ¡era la primera vez en tres años!

Hace un mes, durante una sesión de hidroterapia, Barry, quien había sufrido un derrame cerebral, dio tres pasos en la piscina, sin ayuda de nadie —gritaba delectado diciendo «tres años, tres años sin poder hacer esto!—. Me miró, y ambos, con los ojos llorosos, en silencio, compartimos el significado del pequeño gran paso que habíamos presenciado. Después dijo: «No me voy a dar por vencido». Y ¡la semana pasada consiguió sin ayuda caminar alrededor de toda la piscina!

Y en cuanto a la pecera...

Durante los peores meses de mi enfermedad, pasé los días tumbada en el sofá, con una pecera delante y otra detrás. Una tarde, tras volver del hospital después de otra dolorosa transfusión de sangre, y cuatro meses de quimioterapia, llamaron a la puerta. Me arrastré hacia el caminador, y me las apañé para llegar hasta la puerta, donde había dos misioneros jóvenes. «Nos preguntábamos si sería posible hablar con usted sobre Jesucristo», dijo uno de ellos. Según me sujetaba con el pomo de mi puerta, con los brazos vendados, y exhausta, les dije: «Ahora no es un buen momento». El más joven de ellos respondió: «¿Podría haber otra ocasión?». En un estado más allá de fatiga y dolor, solté abruptamente: «Mira, acabo de llegar del hospital, me duele todo, tengo cáncer. ¡O sea, que no!, y de todas maneras tengo fe». Me miró en silencio y dijo: «Lo siento mucho, ¿hay algo que podamos hacer por Usted». A lo que respondí medio bromeando, «Sí, podrías cortar el césped». «Vale, lo haremos» —respondió— y a la semana siguiente apareció con su compañero y cortó el césped como habíamos quedado. Estos dos mormones siguieron viniendo durante los dos meses siguientes y me ayudaron en el jardín y arreglando algunas cosas.

Unas semanas más tarde, me encontraba tumbada en el sofá, invadida por un sentimiento de inutilidad y tristeza al ver el estado de mis peceras. Incapaz de cuidarlas, estaban en un estado lamentable y algunos peces habían muerto. Lo sentí como una metáfora en mi vida. Deteriorándose y luchando por la vida, entonces sonó el teléfono, «Hola, somos los misioneros, y nos preguntábamos si hay algo que pudiéramos hacer por Usted». Dos días más tarde, tres de ellos vinieron y ¡en cuestión de tres horas habían limpiado ambas peceras! Esa misma noche, muy agradecida con mis ángeles mormones, como les llamaba por devolverme vida, me

tumbé para contemplar las relucientes peceras y los felices peces nadando dentro. Hablando por teléfono con una amiga, le declaré que ‘hoy la esperanza es una pecera limpia’. ¡Mis necesidades se habían cubierto! En ese mismo momento, imitando a los peces florecientes, podía sentir mi propio deseo de florecer —una experiencia encarnada de vida, de esperanza—. Aquel momento permaneció y aguantó durante momentos muy difíciles.

Según escribía este trabajo, me he visto sopesando y después dudando sobre si mis experiencias, reflexiones e historias, resonarán o sembrarán una semilla de pensamiento en los lectores. No era mi intención explicar o definir la esperanza, sino más bien abrir una puerta a la introspección. En mis momentos de duda, cojo la piedra de Jordan que descansa en mi escritorio y, sintiéndola en mis manos, la imagen me recuerda sus palabras.

References/ referencias bibliográficas

Schwalbe, A. (2001). Looking into Changing Cultures. Dance Movement Therapy in Pakistan. *E-motion*, XII (4), ISSN 1460-1281.

Schwalbe, A. (2003). Take the Dust off my feet. Body and Movement Experience with Dance Students in Uganda. *E-motion*, XIV (5), ISSN 1460-1281.

Para más información sobre body mapping, mirar: <http://www.annetteschwalbe.co.uk/body-mapping/> [accessed 8th June 2013].



COMUNICACIONES

Capítulo siete: Posibles roles del profesional de la DMT en Psiquiatría

GLORIA GARCÍA

Este artículo tiene como objetivo compartir parte de mi experiencia personal trabajando como danza movimiento terapeuta (dmt) durante siete años en un servicio de rehabilitación comunitaria con población psiquiátrica grave y en relación a los distintos roles que he ido asumiendo, para poder conducir tres actividades corporales más, a parte de las sesiones de Danza Movimiento Terapia (DMT), como parte del Programa de Rehabilitación de estos usuarios.

Empezando por la narración de algunas vivencias en las sesiones de DMT y continuando con los resultados de un estudio que evalúa la repercusión de las actividades corporales que he dirigido, incluyendo la DMT, podemos ver cómo este tipo de formación específica puede llegar a influir muy significativamente en el trabajo rehabilitador con esta población.

Las sesiones de Danza Movimiento Terapia

Definiría esta actividad como una modalidad de psicoterapia que incorpora el análisis del movimiento como técnica específica. A diferencia de las otras actividades corporales que he dirigido en el centro de rehabilitación, para las sesiones de DMT he podido comprobar la necesidad de mantener un *setting* muy especial que proporcione un espacio seguro y confidencial, para que los usuarios puedan expresarse en grupo, tanto corporal como verbalmente, a un nivel más profundo. A través del trabajo verbal y el movimiento creativo, he trabajado a nivel transferencial y contratransferencial en cada una de las sesiones. Según Dosamantes-Beaudry (2007, p. 74), «en el tratamiento psicoanalítico, la transferencia y la contratransferencia están consideradas como centrales en la comprensión del proceso de transformación del self»²⁶. Con los años de práctica conduciendo grupos de DMT, me

²⁶ Esta cita, como las siguientes citas en este texto, han sido traducidas por Gloria García Pinares del inglés.

he dado cuenta que he utilizado esta técnica con la clara intención de estimular y reforzar las partes sanas de estos usuarios.

Muchos autores hablan de la DMT como terapia de elección para este tipo de usuarios, por la capacidad de esta de trabajar específicamente con afectos preverbales. Muchos de estos usuarios parecen estar constantemente desconectados de lo que les rodea, regresando así a etapas muy tempranas. Cuando tienen que interactuar con otras personas, a menudo se encuentran una gran limitación en este sentido, lo que les causa un alto grado de ansiedad. Según Silverstein (1987, p. 147), «en estos casos existe una gran necesidad de penetrar muy delicadamente las defensas del paciente y los acercamientos no verbales pueden ser muy valiosos para lograrlo».

En todas las sesiones, he podido comprobar el alto grado de ansiedad con el que estos usuarios están lidiando constantemente. Esta ansiedad es expresada de varias formas, buscando diferentes estrategias para poder aislarse temporalmente de lo que está pasando en el grupo. Dichas estrategias pueden ir desde necesitar ir a beber agua o al WC con bastante urgencia y varias veces, hasta quedarse dormido en las sesiones. Stanton-Jones subraya la extraordinaria paciencia que el dmt necesita para desarrollar la relación interpersonal con estos usuarios refiriéndose a ellos como: ... gente que está asustada, y que no entiende del todo lo que está pasando; que tiene miedo de comunicarse claramente porque teme que su miedo pueda ser utilizado en su contra; que está típicamente enfadadas porque han sido muy mal herida en el pasado, aunque es consciente de quien es el investigador. Una persona esquizofrénica inexplicablemente cambia de actitudes y comportamientos en una hora, como en días o semanas, y suelen crear desconcierto y confusión en el terapeuta, mostrándose difícil de contactar (Stanton-Jones, 1992, p. 99).

Así que, con el tiempo, he aprendido a permitir estas resistencias dentro de lo que me ha sido posible, hasta que ha llegado el momento en que los usuarios se sienten suficientemente seguros en el espacio grupal, como para empezar a no necesitar tanto sus estrategias defensivas.

Un ejemplo de estas resistencias sería el caso de un usuario que tendía a quedarse dormido en todas las actividades, sin que esto se relacionara directamente con los efectos secundarios de su tratamiento farmacológico. Debido a ello y después de varios meses en el servicio de rehabilitación, mis compañeros de equipo, que también tenían a este usuario en su actividad, plantearon su continuidad en el servicio de rehabilitación.

A pesar de ello, seguí insistiendo en que dejaran que este usuario siguiera asistiendo a las sesiones de DMT porque creía que era cuestión de tiempo que estas resistencias empezaran a cambiar.

Efectivamente, al cabo de pocas semanas, este usuario empezó lenta y gradualmente a estar más presente en las sesiones de DMT, participando cada vez más y de forma intermitente en cada una de las sesiones. Recuerdo especialmente una sesión en que este usuario mantuvo durante 20 minutos un ojo abierto y el otro cerrado. También en otras sesiones, el grupo buscó interactuar con este usuario mientras estaba supuestamente durmiendo y este respondió positivamente a ello. En algunas ocasiones estas respuestas se produjeron a nivel verbal, contestando las preguntas que le hacía el grupo, y en otras ocasiones a nivel corporal, cogiendo mientras tenía los ojos cerrados una pelota que le había pasado un compañero.

A partir de este proceso de cambio en las sesiones de DMT, este usuario empezó a participar también en otras actividades llegando al final del proceso rehabilitador al cabo de tres años, momento en que pudo integrarse en actividades comunitarias externas al centro de día.

Por otro lado, estas manifestaciones de resistencias de los usuarios me han resultado muy útiles para detectar cambios en los niveles de ansiedad del grupo, lo cual me ha proporcionado información muy significativa sobre los procesos por los que ha pasado el grupo en cada momento. Un ejemplo de ello sería el efecto que he observado que provocan las pausas de la actividad por las vacaciones, festivos, enfermedad, etc. en las sesiones de DMT. Cada vez que ha habido una separación temporal del grupo, he detectado un aumento en el nivel de ansiedad del grupo en este sentido. Este aumento, también lo he detectado a través de los cambios en los tipos de movimiento que expresaban una ambivalencia más acentuada de la habitual: una parte del grupo permanecía muy pasiva mientras que la otra parte estaba especialmente activa.

A menudo, comentarios que los pacientes han hecho y que han sido vividos por el grupo como disruptivos han resultado de gran importancia para el mismo y me han ayudado a completar mi comprensión sobre estas reacciones a las separaciones en la terapia. En una de estas ocasiones, un usuario empezó a hablar sobre una noticia del periódico que trataba de los perros que son abandonados en las gasolineras durante las vacaciones de verano. Al prestar atención a este comentario, pude corroborar lo que sus movimientos estaban expresando en la sesión: rabia y tristeza por sentirse abandonados durante el mes de agosto. Dosamantes y Alperson (1987) justifican este hecho de la siguiente manera:

Las reacciones transferenciales son particularmente valiosas para hacer las reconstrucciones del pasado de los pacientes. También, ofrecen a los pacientes la oportunidad de ganar acceso a experiencias patológicas tempranas y trabajar a través de su significado en el presente (p. 209).

En esa ocasión, algunos de estos usuarios menos deteriorados hicieron la relación con experiencias pasadas, y se pudo trabajar su significado en lo que estaba sucediendo en el grupo.

Otra herramienta que me ha resultado de gran utilidad para detectar lo que los usuarios están sintiendo es estar atenta a lo que yo siento corporalmente durante las sesiones. Dosamantes-Beaudry (2007, p. 80) dice que:

Sistemáticamente sigo mi propias experiencias somáticas percibidas a nivel corporal para entender los cambios de los estados de mis pacientes y comprobar el tipo de relaciones transferenciales que pueden estarnos constelando conjuntamente durante el proceso del tratamiento.

En multitud de ocasiones he sentido esta ansiedad durante la sesiones entre otras muchas otras reacciones somáticas, lo que me ha dado información muy importante sobre mis contratransferencias y sus transferencias.

Como parte del equipo multidisciplinar del servicio de rehabilitación, también he aprendido a valorar la importancia de las observaciones del especialista en DMT, que también quedan registradas en los seguimientos de los usuarios. Estos registros son realizados y compartidos por los diferentes profesionales del equipo (psicólogo, educadores, trabajador social y terapeuta ocupacional), por lo que cada uno de estos profesionales recibe la información importante que la dmt considera que cabe destacar en las actas diarias de coordinación del equipo del servicio de rehabilitación.

Esto tiene que ver con lo que la dmt observa de forma más específica, el comportamiento a nivel corporal, que a veces contrasta con lo que se observa a nivel verbal.

En el psicótico, el lenguaje verbal pierde mucha de su eficacia cuando se refiere a relacionarse con otros, sirviendo como una barrera defensiva en lugar de una forma de comunicación directa. El enfermo mental grave cuenta con una gran extensión de mecanismos no verbales para la comunicación de sus emociones (Chace, 1975, p. 71).

Durante estos siete años también he podido comprobar la importancia de compartir esta información con el equipo multidisciplinar, por lo que lo considero de gran utilidad en el trabajo del proceso rehabilitador. En multitud de ocasiones, informaciones multidisciplinarias contradictorias han llevado al equipo a poder prever situaciones de riesgo para el usuario y su entorno inmediato, teniendo así la oportunidad de tomar las medidas de prevención pertinentes. Este entorno inmediato incluye el equipo del centro rehabilitador, que fácilmente puede ponerse en situación de riesgo si no se actúa a tiempo.

Resultados del estudio

El siguiente apartado propone analizar la repercusión en salud mental de las cuatro actividades corporales que he dirigido. Para ello he realizado un análisis de los registros de todas estas cuatro actividades, juntamente con las encuestas de satisfacción y de efectividad pasadas a los usuarios anualmente, des del 2009 al 2012. Estos registros y encuestas han sido recogidos siguiendo los indicadores de medición de los criterios de calidad, marcados por el departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, dentro de los Programas Individualizados de Rehabilitación del Servicio de Rehabilitación Comunitaria. Pero antes, podemos ver una breve descripción de las otras tres actividades, a parte de la actividad de DMT anteriormente descrita.

Cuidado y Coordinación del Cuerpo (CCC)

Tal como su nombre indica, los objetivos de esta actividad van encaminados a promover y mantener las capacidades motrices a través de ejercicios en grupo y también personalizados. El hecho de estar especializada en análisis de movimiento y conocer la repercusión de éste a nivel psicológico, me ha resultado de gran utilidad para poder adaptar más específicamente estos ejercicios a estos usuarios.

Espacio Polideportivo (EP)

Esta actividad comparte los mismos objetivos que la actividad de CCC, con el añadido de integrar a los usuarios dentro de la comunidad a través de la utilización de los recursos del barrio. Cabe tener en cuenta que estas capacidades motrices se ven a menudo muy deterioradas a causa de la enfermedad mental y también de los efectos secundarios de su tratamiento.

Taller de Comunicación Audiovisual (TCA)

En esta actividad se visualizan y comentan documentos audiovisuales propuestos por los usuarios para, posteriormente, crear un documento audiovisual. En esta actividad, también me ha resultado muy útil la herramienta del análisis del movimiento para estimular la expresividad y ampliar el repertorio de movimientos de forma adaptada para estos usuarios.

Los resultados de este estudio reflejan un grado de satisfacción del 89% y un grado de efectividad del 73%. Según los resultados de las encuestas de satisfacción, Espacio Polideportivo sería la actividad con más grado de satisfacción; en segundo lugar, DMT; en tercer lugar, Cuidado y Coordinación del Cuerpo, y en último lugar, Taller de Comunicación Audiovisual. Curiosamente, los resultados de la efectividad han posicionado las actividades en orden inverso.

También, en estas encuestas, en las partes donde los usuarios tienen que nombrar lo que más les ha gustado de la actividad y explicar por qué, la variedad de respuestas ha sido elevada. A continuación, podemos ver una muestra de las palabras más repetidas:

Cuidado y Coordinación del Cuerpo: «La relajación, poder relajarme», «hacer gimnasia, los ejercicios», «sentirme mejor» y «los movimientos».

DMT: «La sensación de libertad», «los movimientos», «hacer los ejercicios», «satisfacción en general», «tranquilidad», «ir a mi ritmo», «relajarme» y «la música».

Espacio Polideportivo: «La relajación, aprender a relajarme, relajar el cuerpo», «el básquet», «la gimnasia, los ejercicios», «los estiramientos», «los ejercicios con la pelota», «la paz que se respira, la tranquilidad» y «la libertad que nos dan a la hora de efectuar el movimiento».

Taller de Comunicación Audiovisual: «Participar en el video», «las películas», «el video», «me gusta que me filmen» y «la música».

Estas respuestas también reflejan un elevado grado de necesidades cubiertas de los Programas Individuales de Rehabilitación (PIR). Al ser estas encuestas en gran parte anónimas, no se ha podido evaluar más específicamente en porcentajes.

Como limitaciones más importantes de este estudio, hay que tener en cuenta que criterios de efectividad utilizados para evaluar el Taller de Comunicación Audiovisual y el Espacio Polideportivo son muy poco específicos y deberían aprovechar más la información recogida de cada paciente en todos los registros. También que solo se han realizado encuestas de efectividad en una de las cuatro actividades, y creo que debería de haberse diseñado un modelo de encuesta de efectividad específico para cada una de las otras tres actividades. Por ejemplo, para la actividad de DMT, los criterios de efectividad no tienen en cuenta el material verbalizado reflejado en los registros de la sesiones.

Otra limitación importante que debe considerarse es que solo se ha contado con las encuestas de un 62% de los participantes de las actividades. Esta última limitación tiene que ver con que muchos de estos usuarios dejan de asistir temporalmente a este, ya sea por un empeoramiento temporal de su salud en general

o por estar asistiendo temporalmente a programas de inserción comunitaria que coinciden con el mismo horario de la actividad.

Conclusiones

Considero que mis conocimientos como profesional de la DMT me han facilitado y enriquecido significativamente el trabajo con esta población, pudiendo hacerlo no solo desde la psicoterapia, sino desde otras disciplinas donde la técnica del análisis del movimiento me ha resultado muy útil. También me gustaría destacar lo expresado por los usuarios en las cuatro actividades a lo largo de estos siete años, lo cual me ha permitido comprobar el efecto terapéutico inmediato del movimiento en el alivio de su sintomatología.

Las dinámicas de la interacción corporal, reconocidas por dmts desde el inicio de esta práctica, ahora han sido validadas a través de resultados de investigación y observaciones simultáneas en los ámbitos más amplios de la psicoterapia, «counselling» y el psicoanálisis contemporáneo (Vulcan, 2009, p. 279).

Por otro lado, asumir la conducción de los grupos de DMT y también de otras actividades corporales, al principio pensé que sería un problema, para poder mantener estos distintos roles con los mismos usuarios. Pero el hecho de tenerlo en cuenta de antemano hizo que pusiera especial atención y minimizara estas interferencias negativas, a pesar de que algunos de los usuarios más deteriorados confundían con frecuencia algunas de las actividades. Y no solo eso, sino que además he podido comprobar la existencia de interferencias positivas que han reforzado mi trabajo en general con cada uno de los usuarios.

Y por último, me gustaría destacar un hecho insólito que viene a corroborar los resultados descritos en el apartado anterior y que relaciono con este rol multidisciplinar que he tenido que ejercer para poder conducir todas las actividades anteriormente descritas. Debido a problemas económicos en la institución relacionados con la crisis financiera, a finales del 2012, el centro se vio obligado a prescindir del personal especializado encargado de llevar a cabo parte importante del programa de actividades del servicio de rehabilitación. Ante esta noticia, en una de las asambleas diarias, los usuarios reaccionaron de forma espontánea poniendo dinero para hacerme un regalo sorpresa antes de mi marcha.

Es importante tener en cuenta que muchos de estos usuarios dieron su paga diaria asignada para el café y el tabaco, que es de vital importancia para ellos por su alto grado de dependencia a estas sustancias. Según el personal que lleva trabajan-

do en este centro hace más de 15 años, este hecho no había sucedido nunca antes, a pesar de que han pasado muchos profesionales de distintas especialidades por el centro y que también han trabajado durante un largo periodo de tiempo. Obviando la multitud de factores y circunstancias que pueden haber contribuido a provocar esta reacción, me gustaría destacar tres factores en relación a este artículo:

Primero. El tipo de actividad: las actividades corporales expresivas tienen acceso directo a las emociones, por lo que el vínculo que se establece se puede percibir como más agradable y a la vez tener un impacto más fuerte en la persona en contraposición con las actividades que trabajan más a nivel verbal. Según Ritter y Graff (1996) «la DMT se basa en la interdependencia teórica entre el movimiento y la emoción» (p. 249).

Segundo. El hecho de estar trabajando des de los diferentes roles en las distintas actividades puede haber magnificado esta reacción, ya que ha sido como si se macharan varias personas a la vez. Por otro lado, este hecho también tiene relación con la fragmentación del psicótico, pues al asumir estos distintos roles, he representado diferentes partes de una misma persona. Según Correalle (1999, p. 526),

Los pacientes psicóticos están constantemente ocupados en un esfuerzo para defender, reparar y fortalecerse a sí mismos para evitar el riesgo de discontinuidad, fragmentación y extinción del estado de su propio ser.

En este sentido, creo que los usuarios han podido vivir esta integración de distintas partes en una misma persona de una forma integradora y, por lo tanto, más saludable.

Tercero. Mi rol exclusivo como conductora de actividades, creo que me ha facilitado mucho el poder mantener un trato que ha sido vivido por los usuarios, más como de «persona a persona» que como de «terapeuta a paciente», lo cual puede haber contribuido a que sus resistencias disminuyeran significativamente al participar en estas actividades. Esta ha sido una opinión espontáneamente expresada y compartida por varios miembros del equipo del servicio de rehabilitación que también conducen otras actividades a parte de ejercer su principal trabajo como educador, psicólogo, trabajador social o terapeuta ocupacional.

References/ referencias bibliográficas

- Chace, M. (1975). Her Papers. En H. Chaiklin (Ed.), Washington, D. C.: American Dance Therapy Association.
- Correale, A. (1999). Empathy with Psychotic States in the Institutional Group. *Group Analysis* (SAGE Publications, London, Thousand Oaks, CA and New Delhi), (32) 525-534.
- Dosamantes-Alperson, E. (1987). Transference and Counter transference issues in movement psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy*, (14), 209-214.
- Dosamantes-Beaudry, I. (2007). Somatic Transference and Countertransference in a Psychoanalytic Intersubjective Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 29 (2) 73-89.
- Ritter, M. &, Graff Low, K. (1996). Effects of dance/Movement Therapy: a meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*. (23) 249-260.
- Silverstein, S. (1987). Dance Therapy and Schizophrenia: Vision of the future. *The Arts in Psychotherapy*, (14) 143-152.
- Stanton-Jones, K. (1992). *Dance Movement Therapy in Psychiatry*. NY: Routledge.
- Vulcan, M. (2009). Is there anybody out there?: A survey of literature on somatic countertransference and its significance for DMT. *The Arts in Psychotherapy*, (36) 275-281.

Capítulo ocho: DMT y el caso de una ex deportista

EDUARD MARTÍN

Hay numerosos estudios que avalan los beneficios psicológicos que aporta la práctica regular del ejercicio físico y en los últimos años se ha empezado a investigar qué puede aportar la danza gracias al creciente interés social y científico por el arte y por la comunicación no verbal (Pérez, 2010). Diversos autores (Taylor, 1995, pp. 66-67; Rojas Marcos, 2007, pp. 236-237 citados por Pérez, 2010, p. 108) afirman que el concepto de autoestima adecuada está directamente relacionado con la sensación de estar conectados con el propio cuerpo y que la práctica regular y moderada de ejercicio físico a cualquier edad estimula la producción de serotonina y dopamina, sustancias con efectos antidepresivos naturales (Damasio, 2007, pp. 154-195; Bisquerra, 2009, pp. 109-111; Fernández-Abascal, 2009, pp. 394-420 citados por Pérez, 2010).

Contenidos

El fin de una carrera deportiva es un cambio inevitable para el deportista. Existe literatura al respecto (Vilanova, 2009) que demuestra que es un proceso largo y duro e incluso interminable. Esto coincide con el estudio de este caso, sobre una jugadora de balonmano de la República Democrática Alemana (RDA), que decidió terminar su carrera deportiva profesional hace unos años. Tuvo y tiene dificultades de adaptación en la transición deportiva. Es necesario contextualizar que el deporte profesional jugaba un rol muy importante para la propaganda y representación internacional de la Alemania Oriental (Holzweißig, 2005), destacándose por una alta organización interna y jerarquización desde los directivos hasta los deportistas.

Existen estudios que demuestran que ciertos deportistas han tenido dificultades de integración social, hasta llegar a sufrir el riesgo de exclusión social. La DMT puede ayudar a este colectivo, fomentando la conexión de sus impulsos internos con su conciencia sobre el momento presente para así afrontar su situación de cambio con más facilidad y dinamismo.

La transición deportiva

En las últimas décadas el deporte se ha convertido en un producto de consumo (Heinemann, 1994) y los deportistas se han convertido en el centro de atención de la población. En cambio, dejan de importar cuando se retiran y se ven obligados a encontrar nuevos retos en su vida. Dentro del contexto sociológico, la transición se convierte para un deportista en un proceso duro y complejo, cuyo objetivos son encontrar una nueva identidad, nuevas relaciones y una nueva función social (Vilanova, 2009).

La literatura académica a nivel internacional considera que hay diversas maneras de vivir la carrera deportiva y la futura inserción laboral (Vilanova, 2009). Posteriormente, existen dos grupos de deportistas que se retiran. El primero son los deportistas que se preparan antes de terminar su carrera deportiva, compaginando estudios académicos o aprendiendo un oficio, y el segundo son los que se dedican exclusivamente al deporte y no se preparan para su futuro después de su carrera deportiva. Los que se prepararon acostumbran a pensar más en el futuro. Se retiran voluntariamente y de manera progresiva, por lo que tienen un mejor manejo de sus vidas y, según Alferman (2000), conducen mejor la adaptación a su nueva situación. En cambio, el segundo grupo, la experiencia de dejar el deporte de alto rendimiento es mucho más difícil y conlleva sentimientos de desorientación y depresión, ya que se encuentran con un futuro incierto (Murphy, 1996 citado por Vilanova, 2009); tienen miedo de perder el control de sus vidas y sienten que pierden su identidad, ya que estaba muy ligada con el deporte (Werthner y Olick, 1982 citados por Vilanova, 2009).

Metodología

En primer lugar, se realizó una entrevista a la participante centrada en sus sensaciones durante y después de su carrera profesional. Con esta entrevista inicial se pretendía contextualizar a la participante y obtener información relevante al objeto de estudio. A continuación, se empleó una combinación de investigación cuantitativa y cualitativa. La toma de datos se efectuó con tres herramientas: listado de palabras, test del dibujo de la figura humana y análisis de movimiento. Se realizaron cuatro sesiones de DMT de una hora, con una frecuencia de una a la semana y siempre a la misma hora, estructuradas en dos partes: la primera basada en movimiento (30 minutos) y la segunda basada en comunicación verbal, donde se hablaba de lo que se había hecho y luego de las sensaciones de la participante durante la primera media hora. Después de las sesiones de DMT, se volvió a tomar

datos con las mismas herramientas mencionadas anteriormente y por último se llevó a cabo una entrevista final. Listado de palabras:

Se facilita una hoja en blanco y un bolígrafo. La participante tiene que hacer tres listas de palabras de un minuto cada una. Cada lista corresponde a un período de tiempo: 1) durante su carrera deportiva, 2) cuando surgió la idea de terminar su carrera y 3) después de su carrera deportiva.

■ **Test del dibujo de una figura humana:**

El dibujo de la figura humana es un retrato del interior en un momento determinado (Koppitz, 2000, pp. 15-19) donde las personas acostumbran a expresar una visión de sí mismos tal como son, o tal como les gustaría ser (Hammer, 2005, p. 26, autores citados por Pérez, 2010). Los trazos del dibujo pueden equipararse al movimiento. Según Panhofer (2005, pp. 258-259), los dibujos ayudan a registrar emociones o imágenes que aparecen en el transcurso del movimiento. Hay estudios (Pérez y Pérez, 2000; Arús y Pérez, 2006; Arús y Pérez, 2008) que corroboran similitudes entre el dibujo y los movimientos expresivos del cuerpo a la hora de reflejar estados físicos y emocionales.

El material para este test es una hoja de papel tamaño DIN-A4 y un lápiz con la siguiente consigna: «Dibuja lo mejor posible a una persona».

■ **Análisis de movimiento**

La participante tuvo 9 minutos de movimiento libre, sin música y estructurado en tres bloques de 3 minutos para cada período que anteriormente hemos citado. El análisis de movimiento de todo el proceso de investigación se fundamenta en las teorías de Laban (Laban, 1960), Kestenberg (Kestenberg Amighi et al., 1999) y Rick (1995). El material fue supervisado por Cary Rick, Board Trainer DMT y creador de su propio método de análisis de movimiento.

Resultados:

1. Listados de palabras:
 - a) Antes del proceso de DMT

Fase 1: carrera deportiva	Fase 2: idea de terminar	Fase 3: después de la carrera deportiva
Pelotas Cepillo de dientes Uniforme del equipo Duchas Manguernas Peso Resistencia Presión Aún más presión Estrés, adrenalina Autoridad, Jana Josin, ser extraño Poder Perdida o Pérdida?	Visita Pérdida, separación Rabia, perder Dispersa Cambio Dejar el equipo ¿Y ahora qué? Es lo que hay Me voy Lo he decidido Vale, ya está Se acabó	Desorientación Nadar Estar perdida A dónde pertenezco No puedo hacer nada Estoy discapacitada Estoy lesionada Esto no funciona Pérdida, duro Irritación

- b) Después del proceso de DMT

Fase 1: carrera deportiva	Fase 2: idea de terminar	Fase 3: después de la carrera deportiva
Presión Dictado Uniforme del equipo Correr como un caballo Domesticada Lavado de cerebro Funcionario Estado-Deporte Entrenamiento <i>Dril</i>	¿Es esto bueno? Ir Traición Soledad Nuevo Abandonar Mar, bote, peligro ¿Dirección? ¿Correcto? Ir / Abandonar	Pasado Difícil Bueno Búsqueda Agotador Libertad Adelante Bonito Retrospectiva Dolor Sorteo Transparencia Significado Nuevo Soltar Sol Amor Descubrimiento

2. Test del dibujo de la figura humana



Fig. 1. Antes del proceso de DMT

La interpretación está realizada según la técnica proyectiva HTP (House Tree Person). La ubicación del dibujo está centrada y la presión es adecuada. El dibujo mide 24 cm y, aunque no es muy relevante, si es superior de 20 cm significa cierta impulsividad o agresividad. Los cabellos en punta, que significan agresividad, están también dentro de los parámetros normales. Puede tener indecisión, inseguridad o timidez, porque presenta líneas poco marcadas en diferentes partes del

cuerpo, especialmente los brazos, las manos y el pie derecho. El énfasis al dibujar la nariz connota sensibilidad de la persona y la mirada hacia arriba tiene un carácter reflexivo en relación a la historia personal del caso de estudio. El cuerpo de perfil significa que tiene un buen conocimiento del cuerpo y sensación de aislamiento. El sombreado denota angustia, pero no excesiva. Existe una falta de autonomía y sensación de soledad (pierna izquierda y pies encogidos) y rigidez y tensión (piernas juntas). Necesidad de control y negación o superación posterior: el cuello representa la necesidad de control, pero en este caso está sombreado por encima, es decir, *a posteriori*. Por lo tanto puede representar negación actual o ha formado parte del pasado, o en estos momentos se está replanteando el paso del control e intentar romper o superar este control.



Fig. 2. Después del proceso de DMT

Desgraciadamente no se puede obtener mucha información de esta segunda figura. Cuando se dibuja con palos puede ser que la participante está cansada y no quiere dibujar o que se resiste a proporcionar información sobre ella misma.

El dibujo mide más de 20 cm y esto puede significar que la autoestima está sobredimensionada y que hay una resistencia a los cambios que pueden estar sucediendo en ese momento. También se puede interpretar que tiene una autoimagen no adecuada, que junto con la autoestima sobredimensionada puede que se crea muy segura ella misma.

3. Análisis de movimiento:

a) Antes del proceso de DMT:

■ Fase 1: Carrera deportiva

La participante representó un reducido repertorio de movimientos, típicos de un calentamiento en un entrenamiento (acciones automatizadas y repetidas varias veces). No existió ningún contacto visual con el observador-terapeuta ni mostró señales de relacionarse con él. Es remarcable el ritmo de Kestenberg oral libidinal (succionar) en su patrón de movimiento, muy relacionado con la etapa de desarrollo del niño de 0 a 6 meses, que se centra en tomar algo de fuera para llenarse y explorar su entorno introduciendo objetos por la boca.

Lo más destacable de la estrella de Laban (1960):

- Dinámicas: espacio directo (ir y venir) y flujo conducido.
- Espacio: uso de un tercio de la sala, cerca de la pared y alejado del observador.

■ Fase 2: Surge la idea de terminar

Caminó en distintas direcciones, se paraba, ladeaba la cabeza y volvía a caminar en otra dirección. Ejecutaba transiciones de un movimiento a otro y el tono muscular aumentó considerablemente, sin mostrar apenas modulación de su fuerza. El control de sus movimientos era muy elevado. Por primera vez, los movimientos reflejaron sus primeros conflictos. El observador sintió rabia o enfado hacia alguien o algo; la participante, en cambio, dijo que sintió pena. El ritmo más remarcable de Kestenberg fue el uretral sádico (iniciar y parar), correspondiendo a la etapa del niño de 2,5 a 3 años, donde desarrolla la capacidad de toma de decisiones y el control urinario.

Lo más destacable de la estrella de Laban:

- Dinámicas: espacio menos directo, flujo conducido y tiempo sostenido, en otras palabras, la tensión de los músculos es demasiado elevada por las acciones que realiza y el excesivo control de sus mo-

vimientos hace que sus acciones no fluyan adecuadamente y el tiempo se prolongue demasiado.

- Cuerpo: más integración del tronco.
- Espacio: se duplica.

■ Fase 3: Después de la carrera deportiva

Continuó caminando, parando y cambiando de dirección pero añadiendo nuevos movimientos, como caer al suelo soltando lentamente la tensión muscular y levantándose rápidamente para seguir caminando. El control de sus movimientos se elevó aún más y mostraba incomodidad en moverse delante del observador. El ritmo anal sádico (tensionar y soltar) es lo más remarcable de Kestenberg. Este ritmo corresponde en la etapa de desarrollo del niño la que aprende a empujar para expulsar algo hacia fuera (inicio de diferenciarse con el otro). En cuanto a la estrella de Laban, solo destacamos comienzo del nivel bajo del cuerpo al caer al suelo; es decir, empezó a usar otras partes del cuerpo para apoyarse en el suelo, aumentando así sus superficies de apoyo corporal.

b. Después del proceso de DMT:

■ Fase 1: Carrera deportiva

Realizó movimientos parecidos a la primera toma de datos, pero aumentó su repertorio añadiendo estiramientos. Al final de esta fase destacamos el acentuado cambio de dirección de 90 grados dirigiéndose lentamente hacia la ventana y respirando profundamente.

Lo más destacable de Laban:

Dinámicas: espacio directo, flujo contenido y tiempo sostenido.

Cuerpo: involucra más los brazos y aumenta su espacio personal.

Espacio: un tercio de la sala.

■ Fase 2: Surge la idea de terminar

Aumentó considerablemente la cantidad y complejidad de su repertorio. Predominó el ritmo uretral sádico de Kestenberg (iniciar y parar).

Lo más destacable de Laban:

- Dinámicas: tiempo sostenido (moverse dentro del agua).

- Acciones: caminar, tumbarse en el suelo, apoyar los pies en la pared, etc.

- Cuerpo: predomina el nivel bajo y medio.

- Espacio: utiliza casi toda la sala excepto dónde se sitúa el observador, el espacio personal aumenta y disminuye según la proximidad con él.

■ Fase 3: Después de la carrera deportiva

Permanece gran parte del tiempo en un rincón del otro extremo de la sala respecto al observador. Hay un recogimiento en sí misma haciéndose un ovillo contra la pared, transmitiendo calma al observador. Utilizó muchos apoyos corporales como externos (pared, suelo) para realizar sus acciones. Destacamos en todo el tiempo de evaluación que no había salido la acción de empujar (contra la pared) y ahora sale por primera vez, mostrando un buen enraizamiento y regulación de su tono muscular. Al final de esta fase se tocó algunas partes del cuerpo (cara, cabeza y luego cuello), caminando en espiral hacia el epicentro y terminando en apoyarse sobre el pie izquierdo, las manos en el pecho y colocada de perfil respecto al observador.

Lo más destacable de Laban:

- Dinámicas: ha disminuido el flujo conducido, espacio directo y tiempo sostenido.
- Acciones: trayectorias circulares y empujar contra la pared.
- Cuerpo: nivel bajo del cuerpo.
- Espacio: un tercio de la sala.

Discusión de los resultados

La relación terapéutica fue el aspecto más relevante de la investigación. Participante y terapeuta tuvieron la posibilidad de interactuar y evocar aspectos personales dentro de la relación.

- a. Control no adecuado de sus movimientos:

La contención de su tronco, con una elevada tensión muscular en todos sus movimientos, el flujo conducido y el tiempo sostenido en sus extremidades, con una gran movilidad y complejidad de movimientos, explicaría que existe un elevado grado de autocontrol de la participante no coherente al contexto.

- b. Falta de separación de la participante:

La participante tenía dificultades para moverse en la sala con relación al terapeuta-observador. Estaba pendiente de él, observando cómo se comportaba.

El terapeuta se movió con ella pero de forma distinta, con su propia forma de ser. Interactuó con la participante de manera no verbal mediante un diálogo en movimiento, lo cual posibilitó otras formas de expresión con el terapeuta. Eso fue muy importante para ella y ella misma confesó que le gustó que alguien estuviera con ella pero que a la vez pudiera estar consigo misma. Aquí

podemos relacionar el concepto de intersubjetividad de Trevarthen (2001) y el concepto de intercorporeidad de Merleau-Ponty (1968), que define el encuentro entre dos personas no solamente de dos mentes sino también de dos cuerpos en diálogo; un diálogo que consta de un intercambio no verbal entre terapeuta y participante. Dosamantes-Beaudry (1997) añade que este diálogo incluye sensaciones kinestésicas, síntomas físicos y cambios en la imagen corporal. La participante experimentó sensaciones, emociones provenientes de una situación del aquí y del ahora pero íntimamente relacionadas con la historia personal de los dos integrantes del encuentro.

c. Pocos recursos para relacionarse con el terapeuta:

Para ofrecer otras opciones de relacionarse con el terapeuta se ofreció una manta en la tercera sesión. De esta forma se pudo materializar la relación de ambos y posibilitar otras formas de moverse con el terapeuta que no fueran solamente reactivas sino también con iniciativa. La participante necesitó ver la espontaneidad e iniciativa del terapeuta, como, por ejemplo, que tirara vigorosamente de la manta para moverla del sitio.

El terapeuta tomó un rol activo en la creación de un espacio de intercambio, cuidando el encuadre de las sesiones y mostrando su punto de vista. No obstante, el espacio fue construido por ambos integrantes, como Meekums (2002) defiende en su estudio. De esta manera cabe la posibilidad de tener momentos de cercanía, donde la conexión entre ambos se transforma en «auténtica» (Lyons-Ruth et al., 1998), cambiando la calidad de la relación terapéutica y del sentido de ellos mismos.

d. Intentos de fusionarse con el terapeuta:

El terapeuta tuvo que marcar sus límites para diferenciarse de la participante. Al terapeuta le resultaba difícil estar con él mismo y estar con ella a la vez. Se sentía tentado a entrar en las inseguridades y miedos de la participante. Ella buscaba una relación de igual a igual, donde ambos pudieran influenciar con igual rango. Le resultaba muy difícil tolerar el rol del terapeuta dentro del encuadre e intentaba incomodar y provocar inseguridad. Según la participante, si ella se sentía insegura en relación al terapeuta, él debería también sentirse inseguro con ella; de esta manera buscaba un apego de dependencia recíproca. «No puedo mostrarme si no te muestras tú», dijo en la segunda sesión.

e. Una transición deportiva forzosa

En la toma de datos se registró claramente desorientación, miedo y pérdida de control en las listas de palabras y en la anotación de movimiento, como también la inseguridad y la indecisión que se refleja en los trazos poco marcados en el primer dibujo de la figura humana, especialmente en los brazos,

manos y pie derecho. Esto puede explicar las dificultades de adaptación o incluso la sensación de fracaso después de una carrera deportiva.

Conclusiones:

1. La participante tuvo dificultades en relacionarse con el terapeuta.
2. La transición deportiva fue forzada, ocasionando dificultades de adaptación: encontrar nuevas relaciones sociales, una nueva identidad y una nueva función social.
3. El repertorio de movimientos de la participante era reducido e inadecuado con relación al terapeuta.

Las aportaciones de la DMT en un ex deportista

1. La DMT ayuda a profundizar aspectos de las relaciones interpersonales

En la aplicación práctica de este estudio de caso, la relación terapéutica fue un marco suficientemente seguro para la participante que permitió tratar algunos aspectos de su carrera deportiva que llevaban mucho tiempo sin hablar con nadie. Desde la primera sesión, la relación terapéutica pudo contener muchos aspectos personales muy relevantes de la participante. El primer aspecto, el sentimiento de cercanía con un terapeuta de DMT en movimiento. El segundo, la ambivalencia de querer y no querer esa cercanía por la intensidad emocional que conlleva. El tercero, tratar aspectos de su vida pasada respecto a otras personas. Y el cuarto, la necesidad de control, el enfado y la frustración al intentar proyectar la figura de entrenador al terapeuta.

La DMT ha fomentado a comprender mejor los comportamientos de la participante en relación con otras personas.

2. Acceso rápido a la memoria a través del movimiento

Durante el tratamiento en DMT se observó que la participante conectaba con sus vivencias personales con extraordinaria rapidez, como por ejemplo, cuando comentó en su segunda sesión que primero tenía que conocer bien la sala para sentirse segura y así poder interaccionar con el terapeuta, lo mismo que sucedía antes de empezar un partido en un campo extraño. También dio cabida a manifestar otras situaciones conflictivas en relación con otras personas relacionadas con el escándalo del dopaje de la RDA, después de la caída del muro.

3. Fomenta el aumento del repertorio de movimientos

Se registró un aumento relativo del repertorio de movimientos de la participante mucho más coherente en relación con el terapeuta. Ella misma comentó que

había movilizado «partes atrofiadas». También reconoció que había realizado movimientos que pensaba que no se podían hacer. Esto es muy destacable al tratarse de una persona que se ha dedicado profesionalmente al deporte. La especificidad de los movimientos está íntimamente ligada con la técnica y la táctica deportiva.

4. Aumenta la espontaneidad en los movimientos

La participante podía seguir sus impulsos más rápidamente, coincidiendo con el aumento de repertorio de sus movimientos. Esta espontaneidad puede estar conectada con el descubrimiento de partes «atrofiadas» que comenta la participante. Seguir sus impulsos con más rapidez podría ser beneficioso para desenvolverse activamente mejor en situaciones de transición y en la toma de decisiones.

References/ referencias bibliográficas

- Alfermann, D. (2000). Causes and consequences of sport career termination. En D. Lavallee & P. Wylleman (Eds.), *Career Transitions in Sport: International perspectives*. Morgantown: Fitness Information Technology, 45-58.
- Dosamantes-Beaudry, I. (1997). Somatic experience in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 14(4), 517-530.
- Heinemann, K. (1994). L'esport com a consum. *Apunts. Educació Física i Esport*, 37, 49-56.
- Holzweißig, G. (2005). Sport- Gesellschaftliche Rolle und politische Funktion. *Horch und guck. Zeitschrift zur kritischen aufarbeitung der SED-Diktatur*, 51: 1-9.
- Jimenes, C. (2011). *(Re)conocer la contratransferencia desde el cuerpo y el movimiento creativo: un diálogo con psicoterapeutas verbales* (Tesina MA DMT no publicada). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Kestenberg Amighi, J. K., Loman, S., Lewis, P., and Sossin, K.M. (1999). *The Meaning of Movement, Developmental and Clinical Perspectives of the Kestenberg Movement Profile*. New York: Routledge Publishers.
- Laban, R. (1960). *The mastery of movement (2nd ed.)*. London: MacDonald & Evans.
- Lyons-Ruth, K., Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Morgan, A.C., Nahum, J.P., Sander, L., Stern, D. & Tronick, E.Z. (1998). Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282-289.

- Meekums, B. (2001) *Dance movement therapy: a creative psychotherapeutic approach*. London: Sage.
- Merleau-Ponty, M. (1968). *The visible and the invisible. Followed by working notes* (A. Lingis, Trans.). Evanston: Northwestern University Press.
- Panhofer, H. (2005). *El cuerpo en psicoterapia: teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Panhofer, H.; Payne, H.; Meekums, B.; Parke, T. (2011). Dancing, moving and writing in clinical supervision? Employing embodied practices in psychotherapy supervision. *The Arts in Psychotherapy*, 38 (1), 9-16.
- Pérez, S. (2010). Proyecto DEC. Danza esquema corporal y su repercusión emocional. En: *La investigación en danza en España 2010* (108-115). Valencia: Mahali.
- Pérez, S.; Guerra, B.; Massó, N. (2007). El dibuix de la figura humana com a llenguatge expressiu. *Aloma*, 21, 223-230.
- Rick, C. (1995). *Bewegungsnotation*. Zürich: IBA, Institut für Bewegungsanalyse.
- Trevarthen, C. & Aitkins, K. J. (2001). Infant Intersubjectivity: Research, Theory, and Clinical Applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1), 3-48.
- Vilanova, A. (2009). *El procés d'incerció laboral d'esportistes olímpics a Catalunya* (Tesis doctoral inédita). Universitat de Barcelona, Barcelona.

Capítulo nueve: DMT como prevención; DMT durante el embarazo

ANNEBIJN JANSEN

Introducción

En este artículo se presenta un grupo de Danza Movimiento Terapia (DMT) con mujeres embarazadas. Se da una visión general de literatura relevante para apoyar la hipótesis de que un grupo de apoyo de DMT puede contribuir a la prevención de depresión posparto (DPP). Se usarán viñetas para ilustrar los diferentes aspectos del trabajo clínico con mujeres embarazadas y sus parejas en el grupo de DMT.

Danza Movimiento Terapia durante el embarazo

Los aproximados nueve meses de embarazo pueden ser vistos como la preparación psicológica para el parto y la maternidad. Los grandes cambios hormonales, físicos así como psicológicos, hacen que la mujer tenga que enfrentarse con tareas adaptativas específicas como «aceptar los cambios corporales, la redefinición de una misma en términos de autoconcepto, el estilo de vida, los roles y las relaciones con otros y el desarrollo de un apego con el feto» (Della Vedora et al., 2011, p. 209). En la vida de una mujer, este periodo se considera como particularmente fértil para tratamiento (Rafael-Leff, 1990, p. 120). Con otro ser humano creciendo dentro del propio cuerpo, los cambios en la imagen corporal así como los límites psicológicos se estiran y las emociones enterradas pueden despertar. «Aumentar experiencias sensoriales y sueños vividos, a menudo con simbolismo explícito y contenido inquietante que no se puede disimular... quebranta el equilibrio psíquico familiar» (Ibidem, p. 121).

La receptividad física y emocional y los cambios en la imagen corporal de la mujer durante el embarazo hacen particularmente interesante trabajar desde la DMT. No hay mucha literatura sobre los efectos de la DMT en este grupo específico. En su trabajo con Preparación Holística al Parto, Steiner-Celebi (1992) se inspira en la DMT, el psicoanálisis y el yoga. Esta autora describe cómo usar la DMT puede «fo-

mentar la consciencia corporal, los ajustes a los cambios en el cuerpo y la mente, así como tener el potencial de reducir la ansiedad y facilitar relaciones de confianza» (Steiner-Celebi, 1992, p. 51). Se puede trabajar en estos objetivos para aumentar el bienestar general durante el embarazo y también como factores de protección para mujeres que están en alto riesgo de desarrollar depresión posparto.

Depresión posparto; factores de riesgo contra factores de protección

La depresión posparto surge en un momento de la vida de la mujer cuando la demanda y los riesgos son altos (Kleiman, 2009, xvi)

La depresión posparto (DPP) es un tipo de depresión clínica que puede afectar a las mujeres y en menos frecuencia a los hombres, normalmente después del nacimiento de su hijo. Ocurre en un 10-15% de nuevas madres durante el primer año del nacimiento de su bebé (Tuohy y McVey, 2007, p. 43). Mientras causa mucha angustia en las mujeres que la sufren, la depresión posparto puede tener una influencia negativa también en las familias y en el desarrollo de los bebés. Tomando en cuenta como la DPP puede afectar a toda la familia, es ciertamente valioso pensar acerca de un tratamiento preventivo. Los cursos de preparación para el parto pueden generar un excelente ambiente incluyendo una manera de trabajo más relacionado con el cuerpo y lo psicológico.

Recientemente se ha hecho bastante claro que los hombres también corren un alto riesgo de sufrir depresión después del nacimiento de su hijo. Bradley y Slade (2011) descubrieron que más de una tercera parte de los hombres pueden experimentar síntomas depresivos después del nacimiento de su bebé. Estos síntomas también pueden impactar en las interrelaciones que sostienen con sus hijos y su pareja e incluso en el comportamiento de sus hijos (Bradley y Slade, 2011, p. 19). Cuando trabajamos con DMT como una intervención preventiva para el desarrollo de la DPP, parece importante incluir a los compañeros y también la relación de pareja.

Cuando miramos los orígenes del DPP, tres campos interrelacionados de cambio se describen (Milgrom et al., 1999); factores biológicos (ejemplo: sensibilidad a los cambios hormonales), factores psicológicos (ejemplo: tener expectativas poco realistas del nacimiento y de la maternidad) y factores sociales (ejemplo: aislamiento social).

En un grupo de DMT para mujeres embarazadas y sus parejas, los factores psicológicos y sociales se pueden influir positivamente para reducir el riesgo de

depresión posparto. Eso parece ser particularmente el caso cuando se aumenta el apoyo social. Las madres que se perciben a sí mismas como bien apoyadas durante el embarazo han sido asociadas con niveles de síntomas de depresión bajos durante el periodo posparto (Castle et al., 2008; Van den Akker et al., 2008). El apoyo social puede tener un efecto directo en el sentido de bienestar de la persona, o alternativamente puede actuar como amortiguador de estrés.

La familia y amigos (que viven cerca o más lejos), la relación con los profesionales durante el embarazo, el parto y después y la relación con la pareja (si está presente,) son una red de aspectos de apoyo social; los tres aspectos pueden ser abordados en un grupo de DMT con mujeres embarazadas y sus parejas. El grupo en sí puede ofrecer oportunidades para crear una red local de otros futuros padres; cuando una relación de confianza se está desarrollando con el/la terapeuta él /ella puede contactar después del parto si es necesario; y durante las sesiones, la dmt puede trabajar con los dos padres y animar a la pareja a trabajar en equipo durante el parto y en su adaptación a la paternidad. Diferentes estudios muestran que la depresión prenatal y posparto en la mujer puede estar relacionada con la mala calidad de la relación de pareja (Figueiredo et al., 2008, p. 101).

Cuando se trabaja con DMT con parejas extranjeras o mixtas (extranjero/no extranjero) el incremento de la percepción del apoyo social puede ser aún más importante en la prevención de la depresión posparto que cuando se trabaja con nativos. Vivir y dar a luz en el extranjero son factores de riesgo para el desarrollo de depresión posparto cuando hay falta de una red de apoyo. Los nuevos padres pueden sentirse más aislados debido a las dificultades del idioma y las diferencias culturales en los protocolos del parto y la crianza de los hijos. En su artículo «La pérdida de la Patria», Pluckrose (2007) describe sus observaciones de una familia específica viviendo en el extranjero, adaptándose a sus nuevas tareas y roles. Observa que:

Cuando nace un nuevo hijo la pareja de padres necesita una gran flexibilidad para hacer el trabajo emocional necesario para ajustarse y hacer espacio para un bebé en la familia. Durante mi año de observación era consciente de la necesidad de esta familia para continuamente encontrar los recursos psicológicos para adaptarse a una serie de cambios producidos por el nacimiento de su primer hijo. Una experiencia traumática de nacimiento, mientras se viva lejos de su hogar y familia, complicaron los procesos de adaptación para cada miembro de la familia (Pluckrose, 2007, p. 318).

Otro factor de riesgo potencial son las experiencias negativas de nacimiento. Las diferencias culturales y las barreras del idioma pueden hacer más difícil el encontrar una buena conexión con un hospital, profesionales locales y con tener

expectativas realistas del parto. La información sobre cómo funciona el sistema y la posibilidad de escuchar sobre la experiencia de otras personas puede ser útil en la búsqueda de una buena conexión.

El Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9, (PHQ-9 «Patient-Health Questionnaire 9») (Kroenke y Spitzer, 2002), o la Escala de la Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS «Edinburgh Postnatal Depression Scale») (Kleiman, 2009), se pueden utilizar como un instrumento de evaluación antes de iniciar el tratamiento o durante el tratamiento.

Clases prenatales; «Más allá de un vientre para un bebé» («Belly to Baby and Beyond»)

En todas las culturas y épocas, las mujeres han usado ritos o estrategias y han buscado apoyo de mujeres con más experiencia, durante estos profundos cambios vitales. Esta necesidad de apoyo se relaciona también con la conciencia del hecho que el parto está relacionado con dolor y riesgo de mortalidad materna e infantil (Bergström, 2010, p. 11).

La clase prenatal en Barcelona, llamada «Más allá de un vientre para un bebé», consiste en nueve sesiones semanales, en inglés, para parejas que se encuentran esperando un hijo. El grupo entró en vigor hace dos años, cuando ambas facilitadoras decidieron juntar en uno los cursos de preparación para el nacimiento que ambas ofrecían, combinando psicoprofilaxis y DMT. De las nueve sesiones, las sesiones impares son para las mujeres embarazadas y sus parejas, y las sesiones pares son sólo para las mujeres embarazadas. En la sesión uno y nueve, ambas facilitadoras están presentes; en las sesiones tres, cinco y siete son conducidas sólo por una entrenadora en psicoprofilaxis/doula, y las sesiones dos y cuatro, seis y ocho, son conducidas por la otra facilitadora, que es una dmt.

Las parejas pueden ser referidas al curso por otros profesionales, o bien encontrar el curso por su propia cuenta. Algunas mujeres tienen una historia de ansiedad y depresión, otras no. Los grupos varían de cuatro a doce parejas (o mujeres embarazadas sin sus parejas), de diferentes nacionalidades. La mayoría de las mujeres son primerizas y comienzan el curso cuando tienen entre 12 y 30 semanas de embarazo.

En la sesión de entrenamiento psicoprofiláctico, las parejas son informadas sobre las distintas fases del proceso del parto y las opciones cuando dan a luz en Barcelona. Técnicas de respiración y relajación son enseñadas para ayudar a lidiar con las contracciones durante el parto y para mejorar el sentido de control personal. El

sentido de control personal es un importante objetivo de las dos facilitadoras. Más que el dolor, el sentimiento de control personal parece ser un factor determinante en la satisfacción materna del parto (Van Bussel et al., 2010), y como tal reduce el riesgo de desarrollar depresión posparto (DPP).

La entrenadora en psicoprofilaxis, en este curso, también es una doula que puede asistir a las parejas durante el parto y, como tal, dispone de conocimientos en una variedad de partos y centros de obstetricias.

Las sesiones de DMT son un tipo de psicoterapia de apoyo grupal de tiempo limitado, donde se usan una combinación de movimientos, ejercicios de respiración y relajación, ejercicios de visualización, psicoeducación, el dibujo, y se comparten experiencias en el grupo. El enfoque que se ha utilizado se puede describir como un enfoque humanista en psicoterapia, usando técnicas experienciales y cognitivas para trabajar temas específicos. El trabajo en determinadas sesiones con las mujeres embarazadas por separado facilita un autoconocimiento más emocional en las mujeres. Cada sesión de DMT tiene un objetivo específico; conoce tu cuerpo gestante (sesión dos del curso), el ciclo temor-tensión-dolor (sesión cuatro), apego prenatal (sesión seis), el nacimiento de una madre (sesión ocho) y el nacimiento de un padre (sesión nueve). Una descripción más elaborada de estos temas se describirá más adelante.

Temas tratados en las sesiones de Danza Movimiento Terapia

A. Conociendo tu cuerpo en el embarazo

Los cambios físicos y los cambios en la imagen corporal son un tema recurrente durante el curso. La mayoría de las mujeres se sienten bien acerca de su cuerpo, especialmente a partir del segundo trimestre, cuando su cuerpo se empieza a parecer más al de una embarazada que al de alguien que simplemente haya ganado peso. En general, las mujeres parecen adaptarse positivamente a los numerosos cambios que ocurren en su cuerpo durante el embarazo al tomar conciencia de la creciente funcionalidad de sus cuerpos y del importante papel que su cuerpo cumple, lo que les da un nuevo significado y propósito a sus vidas (Clark et al., 2009). Los ejercicios de respiración y relajación y el movimiento durante las sesiones pueden ayudar a las mujeres a ser más conscientes de sus cuerpos, de sus bebés y a ser más sensibles a sensaciones internas.

Para algunas mujeres les resulta difícil lidiar con el aumento de peso, las molestias físicas y la necesidad de bajar el ritmo. Su satisfacción corporal es más baja, ellas sienten que han subido de peso más de lo que deberían y a menudo han recibido comentarios negativos de la forma de su cuerpo (Clark et al., 2009). Los senti-

mientos negativos acerca de sus cuerpos y de ellas mismas ejercen una influencia en la manera en que las mujeres cuidan de ellas mismas y de sus fetos durante el embarazo. Se encontró que la imagen corporal y la autoestima durante el embarazo, junto a la calidad del sueño y síntomas físicos ligados al embarazo, están relacionados con síntomas depresivos en mujeres en el período posparto (Kamsheva et al., 2008). La información sobre cómo funciona el cuerpo durante el embarazo y que es muy importante su cuidado es crucial para las mujeres que tienen dificultades en lidiar con los cambios corporales.

K. es una madre soltera sudafricana de 35 años que solía ser corredora de maratón antes de quedarse embarazada. Junto con su médico, ha elaborado un plan sobre el nivel de actividad que puede ejercer durante las diferentes etapas de su embarazo. En el grupo cuenta lo difícil que es para ella el no poder correr tan lejos ni tan rápido como solía hacer antes. Ella tiene la dificultad de aceptar el peso que ha ganado y le teme a las revisiones. También le preocupa que después de dar a luz, su cuerpo no vuelva al mismo estado en el que se encontraba antes del embarazo. A través de técnicas específicas de danza del vientre, la dmt anima a K a explorar formas de mover su cuerpo más moderadas que las que antes utilizaba. A través del trabajo de flujo de forma y formación («shape-flow and shaping»), se la anima a descubrir nuevas formas de regular tensión y emoción en su cuerpo. Después de moverse juntas, se le pide al grupo realizar un dibujo del cuerpo. K. se tumba sobre el papel Din-A3 y otro miembro del grupo dibuja el contorno de su cuerpo desde el cuello hasta la cadera. Luego se pide a los miembros del grupo que rellenen el interior del cuerpo con colores pastel. K. marca el contorno con líneas gruesas y oscuras y rellena el interior con colores llamativos. Cuando más tarde se la invita a reflexionar sobre su dibujo, comenta que se sorprende de que su cuerpo parezca un lugar seguro y atractivo para que el bebé esté dentro.

B. Ansiedad y estilos de afrontamiento

En el grupo de DMT se incentiva a las mujeres a expresar sus miedos en cuanto al nacimiento y la maternidad. Para ello se les ofrecen técnicas específicas de terapia cognitiva para ayudar a afrontar mejor sus preocupaciones (Gyoerkoe et al., 2009). Los ejercicios de movimiento se enfocan en la fuerza corporal y la habilidad para usar el movimiento y la respiración para manejar las contracciones durante el trabajo de parto. Un modelo utilizado durante las sesiones cuando hablamos del miedo al nacimiento de nuestro bebé es el «ciclo miedo-tensión-dolor» (Dick-Read y Gaskin, 2004). Este modelo plantea la hipótesis que el miedo produce tensión en las fibras musculares circulares del útero, lo que genera la percepción de dolor durante el parto. En las sesiones de DMT se ofrecen dife-

rentes técnicas de respiración y visualización para ayudar a experimentar mayor control sobre sus músculos y sentir menos preocupación por las contracciones del trabajo de parto.

N. es una mujer de origen italiano, tiene 26 años de edad y su marido es español. En el grupo de DMT ella ha estado muy callada y ha faltado a varias sesiones. Tiene dudas serias a cerca de su capacidad de dar a luz. Cree que no es capaz de lidiar con el dolor de las contracciones y preferiría que le realizaran una cesárea. En el grupo de DMT las mujeres son invitadas a trabajar en parejas, de pie frente a frente utilizando diferentes puntos de contacto (espalda, hombros, manos y caderas) para empujar a la compañera hacia atrás. Se les alienta a usar sus conexiones con el suelo, el peso y utilizar su voz y su respiración para potenciar la fuerza. N. se siente tímida al hacer ruido pero es placenteramente sorprendida por su fortaleza física una vez es capaz de dejar de lado la vergüenza.

La literatura provee alguna evidencia que las conductas o estilos de comportamiento evitativo y las pobres habilidades de afrontamiento en general se asocian a depresión posparto (Guardino y Dunkel Schetter, 2013). La habilidad de seleccionar e implementar una respuesta de afrontamiento apropiada puede servir como recurso resiliente que amortigua los efectos nocivos por el potencial estrés prenatal en madres expectantes y sus hijos (Guardino y Dunkel Schetter, 2013). Durante las sesiones de «Más allá de un vientre para un bebé» («Belly to Baby and Beyond») se incentiva a las mujeres a practicar habilidades de afrontamiento activo (por ejemplo realizando preguntas críticas a su médico o partera sobre los protocolos hospitalarios), lo cual puede ayudar a sentirse partícipes activas en el proceso del parto.

S. es una mujer holandesa de 38 años de edad y casada con un holandés. Comenzó a venir al curso cuando estaba de 12 semanas de embarazo, desea por encontrar información y de otra mujer embarazada de habla inglesa con quien compartir sus experiencias. S. tiene un historial de depresión y síntomas de ansiedad, considera útil el compartir sus dudas y preocupaciones con el grupo sobre el hecho de dar a luz en un país extranjero. Ha tenido dos abortos involuntarios previos y encuentra muy difícil relajarse estando embarazada nuevamente. En una etapa posterior del curso, preguntó a la dmt sobre la posibilidad de realizar un trabajo individual con su pareja basado en un plan de prevención posparto mientras continúe su embarazo.

C. Apego prenatal

La conexión entre la mujer embarazada y su feto en desarrollo es quizás la más profunda pero enigmática de todas las relaciones humanas (Di Pietro, 2010, p. 28).

El apego prenatal se define como el estado de sensación subjetiva de amor hacia el feto (Bouchart, 2011). El establecimiento de un vínculo de apego hacia el niño que está por nacer es considerado un logro importante para la trayectoria de desarrollo como futuros padres. Las consecuencias asociadas a bajos niveles de apego prenatal incluyen prácticas negativas para la salud durante el embarazo, como por ejemplo el consumo de alcohol y tabaco, así como también una baja calidad en las futuras relaciones y menor compromiso e interacción con el bebé (Ibidem).

En las sesiones de DMT, se incentiva a las mujeres a pensar en sus bebés, visualizarlos y compartir las fantasías sobre ellos con el grupo. También se les enseñan técnicas específicas de masajes para facilitar el diálogo con su bebé. En movimiento, se alienta a las mujeres a tomar conciencia sobre el bebé que llevan dentro y dar forma al cuerpo para encontrar nuevas maneras de moverse que permitan crear mayor espacio para el bebé en el vientre materno, creando una danza como si estuvieran juntos, cuando están aún en la etapa de embarazo.

L. es una mujer alemana de 28 años de edad; su pareja es de origen norte-americano. A lo largo de su embarazo ha estado muy preocupada, especialmente sobre la salud de su bebé. Al masajear su vientre se pone nerviosa por no sentir la respuesta de su bebé como lo expresan otras mujeres del grupo, quien sí la sienten. Sin embargo, durante el ejercicio de visualización, L. es capaz de visualizar su bebé seguro, siendo su útero como un contenedor suave y seguro el cual le permite a su bebé sentirse querido y protegido. En el grupo, expresa su deseo de mantener esta imagen y recordarla cuando comienza a sentirse preocupada en casa. Una discusión se abre en torno a la importancia como mujeres de sentirse seguras y contenidas en el hospital en el cual van a dar a luz.

D. El nacimiento de una madre y un padre

En el libro *El nacimiento de una madre* (1998) Stern et al. describen como una madre tiene que nacer psicológicamente tanto como su bebé nace físicamente (Stern et al., 1998). En las sesiones de DMT, hablamos del proceso de hacerse madre y cómo la identidad propia tiene que integrarse en un nuevo rol durante esta transición. Un concepto importante en esta discusión es el concepto de «la madre suficientemente buena» (Winnicott, 1973). Las imágenes e ideas de una madre acerca de sí misma como madre están todavía basadas en fantasías cuando ella está embarazada, pero la realidad que viene cuando da a luz puede ser sorprendente o

desagradable. Ya durante el embarazo es importante pensar acerca de la prevención de la depresión posparto, para empezar a mirarse a sí misma como menos perfecta, pero suficientemente buena (Hocking, 2007, p. 164).

Para algunas mujeres el cambio de ser una hija a convertirse en madre es una oportunidad para reflexionar en su relación con su propia madre. Rafael-Leff (1990) describe cómo sentimientos arcaicos acerca de su propia madre son reactivados en la mujer embarazada, quien carga a su bebé como su madre la cargó, y fue cargada por su propia madre antes que ella misma.

En las sesiones de DMT en la transición de maternidad y paternidad, la dmt trabaja separadamente con las mujeres embarazadas y en otra sesión con sus parejas. Parte de estas sesiones es dedicada a explicar posibles problemas de salud mental posnatales, qué observar y dónde obtener ayuda, en el caso que aparezcan.

C. es un hombre catalán de 38 años de edad y casado con una mujer británica que está en la semana 34 de embarazo. En la sesión para los futuros padres con la dmt, él expresa sus dudas acerca de su propia habilidad para cuidar al bebé. Practicamos con una muñeca, para ver cómo puede sostener bien un bebé.

Cuando se habló en el grupo de hombres acerca de sus esperanzas y miedos, C. también dice al grupo que él se pregunta si su esposa tendrá todavía tiempo para él cuando el bebé nazca. Su esposa está planeando darle pecho y él teme sentirse dejado a un lado. Algunos hombres en el grupo comparten sus preocupaciones y se tiene una animada discusión en cómo el rol del padre es diferente con niños.

Conclusiones

Trabajar con mujeres embarazadas y sus parejas en un grupo de DMT de apoyo y de tiempo limitado puede ayudar a promover factores de protección en el desarrollo de la depresión posparto. Técnicas específicas pueden ayudar a futuros padres a prepararse para el trabajo y la paternidad/maternidad y desarrollar más comprensión de este proceso de transición. A través del trabajo cognitivo y experiencial, se anima a las mujeres embarazadas a desarrollar la satisfacción del cuerpo y las habilidades de afrontamiento. Conocer otros futuros padres y dos profesionales por algunas semanas y compartir experiencias durante la transición a la paternidad puede ayudar a construir una red de apoyo que podría durar aún después del nacimiento.

References/ referencias bibliográficas

- Akker, O. van den & Redshaw, M. (2008). Beliefs and attitudes during pregnancy and post natally. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2 (3), 155-156.
- Araneda, M.E., Santelices, M.P. & Farkas, C. (2010). Building infant-mother attachment: the relationship between attachment style, socio-emotional, well-being and maternal representations. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28 (1), 30-43.
- Bergström, M. (2010). *Psychoprophylaxis-Antenatal Preparation and Antenatal Use During Labour*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Bouchard, G. (2011). The role of psychosocial variables in prenatal attachment: an examination of moderational effects. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 29 (3), 197-207.
- Bradley, R. & Slade, P. (2011). A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29 (1), 19-42.
- Bussel, J. van, Spitz, B. & Demyttenaere, K. (2010). Childbirth expectations and experiences and associations with mothers' attitudes to pregnancy, the child and motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28 (2), 143-160.
- Castle, H., Slade, P., Barranco-Wadlow, M. & Rogers, M. (2008). Attitudes to emotional expression, social support and postnatal adjustment in new parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (3), 180-194.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E.H., Paxton, S.J. & Milgrom, J. (2009). My baby body: a qualitative insight into women's body-related experiences and mood during pregnancy and the postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27 (4), 330-45.
- Conde, A.A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A. & Pais, A. (2008). Perception of the childbirth experience: continuity and changes over the postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2), 139-154.
- Della Vedova, A.M., Dabrassi, F. & Imbasciati, A. (2008). Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2), 86-98.
- Dick-Read, G. & Gaskin, I.M. (2004). *Childbirth without Fear: the Principles and Practice of Natural Childbirth*. London: Pinter & Martin.
- DiPietro, J.A. (2010). Psychological and Psychophysiological Considerations Regarding the Maternal-Fetal Relationship. *Infant and Child Development*, 19, 27-38.
- Figueiredo, B., Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O. & Ascencio, A. (2008). Partner relationships during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2), 99-107.

- Guardino, C.M. & Dunkel Schetter, C. (2013). Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health Psychology Review*, 1-25.
- Gyoerkoe, K., Wiegartz, P. & Miller, L. (2009). *The Pregnancy and Postpartum Anxiety Workbook: Practical Skills to Help You Overcome Anxiety, Worry, Panic Attacks, Obsessions, and Compulsions*. Oakland CA: New Harbinger Publications.
- Hocking, K.L. (2007). Artistic narratives of self-concept during pregnancy. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 163-178.
- Holton S., Fisher, J. & Rowe, H. (2010). Motherhood: is it good for women's mental health? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28 (3), 223-39.
- Kleinman, K. (2009). *Therapy and the Postpartum Woman: Notes on Healing Postpartum Depression for clinicians and the women who seek their help*. New York: Routledge.
- Lange, A. (2011). Prenatal maternal stress and the developing fetus and infant: a review of animal models as related to human research. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10, 326-40.
- Kamsheva, E., Skouteris, H., Wertheim, E.H., Paxton, S.J. & Milgrom, J. (2008). Examination of a multi-factorial model of body-related experiences during pregnancy: The relationship among physical symptoms, sleep quality, depression, self-esteem, and negative body attitudes. *Body Image* 5 (2), 152-163.
- Kroenke, K. & Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: a New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals*, 32 (9). Retrieved from <http://www.lphi.org>.
- Leeds, L. & Hargreaves, I. (2008). The psychological consequences of childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2), 108-122.
- Milgrom, J., Martin, P.R. & Negri, L.M. (1999). *Treating Postnatal Depression; a Psychological Approach for Health Care Practitioners*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Mondadori, R. (2000). Myth and reality surrounding a birth: A brief intervention with a growing family. *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 3 (2), 21-32.
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A. & Hildingsson, I. (2012) Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and birth*, 25, 114-121.
- Pluckrose, E. (2007). Loss of the Motherland: The dilemma of creating triangular space a long way from home. *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 10 (3), 307-318.
- Raphael-Leff, J. (1990). Psychotherapy and pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8(2), 119-135.
- Redshaw, M. & Akker, O. van den (2008). Understanding factors which can influence the experience of pregnancy and childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2), 71-73.

- Rustin, M. (2002). Struggles in becoming a mother: Reflections from a clinical and observational standpoint. *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 5 (1), 7-20.
- Steiner Celebi, M. (1992). Birth Moves; Dance Movement Therapy and holistic birth preparation. In H. Payne (Ed.), *Dance Movement Therapy* (2nd edition, pp. 149-66). London, Routledge.
- Stern, D., Bruschweiler-Stern, N. & Freeland, A. (1998). *The Birth of a Mother: How the Motherhood Experience Changes You Forever*. New York: Basic Books.
- Tuohy, A. & McVey, C. (2007). Experience of pregnancy and delivery as predictors of postpartum depression. *Psychology, Health & Medicine* 13 (1), 43-47.
- Wilson, K.L. & Sirois, F.M. (2010). Birth attendant choice and satisfaction with antenatal care: the role of birth philosophy, relational style, and health self-efficacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28 (1), 69-83.
- Winnicott, D.W. (1973). *The Child, the Family, and the Outside World* (2nd ed.). Cambridge, MA: Perseus Publishing.

Capítulo diez: DMT como intervención para la salud psicosocial en mujeres internas en centros penitenciarios

ISABELLA MARÍN Y ALBA ÁLVAREZ

Introducción

La violencia de género según Vella (2010, p. 1) es «todo ataque material o simbólico que afecta la libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física de quien la sufre». La violencia de género puede manifestarse de cuatro maneras: agresión física, muerte, violencia sexual, psicológica y económica. La violencia deja huella en el cuerpo e influye en el funcionamiento global de la persona.

Algunos de los efectos de la violencia machista son: sentimientos depresivos, rabia, culpa, introversión, aislamiento, agresividad, nerviosismo, falta de concentración y atención, pérdida de capacidad de decisión (Marín, 2012), problemas somáticos, distorsiones cognitivas en relación a sí misma y a su entorno, dificultades en las relaciones personales, sensación de continuo fracaso e impotencia, desinterés por la vida y pérdida de confianza en sí misma, que según Bernstein (1995, en Mills y Daniluk, 2002) pueden ser abordados desde una intervención basada en Danza Movimiento Terapia (DMT).

Según Deveraux (2008), la violencia afecta la capacidad de crear relaciones significativas con otros, convirtiéndose fácilmente en un factor de exclusión social en la medida en que genera aislamiento, rompe las redes sociales y genera una relación de subvaloración de la identidad y dependencia. Estos elementos son, a su vez, considerados factores de riesgo de violencia de género.

Según Cruells, Torrens e Igareda (2005), el 88,4% de las mujeres encarceladas en Cataluña han vivido situaciones de violencia de género antes de ingresar a prisión. Además, el 41% son extranjeras, el 16,1% pertenece a la etnia gitana, el 34,6% no tiene el certificado escolar, el 34,7% sólo el certificado escolar y el 48% han sido o son dependientes a sustancias. Como se puede observar, es un colectivo ampliamente excluido y por tanto con un alto grado de riesgo de volver a entrar en relaciones de violencia de género. Además, Cruells et al. (2005) señalan que el 90% de las mujeres solicitan tratamiento psicológico.

Ante la complejidad de la problemática y el contexto a abordar consideramos necesaria la creación de una propuesta de intervención integral, en donde el cuerpo a través del movimiento y el grupo tenga un espacio de expresión para su resiliencia y bienestar psicosocial.

La Danza Movimiento Terapia (DMT) como herramienta de intervención en contextos de violencia

La DMT genera procesos de integración (Koshland y Wittaker, 2004) y crecimiento personal a través del movimiento y la escucha de la corporeidad. La DMT promueve la expresión del Ser en su totalidad, más allá de lo que otros consideren como adecuado o inadecuado, convirtiéndose en lugar de expresión y libertad, de fortalecimiento de la identidad, la autonomía, la autoaceptación y la autovvalidación (Gordon-Giles y Zidan, 2009; Valentine, 2007 y Mills, 2002), incidiendo en uno de los factores de riesgo de violencia de género: el cuestionamiento de la identidad. La DMT crea un contexto seguro de expresión que permite la deconstrucción progresiva de creencias, acciones y patrones de relación, así como un aumento de comunicaciones empáticas (Deveraux, 2008) y la posibilidad de construir relaciones cercanas y de equidad con el otro desde su ser más íntimo y humano más allá de los prejuicios y juicios (Mills et al., 2002 y Gordon-Giles y col., 2009). Esto permite la creación de vínculos afectivos entre iguales y la creación del grupo como red de apoyo, lo cual incide en la reducción de dos de los factores de riesgo en relación a la violencia de género, el aislamiento y la dependencia afectiva.

Así mismo, al favorecer la autoescucha corporal (Deveraux, 2008) y emocional (Mills et al., 2002; Gordon-Giles et al., 2009), permite la identificación de necesidades y desde ahí la capacidad para atenderlas, demandar ayuda y poner límites. Considerando las posibilidades de intervención de la DMT, los estudios e intervenciones precedentes de Gordon-Giles et al. (2009), Mills et al. (2002), Deveraux (2008), Valentine (2007) y Koshland et al. (2004) y las necesidades detectadas entre las mujeres de los centros penitenciarios, a principios de 2013 llevamos adelante el proyecto Mujeres tejiendo red: salud psicosocial en centros penitenciarios en el Centro Penitenciario de Brians I.

El proyecto Mujeres tejiendo red²⁷

Es un proyecto de empoderamiento personal y comunitario, y de atención psicológica especializada con perspectiva de género dirigido a mujeres internas de los centros penitenciarios de Cataluña. Promueve la construcción de un proyecto de vida saludable, la inclusión social, la recuperación de los efectos de la violencia machista, el empoderamiento y el bienestar psicosocial.

El proyecto contempla dos áreas: la primera, dirigida a abordar los efectos de la violencia machista, promover la construcción de un proyecto de vida saludable y la creación de redes de apoyo entre las mujeres. Cuenta con intervención psicológica grupal e individual. La intervención grupal tiene una metodología basada en la Danza Movimiento Terapia (DMT) y la Biodanza. La intervención individual usa técnicas de la terapia sistémica y *Gestalt*, así como de la DMT.

La segunda área está dirigida a potencializar el fortalecimiento de habilidades y la creación de una red de entidades que den apoyo a la salida de las mujeres. En este artículo se exponen los resultados de la primera área, en relación con el proceso de atención psicológica grupal en donde estuvo presente la intervención con DMT.

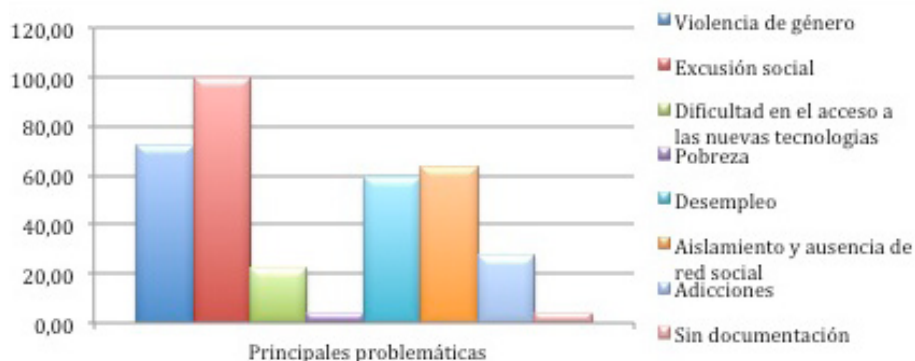
Metodología

Muestra

Durante el proyecto participaron un total de 46 mujeres del módulo II, en el cual residen 79 de las 249 mujeres internas, del Centro Penitenciario de Brians I. En el espacio de atención psicológica grupal asistieron 43 mujeres, algunas de manera puntual; finalmente fueron 16 las mujeres que realizaron el proceso completo. En los datos recogidos de 23 mujeres (quienes fueron al menos a 2 sesiones) se observa que el 54% tiene entre 36-50 años, el 45% ha tenido algún tipo de estudio de grado superior y universitario, el 77% tiene nacionalidad española aunque solo el 63% había nacido en España. Las problemáticas encontradas se explicitan en la siguiente tabla.

27 Proyecto realizado por la Asociación de Mujeres Itakas. www.itakas.org.

Tabla I. Descripción de la muestra: problemáticas detectadas



En cuanto a las categorías de movimiento de Laban observadas en las primeras sesiones, encontramos: movimientos firmes, con flujo contenido, directos con poca movilidad articular. En cuanto al uso de la kinesfera, observamos movimientos pequeños, dificultades en construir e identificar el propio espacio personal o marcación rígida del mismo. Además, observamos dificultades para ser vistas por otros y ocupar el centro, y poca aceptación del contacto corporal y visual.

Proceso

Se realizaron 9 sesiones de DMT en grupo de 1,30 horas. Los objetivos iniciales de la intervención estaban dirigidos al tratamiento de los efectos de la violencia machista. Sin embargo, al iniciar nos encontramos con la necesidad de centrar nuestra intervención en la construcción de relaciones de equidad (más allá del género), construcción del grupo como espacio de apoyo emocional y fortalecimiento de la identidad, para abordar las necesidades emocionales generadas por el contexto de la prisión.

Los talleres dirigidos a la identificación de señales de alarma de violencia machista se reestructuraron dirigiéndolos hacia la identificación de estas señales en cualquier relación, y la identificación de creencias sobre ellas mismas como dignas de respeto y de ser vistas como un igual. Se hizo énfasis en la importancia de la escucha corporal, la escucha de sus necesidades como un primer paso para crear relaciones de cuidado con ellas mismas y entre ellas y la escucha de señales corporales de comodidad e incomodidad como forma de identificar relaciones que les permiten crecer y relaciones que las dañan.

Sistema de evaluación

Se crearon indicadores de logro en relación a los objetivos del proyecto, los cuales fueron evaluados al finalizar el proceso. Primero se realizó una autoevaluación por parte de las 16 participantes y luego se realizó una valoración por parte de las facilitadoras. Calculamos la media de estas dos puntuaciones para obtener el resultado definitivo. Las valoraciones partieron de 0 hasta 5, en que 5 es el grado más alto de logro. Para facilitar la observación y el análisis de los resultados se agruparon en tres valores 0-2, <2-4<, 4-5.

Además, tras cada una de las sesiones se administró un cuestionario autoaplicado para valorar la satisfacción y el impacto y para la obtención de un *feedback* que permitiera reestructurar las sesiones adecuándose a la demanda del grupo. Finalmente, se llevó a cabo una memoria de cada taller en donde se consignaban los cambios observados en términos de movimiento.

Resultados

Al evaluar los indicadores de logro observamos que el 92% de mujeres logró verse como sujetos valiosos con derecho a establecer relaciones de equidad, el 84% consideró el grupo como un espacio de apoyo emocional y el 77% consiguió identificar acciones para construir relaciones equitativas (tabla II).

Tabla II. Indicadores del grupo de DMT

Indicadores del grupo de DMT			
Indicadores de logro/ Puntuación	0-2	<2 -4<	4-5
Número de participantes que: Consiguen identificar las creencias y patrones preestablecidos relacionados con la identidad femenina y masculina desde los que construyen su manera de entender el ser mujer y sus relaciones.	0%	30,8%	69,2%
Consiguen verse como sujetos valiosos y con derecho de establecer relaciones de cuidado e igualdad.	0%	7,7%	92,3%
Identifican acciones que les permiten construir relaciones equitativas de género.	15,4%	7,7%	76,9%
Identifican señales de alarma ante situaciones de violencia machista.	0%	38,5%	61,5%
Identifican acciones para reducir sus factores de riesgo	0%	23,1%	76,9%
Identifican recursos propios para reducir sus factores de riesgo	0%	30,8%	69,2%
Perciben el grupo como un lugar de apoyo emocional.	0%	15, 4%	84,6%
Perciben el grupo como un lugar de expresión y reconocimiento de su identidad.	0%	23,1%	76,9%

En cuanto al cuestionario autoaplicado, observamos que el 95% de las participantes considera que la intervención las fortalece frente a las situaciones de violencia, y muestra una elevada satisfacción con relación a la metodología aplicada (tabla III).

Tabla III. Resultados del cuestionario autoaplicado

Cuestionario autoaplicado					
	Mucho	Bastante	Poco	Nada	Sin respuesta
1. ¿En qué medida la actividad de hoy me ayudó a fortalecerme frente a las situaciones de violencia?	45 (68,1%)	18 (27,2 %)	1 (1,5%)	0 (0%)	2 (3%)
2. ¿Las facilitadoras han ayudado y facilitado el trabajo personal y en grupo y el intercambio de experiencias?	51 (77,2%)	14 (21,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,5%)
3. ¿La manera de hacer el taller te ha facilitado la reflexión?	46 (72,9%)	16 (20,3%)	3 (3,4%)	0 (0%)	1 (1,5%)
4. ¿Crees que el taller te va a ser útil en el día a día?	44 (66,6%)	16 (24,2%)	0 (0%)	1 (1,5%)	5 (7,5%)
	Muy a gusto	A gusto	Tensa	Muy tensa	
5. El clima creado en el grupo hizo que te sintieras...	44 (66,6%)	12 (18,1%)	5 (7,5%)	2 (3%)	3 (4,5%)
Número de evaluaciones	66				

En cuanto a las observaciones en términos de movimiento, encontramos cambios en cuanto a la posibilidad de crear movimientos propios, aceptar y buscar el contacto visual y corporal, el uso del espacio pasando de movimientos pequeños a medianos, la realización de algunos movimientos con fuerza, flujo menos contenido a la hora de dar caricia al propio cuerpo o al de las compañeras, menor sensación de peso y mayor vitalidad.

Conclusiones

Aunque la muestra de este trabajo y la cantidad de sesiones realizadas es limitada y no permite hacer generalizaciones, podemos extraer algunas conclusiones en cuanto a la utilidad del movimiento y la música como medio para:

- A) Facilitar la escucha de sus propias necesidades, lo cual coincide con los planteamientos de Gordon-Gils et al. (2009), Mills et al. (2002) y Deveraux (2008): una característica del comportamiento de mujeres víctimas de violencia machista es la dificultad para atender las propias necesidades antes de las de otros. Esta característica se ve incrementada en la prisión, ya que su vida se ve ordenada por otros y ellas no pueden decidir buena parte de sus acciones.
- B) Ayudarlas a conectar con la alegría y las ganas de vivir: la mayoría, al iniciar las sesiones, expresaban encontrarse tristes, algunas tomaban medicación debido a esto y algunas habían tenido intentos de suicidio. Esto se traducía en movimientos con peso pasivo en un nivel más bien bajo.
- C) Romper un círculo de pensamiento repetitivo sobre el futuro inmediato o a largo plazo y centrar la atención, por unos momentos, en sí mismas: el contexto de la prisión genera una constante incertidumbre sobre el futuro inmediato en donde cualquier acción propia o de una compañera puede afectar el proceso judicial y penal. Esto genera una dinámica de pensamientos recurrentes y a la vez un estado de hipervigilancia del afuera que impide un contacto con las propias necesidades.
- D) Generar un espacio de relajación y tranquilidad: el contexto de la prisión es un contexto de vigilancia constante en donde todas las acciones son susceptibles de ser observadas y evaluadas, lo cual genera un estado de alerta constante que se refleja corporalmente en tensiones musculares (varias de las mujeres tenían dolores musculares en la espalda), dificultades para dormir (la mayoría tomaba medicación para dormir) y un estado de desconfianza constante.
- E) Facilitar el encuentro con las compañeras desde el ser humano, evitando los prejuicios que las palabras y los discursos fácilmente generan. Desde las ideas es más fácil entrar en una confrontación de poder sobre quién tiene la razón, qué es lo verdadero y qué no lo es. Desde el movimiento y el cuerpo es más sencillo encontrarse con el otro como un ser humano igual.
- F) Aumentar el grado de conciencia corporal como forma de apropiarse del cuerpo para generar acciones de autocuidado y protección.
- G) Ampliar posibilidades de movimiento, ampliando así sus formas de percibirse y de relacionarse con ellas mismas y con el mundo que las rodea, elevando así su calidad de vida emocional y funcional.
- H) La reconstrucción de un espacio personal más amplio, seguro y delimitado. Otro efecto de la violencia es la dificultad para poner límites, el espacio personal se vuelve vulnerable y penetrable con mucha facilidad, así como pequeño para no molestar y pasar desapercibido.

- I) La creación de relaciones de apoyo y cuidado entre las participantes a partir de un aumento de la empatía (Deveraux, 2008).

Como conclusión, podemos decir que la DMT es una herramienta eficaz de intervención en el abordaje de los efectos de la violencia machista al promover la valoración de sí mismas, la habilidad para poner límites, la escucha y expresión de las necesidades propias, la vitalidad, la generación de redes de confianza y apoyo, y facilita la generación de acciones de autocuidado y la reducción de estados de ansiedad y problemas del sueño.

Limitaciones del estudio

Consideramos la necesidad de plantear para un futuro una evaluación que, más allá de la valoración personal de sus participantes, aporte información de distintos factores psicosociales que pongan de manifiesto la mejoría del estado de bienestar y salud de las mujeres en su permanencia en el centro y tras su salida.

Consideramos necesario plantear la posibilidad de evaluar pre- y postintervención algunos aspectos de relación de uno mismo y relación con el otro y el entorno: como estado de ánimo, autoestima, confianza con el entorno social, relación con la propia corporeidad y creencias a cerca de sus capacidades, con la administración de cuestionarios autoaplicados. Con ello, consideramos importante un registro de ítems como capacidad de contacto y tipología de movimientos de cada una de las integrantes del grupo que permitan registrar su evolución en el proceso.

References/ referencias bibliográficas

- Cruells, M., Torrens, M., & Igareda N. (2005). *Violència contra les dones: anàlisi entre la població penitenciària femenina*. Barcelona: Fundació Surt.
- Deveraux, C. (2008) Untying the Knots: Dance/Movement Therapy With a family exposed to domestic violence. *American Dance Therapy Association*. 30, 58–70.
- Gordon-Giles, N., & Zidan, W. (2009). Assessing the Beyond Words Educational Model for Empowering Women, Decreasing Prejudice and Enhancing Empathy. *American Dance Therapy Association*. 31, 20–52.
- Koshland, L., & Wittaker, J.W. (2004). PEACE Through Dance/Movement: Evaluat-

ing a Violence Prevention Program. *American Journal of Dance Therapy*, 26 (2) 69-90.

Marín, I. (2012) *Mujeres tejiendo red: salud psicosocial en mujeres de centros penitenciarios*. Proyecto de grado no publicado, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España.

Mills, J., & Daniluk, J. (2002) Her body speaks. The experience of dance therapy for women survivors of child sexual abuse. *Journal of counseling and development*, 80 (1) 77-85.

Valentine, G. E. (2007). Dance/movement therapy with woman survivors of sexual abuse. En S. Brooks (Ed.), *The Use of Creative Therapies with Sexual Abuse Survivors*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Vella, G. (2010) Violencia de género. Danza Movimiento Terapia para ayudar a superar lo sufrido. *Revista Kiné*, 95. Recuperado el mayo 28 2013: <http://danzacuerpo.com/artic-1.html>

Capítulo once: El diagnóstico de TDAH, la medicalización y su impacto en los cuerpos de los niños. Abordajes y reflexiones desde la DMT

MARIA LAURA VILARREA

Presentación

Llama la atención cómo en los últimos años gran cantidad de niños son nombrados como TDAH, diagnóstico que muchos han puesto en cuestión debido a que no deja de ser una mera descripción de síntomas conformando un síndrome²⁸ más que una enfermedad²⁹. El uso internacional de los criterios como los del DSM, fundamentados en síntomas, para el diagnóstico del trastorno mental plantea dos problemas básicos. El primero es que los criterios no tienen en cuenta el contexto y, por lo tanto, no son adecuados para identificar las situaciones psicológicas debidas a disfunciones. Los criterios acaban siendo demasiado genéricos e incluyen incorrectamente reacciones normales bajo la categoría de «trastorno» (Wakefield, 2007). Por otro lado, elevar a categoría de trastorno dejaría la posibilidad de diferenciar listas sindrómicas de cuadros clínicos, y de favorecer tratamientos en los que no sólo se atiendan los signos y síntomas manifestos sino también realizar constructos e inferencias clínicas; lo que no sucede actualmente (Hernández e Isis, 2009). Los «trastornos» serían datos que no requerirían deciframiento ni interpretación ni resolución, ya que de lo que se trata es de adiestrarlos y eliminarlos (Vasen, 2007).

28 El concepto de *síndrome*, de su función tradicional como término exclusivamente médico, se convirtió en una palabra para todo uso que denota todo aquello que sea extraño, fuera de lo común, o humorístico ya sea desde el punto de vista médico, de la conducta, social o cultural. No existe una definición única que refleje adecuadamente sus variantes. Me refiero con el concepto a trastornos caracterizados por una serie de síntomas etiológicamente no especificados (Jablonski, 1995).

29 «La cuestión más importante, y también la más conflictiva, es determinar si enfermedad y trastorno son conceptos normativos fundamentados en juicios de valor o términos científicos carentes de apreciaciones de valor; en otras palabras, si son conceptos sociopolíticos o biomédicos» (Wakefield, 2007).

Líneas discursivas que atraviesan el diagnóstico

Se considera importante historizar³⁰ sobre el diagnóstico y su contexto, aunque no se desarrollará aquí. El trayecto del TDAH se comenzaría a trazar a mediados del siglo XIX, con el desarrollo paralelo de dos perspectivas: la *européa*, con una impronta más pedagógica, y la *anglosajona*, con una perspectiva más biológico-médica. En dicho trayecto fue sufriendo diferentes nominaciones, de acuerdo al momento sociohistórico, coincidiendo principalmente con el desarrollo de la psicofarmacología y la aparición del DSM. Nominaciones que con el afán de definir con exactitud y de manera diferencial volvieron más vaga e imprecisa dicha categoría diagnóstica. A esto se le suma la cantidad de trastornos que se le asocian; y que no se ha encontrado aún causa por lesión cerebral o genética (Lasa, 2001; Tallis, 2004; Grau, 2007; González, 2009; Hernández e Isis, 2009; Borinsky, 2010; Benasayag, 2011 y Carretero, 2011).

El uso del DSM IV se ha generalizado en las consultas psicológicas y pediátricas e inclusive en el ámbito escolar; y maestros acaban diagnosticando con los nombres que propone este manual. Con respecto a los discursos psicológicos, principalmente dos corrientes han abordado la problemática: la *cognitivo-conductual* y la *psicoanalítica*.

La mayoría de los modelos explicativos cognitivo-conductuales han seguido estas vías, la de autorregulación, cuyos antecedentes son el modelo atencional de Douglas, centrado principalmente en la atención sostenida y en la impulsividad, atribuyendo el origen a predisposiciones básicas que no especifica. Y modelos centrados en el déficit de inhibición conductual, entre los cuales se encuentra el primer modelo de Barkley en el que el TDAH se explica por déficit en las CGR (comportamientos controlados por regla) por una relativa insensibilidad a los estímulos ambientales. Otros modelos citados también por Servera y Barceló (2005), como el modelo neuroconductual o motivacional de Quay, el competitivo de Schachar, el energético-cognitivo de Sergeant y Van Deer Meere, el de la disfunción en la organización del *output* motor y el de Barkley de autorregulación, intentan explicar las posibles causas de la aparición del TDAH, por un déficit en la autorregulación de la conducta, por la existencia de un déficit motivacional e incluso por un bajo nivel de activación; conceptualizando los procesos desde un entramado cognitivo, comportamental y psicofisiológico con apoyo empírico (Servera y Barceló, 2005 y González, 2009).

³⁰ *Historizar* implica un trabajo psíquico activo y singular por parte del sujeto, que promueve la producción subjetiva de nuevos sentidos respecto de las representaciones ligadas al tiempo vivido, como así también respecto a las conflictivas históricas no enlazadas psíquicamente (Grunin, 2008).

Desde la perspectiva psicoanalítica, el psiquismo de un niño es una estructura abierta, no es pensable en un sujeto sin vínculos con otros y la realidad; la realidad psíquica de los otros es parte del aparato psíquico del niño. El TDAH podría ser considerado como un trastorno en la estructuración psíquica (Janin, 2004, 2011).

Se destaca el trabajo de Rodulfo (2005, 2007) y sus aportaciones en relación al diagnóstico diferencial. Esta autora insiste en que no hay que confundir rasgos normales o sanos con rasgos patognomónicos de un auténtico trastorno. Establece una diferenciación fundamental entre la problemática en tanto *síntoma* y el plano del *trastorno*, ya que no hay que confundirlos ni en el momento del proceso diagnóstico, ni en el momento de iniciación de un tratamiento entre aquellos niños que no pueden aprender. Por presentar una *sintomatología específica* ligada a no haber podido realizar una transferencia libidinal del jugar al aprendizaje, el deseo de crecer y de aprender están clausurados. En la *problemática del trastorno* hay una falla en la *síntesis del Yo* y/o deficiencias en la constitución de la *permanencia del objeto*.

Diferencia un trastorno de atención de una *patología de la ansiedad* por procesos fóbicos tempranos; un *trastorno narcisista no psicótico* (Rodulfo, 1995 citado en Rodulfo, 2007); *estados depresivos crónicos*; una *patología psicótica*; *ideas obsesivas*; *patologías del medio* no reconocidas como tales, *patologías de la agresión reactiva* (Winnicott, 1953 citado en Rodulfo, 2007). O del miedo?

Se debería hablar de diferentes trastornos de la atención o de la motricidad, ya que hay diferentes desatenciones y diversos modos de atender (Rodulfo, 2007). Janin (2004) menciona diferentes motricidades. Motricidad como descarga violenta, como acción, como procesamiento autocalmante, como dominio de la realidad. Plantea diferentes y posibles determinantes de la hiperactividad como la lucha contra deseos mortíferos sin un adulto que tranquilice y organice o el fracaso en el pasaje de la pasividad a la actividad, entre otros.

Desde una posición crítica, se plantea que el TDAH no es un diagnóstico sino un efecto de clasificación, un constructo de la psicología cognitiva que ha sido consagrado por la Asociación Americana de Psiquiatría, defendido por los laboratorios, desconociendo las complejidades y derivando del pensamiento de la época donde las múltiples determinaciones de lo humano se limitan a los determinantes de su biología. Deben incorporarse las formas históricas de la subjetividad. Las nuevas formas de ser niño (Vasen, 2007, 2011).

Medicalización y sus efectos en los cuerpos

Se hace presente la cuestión de cómo el consumo del fármaco anticipa el diagnóstico de TDAH: si el niño responde con el medicamento se está ante el caso de dicho

diagnóstico. El fármaco se convierte en el principal regulador del tratamiento y el resto de las terapéuticas se vuelven subsidiarias de ésta, naturalizándose el uso de la medicación. Los fármacos más utilizados para el TDAH actúan incrementando la disponibilidad de dopamina y/o noradrenalina en el espacio intersináptico. Se utiliza actualmente el metilfenidato, que conduciría a mejorías conductuales y cognitivas. Otro medicamento que se utiliza es la pemolina magnesio y las anfetaminas (Díaz, 2006).

Existe polémica sobre los efectos a largo plazo de los psicoestimulantes —es un debate aun hoy abierto—, principalmente sobre si crean dependencia o no y hasta si provocan la muerte. Se cuestiona si el metilfenidato genera problemas de adicción. El metilfenidato no produce los efectos adictivos de las anfetaminas; de hecho, como la cocaína, se fijan en similares áreas cerebrales, teniendo una entrada rápida y un mismo efecto *haig*; la diferencia es que el metilfenidato se elimina más lentamente, por lo cual no se acompaña de efecto adictivo como la cocaína. Pero sí se puede producir «adicción psíquica», es decir, si el niño o joven asocian rendimiento con ingesta de pastillas; hoy avalado por padres, docentes y médicos para estudiar, mañana lo pueden hacer para mantenerse más alegres y despiertos en otras situaciones, utilizando otras ofertas no tan inocuas (Tallis, 2004).

La *medicalización* es el proceso histórico por el cual el campo médico se ocupa y trata diversos problemas —otora no médicos— asociados a características intrínsecas de la vida; así, problemas de la vida son tratados en términos de problemas médicos como padecimientos, síndromes o enfermedades (Faraone et al., 2010).

El poder disciplinario y el biopoder determinan qué es orden y qué es desorden. El fenómeno *epidémico* del TDAH es significativo de esta medicalización extensiva, que pasa a hacerse cargo de un amplio sector de la población que, sin estar enfermo, muestra ciertas conductas disruptivas o determinadas disfunciones o que simplemente quiere aumentar su rendimiento. Ahora, el biopoder actúa con métodos más eficaces: ya no es necesario excluir al diferente, basta con aniquilar su diferencia, a través de la normalización inclusiva o, mejor aún, de una autonormalización (Vega, 2007).

Abordajes desde las terapias creativas

Las terapias de las artes están presentes en todas las facetas de la práctica médica en los hospitales, hospicios y otras instituciones de salud, y la práctica privada. El objetivo de estas terapias es encontrar una forma de expresión más allá de las palabras o la psicoterapia tradicional (D'Cruz, 2007).

Para trabajar con niños con TDAH, el arteterapia utiliza materiales que posibilitan trabajar la tridimensionalidad como la arcilla, por sus cualidades estimulantes y cinestésicas y porque permite cambios continuos que ayudan a mantener la atención (Boylan, 2001). Realiza trabajos de impresión o papiroflexia que implican movimientos repetitivos y rítmicos; explora los sentidos sensoriales; trabaja con imágenes (Martínez, 2005). Propone la realización de mandalas para concentrarse (Redman, 2007). Representaciones gráficas como autorretratos, máscaras y murales que contribuyen a una mayor motivación y valoración del autoconcepto (Quezada, 2008), al igual que disminuye la ingesta de medicación (Charleen, Brooke, Einat y Kathryn, 2011).

Desde la musicoterapia se propone actividades rítmicas para facilitar la organización interna, programas estructurados y grupos pequeños (Rickson y Watkins, 2003 y Rebollo, 2004). La música disminuye el impacto de las conductas disfuncionales y la improvisación con instrumentos y la voz facilita la cohesión de grupo (Mercadal, 2005). Escuchar música posibilita resolver situaciones problemáticas y lograr un rendimiento significativamente mejor (D'Cruz, 2007). La música suave y tranquila y percutir instrumentos en el cuerpo o con las manos dan cierto contacto y definición en aquellos niños que se sienten desintegrados o indefinidos. Las canciones infantiles ayudan a los niños que necesitan «nutrirse» acompañadas de balanceos. Es importante el gusto de los pacientes por determinada música, la música interior y los impulsos propios de los mismos (Murdoch, 2008).

Danza Movimiento Terapia y TDAH

La Danza Movimiento Terapia (DMT) utiliza el movimiento y se experimenta con el mismo para llegar a nuevos caminos de estar, de sentir y acceder a emociones que no se pueden verbalizar. La relación terapéutica y el *setting* terapéutico posibilita también la base segura que requiere el paciente para sentirse tranquilo y poder confiar en el espacio. Es importante el proceso más que el resultado. Crea un espacio simbólico y potencial de juego en el que se encuentran y superponen los espacios potenciales del terapeuta y del paciente, espacios transicionales necesarios para construir su psiquismo, su identidad. Utiliza desde movimientos casi imperceptibles hasta patrones complejos. No es un enfoque prescriptivo ni correctivo en el sentido de constituir un programa de reeducación conductual y postural, ya que no se trata de que los niños que presentan alguna problemática reproduzcan movimientos o conductas de manera automática sino más bien puedan expresar su mundo interno (Payne, 1992, 2005 y Panhofer, 2005).

Es importante que el danza movimiento terapeuta (dmt) se ajuste, se adapte y empatee con los elementos no verbales del niño; establezca un diálogo utilizando esos elementos; explore, extienda y desarrolle los movimientos, y pase de la comunicación no verbal a la verbal. Crear la relación terapéutica, una *danza relacional* (Tortora, 2008).

La DMT reduce la ansiedad y aumenta la expresividad, ofrece estructuras en las que el niño puede explorar su capacidad de acción. Propicia el desarrollo, tanto en el grupo como en sesiones individuales; permite participar en la exploración del sentido del yo, el medio ambiente, entre otros, así como la adquisición y transferencia de conocimientos en diferentes áreas (Adta, 1999 y Payne, 2005).

La DMT ofrece un tratamiento que puede reducir la ingesta de medicación y principalmente la sintomatología de los niños con TDAH. Trabaja en las áreas motoras, la memoria, la localización espacial y la inhibición. Es importante que en el tratamiento con estos niños se utilicen técnicas de meditación (Dulicai, 1999), se trabaje con los límites del cuerpo y experiencias concretas cinéticas con límites y reglas simples, desarrollándose imágenes corporales (Rachmany, 2000). Existe un manual para dmts con propuestas para estimular el sistema vestibular y propioceptivo para niños con problemas en la *integración sensorial* (IS), dentro de los cuales estarían los niños con dicho trastorno (Cleary, 2002). La canalización de la ansiedad puede producirse con actividades de tensión y relajación del movimiento (Rebollo, 2004). Los síntomas principales pueden ser acompañados con ejercicios de respiración, de ritmo y con movimiento (Grönlund et al., 2005). El flujo que prevalece es el contenido. Ritmos como el de retorcer y el de carrera sin rumbo son los que predominan, utilizando esfuerzos de lucha (peso firme, tiempo súbito, flujo contenido y espacio directo). Es importante trabajar en las fronteras internas y externas del cuerpo, conectar con la experiencia sensorial de sí mismo, favorecer el *grounding* y aumentar el control de los impulsos (Redman, 2007). Se recomienda la utilización de técnicas de relajación muscular progresiva y conciencia corporal. Técnicas como el MIRRORING, la escultura física y la realización de danzas individuales y colectivas posibilitan expresar emociones y sentimientos. El tratamiento debe implicar tanto intervenciones desde el ámbito de la salud como del de educación. Y se hace necesaria la adaptación curricular para un «alojamiento significativo» desde la institución escolar hacia estos niños y con la propuesta de intervención desde la DMT (Quesada, 2008).

Se considera relevante el trabajo en grupo, ya que a través de la sincronización, expresión, ritmo, vitalización, integración, simbolismo y cohesión grupal, estos niños aumentan sus posibilidades de relacionarse desde otro lugar con sus pares (Mañas, Fernández y Montoya, 2011).

Conclusiones

Historizar y reflexionar sobre cómo surgen los diagnósticos posibilita ubicar el contexto en el cual han surgido, las concepciones y los diferentes discursos que los atraviesan, y sus efectos en la subjetividad de las personas.

El TDAH es un diagnóstico que está «de moda» para dar explicación a un comportamiento disruptivo en la infancia. El uso de este diagnóstico está avalado por el discurso psicofarmacológico y por algunas corrientes psicológicas como la cognitivo-conductual. En consecuencia, devienen tratamientos farmacológicos que fomentan la medicalización y el sobrediagnóstico. Esto no quiere decir que no haya que medicar, pero para medicar es necesario realizar diagnóstico diferencial.

Es de suma importancia «prestar atención» en ello y saber cómo abordar las problemáticas que los sujetos presentan al llegar a la consulta. Si se habla de niños, se habla de personas que están en proceso de construcción, por lo que aún su psiquismo/cuerpo no está consolidado; depende de otros en su crecimiento y desarrollo.

La DMT invita a las personas a un espacio de organización por su encuadre o *setting*. Los niños con el diagnóstico de TDAH, en dicho espacio y a través del cuerpo y su movimiento, pueden organizarse en el tiempo y el espacio, jugar y transformar aquello que los angustia y «desborda». Desborde que se traduce, a veces, en la actividad desorganizada que manifiestan. Es una psicoterapia que posibilita expresarse partiendo de lo que traen sin imponer técnicas; más bien se vale de ellas para promover en los sujetos dicha expresión.

El dmt debe estar *atento*: ¿dónde está ese niño?, ¿qué le pasa?, ¿cómo lo ven sus padres?, ¿cuál es su prehistoria e historia?, y la escuela: ¿qué dice de él?

Entonces, ¿Son sólo los niños los que deberían *prestar atención*? Moverse mucho, ¿siempre es indicador de patología?

La aportación de la DMT al diagnóstico de TDAH es justamente el desplazamiento de sus categorías más problemáticas como la desatención y la hiperactividad no como síntomas a paliar o controlar, sino a transformar.

References/ referencias bibliográficas

- Benasayag, S. (2011). Uso y abusos de la genética para definir ciertas enfermedades. En L. Benasayag, & G. Dueñas (Eds.), *Invencción de enfermedades. Traiciones a la salud y a la educación. Medicalización de la vida contemporánea* (pp. 61-76). Buenos Aires: Noveduc.
- Borinsky, M. (2010). Introducción a la historia del síndrome de Déficit de Atención (AD/DH). *Historia Psi*, 71-78.
- Boylan, J. (2001). Exploring the use of two-dimensional and three-dimensional art media for increasing attentional abilities in the treatment of children diagnosed with attention deficit disorder. Tesis de Máster, Drexel University, 2001.
- Carretero, M. (2011). TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta. *Revista Internacional de Psicoanálisis, Aperturas Psicoanalíticas*, on line.
- Charleen, M., Brooke, M., Einat, P. & Kathryn, M. (2011). La medicación Psicotrópica y arteterapia: Visión general de las consideraciones de literatura y la clínica. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 29-35.
- Cleary, S. (2002). Dance Movement Therapy and Sensory Integration: An Integrated Approach to Working With Children. Tesis de Máster, Naropa University.
- D'Cruz, N. (2007). El efecto de la música y la danza en niños con déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Tesis de doctorado, University of Pune, Pune, India.
- Díaz, J. (2006). Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 6 (1), 20-43.
- Dulicai, D. (1999). Special Report: The National Institutes of Health Consensus Development Conference on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Dance Therapy*, 21 (1), 35-45.
- Faraone, S., Barcala, A., Torricelli, F., Bianchi, E., & Tamburrino, M. (2010). Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medición de la infancia en Argentina. *Interface Comunicação Saúde Educação*; 14, (34), 485-497.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del Poder*. Madrid : Las Ediciones de La Piqueta.
- González, M. (2009). Procesos Cognitivos y ejecutivos en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Una investigación empírica. Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid. España.
- Grau, M. (2007). Análisis del Contexto familiar en niños con TDAH. Tesis de doctorado, Universitat de Valencia. España.
- Grönlund, E., Renck, B., & Weibull, J. (2005). Boys Diagnosed as ADHD: a study pilot. *American Journal of Dance Therapy*, 27, (2), 63-85.

- Grunin, J. N. (2008). Procesos de simbolización y trabajo de historización en la adolescencia. *Cad. psicopedag.* [online], 7, (12), pp. 00-00.
- Hernández, B., & Isis, L. (2009). *Una visión crítica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Rev. Mex. Orient. Educ, 43-49.
- Hölter, G. & Panhofer, H. (2005). Relación entre la danza creativa y la Danza Movimiento Terapia., En H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 24-48). Barcelona: Gedisa.
- Jablonski, S. (1995). *Síndrome: un Concepto en Evolución*. ACIMED, Ciudad de La Habana , 3, (1), 30-38.
- Janin, B. (2004). ¿A qué atienden los niños desatentos? En B. Janin, O. Frizzera, M. Rojas, G. Untoiglich, & J. Tallis (Eds.), *Niños desatentos e hiperactivos. ADD/ADHD. Reflexiones críticas del Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad* (pp. 47-72). Buenos Aires: Noveduc.
- Janin, B. (2004). Intervenciones. En B. Janin, O. Frizzera, M. C. Rojas, G. Untoiglich, & J. Tallis (Eds.), *Niños desatentos e hiperactivos. ADD/ADHD. Reflexiones críticas del Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad* (pp. 97-124). Buenos Aires: Noveduc.
- Janin, B. (2004). Psicopatología infantil, aprendizaje y estructuración subjetiva. En B. Janin, O. Frizzera, M. C. Rojas, G. Untoiglich, & J. Tallis (Eds.), *Niños desatentos e hiperactivos. ADD/ADHD. Reflexiones críticas del Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad* (pp. 17-43). Buenos Aires: Noveduc.
- Janin, B. (2004). Un niño que se mueve demasiado. En B. Janin, O. Frizzera, M. C. Rojas, G. Untoiglich, & J. Tallis (Eds.), *Niños desatentos e hiperactivos. ADD/ADHD. Reflexiones críticas del Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad* (pp. 73-96). Buenos Aires: Noveduc.
- Janin, B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires: Noveduc.
- Lasa, A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niños y del adolescentes*, 5-81.
- Mañas, I., Fernández, M., & Montoya, M. (2011). Reducción de la ansiedad estado y la timidez e incremento de la cohesión grupal a través de la Biodanza. *Encuentros en Psicología*, 24-43.
- Martínez, N. (2005). Nuevas herramientas para la intervención terapéutica. En *II Congreso Internacional sobre trastornos del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: MAFFRE.
- Mercadal, M. (2005). La aplicación de la musicoterapia con trastornos del comportamiento en niños y adolescentes. En *II Congreso internacional sobre trastornos del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: MAPFRE.
- Murdoch, H. (2008). Suggested ideas for music. *E-motion*, XVIII, (3), 9.

- Panhofer, H. (2005). "Come back, come back!": Apegos rotos y sus implicancias en la clínica en Danza Movimiento Terapia. En H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y Práctica de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 99-130). Barcelona: Gedisa.
- Payne, H. (1992). Shut in, shut out: Dance Movement Therapy with children and adolescents. En H. Payne (Ed.), *Dance Movement Therapy: Theory and Practice* (pp. 39-80). New York: Brunner Routledge.
- Payne, H. (2005). Encerrados y excluidos: Danza Movimiento Terapia con niños y adolescentes. En H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 131-188). Barcelona: Gedisa.
- Quesada, I. (2008). Development of a Site Specific DMT Clinical Model for Children with ADHD Symptoms in Costa Rica: A Literature Review. Tesis de Maestría, Drexel University.
- Rachmany, G. (2000). Kinetic and Emotional Aspects in the Development of Body Boundaries in Children with ADHD. Tesis de Máster. Drexel University.
- Rebollo, R. (2004). Art, dance, and music therapy. *Physical Medicine Rehabilitation Clinics of North America*; 15, 827-841.
- Redman, D. (2007). The Effectiveness of Dance/Movement Therapy as a Treatment for Students in a Public Alternative School Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Pilot Study. Tesis de maestría, Drexel University.
- Rickson, D., & Watkins, W. (2003). Music Therapy to Promote Prosocial Behaviors in Aggressive Adolescent Boys-A Pilot Study. *Journal of Music Therapy*, 40, 283-302.
- Rodulfo, M. (2005). La dimensión iatrogénica del diagnóstico. En M. Punta Rodulfo (Ed.), *La Clínica del niño y su interior. Un estudio en detalle* (pp. 91-94). Buenos Aires: Paidós. Psicología Profunda.
- Rodulfo, M. (2007). El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia. En L. B. (Eds.), *ADDH: Niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿Una patología de mercado?: Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario* (pp. 47-70). Buenos Aires: Noveduc.
- Rodulfo, M. (2011). Desde la psicopatología de la vida cotidiana a la psicopatologización de la vida cotidiana. En L. Benasayag, & G. (Eds.), *Dueñas, Invención de las enfermedades. Traiciones a la salud y a la educación. La medicalización de la vida cotidiana* (pp. 121-144). Buenos Aires: Noveduc.
- Servera, M., & Barceló. (2005). Modelo de Autorregulación de Barkley aplicado al trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad: una revisión. *REV NEUROLOG*; 40, (6), 358-368.
- Tallis, J. (2004). "Neurología y trastorno por déficit de atención: mitos y realidades". En B. Janin, O. Frizzera, M. C. Rojas, G. Untoiglich, & J. Tallis (Eds.), *Niños desatentos e Hiperactivos ADD/ADHD Reflexiones críticas acerca del Trastorno*

por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (pp. 187-223). Buenos Aires: Noveduc.

Tortora, S. (2006). *The Dancing Dialogue*. Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co.

Vasen, J. (2007). *La atención que no se presta: el "mal" llamado ADD*. Buenos Aires: Noveduc.

Vasen, J. (2011). *Una epidemia de nombres impropios El DSM-V invade la infancia en la clínica y las escuelas*. Buenos Aires: Noveduc.

Vega, R. (2007). Bioidentidad y medicalización: una lectura Biopolítica del TDAH. *Arteterapia-Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 51-61.

Wakefield, J. (2007). El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas. *World Psychiatry*, 149-156.

Capítulo doce: Una tutoría en movimiento en el Centro Educativo Ibaiondo

MAIKA CAMPO

Introducción

Mi trabajo comienza desvelando un final de fracaso. Y es que se inicia cuando en 2010 me enfraqué en la elaboración de mi tesina: «Propuesta de introducción de la Danza Movimiento Terapia (DMT) como recurso terapéutico en un centro de reforma» y las tutorías en movimiento no son más que la constatación de que la introducción de la DMT, como recurso terapéutico, no tiene cabida por ahora, y según mi criterio, en el C. E. Ibaiondo.

En estos siete años de trabajo en el centro, he podido ver cómo hemos ido construyendo un espacio cada vez más sólido, mejor definido y más humano. El hecho de que la madurez no sea una de nuestras características como institución nos enfrenta a múltiples precipicios y creo que, durante un tiempo, la mayoría hemos vivido al borde de acantilados infinitos, que sólo a través del crecimiento personal y profesional hemos podido visualizar como un inmenso mar de posibilidades. En mi caso, un viaje hacia el interior, de la mano del más-ter en DMT, me ha permitido acercarme a los jóvenes con los que trabajo de un modo totalmente diferente, entender mi rol y relacionarme con mi equipo desde la convicción en la validez de mi criterio. Todo ello como educadora con una mirada abierta a las teorías que hablan de sostén y contención y, por supuesto, al cuerpo.

Por el año 2012 contaba con espacios todavía por definir, que cada uno de nosotros íbamos dotando de identidad a golpe de intervención, con disposición por parte del equipo educativo para apoyar mi iniciativa y especialmente con un tutorizado, L, valiente y abierto a participar en una aventura que implicaría cabeza, corazón y cuerpo. A principios de ese año presenté un proyecto para llevar a cabo tutorías en movimiento con L. Él no tuvo ninguna duda. Lejos de resultarle algo inquietante e intimidatorio, le motivó y le hizo sentirse orgulloso y especial. En ese momento quedaban tres meses y medio para que L terminara su medida de internamiento.

El Centro Educativo Ibaiondo

El C. E. Ibaiondo es un centro de nivel 1 para el cumplimiento de las medidas judiciales más restrictivas de jóvenes y menores³¹ varones en el País Vasco. Comienza a funcionar en el año 2003 de manera parcial, mediante contratos de gestión indirecta, pasando en 2005 a gestionarse directamente, con personal propio de la Administración. Actualmente, el Centro cuenta con cinco grupos educativos, cuatro de ellos con ocho plazas y el quinto con siete plazas.

Aunque unidos por el Documento Base del Centro, que recoge la normativa y el funcionamiento básico, cada grupo educativo se gestiona de manera independiente. Las reuniones de Vida Cotidiana, semanales, reúnen a cada coordinador con los educadores de su grupo educativo y es en ellas dónde se evalúa la semana y se proponen alternativas de intervención con los menores residentes. Las decisiones que se acuerdan en este espacio pasan a la Reunión Multidisciplinar mensual, en la que participan el coordinador del grupo, trabajadora social, psicólogo, representante de profesores, responsable educativa y director. Cualquier nuevo paso en relación con los procesos individuales se decide en estos espacios.

Los procesos están sujetos a un sistema de fases que permite a los jóvenes residentes ir acumulando puntos en función de su comportamiento en el grupo, en las aulas y talleres que se imparten en el Centro y en las salidas que los chicos realizan una vez alcanzada la fase correspondiente. Porque en este centro conviven aquellos que tienen establecido un régimen cerrado y por lo tanto imposibilidad de salir durante buena parte de su medida, con otros en régimen semiabierto que inician el contacto con el exterior una vez superada la fase correspondiente.

Mi rol como educadora

La tarea permanente de la sociedad, con respecto a los jóvenes, es sostenerlos y contenerlos, evitando a la vez la solución falsa y la indignación moral nacida de la envidia del adulto, que está descubriendo en su propia vida las limitaciones de la realidad (Winnicott, 1991, p. 185).

Cuando en 2006 comencé a trabajar en Ibaiondo como educadora, me sentía abrumada e incapaz de afrontar una responsabilidad «así» a largo plazo. Mi total

31 Utilizaré el término *joven* en referencia a chicos entre 14 y 21 años o mayores (puesto que la Ley del Menor posibilita que se pueda continuar una medida judicial en un Centro de Menores una vez superados los 21 años).

< inexperience me hacía enfrentarme a un grupo de «adolescentes peligrosos» indefensa e insegura y en esos momentos era presa fácil y el motivo para que cualquiera encontrara la ocasión para convertirse en el monstruo que yo temía despertar. Sin embargo, también me sentía atrapada por las historias que había detrás y han sido esas historias, las intensas emociones que las acompañaban y por supuesto las personas que las protagonizaban, las que no sólo me han mantenido en Ibaiondo, sino que me han ayudado a ser un poco más yo misma. Pronto encontré detrás de esas corazas, por momentos muy agresivas, mucha inseguridad, mucho dolor, miedo e incapacidad para expresar unos sentimientos que habitualmente salían a borbotones. Todo ello, en personas a veces increíblemente fuertes y con unas capacidades extraordinarias, aunque eso es algo que también tuve que ir descubriendo.

En mi viaje fue cobrando sentido la necesidad de trabajar en la creación de un espacio seguro en la línea propuesta por Bowlby (1989, p. 162) «Al proporcionar a su paciente una base segura desde la cual explorar y expresar sus pensamientos y sentimientos, el papel del terapeuta es análogo al de la madre que proporciona a su hijo una base segura desde la cual explorar el mundo» y una relación vincular positiva. El concepto de resiliencia me fascinó y me permitió mantenerme alerta. Cyrulnik (2001, p. 205) afirma que

el proceso de resiliencia permite a un niño herido transformar su magulladura en el organizador del yo, a condición de que a su alrededor haya una relación que le permita realizar una metamorfosis

y el estar atenta a la persona de un modo integral me acercaba y me permitía interactuar modulando y tratando de entonar emocionalmente en mi recorrido. Stern (1991, p. 177) habla del entonamiento de los afectos: «Consiste en la ejecución de conductas que expresan el carácter del sentimiento de un estado comparado, sin imitar la expresión conductual exacta del estado interior». Todo ello ha sido posible dentro de un equipo, que con el tiempo, ha ido integrando también esta perspectiva.

En un camino que pretende juntar lo separado, reintegrar la polaridad escindida, las dancaterapeutas intentan llenar de sentido los movimientos mecánicos del cuerpo concebido como máquina. Buscan reencontrarse con el cuerpo sensible, que conoce y recuerda. El cuerpo en movimiento. El cuerpo que danza su vida. La mente encarnada (Fischman, 2005, p. 1, parr. 8).

La mirada desde la DMT me ha ofrecido una identidad. Yo, Maika, puedo presentarme ante otras personas como quién soy y puedo aportar algo: una relación,

un cuerpo que piensa, que siente y que vive. Incluso puedo hacerlo ante personas vulnerables y que también están deseosas de comenzar a sentir un cuerpo que piensa y vive.

La tutoría: una posibilidad para ofrecer un espacio seguro

Dentro del Centro Educativo Ibaiondo, el espacio tutorial constituye el esqueleto del proceso educativo que se va a desarrollar en torno al joven. Esta técnica de relación educativa supone una reunión semanal, a solas con él, durante aproximadamente una hora y con la intención, a grandes rasgos, de valorar su actitud durante el tiempo transcurrido desde la última tutoría y delimitar, analizar y evaluar su proyecto personal.

En su labor de acompañamiento, el tutor o tutora trabaja propiciando la contención emocional necesaria, favoreciendo la motivación e iniciando un plan de trabajo dedicado a desarrollar diferentes habilidades y facilitar la reflexión en torno a los aspectos carenciales y potenciales propios, para la elaboración de una estrategia de actuación ajustada a la realidad. Llegados a este punto, debo aclarar que no se trata en ningún caso de un espacio terapéutico y no lo es porque la persona responsable de la tutoría es, además, una educadora o educador, con una relación más allá del propio espacio tutorial y sujeta a los límites que el propio centro establece.

En todo caso, la tutoría en Ibaiondo resultó ser un recurso abierto, dónde partiendo de la premisa de la necesidad de creación de un espacio de contención y establecimiento de una relación vincular positiva, el enfoque de la intervención validaba opciones de miradas diversas. Y la mía consistió en propiciar un espacio de juego. «En el juego, y solo en él, puede el niño o el adulto crear y usar toda la personalidad, y el individuo descubre su persona solo cuando se muestra creador» (Winnicott, 1971, p. 80).

Una tutoría en movimiento

Las tutorías en movimiento se iniciaron como un proyecto piloto para la intervención a través de la DMT en el espacio tutorial, ofreciendo un espacio semanal individualizado, donde un joven podría explorar los temas importantes para él, a través del movimiento y la creación.

La propuesta se integró con el trabajo tutorial realizado hasta entonces, continuando una labor de andamiaje de aspectos resilientes de la vida de un joven.

- El espacio tutorial es un espacio semanal de una hora aproximadamente (puede espaciarse algo más en función del turno de la educadora).
- Tutora y tutorizado establecemos un convenio en el que nos comprometemos a tratar los temas importantes para el joven.
- Espacio para el sostén emocional.
- Lugar para el acompañamiento del joven a lo largo del cumplimiento de su medida y mientras él desarrolla su proyecto educativo y vivencial.

Los patrones establecidos a comienzos de la vida tienen un impacto fundamental sobre el funcionamiento, pero las experiencias individuales siguen influyendo sobre el modelo interno de apego. [...] Los estudios de intervención defienden la idea de que un tratamiento basado en las relaciones puede permitir que se produzca el desarrollo apropiado (Siegel, 1999, p. 120).

La intervención a partir de la DMT supuso un trabajo corporal, utilizando la música, la danza y otras formas de expresión plástica, que permitieron a L expresarse sin necesidad de sentirse expuesto. Los contenidos del trabajo tutorial fueron idénticos, pero desarrollados utilizando las herramientas de la DMT (no siendo en ningún caso un espacio terapéutico).

En la DMT se promueve la experiencia del proceso terciario al proponer explorar movimientos, imágenes y metáforas, a menudo en cursos no lineales de pensamiento y acción. Asimismo se crea un espacio de relación terapéutica en el cual el sujeto puede embarcarse en un proceso de introspección, de integración y de probar maneras diferentes de ser, de poder ser (Wengrower, 2008, p. 53).

La propuesta se centró en ofrecer la posibilidad de iniciar este tipo de intervención a L, un joven con un vínculo positivo con su tutora, con buena disposición en ese momento de su proceso y muy receptivo a la propuesta. Comenzamos el 18 de febrero y finalizamos el 2 de junio del 2012. Durante el camino, Iris Bräuninger nos acompañó, supervisando un trabajo que resultó más fácil gracias a su ayuda.

La propuesta de tutorías en movimiento con L llegó cuando el foco estaba puesto en la despedida. Su historia vital, plagada de abandonos traumáticos y procesos de duelos no resueltos, requería de una intervención en este último período de su internamiento, de forma que el joven pudiera vivenciar una historia de despedida diferente.

La historia de L en el C. E. Ibaiondo

L ingresó en el centro el 6 de junio de 2011 y desde su ingreso me hice cargo de su tutoría. Cuando entró me recordaba a Mowgli, el personaje de *El niño de la selva* (incluso le regalé un dibujo en el que él claramente se reconoció). En ese momento yo no era muy consciente de ello, pero creo que necesitaba una identidad y esa, por entonces, le sirvió.

Si la capacidad reflexiva del cuidador/a le ha permitido a él/ella describir adecuadamente la actitud intencional del niño, entonces éste tendrá la oportunidad de «encontrarse a sí mismo en el otro» como un ser con capacidad de mentalizar. En el núcleo de nuestros «selves» está la representación de cómo nosotros fuimos vistos. Nuestra capacidad reflexiva es, por tanto, una adquisición transgeneracional (Fonagy, 1999, p. 9).

De estatura media, delgado y fibroso, con una media melena muy bien cuidada y una mirada directa y cálida, cuando no se volvía totalmente indirecta y hostil, estaba siempre en movimiento. En un principio L se refugiaba en un lenguaje verbal que salía a borbotones, encontrando en las palabras su vehículo de destrucción más letal: con ellas hería y sobre todo se hería a sí mismo. Pero luego paraba, se venía abajo, lloraba como un niño y buscaba contacto, algo clave en toda esta historia.

En el inicio, los momentos de desbordamiento emocional eran continuos, aunque ya entonces fue capaz de encontrar refugio en el espacio tutorial. A lo largo del internamiento se fue transformando conductual e incluso físicamente y curiosamente un momento especialmente doloroso para él se convirtió en un punto de inflexión. Se apoyó en el equipo para enfrentar de forma constructiva el fallecimiento de su abuela, único referente para él en el exterior, y a partir de ahí consiguió en enero (7 meses después de su ingreso) el cambio de fase.

Una experiencia de despedida en movimiento

Al comenzar las tutorías en movimiento ya destacaba en L una base fuerte con capacidad de *insight*, de relación y empatía. Disponible y seguro desde la primera sesión, buscaba, eso sí, una proximidad física contenedora para unos movimientos que se expandían más allá de sus propios límites.

La madre crea lo que Winnicott denominó un entorno de contención, un espacio físico y psíquico dentro del cual en infante está protegido sin saber que lo está, de modo que esa misma inconsciencia pueda constituir el escenario para la próxima experiencia que surja en forma espontánea (Mitchell y Black, 2004, p. 208).

Las dinámicas activas, explosivas incluso, dominadas por la fuerza y el tiempo repentino marcaron la tónica inicial; le motivaban y entraban en conflicto con la sensación más depresiva que le provocaba el parar. Sin embargo, su capacidad de verbalización conseguía integrar esos sentimientos divergentes.

El nuevo espacio se convirtió en un espacio de investigación. L buscaba, proponía y se permitía hacer aquello que necesitaba: danzar, muy orgulloso y muy gitano, utilizando su cuerpo a modo de percusión y enraizándose con cada paso y jugar, imaginar, probar en su espacio seguro aquello que preveía encontrarse en su camino. En este sentido, en la quinta sesión la dinámica consistió en chocar con la pared, rebotar, caer al suelo y volver a levantarse. Todo un anticipo de lo que podría ser una estrategia útil en su vida.

Su historia familiar, la búsqueda de su lugar en el nuevo sistema surgido tras la muerte de su abuela también fue un tema recurrente. Puso en palabras sus temores, pero ensayaba en movimiento cómo adaptarse a situaciones imaginarias que pudieran precisar disposición, focalización y flexibilidad en sus acciones.

En lo referente a Kestenberg (Kestenberg et al., 1999) se movía en una franja entre los 4 años y medio y 5 años, con movimientos violentos y grandes saltos, correspondiente a las acciones de chocar y arrancar, relacionado con perseguir un objetivo de forma explosiva. Estaba en juego la diferenciación, la internalización y la presentación, y la realidad y la ficción aparecían mezcladas permitiéndole imaginar, crear y jugar.

La proximidad de la despedida me hizo tomar distancia. Se reactivaron en L emociones de tristeza, aparecieron alusiones a pérdidas significativas en su vida y sentimientos de dolor, así como agresiones al espacio. Para mí fue un momento para cuidar los límites, aunque también un momento para mostrar todo mi afecto, mi agradecimiento y mi confianza en su persona. Stern (1991) afirma «Cuando los padres ven a un infante diferente, el infante empieza a ser transformado por su nueva cara y finalmente se convierte en un adulto diferente». La última tutoría en movimiento fue triste y aún así L estuvo muy presente. Incluso fue capaz de ofrecerme y ofrecerse a sí mismo un último baile a modo de despedida.

Fuera de su espacio tutorial fue un periodo convulso para L, inició una formación externa y retomó el contacto con la familia. La recta final supuso una reactivación de actitudes destructivas anteriores, aunque en una escala totalmente diferente. La despedida resultó muy emotiva también con el resto del equipo y dejó una huella en todos nosotros que todavía se mantiene. «No hay encuentro entre dos personas que no tenga alguna consecuencia para las dos» (Fromm, 1991, p. 39).

Finalmente creo que pude encontrar el modo de aplicar la DMT en Ibaiondo, aunque adaptándome a una realidad «no óptima» y abandonando mi intención

terapéutica inicial. Mi rol como educadora ha encontrado en las tutorías en movimiento la posibilidad de incluir la mirada de la DMT en Ibaiondo, abriendo la puerta a nuevas iniciativas, que de hecho ya se están desarrollando.

References/ referencias bibliográficas

- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica S.A.
- Cyrulnik, B. (2001). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Fichman, D. (2005). Danza Movimiento Terapia. Encarnar, enraizar y empatizar. Construyendo los mundos en que vivimos. *I Congreso de Artes de Movimiento. Primeras jornadas Luso-Ibéricas de Danza Movimiento Terapia*. Barcelona.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias Transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, (003). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria> (15 de Mayo de 2013)
- Fromm, E. (1991). *Del tener al ser*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Mitchell, S.A. & Black, M.J. (2004). *Más allá de Freud*. Barcelona: Editorial Herder S. L.
- Kestenberg-Amighi, J., Loman, S., Lewis, P. & Sossin, M. (1999). *The meaning of movement developmental and clinical perspectives of the Kestenberg Movement Profile*. Amsterdam: Nordon and Breach Publishers.
- Siegel, D.J. (2007). La mente en desarrollo. *Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer S.A.
- Stern, D. N. (1991). El mundo interpersonal del infante. *Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Wengrower, H. (2008). El proceso creativo y la actividad artística por medio de la danza y el movimiento. En H. Wengrower y S. Chaiklin. (Coords), *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 39-57). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Winnicott, D. W. (1991). Luchando por superar la fase de desaliento malhumorado. En C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis. (Eds.), *Deprivación y delincuencia*. (pp. 170-182). Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.



PÓSTERES Y TALLERES

Capítulo trece:

El baile en círculo en un entorno psiquiátrico: ¿Puede una intervención de baile en círculo disminuir los niveles de estado depresivo en pacientes con enfermedades psíquicas? De ser así, ¿qué aspecto de este baile es el más importante?

ELLA KING

Párroco al feligrés: ¿Debo entender que a pesar de mi advertencia fuiste a bailar en el cruce de caminos de Bun Leice?

Feligrés: Lo hice, Padre.

Párroco al feligrés: Que sepas señor, que estabas bailando allí en las ascuas del infierno.

Feligrés: Y bien Padre, de ser así, fue muy divertido (Brennan, 1999, p. 121)³²

El baile en círculo es inherente a las culturas de todo el mundo desde tiempos remotos, y es considerada una actividad inclusiva, vital y capaz de levantar el espíritu. Esta tradición podría dar pie a nuevas ideas proporcionando respuesta al creciente problema de la depresión y otras enfermedades psíquicas. Este estudio investiga el papel que desempeña el baile en círculo en la mejora del estado depresivo en 45 pacientes con enfermedades psíquicas.

Mi estudio piloto, inspirado inicialmente por un artículo de Sabine Koch titulado *The Joy Dance* (Koch, Fuchs y Morlinghaus, 2007), tiene como objetivo explorar la posibilidad de reducir los niveles de depresión, uno de los síntomas negativos más frecuentes en las enfermedades psíquicas. Este artículo trataba los beneficios de incluir bailes en círculo con salto en la Danza Movimiento Terapia (DMT) o en sesiones de terapia complementarias para pacientes aquejados de depresión profunda (Ibidem). Según la autora, estos bailes pueden servir de ritual al inicio o final de una sesión de terapia para reducir los efectos de la depresión y ayudar a los pacientes a sentirse más vivos (al menos de manera temporal).

Siguiendo las recomendaciones de Koch (2007), Laura —mi compañera de trabajo— y yo decidimos incluir un baile en círculo irlandés al final de la sesión

32 Cita traducida del inglés por A. Zoltowska.

de DMT. Haciendo uso de mi experiencia personal como bailarina y profesora de baile irlandés tradicional me resultó emocionante combinar movimiento tradicional y DMT, trabajando con los pacientes³³ durante mi período de prácticas. Estos pacientes padecían enfermedades psíquicas, incluyendo esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de personalidad límite, depresión profunda y trastorno obsesivo compulsivo. Una diferencia notable con respecto al estudio de Koch, donde los pacientes padecían depresión pero no síntomas psicóticos, fue que en el estudio que llevé a cabo los pacientes sí mostraban síntomas psicóticos.

Visto esto, ¿cómo podría ser de ayuda un baile en círculo en un entorno psiquiátrico? Steiner (2006, p. 149) destaca la singular sensación de compañía fomentada por el movimiento conjunto de las personas. Este tipo de movimiento, capaz de lograr mucho más que la comunicación verbal por sí sola, puede desarrollarse hasta servir como nexo de unión entre los entornos inconexos e independientes de clientes y terapeutas. El autor considera que el movimiento en grupo «utilizado ya desde la antigüedad» es un recurso extremadamente poderoso a la hora de ayudar a individuos a hacer frente a emociones difíciles (tristeza, ansiedad, ira, etc.) y a la vez que les proporciona un sentido de pertenencia contribuye al establecimiento de canales de comunicación tan primarios que afectan a las personas —y a sus sentimientos— en lo más hondo de su ser (Spencer, 1985).

Esta idea de moverse de manera conjunta al mismo ritmo puede fomentar la conexión, la comunicación y la confianza entre estas personas. De Stanton-Jones (1992), Chaiklin destaca el trabajo de Chace, quien se basó en el baile primitivo a la hora de proponer modos de estructurar y organizar a individuos en grupos. Parece innegable que los beneficios de realizar tareas conjuntas a la hora de promocionar sensaciones de unidad, fuerza y seguridad eran ya bien conocidas por el hombre primitivo (Chaiklin, 1975).

Los límites y rituales también son importantes para las personas que padecen algún tipo de enfermedad psíquica. Meekums (2002) señala la gran importancia social y psicológica de los rituales, considerados extremadamente útiles en casos de grupos o individuos inmersos en procesos de transición. Los límites proporcionan una línea de seguridad mientras que los rituales pueden proporcionar un entorno seguro, y es precisamente por esto que la forma circular y la estructura del baile son de gran importancia. Para Steiner (2006), la ansiedad se puede aliviar haciendo uso de rituales, proporcionando un marco o red de seguridad que sirven como protección frente a pensamientos o sentimientos difíciles. Los rituales ten-

33 Stanton-Jones (1992) utiliza a la vez los términos *paciente* y *cliente*, en vez del preferido en su libro *usuario de servicio*, ya que se trataba de personas con graves enfermedades psíquicas que se hallaban bajo la supervisión de un psiquiatra. He preferido utilizar los términos *paciente* y *cliente* por el mismo motivo.

drían también la ventaja añadida de actuar como frontera o límite, pudiéndose utilizar como elemento de transición, por ejemplo para indicar el comienzo o conclusión de una sesión de terapia y ayudando a diferenciar claramente lo que está dentro o fuera de la terapia.

La formación en círculo y el aspecto táctil son importantes, dado que en el baile terapéutico los rituales marcan la frontera entre el círculo envolvente y el espacio exterior. Los límites corporales son definidos a través del contacto físico, dado que en las personas psicóticas pueden ser distorsionados. La danza —y el contacto físico implícito— se revela como un elemento útil a la hora de definir otro tipo de límite. Como ya se ha comentado, no es raro que pacientes con problemas psicóticos distorsionen los límites corporales, pero la danza es también un excelente recurso para ayudar a otras personas —no necesariamente psicóticas— cuya autonomía se ve limitada de distinta manera (Jerrome, 2002).

Hasta ahora parece que las terapias basadas en el uso del cuerpo han tenido un éxito considerable en el tratamiento de los síntomas negativos en salud mental. Röhrich y Priebe (2006) abogan por la eficacia de las terapias basadas en la realidad, como pueden ser aquellas basadas en el uso del cuerpo. Ciertamente, si examinamos el caso específico de la esquizofrenia, no parece que la terapia tradicional farmacéutica y las intervenciones verbales intuitivas sean de gran utilidad a la hora de tratar los síntomas negativos. De hecho, hasta la fecha parece que las terapias basadas en el uso del cuerpo han surtido mejor efecto, lo que sugiere que este estudio piloto serviría para apoyar las conclusiones de Röhrich y Priebe (2006) sobre la esquizofrenia, teniendo en cuenta la mejora de síntomas negativos esquizofrénicos y la reducción del estado depresivo. Posiblemente, el hecho de cogerse de las manos y moverse juntos en el baile cree un apego que estos pacientes quizás hubieran perdido o no hubieran experimentado jamás. Jerrome (2002) opina que las relaciones tempranas juegan un papel importante en esto, ya que no es improbable que estas relaciones sean evocadas a través de acciones tan simples y naturales como cogerse de la mano o del brazo, o gestos repetitivos y/o rítmicos como el mecer o el balanceo.

La muestra incluía 45 pacientes con enfermedades psíquicas graves, en su mayoría trastornos psicóticos de esquizofrenia, residentes en la Comunitat Terapèutica de Arenys de Munt, Cataluña. Esta muestra se componía de 19 hombres y 26 mujeres de edad media 37,2 años, en un rango de 21 a 65 años. Atendiendo a los trastornos específicos la composición era de 9 pacientes con desorden esquizoafectivo, 10 con esquizofrenia paranoide, 14 con trastorno bipolar, 7 con trastornos de personalidad límite, 3 con depresión profunda y 1 con desorden obsesivo compulsivo. En cada grupo se daban una serie de condiciones diferentes. Cada uno de los tres grupos experimentales era de 12 pacientes, mientras que el grupo de

control estaba formado por 9 pacientes. El tamaño de muestra no permitía hacer distinciones dentro de los grupos atendiendo al diagnóstico.

En el procedimiento inicial, se rellenó una versión reducida del Heidelberg State Inventory (HSI [versión reducida]; HIS; Koch, Morlinghaus y Fuchs, 2007): un cuestionario unipolar de 6 ítems que miden los niveles de la dimensión del afecto del estado depresivo, la vitalidad y el afecto positivo mediante una escala de 5 puntos). Los pacientes fueron aleatorizados en 3 grupos experimentales: el baile normal (salto-manos), el baile con las manos cogidas sin saltar (manos) y el baile con saltos sin cogerse las manos (salto). El cuarto grupo era el grupo de control. Se realizó una prueba de concentración d2 (cruzar la letra 'd' con dos rayas). Cada grupo tardó 3 minutos. A continuación se volvieron a rellenar los cuestionarios HSI en su versión reducida. El tipo de intervención determinó las variables independientes (IV). Por su parte, las variables dependientes (DV) eran medidas del afecto del estado depresivo, vitalidad y afecto positivo.

Se llevaron a cabo las siguientes pruebas estadísticas:

1. ANOVAS unilaterales sobre las diferencias en medidas iniciales (puntuación preintervención para cada DV) entre grupos.
2. Medidas de pre- y postintervención en pruebas mixtas MANOVA para investigar las diferencias en y entre grupos.
3. Pruebas T para ahondar en las diferencias en y entre grupos.
4. Correcciones Bonferroni.

Según los resultados, el baile sin saltos con las manos cogidas disminuyó el nivel del estado depresivo, $F(3, 41) = 3,19$, $p = 0,033$. Otras pruebas *post hoc* mostraron que después de la corrección Bonferroni se produjo un incremento significativo de la vitalidad en el baile sin saltos con las manos cogidas (Manos), $t(11) = 3,178$; $p = 0,009$.

En primer lugar, los resultados de este estudio piloto cuantitativo parecen apoyar la hipótesis de que una intervención de baile en círculo disminuye el nivel del estado depresivo e incrementa la vitalidad en pacientes que padecen enfermedades psíquicas con síntomas psicóticos. En los tres grupos experimentales disminuyó el afecto del estado depresivo, aunque sólo de manera significativa en el caso del grupo que bailó sin salto y cogidos de las manos. En el grupo de control, donde no se produjo ningún movimiento, los niveles de depresión no se vieron afectados. Esto sugiere que una actividad de movimiento es preferible a una actividad más estática a la hora de disminuir el afecto del estado depresivo e incrementar el afecto positivo y la vitalidad. En segundo lugar, se sugiere que el aspecto más relevante del baile era el de 'cogerse las manos', dado que el afecto del estado depresivo se redujo

de manera más significativa entre los miembros del grupo que bailaron cogidos de las manos pero sin salto.

Otros hallazgos importantes muestran que la vitalidad aumentó de manera notable el baile sin salto y cogidos de las manos. La 'vitalidad' se ha descrito como algo capaz de proporcionarles a las personas el poder de vivir (Koch y Bräuninger, 2006), de modo que este resultado es muy importante para aquellos clientes que cuentan la depresión como uno de los síntomas negativos más notables de su enfermedad. Al no observarse en el grupo de control cambios importantes en el nivel de estado depresivo, la vitalidad o el afecto positivo, este estudio sugiere que el acto de moverse o bailar aporta muchas más ventajas que desventajas. Esto ya lo apuntaba Steiner (2006) al hablar del aislamiento de personas con severos problemas emocionales. Aunque las palabras por sí solas resultan casi inútiles a la hora de tratar este tipo de aislamiento, el movimiento corporal es de gran ayuda, ya que sirve de punto de partida para que el individuo tome contacto consigo mismo, para luego interactuar mejor con los demás.

Lo descrito hasta ahora parece apoyar la teoría de que el baile en círculo se debería considerar un ritual a utilizar al principio o al final de una sesión de DMT con pacientes con enfermedades psíquicas específicamente si se trata de un baile que fomenta el contacto físico en formación circular. Esto podría contribuir a reforzar los efectos positivos que tienen los rituales en el alivio de la ansiedad y la creación de fronteras. El ritual y el círculo son recursos poderosos que fomentan solidaridad, un sentido de comunidad, inclusión e igualdad. El círculo actúa como envolvente a la par que es usado por el terapeuta para contener al grupo.

A modo de conclusión me gustaría reproducir las palabras de Paul³⁴, uno de los pacientes del grupo. Cuando se le pidió una descripción de la DMT para posibles futuros miembros dijo:

«Si estás cansado, te despierta»

«Si estás triste, te hace sentir mejor»

«Si estás depresivo, te anima»

Estas palabras resultaron especialmente emotivas y las estadísticas muestran que puede que el baile en círculo contribuyera a esta sensación positiva experimentada por Paul. Estos resultados sugieren que los bailes en círculo cogidos de la mano y sin salto pueden llegar a ser de utilidad en una sesión de DMT en grupo

34 Pseudónimos utilizados para referirnos a los pacientes. Este comentario se hizo una mañana antes de comenzar una sesión de DMT. Un miembro del personal preguntó si alguien podría proporcionar una descripción de DMT para los recién llegados a la comunidad terapéutica.

para personas con enfermedades psíquicas a la hora de reducir el estado depresivo e incrementar los niveles de vitalidad.

References/ Referencias bibliográficas

- Brennan, H. (1999). *The Story of Irish Dance*. Ireland: Brandon.
- Jerrome, D. (2002). Circles of the mind, The use of therapeutic circle dance with older people with dementia. In D. Waller (Ed). *Arts Therapies and progressive illness: nameless dread*. (pp. 164-182). U.K and New York, Brunner –Routledge.
- Koch, S.C. & Bräuninger, I. (2006) (Eds). *Advances in Dance/Movement Therapy, Theoretical Perspectives and Empirical Findings*. Berlin: Logos.
- Koch, S.C, Morlinghaus, K. & Fuchs, T. (2007). The joy dance. Special effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 340-349.
- Meekums, B. (2002). *Dance Movement Therapy, A Creative Psychotherapeutic Approach*. London: SAGE Publications.
- Röhrich, F. & Priebe, S. (2006). Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 36, 669-678.
- Steiner, M. (2006). Alternatives in psychiatry. In H. Payne (Ed). *Dance Movement Therapy, Theory, Research and Practice*, 2nd Edition, (pp 141-162). East Sussex: Routledge.
- Stanton Jones, K. (1992). *An introduction to dance movement therapy in psychiatry*. London: Routledge.

Capítulo catorce: DMT y psicoanálisis relacional. Lo implícito en un momento de encuentro con María.

TERESA BAS Y EDWIGE CHARRIER

Por muy bien hechos que estén los puntos de sutura, se vive con dificultad cuando nuestras vísceras han sido substituidas por la añoranza de una persona; parece que ésta ocupara más lugar que aquellas, la sentimos continuamente, y además ¡qué ambigüedad verse obligado a pensar una parte del propio cuerpo!³⁵

Marcel Proust, *El mundo de Guermantes*

Este trabajo propone ilustrar a través de un caso clínico lo efímero, la sutileza y la singularidad de un «momento de encuentro» (Stern et al., 1998, p. 5), considerado éste en la encrucijada de la Danza Movimiento Terapia (DMT) y del psicoanálisis relacional. Se pone especial atención en el conocimiento relacional implícito, ese «algo más» que la interpretación definida por el grupo de Boston (Stern et al., 1998), donde convergen dos estados psicoafectivos, el de la danza movimiento terapeuta (dmt) y el de María. Estos mismos estados nos remiten a los distintos momentos del desarrollo del sentido del sí mismo de Stern (1991), a los cuales añadimos la dimensión participativa de la empatía kinestésica (Panhofer, 2005 y Fischman, 2008).

Con el término *conocimiento relacional implícito*, el equipo de Boston (Lyons-Ruth et al., 1998) pone énfasis en el conocimiento inconsciente, pero accesible a la conciencia, que uno tiene de su propia experiencia, de una manera de estar o sentir. En la temprana infancia vivimos un periodo de adaptación-negociación en nuestra relación con la figura significativa (Stern, 1991), en la que cada uno va creando e integrando una manera de interactuar, percibir, reaccionar, de ser y estar en el mundo. Un conocimiento constituido más allá de la palabra que ponemos en juego en nuestras relaciones posteriores.

Para el psicoanálisis relacional, un «momento de encuentro» terapéutico implicaría una reorganización de este conocimiento relacional implícito (Stern et al.,

35 Traducción del francés de Edwige Charrier.

1998, p. 5). Como ilustraremos, en la relación con María se produce un encuentro así tras varias etapas de adaptación-negociación con el propio modo de ser y estar, tanto de la terapeuta como de la paciente.

En este proceso de adaptación-negociación, al encuentro de una conexión emocional (Riera, 2010a), la dmt, como persona, y su propia vivencia de dicho proceso, es un elemento fundamental. Su capacidad de indagación en la propia experiencia, en su contratransferencia somática, sus reacciones corporales, etc., permiten a su vez que la paciente encuentre un nuevo sentido de «me siento», «te siento», discrimine «aquí estoy», «ahí estás», y sienta «esto puede ser distinto».

La DMT permite acercarse a esta dimensión. Trabaja con el cuerpo, su expresividad, los contrastes de las cualidades en movimiento, desde las resonancias psicoafectivas de los impulsos que gobiernan la vida de un ser humano. Focaliza en captar las formas de vitalidad (Stern, 2010) que se ponen en juego en la relación entre paciente y dmt, porque trabaja con «la vivencia del movimiento sentido y los sentidos del movimiento» (Fischman, 2008, p. 81) y la experiencia encarnada de ambos (Fischman, 2011).

Si el objetivo del psicoanálisis relacional, tal como propone el grupo de Boston, es «modificar, a través de la interacción, el conocimiento relacional implícito ampliándolo, flexibilizándolo para hacerlo más adaptativo y abarcador» (Riera, 2010b, p. 315), la DMT enfatiza el mismo objetivo trabajando a partir de la ampliación del repertorio de movimiento y de sus cualidades y matices dentro del contexto de la relación psicoterapéutica. Trabaja con el movimiento como metáfora y símbolo así como con la improvisación en movimiento para ahondar en el autoconocimiento y experimentar distintas formas de sentirse en el mundo. La DMT constituye una herramienta importante para el psicoterapeuta que «se compromete empáticamente con la experiencia intersubjetiva enraizada en el cuerpo» (Fischman, 2008, p. 81).

En la viñeta clínica siguiente podemos observar cómo se manifiesta la evolución en distintos estados del sentido de sí mismo mediante el «encuentro» con el otro (la dmt).

Un momento de encuentro: afianzando el apoyo al suelo

María, una joven mujer de 19 años, consulta por problemas de insomnio, retraso en los estudios y «fobias de impulsión». Tiene miedo de estar sola porque terribles imágenes la asaltan, en las que se hace daño a sí misma o a alguien de su entorno, especialmente a su madre. Es hija única, vive sola con su madre y no sabe nada de su padre desde hace años.

Se presenta con un cuerpo frágil y delgado (parecido al de una niña), una postura de pecho hundido y mirada baja, poco apoyo en el suelo. Sus pies, golpeteando el aire sin parar y sus largos dedos de las manos, entrelazados, apretando con fuerza, expresan mucha tensión e inquietud. El espacio personal es muy reducido y el registro de experiencia emocional, muy restringido y condensado.

Este estado resuena en la terapeuta de la siguiente manera:

Me sentía observada y se me constreñía la respiración antes de empezar las primeras sesiones. Ese «apego ansioso» me conectaba con mucha irritación, incomodidad e inseguridad. Como si estuviera bajo su control, sin espacio propio. Todo ello me hacía saber que probablemente María tenía a su madre muy «pegada» a ella emocionalmente y que tal vez se sentía controlada por ella, como me confirmaría a lo largo del proceso. Una rabia se perfilaba indefinida, confundida, junto con una fuerte ambivalencia ante la posibilidad de estar sola (Diario de la terapeuta).

A partir de estas primeras impresiones, se inicia un proceso largo que empieza con palabras y poco movimiento, elaborando primero verbalmente los impulsos que más preocupaban a María, porque el propio movimiento le generaba ansiedad. Se instauró progresivamente un clima de confianza y, poco a poco, María se acerca a la posibilidad de moverse con la terapeuta, siempre que ésta la guíe. Se trataba de acercarse progresivamente a su experiencia, su registro de movimiento, para validar lo que sucedía, acompañando y facilitando la expresión. Durante esas primeras danzas fue importante que la terapeuta se mantuviera siempre frente a ella, aunque a cierta distancia, sin dejar de moverse con María y reflejando sus estados internos a través de la voz y movimientos en distintos momentos. Progresivamente María se acerca a la posibilidad de introducir pequeños espacios de improvisación en movimiento. Sus brazos se mueven primero muy tímidamente, casi sin usar el espacio a su alrededor ni involucrar su eje. Poco a poco, amplía su kinesfera, explora cada vez más el espacio y puede mantener la mirada abierta más tiempo, cruzándola con la de la terapeuta. El flujo y la respiración se flexibilizan, acompañando un inicio de contacto con sus emociones. Es posible entonces establecer varias conexiones entre movimientos y sensaciones, imágenes, recuerdos (el cáncer de la madre, su abuso del alcohol, el abandono del padre) y emociones.

Acontecimientos vitales muy dolorosos se añaden durante el proceso: su madre es diagnosticada de cáncer y muere unos meses después, pasado el primer año de proceso de DMT. Elaborar el duelo y acompañarla en esta nueva etapa más solitaria será un elemento central en la relación terapéutica. Además, María descubre también que su madre abusaba del alcohol desde hacía tiempo y recibe noticias de su padre después de años de silencio. En contraste, es también en ese

período que María empieza a salir con un chico, con el que iniciara una convivencia estable.

Despacio, moviendo y elaborando los diversos retos de su vida, se va dando un desarrollo en el registro de la experiencia emocional de María que se acompaña de una mayor capacidad de conexión con las emociones y un inicio de apoyo al suelo y de confianza en sí misma. Todo ello nos lleva progresivamente a una situación singular, clave en el proceso. Un momento significativo que se describe en los párrafos que siguen.

Salgo de esta sesión con la sensación de que hoy he podido realmente «estar con ella» y que ella ha podido «estar conmigo». Siento que cierta tensión o «energía» siempre retenida en ella se está soltando poco a poco (Diario de la terapeuta).

En esta sesión, partimos del «tapón» que siempre suele sentir en el centro del pecho y la invito a que observe cómo es, cómo la hace sentir y qué necesita hacer con éste.

María explora estiramientos de los brazos en distintas direcciones aunque manteniendo el pecho cerrado y las piernas rígidas, sosteniendo con tensión posiciones de equilibrio difíciles. Pienso en cómo está acostumbrada a «hacer equilibrios» para sostenerse sola. Para tratar de hacerla más consciente de sus juegos de equilibrio le propongo que abra los ojos y juguemos a «liderar en movimiento» (una propone un movimiento y la otra sigue y viceversa). Asiente con la cabeza pero apenas abre los ojos, sigue con su movimiento y no me pasa el relevo. Está «ensimismada», inmersa en un mundo de sensaciones que parecen intensas y nuevas (Diario de la terapeuta).

Este estado remite al sentido nuclear del Self descrito por Stern (1991). Hacia los dos o tres meses, «el bebé da la sensación de ser una persona muy distinta, con un cuerpo integrado y coherente capaz de poner en juego acciones, planes, percepciones, cogniciones y afectos propios» (Stern 1991, p. 93). María parece inmersa en adquirir un sentido nuclear de sí misma distinto del sentido nuclear del otro, primera tarea evolutiva de un bebé y que nunca dejará de interesarle si tiene un desarrollo sano (Stern, 1991).

Por alguna razón, insisto por un momento en proponerle un movimiento distinto al suyo, pero ella sigue en su movimiento sin apenas mirarme (Diario de la terapeuta).

Se produce en ese momento una forma de «colisión» entre mi conocimiento relacional implícito de nuestra relación y la reacción de María. Yo insisto en tratar

de que estemos juntas en movimiento, continuemos compartiendo el movimiento como en sesiones anteriores; pero ella no puede incluirme en su percepción y en este momento me pide indirectamente que la deje explorar en su propio estar, de forma más autónoma.

Me dejo entonces llevar por la evidencia de que necesita su espacio y moverse a solas, así que tomo distancia y observo. Nos acompaña un tema de música africana y aparece un leve balanceo en sus caderas que me da gusto ver en ella. Sin embargo, sigo sintiendo la respiración corta y las piernas rígidas, con la sensación de un impulso retenido que no toma fuerza. Le digo entonces «me pregunto si tus piernas no tendrán algo más que decir en este momento y si saben que pueden contar con el suelo». En ese momento, para mi sorpresa, deja ir el ritmo de balanceo de lado a lado, deja caer los brazos a los lados del cuerpo y dobla más claramente las rodillas.

De repente, el eje vertical y el flujo libre son ahora su foco: la tensión cede en la bisagra del tobillo y de las rodillas a la vez que en el centro del pecho. Con pequeños rebotes, baja las caderas un poco más cerca del suelo y separa los pies creando una base más amplia y segura. La veo esbozar una sonrisa, parece que se relaja y disfruta del rebotar siguiendo la música. Mi propia sensación de rigidez también se suelta (Diario de la terapeuta).

María profundiza en la posibilidad de respirar más sus movimientos y aflojar la tensión corporal que la alejaba del contacto con sus emociones. Puede soltarse a un flujo algo más libre en el movimiento de sus brazos, en su relación con la terapeuta, jugando a la cercanía y alejamiento. El rebote le permite soltar el flujo en el plano vertical, usar más el apoyo del suelo, moverse con peso más firme y autoafirmar su Yo (Bartenieff y Lewis, 1980). En estos movimientos veo a María presentarse por primera vez claramente ante mí y sintiéndose a sí misma integrada, activa y presente. Afirmando: «Soy yo; aquí estoy».

Estoy con ella a través de vocalizaciones que siguen la intensidad, la velocidad y la calidad más relajada de su estar. Me acerco a su experiencia interna mediante el entonamiento afectivo (o sintonía afectiva), a través de un canal sensorial distinto al que ella utiliza, validando la experiencia emocional de María a un nivel preverbal como hace la madre con el bebé (Stern, 1991).

María responde sonriendo y abriendo los ojos poco a poco. Siento que estamos juntas en ese momento de bienestar. Para terminar escoge sentarse en el suelo. Su respiración es más fluida. Está cómodamente sentada, con las piernas cruzadas, el torso hace un «vaivén» y deja caer la cabeza hacia atrás ligeramente, mientras toca con suavidad la alfombra con la punta de los dedos... (Diario de la terapeuta).

En la danza de nuestra relación se construyen nuevos matices en su registro de experiencia emocional y cambios en el conocimiento relacional implícito (Lyons-Ruth et al., 1998).

En el momento de «encuentro con su propio suelo», María dejaba de necesitar la guía de la dmt, incluso la rechazaba, para encontrarse con su referencia interna de apoyo, de respiración más fluida y un impulso agradable para rebotar. La terapeuta, por su parte, sentía de repente que, contrariamente a lo esperado, el hecho de otorgar mayor distancia y diferencia de movimiento entre ellas, le hacía sentir mayor conexión entre ambas. Por primera vez en el proceso de psicoterapia, María estaba en contacto consigo misma y podía «estar a solas en compañía».

A partir de esta sesión aparece la posibilidad de sentir y expresar más claramente sus emociones. Una larga frustración en relación al abandono del padre y la «prohibición» de hablar de él dejan poco a poco de ser energía bloqueada, pensamientos invasivos, y se transforman paulatinamente en fuerza, en acción, en gesto. Todo ello toma forma en su cuerpo (sintiendo sus pasos, jugando con la fuerza de las pisadas, saltando, tomando impulsos) y en el verbo (escribiendo una carta a su padre tras la muerte de la madre). Poco a poco, María deja de ser presa de una ira inefable que la invade y desborda, y pasa a tener un sentido de agencia y de dominio sobre ésta, usando el cuerpo y el movimiento para elaborarla. A través de la vivencia encarnada consigue reconocer y dar forma propia a la violencia contenida. Puede tomar distancia y preservar mejor su espacio en sus relaciones personales, especialmente en relación a la familia de su novio, por quien se sentía muy invadida.

En este proceso, María y la terapeuta son actrices de una situación en la que surge un encuentro doloroso, con una suerte de «presión» previa, hasta llegar a una reorganización del conocimiento relacional implícito de cada una. En ello participa la sorpresa de un encuentro en donde María puede sentir la tensión, jugar con ella, distribuir el peso de manera distinta, incluyendo nuevas dimensiones espaciales. El suelo en un sentido concreto, bajo sus pies, pero también un «suelo interno», un nuevo apoyo en sí misma.

A modo de conclusión, volvemos a las hermosas palabras de Proust, quien nos dice que cuando un dolor toca las vísceras y se instala allí, toma mucho espacio y capta toda nuestra atención implícita o inconscientemente. Se nos revela en este caso la dimensión fundamental del «espacio», entiendo el cuerpo y la relación como un espacio, en la evolución y manifestación del encuentro con María. En el pecho se encontraban capturados flujo y espacio, todo pensamiento y emoción. En la relación terapéutica, María reactualiza esa captura en el espacio y mirada del otro. Pero allí la mirada y la actitud empática del terapeuta, dirigida por las resonancias de ese dolor en sus propias cualidades, permite abrir el espacio, un espacio interior en el cuerpo y exterior en la relación.

Un momento de encuentro nunca es inmediato y nunca sucede cuando uno lo busca. Sino al contrario, sucede «cuando» y «donde» menos lo esperamos.

References/ referencias bibliográficas

- Bartenieff, I., & Lewis, D. (1980). *Copying with the environment*. New York: Gordon and Breach.
- 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. (2008). Relación terapéutica y empatía kinestésica. En H. Wengrower y S. Chaiklin (Coords.), *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Fischman, D. & Koch, S. (2011). Embodied Enactive Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Movement Therapy*, 33, 57-72.
- Laban, R. (1987). *El dominio del movimiento*. Madrid: Ed. Fundamentos.
- Lyons-Ruth, K., Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Morgan, A.C., Nahum, J.P., Sander, L., Stern, D. & Tronick, E.Z. (1998). Implicit relational knowing. Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), 282-289.
- Panhofer, H. (2005). "Come back, come back"! Apegos rotos y sus implicaciones clínicas en Danza Movimiento Terapia. En H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Payne, H. (1992). Shut in, shut out. In H. Payne (Ed.), *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*. London: Routledge.
- Riera, R. (2010a). *La connexió emocional. Formació i transformació de la nostra manera de reaccionar emocionalment*. Barcelona: Octaedro.
- Riera, R. (2010b). Una breve introducción a las aportaciones del Grupo de Boston. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (2), 315-320.
- Stern, D. N. (1991). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschweiler-Stern, N. & Tronick, E. Z. (1998). Mecanismos no interpretativos en terapia psicoanalítica. El "Algo más" que la interpretación, traducción al castellano del artículo: Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic thera-

py: the “Something more” than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903-921.

Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality*. New York: Oxford University Press.



Capítulo quince: De regreso al cuerpo: importancia del trabajo psicoterapéutico desde el cuerpo en el tratamiento de las mujeres víctimas de violencia sexual

SUSANA GARCÍA

Presentación

Las psicoterapias que emplean formas de expresión no verbales como las corporales y las arteterapias contribuyen en la profundización de problemáticas que conscientemente no se puede alcanzar y lo hacen de forma menos amenazante y también mucho más completa, las experiencias traumáticas difícilmente pueden ser explicadas solamente con palabras (Tortora, 2011; Devereaux, 2008; Gordon-Giles y Zidan, 2009). El trabajo a través del cuerpo (como la Psicoterapia Corporal Integrativa y la Danza Movimiento Terapia [DMT]) genera la expresión de estados internos inconscientes que, al ser expuestos, favorecen su asimilación e integración y con ello mejoran la salud de las personas. El trabajo desde el cuerpo contribuye con el conocimiento y la consciencia del sí mismo.

Las personas que han vivido violencia sexual, ya sea en la infancia o en la vida adulta, han atravesado por una experiencia traumática que afecta su percepción de sí mismas en un nivel muy interno. Al tener una alteración de la percepción, la manera en que se experimenta el entorno está también distorsionada. Los grados de la afectación que cada persona puede experimentar son muy variados. Las investigaciones hechas hasta ahora reportan dificultades para verbalizar de forma clara la experiencia, problemas para establecer relaciones de confianza, autoestima baja, dificultad para establecer límites adecuados en sus relaciones, entre otros.

Existe suficiente investigación publicada para sostener que el trabajo psicoterapéutico desde el cuerpo contribuye a mejorar la salud de las personas (Koch, 2008; Lynn, 2001; Gordon-Giles y Zidan, 2009), además de que una presencia cálida y aceptante favorece la creación de un espacio de seguridad (Koch y Fischman, 2011; Rogers, 1961). Cuando las personas se encuentran en ambientes calmados

donde sienten seguridad, suelen bajar resistencias y defensas y volverse mucho más abiertas, receptivas e interesadas por el entorno (Uvnäs, 2009).

Los psicoterapeutas corporales y danzaterapeutas con interés en acompañar quienes han atravesado por experiencias de violencia sexual requieren información acerca de la violencia como fenómeno social, como expresión de las inequidades de género y la importancia de trabajar con la expresión corporal como alternativa para procesar el trauma vivido.

Contexto acerca de la violencia sexual

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), todo aquello que se entiende por violencia ocurre en un entorno cultural concreto que varía todo el tiempo y depende de los intereses de quien intenta enmarcarla. No obstante las dificultades que implica una definición abarcadora, la OMS define la violencia como

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Organización Panamericana de la Salud, 2002, p. 5).

Para fines de este trabajo se considerará violencia cualquier acto u omisión cuyo fin es someter a otra persona a través del ejercicio del poder; siempre es intencional y por lo tanto es consciente. Los actos violentos no son accidentales ni son producto de la pérdida de control; quienes los realizan lo hacen sabiendo que pueden someter a otra persona o personas (García, 2010).

Violencia contra las mujeres

La violencia que se comete contra las mujeres tiene connotaciones distintas a la que se ejerce contra los hombres. La violencia que viven con mayor frecuencia los hombres está más relacionada con su participación en ámbitos públicos (Medina-Mora et. al., 2005). Los hombres sufren violencia producto de los espacios en los que se encuentran y en general es ejercida por parte de otros hombres. La violencia que viven las mujeres con mayor frecuencia está más asociada al hecho de ser mujer, independientemente de los espacios que ocupen o decisiones que tomen sobre sus vidas, como la violencia sexual, la de pareja, la laboral o la comunitaria;

la violencia contra las mujeres es mayoritariamente ejercida también por parte de hombres (Ibidem).

Naciones Unidas conceptualiza la violencia contra las mujeres como

[...] todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada (OMS, 2011).

Las encuestas que se han realizado en múltiples países dan cuenta de que la violencia de género es un fenómeno que afecta a mujeres de todas las edades, nivel socioeconómico, formación profesional, preferencia sexual, pertenencia étnica o nacionalidad (Vega, 2010). Las encuestas más conservadoras coinciden en que miles de mujeres en cada país son víctimas de violencia sexual. El 60% de las mujeres en el mundo han sido víctimas de violencia (física o sexual) en el transcurso de sus vidas; en la gran mayoría de los casos, los agresores suelen ser sus parejas o ex parejas (ONU Mujeres, 2011).

Violencia sexual

De acuerdo con las Naciones Unidas la violencia sexual es cualquier acto o tentativa del mismo de consumir un acto sexual: comentarios o insinuaciones sexuales no deseados; acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito. La violación es la forma más grave de violencia sexual e incluye la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes corporales o un objeto (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Dado que la violencia sexual tiene diversas definiciones y también puede ejercerse de muchas maneras, para fines de este trabajo, al hablar de violencia sexual se entenderán dos categorías: abuso sexual y violación. Por abuso sexual se entenderá cualquier relación basada en la desigualdad de poder o control (ya sea por edad, jerarquía, madurez o desarrollo cognitivo) donde una persona es usada como objeto sexual por otra. Por violación se entiende cualquier acto sexual involuntario cometido por una persona en contra de otra con menor poder (ya sea por edad, jerarquía, madurez o desarrollo cognitivo) que incluya la penetración de alguna parte del cuerpo u otro objeto en la boca, vagina o ano.

Ecchurrúa y Guerricaechevarría (2000) y Batres (2010) coinciden en que las secuelas de la violación en la vida adulta y el abuso sexual en la infancia presentan

muchas similitudes respecto a las secuelas que provocan en la salud mental de las víctimas; por tanto, las estrategias de tratamiento pueden ser las mismas.

Secuelas de la violencia sexual³⁶

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) parece ser la secuela más claramente identificable y abordada en los diferentes estudios sobre la violencia sexual; es el conjunto de síntomas que se presentan como respuesta al haber estado expuesto a sucesos altamente estresantes donde la persona ha sentido que peligraba su vida o la de alguien más. Actos como violencia sexual o física, secuestros o asaltos, abuso sexual en la infancia, ser testigo de muertes o lesiones graves a más gente, entre otras, son sucesos estresantes que el DSM-IV menciona como posibles de producir TEPT (MEDINA-MORA et al., 2005).

Echeburúa y Guerricaechevarría (2000), Young (1992) y Batres (2010) coinciden en que el TEPT es una de las secuelas más comunes que tienen las mujeres víctimas de violencia sexual. Se ha documentado que existe una relación entre la severidad del TEPT y la gravedad de la violencia recibida. Dicho trastorno es mayor cuanto más fuerza usó el agresor (si usó además violencia física), la gravedad del abuso (por ejemplo si hubo penetración), la cantidad de veces que se repitió, la exposición a otros eventos traumáticos antes o después del abuso sexual (Dallos et al., 2008). Las mujeres que han vivido violencia sexual tienen dificultades para verbalizar la experiencia, para confiar en otras personas y su posibilidad de establecer vínculos se ve afectada; todas estas consecuencias dificultan que las mujeres se acerquen a espacios psicoterapéuticos, ya sea individuales o en grupo (Koch, 2008; Young, 1992; Deveraux, 2008; Lynn, 2001; Gordon-Giles y Zidan, 2009).

Las secuelas suelen persistir a lo largo de la vida de las víctimas, que con frecuencia pueden experimentar «temor, odio, vergüenza, desvalorización, culpa, asco, tristeza, desconfianza, aislamiento, marginación social y ansiedad» (Dallos et al., 2008, p. 58). Entre las secuelas más documentadas se encuentran mayor propensión al uso de drogas, prostitución, promiscuidad, relaciones de pareja destructivas o violentas, intentos de suicidio, uso de laxantes y pastillas para bajar de peso, lastimarse físicamente (cortarse, quemarse o accidentarse), insomnio y otras alteraciones del sueño, problemas sexuales (insatisfacción, infecciones) (Gidycz,

³⁶ La población objetivo de este trabajo son mujeres víctimas de violencia sexual; por lo tanto, en el futuro se les referirá como mujeres víctimas o mujeres sobrevivientes. Aun cuando de lo que se habla podría también incluir a población masculina, este trabajo se acota por no incluir información sobre las diferencias en las secuelas o especificidades en el tratamiento.

Orchowski, King y Rich, 2008; Koch, 2008); trastornos de ansiedad, depresión, desórdenes alimenticios, trastorno de estrés postraumático, trastornos del sueño e intento de suicidio (Chen et al., 2010); distorsiones en la percepción, trastornos emocionales, trastornos de la conducta, baja autoestima, sentimientos de culpa y vergüenza, desconfianza profunda, miedo a la pérdida de control, incapacidad para establecer límites, relaciones conflictivas, sentimientos de aislamiento, problemas psicosomáticos (Koch, 2008).

Si la violencia ocurre a edades tempranas, se le asocia con fuga del hogar, fracaso escolar, sentimientos de hostilidad, insatisfacción sexual y embarazos no deseados (Ramos et al., 2001).

Las huellas corporizadas de la violencia sexual

Todo lo que se pueda nombrar como consecuencia o secuela de la violencia sexual ocurre en el cuerpo. El cuerpo es el lugar donde ocurre el daño y es donde se almacenan recuerdos conscientes o inconscientes, memorias corporales, bloqueos energéticos. Algo que vino de fuera interrumpe el cuerpo y con ello muchos procesos diferentes que dañan la salud de quien vive violencia sexual (Young, 1997; Lynn, 2001; Gordon-Giles y Zidan, 2009).

Existe un consenso más o menos establecido respecto a que la violencia sexual genera un trauma (Young, 1992). Una experiencia traumática es aquella que no puede ser asimilada, está fuera del rango de lo que la mente puede procesar, genera incoherencia y discontinuidad personal. El orden del organismo se altera, modifica o rompe (*Idem*). Las personas que han vivido un trauma experimentan dificultades para encontrar nuevamente la integración de lo que se ha roto al no poder asimilar orgánicamente la experiencia (Koch y Fischman, 2011).

El trauma destruye y confronta supuestos básicos que permiten la continuidad en la vida de las personas: sentirse invulnerable, sentirse buena persona y digna, sentirse merecedora de cosas buenas y la certeza de que el mundo tiene sentido de orden y justicia. Después de una experiencia de violencia sexual es común que las personas reporten sentirse inseguras o en alerta permanente, sensación interna de suciedad e inadecuación, sensación de tener algo malo intrínsecamente y la idea de que el mundo no es justo, la gente no es buena y no se puede confiar (Young, 1992). La violencia sexual es también una forma de tortura, ambas ocurren en el cuerpo y sus secuelas pueden ser similares. El TEPT es un diagnóstico común para los sobrevivientes de tortura y de violencia sexual, pero nunca podrá ser lo bastante amplio para explicar los diversos niveles de afectación (Young, 1992 y Lynn, 2001).

La violencia se «vuelve corpórea³⁷», se convierte en parte de la víctima y en contra de ella. El cuerpo se puede percibir como «enemigo» de quien intenta olvidar lo ocurrido (Lynn, 2001 y Young, 1992). Koch menciona que las mujeres maltratadas a menudo tienen una relación negativa con su cuerpo que perciben como sucio y repugnante, pues mantiene inscrita la memoria de lo ocurrido y les regresa al trauma vivido.

La separación y rechazo del cuerpo trae consigo una autoimagen corporal distorsionada o confusa (Koch, 2008). La identidad personal es un conjunto de sensaciones e ideas, conformadas por las experiencias internas y por la imagen que devuelve el exterior; todo ello en un proceso continuo. En una experiencia traumática como la violencia sexual, la construcción de una identidad sana se ve interrumpida; ya sea porque no hay percepción corporal o bien porque esta percepción está distorsionada por ideas negativas y de rechazo al cuerpo (Batres, 1998).

La disociación, vista como la separación entre la mente y las sensaciones corporales, es un ajuste creativo que hace el organismo para poder sobrevivir a una experiencia que no se puede asimilar; es la condición *sine qua non* en las sobrevivientes de violencia sexual implica una separación entre lo que habita en la cabeza (es decir, las ideas y pensamientos) de lo que ocurre en el cuerpo (sensaciones y sentimientos). Los conceptos «adentro» o «afuera», «mío» o «ajeno» se distorsionan. Lo propio se convierte solamente en lo que ocurre en el plano mental y el cuerpo se convierte en ajeno, en lo otro (Young, 1992).

Para Koch (2008), la disociación es un mecanismo común de defensa y de supervivencia. Las personas que viven violencia sexual pueden tener la sensación de parálisis, como si pudieran observarse a sí mismas desde fuera, siendo testigos del ataque y no quien lo vive. Adormecen sus sensaciones corporales o bien segmentan el cuerpo adormeciendo algunas zonas que son más relacionadas con el abuso recibido (Ibidem). El adormecimiento de las sensaciones corporales dificulta también la identificación de sentimientos. Dado que los sentimientos son percibidos a través de sensaciones, al tenerlas adormecidas es lógico que resulte más complejo distinguir con claridad los sentimientos.

Los límites sanos mantienen en equilibrio el encuentro con lo otro a través de acercamientos y alejamientos; esto debe ocurrir en un proceso fluido y flexible. Sin embargo, en una experiencia traumática como la tortura o la violencia sexual, los límites se rompen, se dificulta establecer una distancia sana con el entorno y se presentan conductas de aislamiento o fusión (Lynn, 2001). La violencia sexual implica un asalto a la voluntad y un atropello de las necesidades de las víctimas, lo

37 En el más literal sentido de la palabra. Se vuelve corporal.

que afecta la habilidad para identificar las necesidades personales. Para las víctimas con frecuencia sus necesidades son pasadas por alto anteponiendo las de los otros (Koch, 2008). Definir los límites y necesidades es una tarea compleja para las sobrevivientes de la violencia sexual (Young, 1992). «Las víctimas no existen como seres separados, ya que son consideradas como propiedades sujetas a toda clase de violaciones» (Batres, 1998, p. 11).

Si el cuerpo está dormido o bloqueado (totalmente o algunas partes) no es posible o cuando menos es difícil identificar las señales que el cuerpo tiene en su interacción con el entorno. La posibilidad de discriminar qué es bueno y qué no, qué se necesita y qué no, quién es confiable y quién no, también se dificulta. La violencia sexual obstaculiza la confianza. La intimidad, el compañerismo y la comunidad pueden experimentarse como una amenaza (Lynn, 2001). Batres (2010, p. 6) habla de las secuelas del abuso sexual en el área de la sexualidad y enumera las siguientes: «Miedo a hacer el amor, no poder sentir, disociación, rechazo del propio cuerpo, rechazo de la sexualidad, conductas sexuales compulsivas, actividad sexual precoz, comportamientos sexuales agresivos, promiscuidad, prostitución, fobia a la intimidad sexual».

Abordaje de la violencia sexual en espacios psicoterapéuticos

La psicoterapia ofrece la oportunidad de dar un nuevo significado a las experiencias, contribuye con la identificación, movilización y expresión de los bloqueos que impedían el flujo normal vital del organismo (Koch y Fischman, 2011). Para poder construir un espacio confiable y seguro para las víctimas de violencia sexual en espacios terapéuticos, es indispensable que las terapeutas sean flexibles respecto a su rol. El trabajo en la construcción de una relación confiable y auténtica resulta entonces esencial; para ello la terapeuta debe tener muy afinadas sus herramientas de empatía, aceptación y respeto, acompañamiento amoroso y cálido. Es necesario hacer notar que para muchas personas sobrevivientes de violencia sexual la relación terapéutica es probablemente uno de los pocos intentos de confiar en otra persona. «Sólo con humildad y franqueza es posible enfrentarse al manantial de sentimientos que fluye de todo ser humano» (Lowen, 1985, p. 13).

A través de la DMT y la psicoterapia corporal se puede ayudar a focalizar la atención. Ello disminuye la disociación producto de la violencia sexual y permite regresar la atención al cuerpo desde un lugar no amenazante. La consciencia corporal puede mostrarse y aprenderse en espacios terapéuticos y con ello incrementar la salud (Kierr, 2011; Joly, 2008 y Piontek, 1996). Al favorecer el reconocimiento de estados internos, se facilita la identificación de emociones; al aumentar el reco-

nocimiento de las emociones también se favorece el establecimiento de empatía con otras personas, se mejora la capacidad para entablar relaciones y de resolver conflictos. Aprender a identificar las propias emociones a través de la consciencia corporal contribuye con diferentes habilidades: facilita el reconocimiento del origen o la fuente de la emoción; permite diferenciar entre el aceptar una emoción y actuarla. Por lo tanto contribuye con un mejor control de la expresión de emociones (Gordon-Giles y Zidan, 2009).

Dado que la violencia sexual como experiencia quedó almacenada de forma traumática en el cuerpo, la movilización y expresión de lo que quedó bloqueado corporalmente resulta de fundamental importancia. El trauma configura corazas en el cuerpo a través de las cuales es posible soportar la experiencia, pero las huellas que deja suelen durar muchos años o incluso toda la vida (Panhofer, 2012). La movilización y reconfiguración de las corazas corporales puede realizarse a través de ejercicios de bioenergética o DMT, que han demostrado ser de gran eficacia en el trabajo con víctimas de violencia sexual. El trabajo a través del cuerpo les «[...] permite, de manera progresiva, volver a habitar sus cuerpos e integrar las memorias dolorosas de su pasado» (Panhofer, 2012, p. 98). La catarsis favorece liberación de sentimientos no expresados y ello es una parte medular en la resolución del trauma (Gordon-Giles y Zidan, 2009).

La psicoterapia corporal integrativa y la DMT aportan mucho en la recuperación de personas que han vivido violencia sexual. Los diversos ejercicios que ayudan a aumentar la consciencia corporal constituyen un valioso puente de regreso al cuerpo. El trabajo con esta población no debería conformarse con la mera expresión catártica de la experiencia, sino a una reconfiguración de la misma a través de la toma de consciencia, escucha y aprendizaje de la sabiduría corporal almacenada. La DMT y las psicoterapias corporales favorecen un «diálogo entre el consciente y el inconsciente, requiriendo atención, escucha y respuesta para conectar con las imágenes somáticas a través de las varias modalidades sensoriales» (Panhofer, 2012, p. 98). El material simbólico que emerge con el movimiento se convierte en un puente de regreso al cuerpo, permite el autoconocimiento y aumenta la consciencia corporal, procesos fundamentales para quienes habitar se convirtió en una experiencia insoportable. Regresar al cuerpo es posible desde una forma cálida, amorosa y placentera.

References/ referencias bibliográficas

- Batres, G. (1998). *Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. Manual para terapeutas* (2a ed.). San Jose, Costa Rica: Editorial Eidos.
- Batres, G. (2010). *Las secuelas del abuso sexual en el área de la sexualidad*. [En línea] URL: <http://www.giocondabatres.com/modules/news/article.php?storyid=12> [Recuperado 10 octubre 2011]
- Chen, L., Murad, H., Paras, M., Colbenson, K., Sattler, A., Goranson, E., Elamin, M., Seime, R., Shinozaki, G., Prokop, L. & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85 (7), 618-629.
- Dallos, M., Pinzón, A., Barrera, C., Mujica, J. & Meneses, Y. (2008). Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas en Bucaramanga, Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37 (1), 56-65.
- Devereaux, C. (2008). Untying the knots: Dance/Movement Therapy with a Family Exposed to Domestic Violence. *American Journal of Dance Therapy*, 30 (2), 58-70.
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso Sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. España: Ariel.
- Gidycz, C., Orchowski, L., King, C. & Rich, C. (2008). Sexual Victimization and Health-Risk Behaviors : A Prospective Analysis of College Women. *Journal Interpers Violence*, 23 (6), 744-763.
- Gordon – Gill, N. & Zidan, W. (2009). Assessing the Beyond Words Educational Model for Empowering Women, Decreasing Prejudice and Enhancing Empathy. *American Journal Dance Therapy*, 31 (1), 20-52.
- Joly, Y. (2008). *Educación somática: reflexiones sobre la práctica de la conciencia del cuerpo en movimiento* (1a ed.). Ciudad de México, México: Plaza y Valdés.
- Kierr, S. (2011). Is Dance/Movement Therapy Relevant to the Process of Achieving a Healthy Sexuality? *American Journal of Dance Therapy*, 33 (1), 42-56.
- Koch, S. (2008). Dance/Movement Therapy with Clergy in Crisis: A (Group) Case Study. *American Journal of Dance Therapy*, 30 (2), 71-83.
- Koch, S., & Fischman, D. (2011). Embodied Enactive Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 33 (1), 57-72.
- Lowen, A. (1985). *El lenguaje del cuerpo. Dinámica física de la estructura del carácter*. (5a ed.). Barcelona, España: Herder.
- Lynn, A. (2001). The Body Remembers: Dance/Movement Therapy with an Adult Survivor of Torture. *American Journal of Dance Therapy*, 23 (1), 29-43.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J. & Fleiz, C. (2005).

- Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47 (1), 8-22.
- Organización Mundial de la Salud. (Noviembre de 2012). Centro de Prensa. [En línea] URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/> [Recuperado 1 de junio de 2013]
- ONU MUJERES. (22 de Noviembre de 2011). *Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres*. [En línea] URL: <http://www.unwomen.org/es/2011/11/un-women-executive-director-michelle-bachelet-unveils-comprehensive-policy-agenda-to-end-violence-against-women/> [Recuperado 10 de mayo 2012]
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C., Washington, Estados Unidos de Norteamérica.
- Panhofer, H. (2012). La sabiduría y la memoria del cuerpo. En C Giménez (Ed). *La investigación en danza en España 2012*. Valencia: Mahali Ediciones.
- Piontek, M. (2004). *El tao de la mujer. Trabajo energético - autocuración - sexualidad* (3a ed.). Barcelona, España: Ediciones Luciérnaga.
- Ramos, L., Saltijeral, M., Romero, M., Caballero, M., & Martínez, N. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud pública de México*, 43 (3), 182-191.
- Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona* (17a ed.). (L. Wainberg, Trad.) Barcelona, Catalunya, España: Paidós.
- Tortora, S. (2011). The Need to Be Seen: From Winnicott to the Mirror Neuron System, Dance/Movement Therapy Comes of Age. *American Journal of Dance Therapy*, 33 (1), 4-17.
- Vega, A. (2010). La responsabilidad de la televisión mexicana en la erradicación de la violencia de género contra las mujeres y las niñas: apuntes de una investigación diagnóstica. (U. d. Guadalajara, Ed.) *Comunicación y sociedad* (13), 43-68.
- Young, L. (1992). Sexual abuse and the problem of embodiment. *Child Abuse y Neglect*, 16 (1), 89-100.

Capítulo dieciséis: *Grounding* y regulación del flujo y el peso: aportaciones a la DMT desde los bailes de swing

TERESA BAS

Bailamos para encontrarnos con nosotros mismos y con el otro (Schott Billmann, 2001), para sentirnos presentes y agentes aquí y ahora, en conexión con la comunidad, a través de la música. Tanto en sus pasos individuales como en su vertiente de baile en pareja, el swing permite desarrollar la comunicación con el otro a la vez que desarrollar el autoconocimiento corporal y la expresión individual. Gracias a la música que la acompaña, se trata de una familia de bailes que invita al encuentro social, al buen humor y la espontaneidad de movimiento.

A través de su elemento rítmico base, el rebote (o *bouncing*), el swing trabaja con la respiración y el *grounding*, a los que Lowen (1990) otorga un papel fundamental en un desarrollo psíquico sano. También trabaja con aspectos del desarrollo ligados a la verticalidad y la sagitalidad, así como con una variedad de dinámicas de movimiento (Laban, 1966; Kestenberg Amighi et al., 1999) y ofrece la posibilidad de trabajar con una estructura rítmica y coreográfica que puede ser muy contenedora (Duggan, 1995).

La música

¿Pero qué tendrá el swing que nos coloca una sonrisa en los labios casi automáticamente?, se pregunta mucha gente. La música es alegre, desde luego, pero no es tan sencillo. Es un fenómeno sutil y complejo, difícil de explicar en términos racionales y concretos. Como se diría desde el psicoanálisis relacional (Stern et al., 1998, entre otros), pertenece al terreno de lo implícito en la vivencia humana, aquello que sabemos por experiencia que nos conecta con una determinada sensación, pero que no podemos explicar exactamente en palabras. Sin embargo, podemos tratar de esbozar algunos aspectos implicados en la construcción de esta vivencia.

La música de swing³⁸ fue la primera forma de jazz que surgió a principios del siglo XX y que nació intrínsecamente ligada al baile social. Partiendo de la improvisación de los músicos, los «bailarines» improvisaban a su vez y creaban poco a poco un nuevo baile popular que llamarían Lindy Hop, incorporando también aspectos de los bailes en pareja procedentes de Europa. El espíritu del swing es libre desde su origen en este sentido. En la composición de la música de swing, lo interesante es la combinación entre la percusión y la melodía. Por un lado, está el ritmo base de origen africano que incluye la «síncopa» (un contratiempo cada dos tiempos) que confiere un aire de pequeño salto o rebote constante para las piernas, en conexión con el suelo. Por el otro, se añade la melodía de vientos o piano principalmente, derivada de la música clásica europea, que aporta el elemento de interpretación libre para la parte superior del cuerpo. La base rítmica aporta conexión con el suelo y la melodía nos invita a comunicarnos con el otro y conectar con nuestra imaginación, dando al eje vertical un equilibrio entre las direcciones «arriba y abajo». Todo ello da forma a una música y un movimiento generalmente alegres que fomentan la espontaneidad y el buen humor.



38 Música: existe una inmensa variedad de compositores, músicos y temas de swing entre los que elegir, así que solo se ofrece una pequeña lista siguiendo un criterio personal: Sidney Bechet, Duke Ellington, Count Basie, Ella Fitzgerald, Louie Armstrong, Nina Simone, etc.

Grounding y regulación del flujo y el peso

El rebote que genera la música de forma casi permanente es el elemento principal de los bailes de swing. Trabajar con las articulaciones de las piernas sueltas, libres para flexionarse en mayor o menor grado, dejando que el peso del torso viaje ligeramente hacia adelante, es la actitud corporal de la que parten casi todos los pasos de swing. Dado que se encuentra presente en la mayoría de los pasos, el *bouncing* (como se denomina popularmente) constituye una especie de «fuelle» que permite respirar el movimiento y graduar la energía requerida. Algunos bailarines actuales como Skye Humphries y Frida Segerdahl (de los que se pueden encontrar muchas filmaciones en Internet) hablan del «pulso» del movimiento para referirse a él, dándole una importancia central para sentir la energía firme y fluida y seguir los matices del ritmo de la música.

En un sentido terapéutico, el rebote permite trabajar el *grounding* (el enraizamiento) del que nos habla la bioenergética (Lowen, 1990), así como la regulación de las dinámicas de flujo y peso (Laban, 1966; Kestenberg Amighi et al., 1999). El rebote obliga a tener las rodillas dobladas y a dejar que caiga el peso del cuerpo hacia el suelo, soltando la tensión de las piernas en diferentes grados, sin llegar a caer al suelo. Contribuye así a sentir las propias piernas y los pies más apoyados en el suelo, reforzando el enraizamiento, y según Lowen (1982, 1990), la medida en que una persona tiene los pies bien apoyados en la tierra y está enraizada habla de su conexión con la realidad, de su capacidad de reconocer quién es y dónde está situado. Sentir el apoyo del suelo y el contacto con la realidad también aporta un sentido de seguridad en uno mismo (Lowen, 1990).

Aunque no está descrito específicamente entre los ritmos del flujo de tensión del *Kestenberg Movement Profile* (Kestenberg Amighi et al., 1999), si observamos sus componentes, es un tipo de movimiento con un componente de flujo «animado», con ritmo bastante intenso y de corta duración, en la línea de los ritmos de «salto» (Kestenberg Amighi et al., 1999, p.49). El flujo en las piernas es principalmente libre, pero hay que poder graduarlo en distintos matices entre el polo más libre y el más contenido, sin llegar nunca al bloqueo, para permitir el movimiento de rebote. El componente «animado» del flujo de tensión, que permite regular un amplio espectro de movimiento entre altos y bajos niveles de flujo libre y contenido, refleja «la naturaleza elástica de los tejidos vivos», añaden Kestenberg Amighi et al. (1999, p. 25). El swing trabaja plenamente con la elasticidad y vitalidad de los tejidos.

Como vemos, distintos pasos básicos del swing ponen en juego las dinámicas de flujo y peso y ejercitan su regulación según el ritmo de la música a seguir. Recordemos que, según las correlaciones que establecen Bartenieff y Lewis (1980;

Panhofer y Rodríguez Cigaran, 2005), las dinámicas de flujo y peso corresponden a los siguientes aspectos psicológicos:

- Flujo: referido al nivel de tensión del movimiento, se relaciona con las emociones, la respiración y el control de estas.
- Peso: referido al grado de uso de fuerza o energía en el movimiento, psicológicamente se corresponde con las sensaciones, el sentido de fisicalidad y de *self*, y las intenciones.

Al invitar a rebotar, respirar el movimiento, soltar las articulaciones y dejarse llevar por la música, se trabaja poco a poco con la regulación de un flujo algo más libre, y por tanto a poder conectar en alguna medida con las emociones. Al realizar pasos básicos como el Charleston, es necesario saber muy bien dónde está el peso, cuándo se pone todo el peso en una pierna (involucrando la dinámica de peso firme), a diferencia de cuándo se da una patada en el aire o cuándo solo toca ligeramente el pie en el suelo sin poner el peso. En este sentido, el swing entrena la posibilidad de regular la intención de nuestros movimientos y acercarnos a modular la intensidad de nuestras expresiones.



El rebote o *bouncing* es un elemento básico en el swing.

Además, como hemos visto al hablar de la música, a través del *bouncing*, el swing trabaja con el eje vertical y proporciona un equilibrio entre la dirección hacia arriba y hacia abajo. En sus distintas formas de abordar la conciencia corporal, la danza contemporánea propone a menudo la imagen de que los pies caen hacia el suelo y la cabeza «cae» hacia el cielo, para encontrar un eje central y un equilibrio sin esfuerzos innecesarios. Rebotar en la vertical, siempre que se deje caer el peso del cuerpo ligeramente hacia los metatarsos, abre la posibilidad de trabajar con el propio centro y sentirse muy presente. En efecto, el movimiento en el eje vertical corresponde al gesto de autoafirmación del «Yo», la posibilidad de sentir «aquí estoy» y conectar con la vitalidad y la alegría (Laban 1996, 1987; Bartenieff y Lewis, 1980; Koch et al., 2007 y King, 2010). Pensemos en los niños cuando gritan «yo, yo!», al querer ser los primeros en responder o ser vistos en determinada situación, mientras van estirándose y tomando impulso en el eje vertical. En este sentido, es un movimiento que reproduce el último paso de la llegada a ponerse de pie y la preparación para salir a caminar, como en un niño de un año aproximadamente, y da una oportunidad para la reconstrucción de un «Yo» más sentido y enraizado. En estudio de Koch et al. (2007), una danza de pasos saltados a un ritmo acelerado, que denominan «Joy dance» (Danza de la alegría), se utiliza en sesiones de DMT con pacientes psiquiátricos con depresión para compensar la falta de movimientos verticales que muestran en su repertorio este tipo de pacientes.

Aunque habría muchos más aspectos del desarrollo del movimiento que podríamos analizar en los bailes de swing, solo añadir finalmente que este baile también ejercita la conciencia del espacio y las direcciones, la coordinación y la comunicación con el otro, tanto en los pasos individuales como en pareja.

Integrar el swing en sesión

Hay que decir que la combinación de componentes de movimiento que hemos descrito requiere bastante experiencia y un buen dominio del propio cuerpo. Se trata de movimientos elaborados que muchos pacientes no pueden llegar a realizar «bien», ni fácilmente, ni durante muchos minutos. Hay que tener en cuenta que permitir que el flujo sea más bien libre; aunque solo sea en las articulaciones de las piernas y el tronco, requiere una conciencia corporal y forma física que no está desarrollada en muchos pacientes. El mero hecho de conseguir soltar un poco las rodillas, dejar el peso del torso inclinarse levemente hacia adelante y rebotar al ritmo de la música, ya puede ser un reto para una persona muy ansiosa o con problemas psicóticos. Sin embargo no es en un sentido estético ni de «buena ejecución» que se propone introducirlos en procesos de Danza Movimiento Tera-

pia (DMT) si no para promover la creatividad, el contacto social y el desarrollo de distintas dinámicas de movimiento, siempre teniendo en cuenta el contexto de la relación terapéutica. En este sentido, hay que agudizar la sensibilidad como terapeuta para introducir el swing en DMT y no pretender, por ejemplo, que el paciente se «suelte» a rebotar sin más ni aprenda muchos pasos.

Existe cierta controversia dentro de la DMT acerca de si partir de formas de baile convencionales o crear coreografías puede formar parte de una sesión de DMT. En este caso partimos de la posición apoyada por diversos estudios (Duggan, 1995; Koch et al., 2007; King, 2010; entre otros) que refuerzan la idea de que crear coreografías o trabajar con pasos predeterminados de bailes sociales y tradicionales aporta estructura y contención a los procesos de DMT en contextos educativos o psiquiátricos, por ejemplo. También podemos considerar que el tono alegre de la música puede constituir un contexto seguro en el que aflojarse a un flujo más libre no sea vivido de forma muy angustiante. La estructura rítmica repetitiva puede constituir un marco muy contenedor y ser útil en el trabajo con adolescentes, personas mayores o psicóticos. Permite desarrollar un sentido de pertenencia al grupo, a la vez que la melodía deja espacio para el grado de improvisación individual (Duggan, 1995). Esta misma autora explica muy bien cómo, a partir de una estructura sencilla de tres pasos a un lado con un «toque» de la punta del pie en el «4», un grupo de adolescentes con retraso mental pudo crear coreografías sencillas y desarrollar aspectos motrices, emocionales y sociales a través de estas. Se pueden desarrollar propuestas similares partiendo de pasos básicos de swing, individuales o en pareja, con distintas poblaciones.

Hay que notar que, a menos de que surja espontáneamente por parte de los pacientes, las propuestas en pareja serán tal vez las más delicadas de introducir, según el grado de relación y contacto físico al que esté acostumbrado cada persona. En su trabajo con personas con psicosis, Verbaeke (1997) destaca la importancia de dedicar varias sesiones al trabajo de conciencia corporal individual antes de proponer interacciones en pareja o trabajo coreográfico. Es importante tener en cuenta las reacciones de los pacientes cuando ponemos la música y proponemos algún movimiento, como lo haríamos con cualquier propuesta. También hay que tener en cuenta el cansancio físico de los pacientes, dado que el swing es un baile generalmente aeróbico y energético.

El swing se puede utilizar de muchas maneras y con casi todas las poblaciones. Al incluir ritmos de «salto» (Kestenberg Amighi et al., 1999), es especialmente indicado en pacientes deprimidos, ya que se ha encontrado evidencia de que este tipo de bailes contribuyen a la mejora de la depresión y a sentir mayor vitalidad y afectos positivos (Koch et al., 2007). Puede ser útil como calentamiento, para abrir el proceso de improvisación, pasar el liderazgo en el contexto grupal o crear peque-

ñas coreografías. Dadas sus características, es especialmente indicado en el trabajo con niños y adolescentes, discapacitados o no. Tomando pasos muy sencillos o trabajando solo con la posibilidad de seguir el ritmo y rebotar, puede ser indicado en procesos grupales de DMT con personas que sufren trastornos psicóticos, siempre que no se encuentren en fase aguda. También puede utilizarse con la población de la tercera edad, dado que históricamente es música que algunos conocen y puede ayudar a evocar recuerdos de su época de juventud.

En síntesis

Tal como apoyan los estudios de Koch et al. (2007) y King (2010), empleados en círculo en el calentamiento, como forma de dar paso al proceso libre, o para crear una coreografía grupal sencilla, y siempre teniendo en cuenta las dificultades con las que se encuentra cada paciente al tratar de «bailar», algunos pasos básicos del swing pueden ser muy útiles en la DMT con distintas poblaciones. Como ya se ha comentado, el swing invita a un estado de ánimo alegre y en este sentido es importante contextualizar su uso en sesión porque la DMT no trata simplemente de provocar el buen humor en pacientes, especialmente en pacientes psicóticos o con fuertes bloqueos emocionales, para quienes, como hemos visto, las dinámicas de movimiento implicadas pueden provocar mayor defensividad. También es posible utilizar la música de swing para el desarrollo de alguna parte de la sesión (calentamiento, pasaje de liderazgo en círculo, etc.), como lo haríamos con cualquier otra música, sin partir de ningún paso determinado si no de los gestos de los pacientes y jugar simplemente con algún aspecto de la música (el ritmo, los acentos, seguir un instrumento en particular).

Por supuesto no se agotan aquí las posibilidades del trabajo con el swing en la DMT. ¡La creatividad de cada dmt será la que haga crecer su potencial terapéutico! En cualquier caso, desde la perspectiva de esta autora sobre la DMT, el swing se propone solamente como una herramienta dentro de la relación psicoterapéutica. La empatía kinestésica, el proceso verbal y en movimiento, la presencia terapéutica y las dinámicas transferenciales siguen siendo los componentes esenciales de la DMT.

References/ referencias bibliográficas

- Bartenieff, I. & Lewis, D. (1980). *Body Movement. Coping with the Environment*. New York: Gordon and Breach.
- Duggan, D. (1995). The “4’s”: a dance therapy program for learning-disabled adolescents. In F. Levy (Ed.), *Dance and other expressive Art therapies. When words are not enough*. New York and London: Routledge.
- Kestenberg Amighi, J., Loman, S., Lewis, P. & Sossin, M. (1999). *The meaning of movement. Developmental and clinical perspectives of the Kestenberg Movement Profile*. New York and Oxon: Brunner-Routledge.
- King, E. (2010). *A circle dance in a psychiatric setting*. Unpublished MA Dissertation, Univesitat Autònoma de Barcelona: Barcelona.
- Koch, S.C., Morlinghaus, K. & Fuchs, T. (2007). The joy dance. Special effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 340-349.
- Laban, R. (1966). *The language of movement: A guidebook to choreutics*. Boston: Plays, Inc.
- Laban, R. (1987). *El dominio del movimiento*. Madrid: Fundamentos.
- Lowen, A. (1982). *La depresión y el cuerpo*. Madrid: Alianza editorial, Psicología.
- Lowen, A. (1990). *The spirituality of the body*. New York: Bioenergetics Press.
- Panhofer, H. & Rodríguez Cigaran, S. (2005). La Danza Movimiento Terapia: una nueva profesión se introduce en España. En H. Panhofer, (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Schott Billmann, F. (2001). *Le besoin de danser*. Paris: Editions Odile Jacob.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschweilerstern, N. & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the “Something more” than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903-921.
- Vervaeke, M. (1997). Dance-movement therapy with young psychotic patients. In A. Vermeer, R. J. Bosscher & G. D. Broadhead (Eds.), *Movement therapy across the lifespan*. Amsterdam: VU University Press.

ANEXO I

Estadísticas

NÚRIA LLEONART

Este apartado pretende ofrecer una visión simplificada de varios inputs básicos del máster y postgrado, y también de las jornadas.

1. Máster y postgrado en DMT

A lo largo de estos 10 años de vida del máster y postgrado en DMT han ingresado en nuestras aulas 316 alumnos, distribuidos en las distintas ediciones de la siguiente forma:

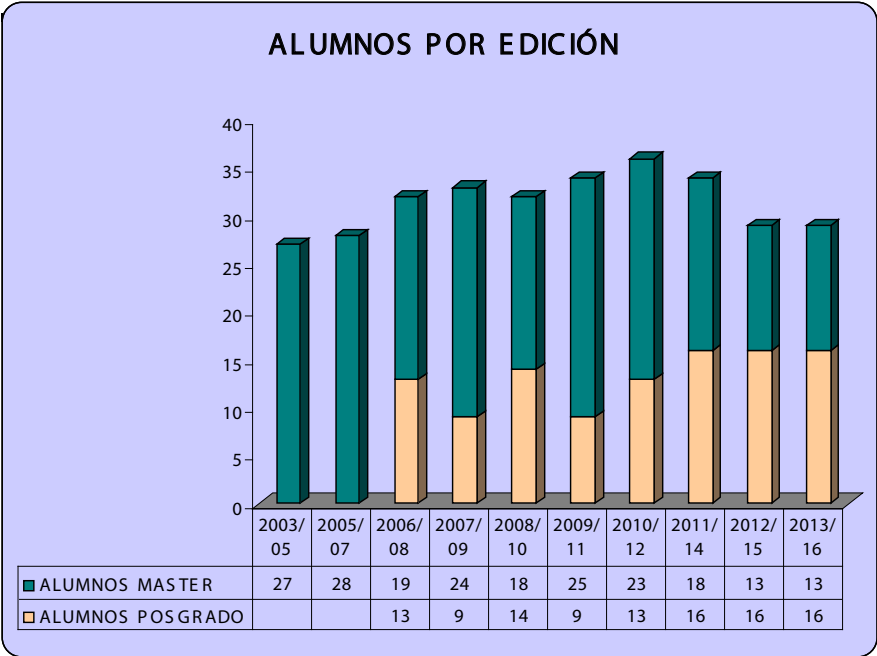


Tabla I

La presencia de alumnos con respecto a alumnas del máster/postgrado también es significativa. De los 313 alumnos que se han matriculado en nuestros estudios solo 11 han sido del sexo masculino.



Tabla II

La media de edad de nuestros alumnos está situada en 31 años, en que la persona más joven tiene 22 años y la persona mayor, 55.

Respecto a la procedencia académica, existe una gran heterogeneidad en el origen de nuestros estudiantes a lo largo de todas las ediciones. Aunque destaca un mayor número procedente de formación académica en Psicología y Danza.

Respecto a la procedencia física, nuestros estudios han tenido siempre un carácter internacional con alumnos de dentro y fuera de la UE. Dentro de España destaca un mayor número de alumnos provenientes de Cataluña, País Vasco, Valencia y Madrid.

En cuanto a procedencia internacional, destacan el número de alumnos provenientes de países como México, Chile y Argentina.

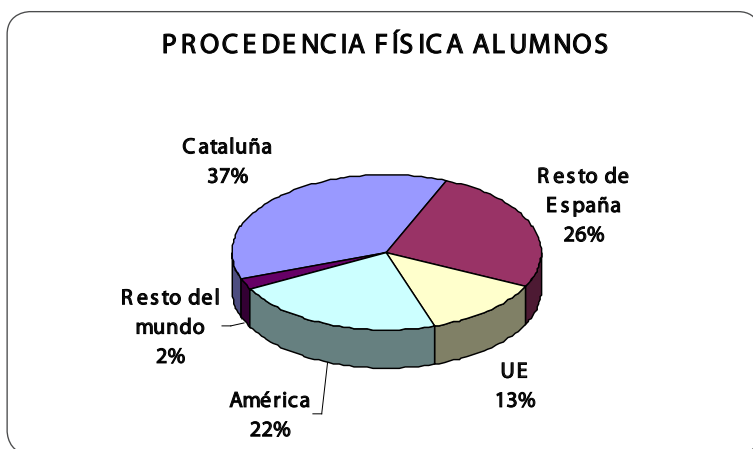


Tabla III

2. Jornadas del 10º aniversario del máster en DMT

En julio de 2013 se han organizado las Jornadas en DMT con motivo del décimo aniversario del máster. Las jornadas han sido un éxito de participación, con 126 personas inscritas que, junto a la organización, fueron más de 150 disfrutando de este evento tan especial.

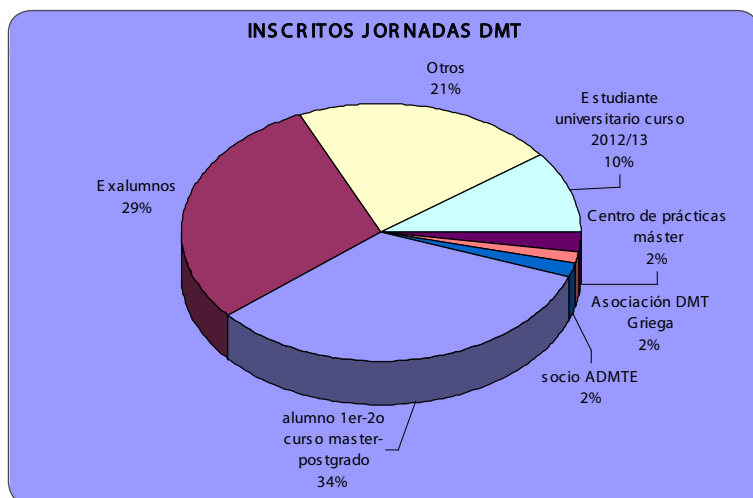


Tabla IV ex alumnos 1º-2º curso del máster



Prólogo · Jessica Jaques · **Introducción** · Heidrun Panhofer · **Ponencias** · Dianne Dulicai · Thomas Fuchs · **Master Class** · Vincenzo Puxeddu · Iris Bräuninger · Brigitte Züger · Diana Fischman · Sue Curtis · **Comunicaciones** · Gloria García · Eduard Martín · Annebijn Jansen · Isabelle Marín · Alba Alvarez · Maria Laura Vilareal · Maika Campo · **Pósteres** · Ella King · Teresa Bas · Edwige Charrier · **Talleres** · Susana García · Teresa Bas · **Estadísticas** · Núria Lleonart