

EL ENFERMO, LA ENFERMEDAD Y EL CUERPO.

UNA VISIÓN A TRAVÉS DEL PSICODRAMA INTERNO*

Recibo un paciente encaminado por un cardiólogo. Es un hombre de 51 años, realizado económicamente, casado y con dos hijos adultos. Presenta una deficiencia coronaria con indicación quirúrgica urgente. Además de los dolores precordiales que se manifiestan ante el esfuerzo relativo, presenta también una reacción psicológica “exagerada”, según su médico clínico. Al recibir la orientación quirúrgica se deprimió, comenzó a tener crisis frecuentes de llanto y tomó una actitud pesimista con relación a los resultados del tratamiento. Fue encaminado con el objetivo de mejorar sus condiciones psicológicas para la operación. Elegí la segunda sesión, entre tres realizadas en una semana y relatada aquí sintéticamente, por revelar de modo significativo el contenido de la propuesta de este trabajo.

Se inicia el trabajo con el paciente acostado. Le pido que se acomode, cierre los ojos y no se mueva hasta el final del trabajo (para mejores explicaciones sobre el procedimiento técnico consultar mi trabajo “Psicodrama Interno”¹).

Le sugiero que presente atención a las sensaciones corporales y que relegue a un segundo plano eventuales pensamientos. Relato a continuación los principales momentos del psicodrama interno, presentándolo aquí de una manera esquemática:

- a) La sensación inicial y predominante en el cuerpo es la de un suave peso en el pecho (región precordial).
- b) Le pido que se concentre en esta región: delimita entonces la sensación como la forma de un huevo de aproximadamente 20 por 30 cm.
- c) Sugiero que “vea” el color del huevo: es gris.
- d) Concentrando su atención en el huevo gris dice que éste se transforma en una piedra gris.

* Trabajo presentado en el 2º Congreso Internacional sobre el Cuerpo. Río de Janeiro, 13-17 de mayo de 1987 y en el Congreso Aniversario. 25 Años del Psicodrama en Argentina, Buenos Aires, agosto de 1988

¹ Fonseca J. “Psicodrama interno”. Trabajo presentado en el II Congreso Brasileño de Psicodrama, Río Grande do Sul, 1980.

- e) La piedra va creciendo. Le pido que mire la escena desde afuera (técnica del espejo). Se ve a sí mismo con la piedra en el pecho. La técnica del espejo permite mantener una distancia necesaria y protectora para la escena siguiente.
- f) La piedra crece desmedidamente y ese R Que está en la escena estalla como si fuera un muñeco de goma inflado. El Sr. R que está viendo todo se emociona y ese otro le da pena.
- g) En ese momento se marea y señala una sensación de viento soplando contra él.
- h) Atento al viento, se ve a sí mismo caminando por una calle de mucho movimiento, una calle peatonal, la rua Direita, en el centro de San Pablo. Está vestido como en la década del 40. Usa traje y sombrero y está muy flaco (en la década del 40, R era un niño pero en esta escena se ve adulto).
- i) Con el foco de atención en la sensación de caminar se transporta para un desierto. Está totalmente solo, andando. Usa un sombrero “ramenzoni” de alas anchas. Subraya la desagradable sensación de soledad. Le pido que observe esta sensación que es el puente para la imagen de la próxima escena.
- j) Se ve niño, aparentemente a los cinco años de edad. Está solo, caminando. Cae la noche, hace frío. Está en una ciudad del interior. Se ha perdido, no logra encontrar su casa. Tiene miedo y llora desesperadamente. Se perdió cuando iba con su hermano a un parque de diversiones. Desea ansiosamente encontrar a su madre y su casa. Se refiere a esto como siendo un “intenso sufrimiento”.
- k) Le pido entonces que mire al niño (técnica del espejo) y que presencie el desarrollo de la escena como si estuviera en un sueño. Pido también que alterne las posiciones, una vez viendo y otra viviendo la situación.
- l) Está llorando y llamando a su madre. Su cuerpo físico (en la sesión) muestra ligeros temblores y tiene lágrimas en los ojos. Encuentra su casa, entra corriendo por el portón y se arroja a los brazos de su madre que lo recibe cariñosamente.
- m) Siente el calor del abrazo y el perfume de la madre. Se siente pleno y feliz.
- n) Le sugiero que preste atención a su cuerpo en este momento: lo siente hormigueando y relajado. Pido que vea el color de su cuerpo. Después de un breve silencio dice que es

rozado brillante. Le sugiero que acompañe ese color rozado brillante esparciéndose por su cuerpo.

- o) Empiezo la operación de regreso indicándole que cuando todo su cuerpo esté “lleno” de este color rozado brillante vuelva a la habitación y observe la sensación de su cuerpo adulto con el mismo color. Le pido también que mire desde arriba (espejo) su cuerpo “coloreado” y brillante y que “disfrute” lo que está viendo y la sensación.
- p) De a poco va volviendo al estado de conciencia normal, moviéndose y abriendo los ojos. Se siente bien, habla de este bienestar.

Conversamos sobre esas sensaciones y terminamos la sesión. En el encuentro siguiente comentamos el material del trabajo realizado. Me comunica que ya le puso fecha a su operación quirúrgica. Está preocupado, pero tiene confianza. Hace planes para cambiar su ritmo de trabajo y “aprovechar mejor la vida”.

Paso ahora a hacer algunos comentarios y describir reflexiones a partir del caso. Me gustaría recalcar, en primer término, que el revivir el pasado no está solamente relacionado con los procesos transferenciales, sino también con los procesos télicos. Si por un lado el Sr. R mostraba una actitud no apropiada para la realidad de su enfermedad, y en este sentido una reacción transferencial en cuanto a estar repitiendo sin discriminación el pasado deformando la realidad circunstancial, por otro lado fue también a través del pasado, de su historia, que rescató cargas energéticas positivas o télicas en el sentido homeostático, es decir, de reequilibrar la misma reacción. Después del psicodrama interno comienza manifestar una reacción télica al hecho que tanto preocupa de estar enfermo y necesitar someterse a una intervención quirúrgica de importancia.

Siguiendo esta misma línea de pensamiento, se impone la necesidad de ser conscientes del sentido de los conceptos de autotele y autotransferencia de los cuales Moreno habla tan fugazmente. Se trata de un proceso bipolar en el cual oscilamos permanentemente y que se refiere a la real o imaginaria percepción de sí mismo (incluyendo el aspecto corporal). La autoimagen que oscila entre lo télico y lo transferencial en las personas llamadas normales (normóticos) contiene un aspecto corporal externo y uno interno (además del estrictamente psicológico que no abordaré aquí). El aspecto interno se refiere a los órganos internos que no vemos pero que de alguna manera sentimos. Como la salud se describe clásicamente como un

estado de “silencio de los órganos”, la enfermedad sería el “ruido de los órganos”. En el caso del Sr. R., el corazón empieza a “hacer ruido”. Él reacciona inicialmente con autotransferencia. Se siente abandonado, perdido y solo. La realidad es de hecho inquietante debido a la gravedad clínica del caso, pero se torna más grave todavía cuando aparece una reacción autotransferencial. Deposita en el corazón (símbolo del amor) su soledad y su desesperación.

Otra bipolaridad que debe ser discutida es la de “vida-muerte”, que en realidad constituye un único proceso. Se trata de la misma bipolaridad que rige la de “salud-enfermedad”. La estructura intrínseca de ambas es el binomio “relación-separación”, elemento básico desde que llegamos al mundo hasta el momento en que de él partimos. El ser humano oscila entre la gestación (relación) y el parto (separación), el cuidado materno (relación) y el rescindir del mismo (separación), el amor (relación) y el fin del amor, el rechazo (separación). El estado de enfermedad sensibiliza la conciencia de “vida-muerte”, y por lo tanto de “relación-separación”. El Sr. R al temer la muerte y desear la vida se siente el niño perdido y desesperado (separación, enfermedad, muerte) en busca de la madre (relación, salud, vida). Al recargarse de energía de amor (relación, salud, vida) reequilibra el proceso. En este momento podemos hacer una distinción entre el cuerpo físico y el cuerpo simbólico o psicológico. El cuerpo físico del Sr. R estaba enfermo. En términos de medicina era un cardiópata, con lesiones específicas en lugares específicos y se imponía una intervención quirúrgica. El cuerpo simbólico o psicológico contenía no sólo los trastornos de la obstrucción coronaria en sí sino también todo un mundo afectivo correlativo o subyacente que la enfermedad hizo emerger y que estaba latente. Antes de la intervención en el cuerpo físico propiamente dicho tuvimos que intervenir en el cuerpo simbólico o psicológico. Cada célula del organismo contiene una memoria, un recuerdo, con sus polos positivos y negativos. Romper el equilibrio de esos polos significa estar enfermo, incluso cuando esto no corresponda a una enfermedad clásica. Tener una enfermedad en el cuerpo físico significa siempre que el cuerpo simbólico o psicológico se altera, se estremece se sobresalta.

Podemos decir entonces que poseemos un cuerpo físico y un cuerpo simbólico o psicológico. La resultante energética de estos dos cuerpos daría el tercero: el cuerpo energético que envuelve al cuerpo físico y que se manifiesta por su potencial bio-eléctrico-magnético.

Retomando el psicodrama interno podemos decir que éste se comportó como una “intervención quirúrgica psicológica”, y el proceso previo como “anestesia”. Éste consiste en alterar el estado de conciencia del paciente a través del instrumento “atención”. Al colocar el foco de atención en el cuerpo logramos disminuir el flujo de pensamientos. El estado de inmovilidad física economiza energía que puede ser utilizada en el proceso de imágenes visuales internas. Este proceso fue recalado por Freud y, según señala Greenson, es un proceso primitivo y por lo tanto más cercano a los procesos inconscientes que la representación verbal. Cito a continuación algunos fragmentos de dicho autor (Greenson):

Inclusive después de adquirir el habla, el pensamiento de los niños está, básicamente, dominado por representaciones pictóricas [...] Hay estampas más primitivas que derivan de estados corporales y sentimientos infantiles que no pueden ser recordados, pero que pueden dar origen a imágenes y sensaciones mentales en sueños (1982, pp. 425-427).

Agrego: pueden dar origen a imágenes visuales en el psicodrama interno.

Así como el “sueño es, esencialmente, una experiencia visual, la mayoría de los recuerdos adultos de la primera infancia vienen hasta nosotros bajo la forma de escenas o cuadros”. (Greenson, 1982, pp. 425-427). El psicodrama interno es un pariente del sueño que se propone ser una ventana para lo visual que rige el inconsciente o las memorias inconscientes (episódicas).

Citando nuevamente a Greenson (1982) que dice que “el sueño es la más libre de las asociaciones libres”, afirmo que el psicodrama interno, después del sueño es la más libre de las asociaciones libres.

Refiriéndome todavía a esas imágenes internas deseo añadir un comentario al respecto de los colores que frecuentemente aparecen en el psicodrama interno. No me preocupa el significado de los colores que surgen en distintos momentos durante el psicodrama interno. Tampoco sigo ningún código explicativo que correlacione colores con emociones. Me propongo, en todos los casos, ser un facilitador y ampliador de todos los fenómenos de que el paciente toma conciencia durante el procedimiento. En el caso del Sr. R aparecen dos colores, el gris y el rozado brillante, que por sí solos hablan de las bipolaridades anteriormente citadas (enfermad-salud, muerte-vida, separación-relación). Más allá de esto no me atrevo a ir.

Referencias

Fonseca, J. Psicodrama ou neo-psicodrama?. *Psicodrama*, Revista da SOPSP, 4:7-19, 1992.

Fonseca, J. O doente, a doença e o corpo. Visão através do psicodrama interno. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 2(1): 41-48, 1994.

Greenson, R. R. *Investigações em psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

Moreno, J. L. *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México: Fondo de Cultura Económica, 1966.