

# POLYLOGE

## Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

### In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Ausgabe 25/2010

## Reflexiones y conceptos sobre Terapia integradora con medios creativos una psicoterapia artística intermedial\*

(Reflections on and concepts of Integrative Therapy with creative means/media and an intermedial arts psychotherapy)

*Hilarion G. Petzold, Düsseldorf, Amsterdam\*\**

\* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

\*\* In Deutsch erschienen in: *Petzold, H.G.*, 1987c. Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunstpsychotherapie. *Integrative Therapie* 2/3, 104-141, erw. in *Petzold, H.G., Orth, I.* (1990a/2007): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Junfermann, Paderborn. 3. Aufl. Bielefeld: Aisthesis 2007. S. 585-637.

He sido invitado a esta Academia para pronunciar una conferencia sobre “Combinación de medios creativos y los problemas de la integración de medios” y agradezco sinceramente este ofrecimiento. Las preguntas que se plantean a partir del tema propuesto son, ciertamente, de gran importancia para una escuela superior en la que trabajan terapeutas creativos con distintas especializaciones y orientaciones (músicoterapia, terapia a través del drama y de la plástica), sobre todo porque en este lugar las diferentes ramas están separadas claramente y el trabajo *intermedial*, entre artes diversas, recién está comenzando lentamente; esto me parece acertado. El objetivo no puede ser una mezcla indiscriminada de los enfoques, un eclecticismo arbitrario, que proceda de modo pragmático según el principio “¡cuanto más, mejor; algo servirá!” La meta será, más bien, una aplicación diferenciada de las distintas maneras de abordaje terapéutico a través del arte y de los distintos medios de expresión, según la indicación específica. Por eso también me he vuelto más cauto en relación con el concepto “trabajo multimedial” que había empleado ya a comienzos de los años sesenta en el contexto del *teatro multimedia*. Junto a amigos y colegas habíamos creado de manera colectiva textos, escenografías, vestuario, carteles; las obras de teatro se integraron en un acontecimiento multimedial con películas, efectos de luces y collages musicales. Al promediar la década del 60 apliqué el trabajo intermedial, en el tratamiento y motivación de personas ancianas. En 1965 lo describíamos así: “*nous travaillons, orientés sur le client,- activement, avec des méthodes qui stimulent l’expérience par la peinture thérapeutique, la musique, la poésie, l’imagination, le bibliodrame, enfin par des méthodes et des moyens créatifs, et une thérapie créative*”.

Finalmente, a principio de los años 70, con las denominaciones terapia intermedial y “terapia multimedial”, respectivamente, apliqué intensamente el trabajo medial en el tratamiento de drogadependientes, por un lado, con el fin de aportarles una experiencia sustitutiva del efecto de las drogas, por otro, para abrir ante ellos nuevas posibilidades de expresión creativa. Implementamos este enfoque denominado “entrenamiento complejo de creatividad” a partir de 1965 en el trabajo con niños preescolares y en la formación de adultos, como también en la terapia infantil. En 1972 organizamos un primer simposio de procedimientos de terapia con medios creativos, en Strobl, junto al lago Wolfgangsee, en Austria, en el que se trabajó con máscaras, arcilla, collages y colores, es decir, con elementos de las artes plásticas. Otras propuestas consistían en un grupo de terapia a través del movimiento y la danza, psicodrama, músicoterapia y terapia a través de la poesía o escritura creativa.

En el curso del desarrollo de nuestra experiencia y práctica clínicas, que condujo al procedimiento de la “terapia integradora”, se abandonó el concepto multimedia para privilegiar el desarrollo de un *concepto intermedial* de la “terapia con medios creativos”, una “psicoterapia integradora a través del arte y la creatividad”. En 1972 se delineó un plan curricular de cuatro años y fue posible organizar los primeros grupos que iban a formarse con este enfoque, bajo la dirección de *Katharina Martin* (grupo Basilea) y *Johanna Sieper / Hilarion Petzold* (grupo Dusseldorf). Esto es lo que se refiere al trasfondo histórico. He sido invitado a esta Academia porque hace casi 20 años que en la “terapia integradora” practicamos el trabajo *intermedial* y hace 15 años que lo enseñamos en el “Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung”. A diferencia de otras instituciones que desde fin de los años setenta practican la arteterapia multimedia, es decir “expressive therapy” como el Lesley College, con el que mantenemos buenas relaciones, nosotros lo hacemos con un fundamento psicoterapéutico orientado al ser humano en su totalidad y con una aspiración integradora: “*qu’une thérapie*”

*intégrative du même qu'un travail social et pédagogique doivent être réalisés, travail qui prend l'homme au sérieux dans sa réalité corporelle assurant en prise de charge des soins, aussi bien généraux que médicaux, par une thérapie somatique; travail qui prend au sérieux sa réalité émotionnelle assurant ainsi son soutien psychique par une psychothérapie et enfin qui prend l'homme au sérieux dans sa réalité spirituelle rendant possible une noothérapie... car l'homme est en effet un être physique, psychique et spirituel dans la 'Lebenswelt' telle qu'elle est donnée", según los enunciados de mi programa de 1965.*

Esta orientación hacia el ser humano como totalidad también caracteriza nuestro enfoque en el campo de la terapia a través del arte o de la creatividad. Cuando debo disertar sobre este tema, me veo envuelto en una dificultad, la del término “arteterapia”<sup>1</sup>: ¿qué debe entenderse por él? No quisiera abordar los problemas que surgen de la unión de los conceptos “arte” y “terapia” sino señalar sobre todo la limitación a la que se somete el concepto cuando se lo entiende como “terapia con recursos de las artes plásticas”. Pero el arte también abarca la música, la poesía, las formas de arte dramático (teatro, marionetas, pantomima). Utilizaremos entonces este concepto aplicado a todas las formas de terapia que recurren a las posibilidades de la expresión artística: la musicoterapia, la terapia por medio de la poesía y a través de la plástica (colores, arcilla, collages), el tratamiento por medio del juego dramático, el trabajo terapéutico con títeres y máscaras. Entendemos que todo esto lo circunscribe el concepto “arteterapia” y de este modo también comienza a imponerse en Francia. En nuestro trabajo propio hemos hablado de *psicoterapia artística intermedial* o bien – para eludir dificultades de terminología y contenido – preferimos el nombre “*terapia integradora con medios creativos*” o “*terapia creativa*”: “Terapia integradora es terapia creativa”. De este modo nos ubicamos en una línea similar a la del movimiento de arte terapia en Holanda, que siempre empleó el nombre “terapia creativa” bajo el cual reúne diversas orientaciones de la tarea artística en el tratamiento de enfermedades psíquicas. En Alemania, bajo el efecto del uso anglosajón, -por desgracia, debo decirlo- el concepto arte terapia a menudo se entiende en un sentido más estrecho: como terapia con recursos de la plástica. Reitero: opino que esto no se justifica, porque quién podría poner en duda que la musicoterapia recurre al arte de la música, o la terapia dramática recurre a la forma artística del drama. En adelante, por lo tanto, se usará “arte terapia” en el sentido de un concepto general para todas las vías de acceso y formas, que se sirven de métodos, recursos y medios artísticos. Para nuestro enfoque clínico específico y en atención a las realidades jurídicas y las disposiciones legales sobre el ejercicio de la terapéutica (cfr. *Petzold, Sieper*) hablamos entonces de *psicoterapia artística* como un procedimiento que no es inferior a otros procedimientos de psicoterapia.

De entrada quiero dar una definición, con fundamento psicoterapéutico, de arte terapia o de terapia creativa y, teniendo a mano esa definición, intentaré desarrollar lo que entiendo por una “*terapia integradora con medios creativos y psicoterapia artística intermedial*”.

*“Arteterapia, es decir, terapia con medios creativos es la influencia, según lineamientos teóricos, sobre el ser humano como totalidad, en su realidad corporal, psíquica y espiritual, sus aspiraciones conscientes e inconscientes y sus redes sociales y ecológicas, la influencia planificada sobre actitudes y conductas, por medio de la inserción de medios creativos y métodos del arte, en el marco de una ‘relación terapéutica’ con el objetivo de la curación, el alivio de la enfermedad y el desarrollo y enriquecimiento de la personalidad”.*

---

<sup>1</sup> Se emplearán indistintamente los términos “arteterapia” y “terapia artística”. (N. de T.)

Esta definición compleja nos proporcionará un marco que nos debe servir para determinar qué puede ser, en sentido propio, arte terapia. Si consideramos la bibliografía sobre terapia artística, sobre terapia con medios creativos, no encontraremos ahí demasiado que justifique hablar de una “*terapia*” o de una “*psicoterapia*” en el sentido del psicoanálisis de *Freud*, de la psicología individual de *Adler*, la terapia de la Gestalt de *Perls* o del psicodrama de *Moreno*. En comparación con estas magnitudes, ninguno de los enfoques de arte terapia es, en última instancia, un *procedimiento* autónomo. Son, más exactamente, sólo *métodos*. Es probable que ahora muchos terapeutas, llegados desde el ámbito del arte, se sientan agredidos; pero debo destacar que no hablo como artista, sino como clínico, como médico o psicólogo, como un psicoterapeuta, que por vicisitudes de su biografía, interés hacia el arte y por su propia actividad artística como aficionado encontró esta senda. No me es posible hablar desde el lugar del artista, que a su vez, por algunas vicisitudes de su vida, trabó relación con el campo clínico y comenzó un trabajo terapéutico con pacientes. En el ámbito de la terapia artística existen, por cierto, estos dos grupos de profesiones: el grupo que procede de la psicoterapia, a través de la medicina y la psicología, y el de aquellos que lo hacen desde la pedagogía del arte y la actividad artística. Finalmente, hace algunos años algunas personas intentan desarrollar la terapia artística como una disciplina genuina y una forma terapéutica autónoma. A un *procedimiento* terapéutico se le deben poder exigir determinadas condiciones que no veo que se cumplan hasta ahora, como se puede comprobar en un repaso de la bibliografía internacional sobre arteterapia. El ejercicio de un procedimiento autónomo significa disponer de un consistente marco metateórico, teórico y metodológico. Primero quiero hablar de ese marco, como lo desarrollé en el modelo del ‘*árbol de la ciencia*’ (cfr. diagrama 1), porque debe proporcionar la base para la actuación terapéutica (*Petzold*, 1990 h). Para las ciencias humanas aplicadas, como la psicología clínica, la psicoterapia, la pedagogía y también para la arte terapia, este modelo prevé la siguiente estructura: *I. Metateoría, II. Teorías explicativas de lo real, III. Praxeología*. Partiendo de esta división, quiero desarrollar las ideas de mis conferencias.

## “ÁRBOL DE LA CIENCIA”

### I. Metateoría

#### Teoría del conocimiento

- *fenomenológico-estructural, hermenéutica-*

#### Filosofía de la ciencia

- *evolutivo-pluralista, metahermenéutica-*

#### Cosmología

- *evolucionista, heraclitiana, ecosófica-*

#### Antropología

- *existencialista, intersubjetiva, creativa –*

#### Teoría de la sociedad

- *pluralista, crítico-pragmática-*

#### Ética

- *discursiva, situativa,, histórica-*

## II. Teorías explicativas de lo real

### Teoría general de la terapia

- *intersubjetiva, hermenéutica de lo profundo-*

### Teoría de la personalidad

- *con referencia al desarrollo, relacional –*

### Teoría del desarrollo

- *comparativa, interaccional, ecológica, referida al historial -*

### Doctrina de la salud y la enfermedad

- *con referencia al contexto, multifactorial –*

### Teoría particular de la terapia

- *de múltiples perspectivas, sistemático-heurística-*

## III. Praxeología

### Teoría del proceso

- *diferencial, variable –*

### Reglas de la intervención

- *multimodal, multilateral –*

### Metodología

- *flexible, pluriforme, integradora*

### Teoría de las instituciones, campos de la práctica, grupos destinatarios

- *sistémica, diferencial -*

## 1. Conceptos para una metateoría

Cada tipo de terapia –ya se trate de psicoterapia o terapia a través de la danza, terapia de movimiento o musicoterapia, terapia a través del arte o de la poesía– debe estar sostenida por una imagen del hombre, es decir, una **antropología**, cuyos enunciados manifiesten acerca de lo que considera la esencia del ser humano, acerca de su destino, de su naturaleza y de cuáles son sus objetivos. Con este planteo, se rozan, en parte, interrogantes filosóficos y religiosos sobre temas como hacia dónde va y de dónde viene el ser humano, pero también preguntas sobre la relación interhumana. A esto se podría oponer que la terapia conductual o la programación neurolingüística, por ejemplo, tampoco cuentan con una antropología de esta índole. Eso es cierto, pero poseen una *antropología implícita*. Aún en aquellas formas de psicoterapia que no poseen ellas mismas una antropología explícita, encontramos una visión implícita del hombre. Se puede pensar que en los diferentes tipos de arte-terapia sucede algo similar: cuentan con una antropología implícita que debería ser desarrollada, porque sólo existe de modo rudimentario. Es posible que el supuesto de la *creatividad*, cualquiera sea su definición, como constante antropológica fundamental no sea suficiente y no alcance con decir: “por naturaleza el hombre es espontáneo y creativo, el menoscabo de creatividad lo enferma, por lo tanto emprendamos una actividad creativa con los pacientes”. Por cierto que, como base antropológica es insuficiente. Cuando no descuidan la cuestión antropológica, los enfoques arteterapéuticos recurren a menudo a los planteos antropológicos de procedimientos terapéuticos ya existentes que, con su fundamento teórico, les sirven de orientación: el psicoanálisis de *Freud*, la psicología profunda de *Jung*, la terapia de la gestalt de *Perls* u otras orientaciones psicológicas humanistas. La terapia artística antroposófica se basa en las enseñanzas de *Steiner*. La mayoría de los autores y de quienes practican estas terapias es ecléctica.

Es natural que, procediendo de este modo, se desperdicia la oportunidad de desarrollar un enfoque autónomo de arteterapia, o bien de psicoterapia artística, y – lo que es más cuestionable todavía- se adoptan tesis ajenas (como el concepto de sublimación del psicoanálisis), que presentan inconvenientes para la terapia artística. La adopción de fundamentos de otras orientaciones psicoterapéuticas requiere una discusión teórica. Las teorías del ámbito de la terapia deben confluir, en un discurso crítico y constructivo, con las teorías del arte –teorías de la estética, dramaturgia, poética, etc.- para establecer un vínculo verdadero entre *arte y terapia*. No obstante, estamos muy alejados de un desarrollo de ese tipo. Sin embargo, para establecer los fundamentos metateóricos de la terapia artística se hace necesario elaborar al menos esbozos de una “antropología del hombre creativo”: del hombre, que como “cuerpo perceptivo” extrae posibilidades creadoras de la diversidad de sus sentidos y se vuelve “cuerpo expresivo”. El oído nos conduce hacia la música, a la configuración sonora o a la poesía, a la creación del lenguaje; el ojo estimula lo escultórico, la pintura y la plástica; los sentidos kinestésicos reclaman la configuración en danza, movimiento y pantomima; el olfato y el gusto dan sustento al arte culinario y a la cada vez más rara habilidad de combinar especias en composiciones aromáticas. Las formas de arte dramático, teatro, pantomima, juegos de máscaras y títeres nacen del efecto conjunto, de *la sinergia*, de las diversas facultades sensoriales que encuentran manifestación concreta, corpórea, en la acción dramática. La expresión creadora, como capacidad humana general, tiene sus raíces en la actividad sensorial del cuerpo, en la posibilidad de recuerdo (cuerpo memorioso, memoria del cuerpo), en la interacción corporal concreta y en la fantasía y creatividad que se constituyen y articulan a través de estos tres componentes. Parafraseando a *Schiller*, sólo cuando es creativo, el hombre es hombre en el pleno sentido de la palabra. La creatividad es su posibilidad más relevante de encontrarse y hacer realidad sus aspiraciones como individuo y como integrante de una comunidad y es también su oportunidad de sobreponerse a los fenómenos de extrañamiento. Los conceptos antropológicos expuestos tienen consecuencias inmediatas para la práctica de la acción terapéutica.

*Nota explicativa:* La terapia integradora se basa en una “**antropología del hombre creador**”, en el sujeto-cuerpo “perceptivo,” “memorioso,” “reflexivo” y “expresivo”. En el “órgano sensorial total del cuerpo” las monestias, posibles como percepción singular, confluyen en percepciones y sensaciones múltiples, diferenciales, en poliestias (acuarelas sensoriales policromas, sonos polifónicos sensoriales, *Petzold*, 1987k) que pueden condensarse en un “concierto de todos los sentidos,” en una consonancia (sinfonía), en un juego conjunto. (Cuando el “convidado de piedra” llama a don Juan, la orquesta, la voz, la expresión gestual, escenografía, iluminación, el público estremecido y atento a mi alrededor actúan como una *única* percepción, la sensación total de un *único* clima). Estamos hablando de **sinestias**. Estas percepciones diferentes (*impresiones*) y las reacciones que les suceden (conductas *expresivas*) son almacenadas y elaboradas en la *memoria del cuerpo*, en el **cuerpo memorioso**, es decir, en los respectivos centros cerebrales y estructuras neuronales, de modo *diferencial* (*Penfield*, 1962), en los módulos y hemisferios específicos (*Ornstein* 1976, 1989; *Gazzaniga* 1989) y de modo *holográfico* (*Pribram* 1979). Desde la perspectiva ontogenética, se crea así la base, para un **yo excéntrico**, para un **cuerpo reflexivo**. El cuerpo perceptivo y memorioso es el fundamento de cada una de las facultades expresivas (*monestias*), la raíz de todas las formas de arte, cada una de las cuales está en relación con uno o más sentidos. Cada niño es, por lo tanto, *poliectético*. Es bailarín, cantante, poeta, pintor, actor y artista de la cocina y de los aromas. En juegos infantiles complejos, como “disfrazarse” y en las escenas que se desenvuelven a partir de ellos, cooperan las **poliectias**, mímica y baile, palabra y

sonido, cara maquillada y traje se vuelven una expresión única, totalidad de expresión, **sinectesia**. El niño dispone de todas esas posibilidades, hasta que pierde esa capacidad en el curso del disciplinamiento social.

Las facultades expresivas del cuerpo y las formas de arte se convierten nuevamente en el apoyo para abordajes terapéuticos específicos y *métodos* terapéuticos que se aplican en el *procedimiento* de la “terapia integradora”, sobre el trasfondo de su antropología, teorías de la personalidad y del desarrollo, doctrina de la enfermedad, modelos de proceso y praxeología, según la indicación específica, cada uno por sí solo de modo “diferenciado”, o bien combinados *intramedial* o *intermedial* (Orth 1988) como “terapia integradora con medios creativos” o - con mayor especialización, con inclusión del elemento de “trabajo en la forma” y el factor estético- como “psicoterapia artística intermedial” (Petzold 1975h,7; cfr. 1977d y 1987d,c,b). Entonces, en alguna oportunidad puede ser aconsejable la improvisación musical con el instrumento, para captar “con oído fino” aquello que no accede al lenguaje – el paciente es “todo oído” (monestesia) y al sonido instrumental puede sumarle “su nota” con la voz (monectesia). En otra oportunidad puede ser importante transponer en baile un perfume que – como el de las magdalenas de Proust- haga que en el paciente emerjan desde el recuerdo ciertos climas, colores y escenas (**poliestesia, poliectesia**). En ciertas ocasiones, como en la dramatización de cuentos inventados conjuntamente (Lückel 1979; Franzke 1986; Petzold 1975c) y en juegos simbólicos con títeres (idem 1982i), surge en un grupo una interacción en el trabajo creativo, donde en una acción múltiple, se produce una unidad de expresión: **sinectesia**. En la antigua medicina de Asclepiades, las diferentes formas de terapia expresiva que señala el diagrama se aplicaron de modo conjunto o sea, intermedial. Con la aparición de la psiquiatría moderna y de la psicoterapia, fueron descubiertas nuevamente y perfeccionadas como disciplinas individuales: la poesía terapia y la biblioterapia de Rush y Galtung, a comienzos del siglo XIX, hasta su constitución, en la actualidad, como carreras universitarias (Rubin 1985; Petzold, Orth 1985 a); la dramaterapia (Reil 1806) hasta el desarrollo del “teatro terapéutico” (Iljine 1909, 1972; Petzold 1973d) y del “psicodrama” (Moreno 1946; Petzold, Schmidt 1972). A esto se suman la musicoterapia (Willms 1978; Frohne 1989), la arteterapia centrada en la plástica (Naumburg 1958; Aissen-Crewett 1986; Petzold, Orth 1989), el trabajo terapéutico con arcilla (Köllermann 1980; Orth, Petzold 1989), con máscaras (Weiß et al. 1988, Petzold 1975c), con pantomima terapéutica (Horetzki 1982, Neuhausen, Petzold 1989), con títeres (Rambert 1983; Petzold 1983 a), con danza (Schoop 1974; Briner 1978; Willke, Petzold, Hölter 1989), con movimiento (Stolze 1983; Petzold 1974 k), con la voz (Petzold 1974 k; Canacakis-Canás, Petzold 1989), con olores y perfumes, como en la aromaterapia (Stead 1987) y en la estimulación olfativa (Ayres 1978). Esta se aplica particularmente en la terapia infantil, como también la “cocina creativa”, el “teatro con verduras”<sup>2</sup> en forma de Lambano-terapia (G.Derbolowsky 1977). Esta “terapia de apoderamiento” tuvo su aplicación también en el tratamiento de adultos (U. Derbolowsky 1983).

En la “terapia integradora con métodos y medios creativos” se cultivan las posibilidades *monestéticas* y *monectéticas*, por ejemplo en cursos de formación específica en musicoterapia, danzaterapia o arteterapia (Petzold, Sieper 1988 a). A partir de ese fondo común se crean, en la corriente principal de la praxeología integradora, relaciones poliestéticas y poliectéticas y se aspira a la sinestesia y a la sinectesia (idem 1987 c). Quiero destacar que las diversas *modalidades de abordaje*

---

<sup>2</sup> Cada verdura representa un personaje distinto (N. de Traducción)

terapéutico, como la terapia a través de la poesía o de la danza –por mencionar sólo dos de ellas- no constituyen por sí mismas **procedimientos terapéuticos autónomos**, sino tan sólo **métodos** con sus **técnicas** y medios específicos, que hunden sus raíces en el **procedimiento** de la “terapia integradora”, su metateoría y sus **teorías** explicativas de lo real, y que recurren a los principios de su **praxeología**, que constituye un factor de enlace en la puesta en práctica. (De algunos de los *métodos* terapéuticos que se mencionan en el gráfico y que se desarrollaron históricamente, aplicamos algunos pocos elementos y sólo en ocasiones - por ejemplo, la Lambano-terapia- y si lo hacemos, entonces únicamente en el plano de una *técnica*.) Extraído de: *Petzold* (1988 n).

Para fundamentar con una metateoría la terapia artística y –aún más específicamente- la psicoterapia artística, además de la antropología, necesitamos todavía más. Necesitamos una **ética**. Cada acción terapéutica posee, al menos, una *ética implícita*. Sin embargo, las posiciones éticas deberían ser explícitas, a fin de tener claridad acerca de qué cosas estamos autorizados a hacer con personas y de qué modo. *Porque la terapia es una manipulación de personas con un objetivo establecido*. Quizá algunos, los rogerianos consecuentes, no estén de acuerdo con este enunciado, ya que intentan no ejercer influencia alguna sobre las personas; otros, los psicoanalistas, que con abstinencia total hacen una interpretación de tanto en tanto. Ahora, si alguien parafrasea cada sentimiento y repite y corrobora de modo enfático y comprensivo todo lo que el paciente manifiesta, como sucede en la terapia centrada en el cliente, entonces esta forma artística de comunicación es manipulación. Si alguien practica “la terapia artística sin directivas”, quizá le diga al paciente: “Aquí están los lápices de cera y una hoja grande de papel, y allí las pinturas para aplicar con los dedos y allá un par de pinceles grandes, ahora puede seguir sus impulsos y ocurrencias y hacer o dejar lo que quiera” – (¡desde luego que no te quiero influir!), así, también esto es manipulación. El axioma de Watzlawick “Es imposible no comunicar” puede ser tomado como base para todas las formas de terapia. Si yo permaneciera aquí callado, no dijera nada, también eso sería una comunicación. En el momento en que ingreso en una sala y me siento frente a un paciente, comienza la comunicación y casi siempre también la manipulación. En la terapia, entonces, no podemos escapar de la manipulación, que, en mi definición del comienzo denominé “influencia” (*influencing*), aún cuando esta expresión le quita las aristas al asunto. Lo único que podemos hacer es fundamentar, legitimar *ética y clínicamente* esta manipulación, decir por qué hacemos tal cosa, con qué objetivo y dónde están nuestros límites y –siempre que sea posible, porque a veces no lo es, como en las neurosis agudas- hacerlo transparente para el paciente y lograr su consentimiento y cooperación (informed consent). Sobre las posturas éticas explícitas tampoco encontré definiciones con sustancia y contenido en la bibliografía de terapias a través del arte. Estas posturas deberían ser explícitas, porque de modo implícito ya existen. Deberían revelarse y fijarse, ante todo, porque los métodos de la terapia artística que activan la experiencia, y los medios creativos poseen un potencial considerable de “influencia”; no deberían regirse sólo por criterios médicos o psicoterapéuticos, como la ética hipocrática o el mandato psicoanalítico de abstinencia, sino por nociones éticas que hayan nacido del ámbito mismo del arte y se relacionen con las exigencias de la realidad clínica. El arte como manifestación de la *libertad* fundamental de expresión convoca a garantizar esa libertad, ese espacio de libertad que permita configurar la realidad y crear realidad que pueda ser *vista* por otros – como en la plástica y la pintura–, que pueda ser oída de modo colectivo –como en la música y la poesía–, que pueda ser compartida entre sujetos. El arte necesita del otro, del diálogo, del discurso, de la correspondencia intersubjetiva. Siempre está orientado, de modo estructural (aunque no siempre intencional) hacia un oyente, un



espectador, coparticipantes o cocreadores. Exige y constituye un medio cocreativo (Iljine, este libro). Hunde sus raíces en el terreno de la fuerza creadora individual y, al mismo tiempo, en el de la dinámica cultural colectiva, y, como obra de arte, se vuelve *patrimonio común*, herencia cultural, bien cultural. La protección de bienes culturales es expresión de la valoración secreta que se hace de una de las posibilidades más nobles del hombre: el arte. Una “ética de lo creador” tiene su centro en los conceptos de libertad, intersubjetividad y valoración y estos valores orientadores deben encontrar su expresión en la práctica de la terapia artística, se deben poder experimentar y desplegar en un plano individual y colectivo; se deben poder negociar entre sujetos a fin de compensar el factor de manipulación.

En cuanto al trasfondo metateórico de la terapia y la psicoterapia artísticas, además de antropología y ética hace falta todavía más, por ejemplo, una **teoría del conocimiento**. Si la terapia quiere procurar al hombre un entendimiento más profundo de sí mismo, del otro y de la vida, una percepción de sus problemas y un conocimiento de la realidad interpersonal y del mundo hay que saber cómo se producen el conocimiento y el saber, puesto que aspiro a promover procesos de conocimiento en mis pacientes. Se presenta entonces una diferencia considerable si mi compromiso responde a una teoría del conocimiento positivista o a una fenomenológica, si defiendo un enfoque hermenéutico o uno dialéctico- materialista. En la terapia artística, la cuestión de la teoría del conocimiento (epistemology) no ha sido debatida todavía como tema. En el psicoanálisis se le han concedido mayor importancia y atención a estas preguntas, ya que allí está en juego la el entendimiento (“*Ensiht*”). El paciente debe examinar y entender las aspiraciones de su inconsciente y así, entender su vida. Se espera de él que la comprenda y la interpretación se la explica. Se trata, por lo tanto, de *explicar* y *comprender* (*erklären* y *verstehen*). Y estas acciones nos conducen hacia el mismo centro de los planteos de la hermenéutica. Ahora sería posible colocarse en la posición de decir: si los psicoanalistas practican la hermenéutica ¿qué nos impide, como terapeutas que trabajamos con la creatividad y el arte, tomar una senda similar? El problema reside en que la mayor parte de la tradición hermenéutica, y también la “hermenéutica de lo profundo” del psicoanálisis, está orientada hacia la interpretación de un texto lingüístico, de un acto de habla en el mejor de los casos, de narraciones. La *explicación*, la *comprensión* y la *captación* de la realidad no verbal, la realidad *icónica*, la imagen, lo escénico y el clima están poco desarrollados en la hermenéutica. Sería una tarea de la terapia artística elaborar una *hermenéutica de la imagen*, de lo no verbal, puesto que en el centro de la musicoterapia y de la terapia a través del drama están lo *accional*, el gesto, el movimiento, el ritmo, el sonido, la imagen, la forma y el color (cfr. este libro, p.). Pero ¿es posible una hermenéutica no verbal? Cuando *Cézanne* se sienta frente a un paisaje y pinta, o los artistas de la *École de Barbizon* incluso *Jakob van Ruisdael* en el umbral del “*plein air*”, llevaban a la práctica una “*hermenéutica de la pincelada*”; y cuando *Mussorgsky* compuso “La noche en el monte pelado” después de una tempestuosa caminata nocturna o *Smetana* describió en tonos el escenario cambiante del curso del río Moldava o *Schumann* atrapaba la atmósfera del bajo Rin en su sinfonía “Renana”, llevaban a cabo una hermenéutica a través de los tonos, ritmos y

sonidos, una interpretación no verbal de esos paisajes y de lo experimentado a través de ellos, es decir, sin hacer uso del lenguaje han dado una versión, una interpretación de la realidad de ese paisaje, como ellos lo han vivido, visto o retenido en la memoria.

La hermenéutica es la ciencia que se ocupa de explicar y comprender, es decir, de la interpretación de textos. Es una disciplina científica que surge en el seno de la jurisprudencia: ¿cómo interpreto textos jurídicos? O en la teología: ¿cómo interpreto la Sagrada Escritura? O también en la literatura: qué enuncia un texto, cómo lo interpreto; finalmente, en las ciencias sociales, en particular en la sociología “comprensiva” y en el psicoanálisis: ¿cómo interpreto narraciones, el relato de una vida, una historia de vida? ¿Cómo penetro el sentido de aquello que el paciente me comunica y relata de manera verbal y los contenidos que refiere? ¿Cómo llego desde los *fenómenos* que están a la luz del día, a menudo conscientes, que él me exhibe, hasta las *estructuras* ocultas, casi siempre inconscientes, de su conducta sana, pero en particular, de su conducta patológica? La hermenéutica como disciplina se centra, en esencia, en la interpretación de textos, de lenguaje hablado y de discursos. En la terapia artística o en la terapia con medios creativos trabajamos en gran parte en el ámbito no verbal, preverbal y transverbal. Por esa razón, no nos alcanza con la interpretación de relatos y expresiones verbales, tampoco con la interpretación verbal, sino que tendremos que elaborar un enfoque que nos permita captar, comprender e interpretar lo no verbal.

Algunos teóricos, en particular del campo del psicoanálisis, afirman que toda hermenéutica se basa en la lengua, toda actividad interpretativa humana se funda en la lengua o debe ser atraída hacia el interior del discurso del lenguaje común. Yo, en cambio, afirmo por ejemplo, que los pintores impresionistas *interpretan con su pincel* la realidad exterior, sin el empleo de palabras, de un modo que puede ser comprendido (fue posible comprobarlo de modo conmocionante en la exposición sobre *Manet*); también afirmo que ciertos surrealistas buscan interpretar su realidad interior, verter en colores y formas los impulsos vislumbrados y presentidos de su inconsciente. Esto también transcurre de un modo que el espectador resulta tocado y afectado, *percibe y capta* de qué se trata ... comprende sin explicación verbal, en la “*inmediatez de la contemplación*”. No es necesario que interprete una pintura de manera verbal, como lo hace la hermenéutica clásica del arte, que procede como si recién después de muchas páginas escritas sobre un cuadro fuera posible comprenderlo. Es posible lograr que los cuadros se vuelvan accesibles de manera vívida e inmediata, si uno se los muestra a alguien y le indica que mire y trate de percibir cuál es su *resonancia interna* frente a él. Se puede trabajar con esas “resonancias internas” y encontrar vías alternativas de contemplar y experimentar el arte y estas posibilidades se vuelven fructíferas en la *terapia artística receptiva* si le solicitamos a un paciente que se encuentra frente a un cuadro de *Ensor* o *Kubin*, de *Thorop* o *Max Ernst* –según lo haya elegido él mismo o le haya sido indicado por nosotros– que, de manera no verbal, “reaccione a partir de su impresión” y trate de hallar una expresión, la suya propia. En la terapia

artística *activa* o *productiva* también podemos proponerle a un paciente que, a partir de la resonancia que le produce un cuadro que él mismo pintó o una escultura a la que él mismo dio forma, que comience, sin verbalización previa, un nuevo proceso de creación. En las formas de proceder receptiva y productiva, el observador puede usar colores y entrar en un diálogo pictórico con ese cuadro: co-respondencia de cuadro a cuadro; también se puede proponerle –en un cruce *intermedial*, entre medios expresivos– que transmute la pintura en baile o en pantomima, es decir, que permanezca en el ámbito no verbal, de los iconos, accional, escénico o de una cierta atmósfera. Y este ámbito no carece de estructura. Aquí también hay formas, estructuras, regularidades posibles de reconocer. No es admisible que, como a menudo ocurre en la terapia artística, reine un accionismo puro o que haya un repliegue hacia categorías formales o estéticas; al fin de cuentas se trata de *procesos de comprensión* o, mejor dicho, de procesos de percepción y de captación. Antes de cada comprensión hay actos de percepción y antes de que yo haya *comprendido* por lo general ya *capté*. La hermenéutica clásica tiene como punto de partida la comprensión y la explicación. Estos son sus conceptos fundamentales. Una hermenéutica, tal como yo intento desarrollarla para la terapia integradora con medios creativos, nace del *percibir*, *captar* o *entender* y recién entonces conduce hacia el acto de *comprender* y *explicar* (cfr. Diagrama 3).

Si ahora estuviéramos actuando un psicodrama y viniera alguien desde afuera percibiría primeramente la escena, lo que está ocurriendo; esta percepción en sí ya es un proceso de selección y de identificación al mismo tiempo: en la percepción se *reconoce* algo, recurriendo a lo ya percibido antes y retenido en la memoria. Y antes todavía de que el observador haya *comprendido* lo que ocurre sobre el escenario, ya *captó*: aquí se está representando algo cómico. *Percibir* y *captar* están primero, después se *comprende*. Se capta algo relativo a un clima, a lo escénico, lo accional, a lo icónico. El clima es un concepto central en nuestro planteo teórico. El lenguaje nos enseña que nuestros procesos perceptivos y cognitivos tienen sus raíces en lo corporal: *wahr-nehmen* (*nehmen* = tomar), *er-fassen* (*fassen* = asir, prender), *be-greifen* (*greifen* = tomar, agarrar); son gestos y acciones corporales concretos. Si, de casualidad, irrumpo en una escena y me pregunto: ¿qué sucede? entonces, primero percibo, reconozco, luego capto. Después de mirar por segunda vez, comienzo a comprender. Si comprendí bien, puedo explicar lo que está sucediendo. Este es el esbozo de la “*espiral hermenéutica*”, en la que cimentamos la terapia artística intermedial.

Para definir una metateoría de la terapia con medios creativos, esbozamos, hasta ahora, nuestras posiciones en relación con la antropología, la teoría del conocimiento y la ética. Ya que el arte, la terapia y la terapia artística tienen lugar en el contexto social y llevan su impronta y su influencia, son necesarios, asimismo, conceptos para una teoría de la sociedad, ideas acerca de influjos sociales y de la vida del hombre en la sociedad; y aquí avanzamos en un terreno extremadamente complejo y difícil, que, hasta ahora, por lo visto, no ha sido pisado por los terapeutas artísticos y sólo en raras ocasiones por los psicoterapeutas (pienso en *W. Reich*, *P. Goodman* y

H.E.Richter). A menudo los artistas suelen estar más alerta, más dispuestos a luchar por sus convicciones y son más osados, razón por la que los terapeutas tendrían mucho para aprender de los escritores, de la gente de teatro, de pintores y cantantes.

La mejor definición del hombre, hasta ahora, es la de *zoon politikon*, la de un ser político, un ser social. Esta conocida definición aristotélica no ve al hombre como mónada, como un ser solitario sino como alguien que está fuertemente entrelazado con las realidades sociales. No es posible, por lo tanto, hacer pintura con una persona sin emprender algunas reflexiones: *por qué* trabajo con este paciente, con qué objetivos, sobre qué trasfondo, en interés de quienes y por mandato de quién. Hay que plantear la pregunta: ¿qué significa ser paciente, cuáles son las influencias sociales que actúan sobre este paciente y sobre mi acción? Como quedó dicho, en la terapia artística este tipo de interrogantes fueron dejados de lado casi totalmente, aún cuando la cuestión de la determinación social del hombre ocupa un lugar central en el arte. El arte siempre ha tenido una función social, ya sea, adaptándose y reflejando la realidad, reactivo y combativo o progresista y vanguardista. Si, a modo de ejemplo estudiáramos los enunciados teóricos de *Josef Beuys*, lo que deberíamos hacer como arteterapeutas, descubriríamos la mayoría de sus enunciados en su práctica creadora y en *acciones prácticas*, es decir: la acción como teoría. A partir de sus reflexiones y acciones sobre la función social de la plástica y sus plásticas del pensamiento, sería posible entender mucho sobre la función política del arte y sobre la función del arte como terapia social. Si aplicamos el arte en la terapia deberíamos recurrir a estas corrientes y al potencial emancipador del arte, en particular, porque los pacientes son personas que a menudo han sufrido un daño social, con una enfermedad que es también, a menudo, expresión de una patología social, de aspectos enfermos de nuestra sociedad. La acción arteterapéutica, por lo tanto, debería estar inmersa en una reflexión política crítica. Lo dicho puede sonar a postulado teórico abstracto, pero si se tienen en cuenta esas dimensiones políticas, se abren perspectivas para la acción terapéutica concreta. Un breve ejemplo puede ilustrarlo:

Quisiera hablar de una paciente bulímica, una joven mujer que, de manera crónica, vomita aquello que comió, un trastorno de la alimentación cada vez más difundido, con el que nos topamos más frecuentemente que con la anorexia nerviosa. Y, hay que decirlo, en modo alguno las mujeres son las únicas afectadas por la enfermedad. La bulimia no es una enfermedad inofensiva, a largo plazo conduce a daños somáticos graves y a perturbaciones psíquicas. A menudo estas personas, que vomitan de modo compulsivo lo que comen, están acosadas por sentimientos de culpa. Anímicamente no se sienten muy bien, aunque logran disimular la enfermedad por largo tiempo. A estas personas apenas se les nota la enfermedad. Existe una serie de teorías, en su mayor parte psicoanalíticas, sobre el origen de la bulimia. Una concepción difundida apoya la tesis de que la mujer bulímica no admite su femineidad y por lo tanto pugna por permanecer flaca, de modo que sus formas redondeadas no sean visibles o no puedan desarrollarse. Es, por cierto, una concepción posible. Otras teorías afirman que se trata de mujeres, que de niñas fueron amenazadas

sexualmente por su padre de manera masiva, ya sea de modo activo o a través de la virilidad que irradiaba el padre, quien dejaba en el ambiente un gran deseo incestuoso, aunque también pudo no haberlo actuado. Cuando llegan a la pubertad, estas niñas, a través de la conducta bulímica, evitan volverse mujeres, por la angustia ante lo que sienten de modo subliminal. Podríamos citar una serie de otros modelos teóricos explicativos, que tendrán validez en un caso o en otro. Pues bien, durante algún tiempo he trabajado con una paciente con esta afección, al principio sin éxito, porque era necesario un tratamiento más prolongado. También es difícil, como hombre, aunque no imposible, lograr un buen abordaje. En una oportunidad llegó a la sesión, y sobre la mesa encontró una revista, de esas en cuya portada suelen mostrarse seres femeninos bien proporcionados y descubiertos. La paciente observa la revista y sufre un acceso de vómito, sale corriendo, vomita y vuelve. Le pregunto qué había sucedido y contesta: “No sé, de algún modo, al ver la revista, sentí náuseas.” Trabajamos entonces con esa sensación y descubrimos que le “producía asco” ver el cuerpo femenino comercializado en revistas y publicidad. Entró entonces en un torbellino de agresión, rompió la revista en pedazos y yo la dejé hacer. Cuando el acceso de furia cedió, la paciente dijo: “Ahora *tengo* que crear algo!” Ya había estado trabajando antes con medios creativos “Quiero hacer algo con estos pedazos”. Entonces fuimos a la sala donde está el material y ella hizo un collage. Con el papel hecho trizas, con los pequeños pedazos, formó un cuerpo de mujer. Ella debía ensamblar de nuevo las partes del cuerpo femenino enajenadas socialmente; de un cuerpo en exhibición, despedazado, de un cuerpo-mercadería, roto en pedazos, tenía que crear un cuerpo nuevo. “Es como si lo hubiera destrozado a golpes y tuviera que hacerlo nuevo, purificado de todas las miradas, de las manos ávidas, de erecciones invisibles bajo los pantalones, que lo señalan como dedos codiciosos, de todo el esperma repugnante que se derrama sobre él”. Odio, furia, asco, humillación, dolor, todo eso lo arrojó hacia fuera. “Uno es como... simplemente como carne, que puede ser vendida a la codicia, ofrecida a los mirones. ¡Es que todo puede ser comprado, todo!” Fue una sesión de una gran conmoción y durante algún tiempo trabajamos varias horas sobre el mismo tema y su trasfondo. Desde entonces la terapia transcurrió cuesta arriba.

Quería ilustrar con este ejemplo que entre los factores patógenos encontramos aquí una influencia social, comprobable de modo inmediato, que fue vivida como algo tóxico de tal modo, que ingresó en la formación del síntoma. En general, estas influencias sociales se presentan más codificadas, por ejemplo, cuando una mujer internaliza el estereotipo de un papel femenino sumiso, que ha observado en la madre, y un estereotipo masculino represivo o “patriarcal” (como no considero que sea un término afortunado, porque desacredita una paternidad sana, sería mejor hablar de “represivo”). Estos estereotipos internalizados, que producen enfermedad porque reprimen, con frecuencia son muy sutiles y, como nosotros mismos a menudo no los detectamos, son difíciles de reconocer. Representan las concepciones del papel de la mujer y del hombre que tiene una sociedad.

En el ejemplo que acabamos de relatar, la paciente sintió de inmediato un influjo social cosificador y se le hizo consciente que esta clase de comercialización de la mujer, del cuerpo femenino, le resultaba nauseabundo. Y antes esto no lo había registrado claramente. Su síntoma fue, por lo visto, como una “sana aversión”, que todavía no había sido comprendida, no había sido captada: la paciente sintió, de modo inconsciente, que había algo en la revista con lo que ella disentía. Su cuerpo

se rebeló sin que hubiese transcurrido el proceso hermenéutico de *percibir, captar, comprender* ; un acontecimiento reactivo puro, cuyo trasfondo elaboramos en la terapia, en el proceso terapéutico de *hermenéutica profunda*. Y hay todavía algo más: el entendimiento solo no basta. “El entendimiento es el primer camino hacia la mejoría”, como decía *Freud*, pero no es toda la mejoría sino un primer paso. Tiene que suceder algo más, por ejemplo, como en este caso, una *apropiación* del cuerpo y esta apropiación comenzó con la imagen del collage. Intentamos continuar este proceso de reapropiación (“reowning”) a través del trabajo con arcilla, con improvisaciones de danza, con configuración del cuerpo femenino.

Sin embargo, no debe creerse que la mejoría que se hizo presente en los síntomas fuera sólo resultado del trabajo con *medios creativos*, del abordaje arteterapéutico, que por cierto no careció de importancia. Producimos un collage y modelamos con arcilla. La paciente hizo un hermoso cuerpo femenino con formas redondeadas, pero sería una reducción si atribuyéramos las transformaciones exclusivamente a los *medios creativos*. El motivo por el cual se pudo transitar el proceso de conocimiento y curación no debemos buscarlo en la revista que estuvo allí circunstancialmente, sino en nuestra *relación terapéutica* y en la transferencia positiva actuante en ella, que se pudo desarrollar en las horas de terapia previas. Por lo visto, la paciente había ganado suficiente confianza en mí, de modo que pudo aflorar y *manifestarse* la reacción de malestar. La mayoría de los bulímicos se esfuerzan en extremo por ocultar su problema. Desarrollan una maestría en disimularlo. Y aún más: había nacido tanta confianza como para que ella puciera ensamblar el cuerpo femenino – su cuerpo– en mi presencia, es decir, bajo la mirada de un hombre, y para que ella más adelante bajo mi mirada, la mirada de un hombre, pudiera modelar el cuerpo femenino y mostrarlo. Fue el primer paso para mostrarse a sí misma. La angustia ante la codicia del padre y la violencia de sus deseos, que se condensó en una “repulsión ante la lujuria masculina”, según sus propias palabras, y que se hizo más intensa a través del trato cosificador del cuerpo femenino hasta llegar a la formación del síntoma bulímico, esa angustia había desaparecido. La paciente ya no tuvo que ocultar su femineidad ni reaccionar con odio hacia los hombres. Pudo aceptarse a sí misma y, en su vida cotidiana, comenzó a descubrirse como mujer y a experimentar en sus relaciones de manera nueva. Esto significa, para el contexto de nuestra exposición, que la relación terapéutica y las cualidades activas en ella de transferencia y contratransferencia, el acontecer de la resistencia, la defensa, la experiencia emocional correctiva, el entendimiento de las conexiones tanto biográficas individuales, como colectivas y sociales, todo fue el fundamento sobre el cual la aplicación de medios creativos y la intervención con la terapia artística pudo dar frutos y lograr su objetivo. Dondequiera que se practique la arteterapia y se produzca la curación, sin que los terapeutas piensen y actúen con las categorías de relación y transferencia, se puede dar por supuesto el hecho de que, en estas sesiones arteterapéuticas, también hubo procesos de transferencia y de relación en juego que, gracias a la “buena intuición” fueron conducidos acertadamente. Esta, al menos, es mi opinión. Por supuesto que es mejor conocer esta clase de dinámicas, para poder aplicarlas y conducir las con una meta. No existe nada, en ninguna terapia, ni siquiera en la *behaviour modification* más clásica, que supere la relación interhumana, no existe nada que funcione sin ella, nada donde esta relación pueda obviarse. Todo el suceder terapéutico tiene lugar en el cauce de las relaciones interhumanas. Esta es la experiencia de nuestra práctica clínica que, en este punto, se toca con las reflexiones de nuestra antropología, ya que nuestra imagen del hombre indica que éste, esencialmente, coexiste, se vuelve hombre por medio de su semejante. Se gesta en el estar juntos, en la intercorporeidad de hombre y mujer, se cría en la intercorporeidad de la díada madre-hijo, más tarde en la triangulación (en la tríada edípica) y se desarrolla sano, fuerte y vital cuando estas constelaciones

interhumanas, sus climas, “los microclimas socio-emocionales” entre madre e hijo, entre padre, madre e hijo, entre hermanos lo nutren y son buenos; en cambio, se enferma con las experiencias deficitarias o con la falta de un clima favorable o bien cuando éste está perturbado o es traumático, cuando es hostil y adverso. Si los seres humanos enferman corporal y anímicamente en el medio interhumano, tan sólo en este medio pueden curarse. Desde esta perspectiva, los medios de expresión creativa y las formas de abordaje arteterapéuticas solo proveen un objeto de transición, objetos intermediarios, espacios intermediarios, un entorno favorable (facilitating environment), como lo denomina *Winnicott*. Son puentes, puntales, apoyos que catalizan el contacto interhumano, es decir, conducen a que la comunicación se vuelva posible, que el *contacto*, el *encuentro* y la *relación* puedan configurarse mejor.

Nuestra experiencia clínica y nuestro trasfondo epistemológico, antropológico y de teoría social nos proveen líneas directrices sobre la manera en que podemos y debemos aplicar la terapia artística y los medios expresivos: jamás considerando al hombre de modo solipsista, sumergido y aislado en su proceso de configuración como una mónada, como un sistema cerrado sobre sí mismo. En cualquier caso debemos verlo de modo dialógico, en correspondencia, en referencia a otros hombres y a las cosas del mundo de la vida. Sólo en esa matriz, y entre Yo y Tú en la relación terapéutica como tiene lugar en la terapia individual, o entre Yo y Nosotros, cuando integramos el grupo, el trabajo terapéutico se vuelve significativo, fructífero y curativo y la fuerza estimulante de los medios creativos, promotores de la expresión y de la integración puede tener efecto en el proceso de restablecimiento y desenvolvimiento de la personalidad.

Hasta ahora he hablado del marco *metateórico* y en realidad tendría que explicar mis conceptos en toda una serie de conferencias: ¿qué abarca una “antropología del hombre creador”, cuál es el contenido de una “ética de lo creador” y qué importancia tienen estos conceptos para el trabajo integrador con medios creativos o para una psicoterapia artística intermedial? Además habría que exponer las reflexiones referidas al arte, a la terapia artística y a la realidad social o los nexos entre configuración plástica, creativa, y el logro del conocimiento. Todas éstas son preguntas que aquí apenas pueden delinearse y que, en la formación de la teoría arteterapéutica debían ser planteadas alguna vez; en verdad, deberían haber quedado aclaradas antes de iniciar el trabajo arteterapéutico, a fin de garantizar una práctica que sepa fundamentar y legitimar sus intervenciones con personas enfermas; y debería llevarse a cabo todavía más a fondo que el establecimiento de los *fundamentos* específicamente *clínicos* de la acción terapéutica, aunque una base clínica sólida es igualmente ineludible en la aplicación de la terapia artística y el uso de medios creativos en el tratamiento pero está todavía pendiente.

## 2. Conceptos acerca de teorías explicativas de lo real

Además del marco *metateórico* se nos presenta un segundo marco, el de las “teorías explicativas de lo real”. Estas teorías tienen un alcance medio, son las denominadas *de alcance o rango medio*. En cambio, las *metateorías* son amplias, abarcadoras, de gran alcance. Aunque en la acción terapéutica necesitamos de teorías explicativas de lo real, en la terapia artística no las encontramos, o sólo las hallamos en estado rudimentario; no es suficiente con una antropología. También necesitamos una **teoría de la personalidad**, conceptos sobre el modo en que surge la personalidad, cómo está constituida y cómo funciona. Éste es otro plano que cuando nos preguntamos de dónde viene el hombre y cuál es su esencia. Junto a la teoría de la personalidad nos hace falta una **teoría del desarrollo**, que nos ayude a comprender

el desarrollo psíquico, el desarrollo de la percepción y el sensoriomotor, qué es socialización, desarrollo cognitivo y emocional; y que responda a la pregunta: ¿qué factores conducen a una personalidad sana? En este punto tenemos que recurrir, naturalmente, a las psicologías del desarrollo ya existentes, sin duda a *Piaget* y los cognitivistas, a *Izard* y los psicólogos de las emociones, a *Bronfenbrenner* y la psicología ecológica del desarrollo. Sin embargo, se deberían llevar a cabo elaboraciones específicas. Pienso que también podemos elaborar algo genuinamente arteterapéutico, con el foco en el “desarrollo de la configuración creativa”, del desenvolvimiento del potencial creativo en el niño. Estas perspectivas no sólo son importantes para la terapia infantil. Si bien ya se han realizado estudios específicos sobre el desarrollo del dibujo en los niños, el desarrollo del lenguaje poético en niños, sobre el desarrollo de su potencial de movimiento, su poder expresivo y sus habilidades musicales, sigue faltando, sin embargo, un panorama general. Dejemos de lado la estructura fina y detallada de la psicología evolutiva en su sucesión temporal, que no puede ser expuesta en el marco de esta conferencia. Sin embargo, podemos hacer algunas declaraciones generales sobre el desarrollo del potencial creativo:

Consideramos la creatividad como un hecho antropológico fundamental, como un manojo de facultades que tienen sus raíces en el equipamiento sensorial, perceptivo, expresivo y mnémico del cuerpo y están dispuestas por la genética (es decir, generadas por la evolución) y que en el transcurso del desarrollo pueden ser incentivadas, desplegadas o reprimidas y entorpecidas. Todo niño sano es creativo. Es un pequeño artista, por ejemplo, un “compositor”. Canta, tararea e inventa melodías. O bien es pintor. No existe el niño que no pinte. O es un escultor; todo niño se expresa de un modo plástico. Es bailarín, mimo o poeta. Todo niño relata como para sí, juega con palabras, crea combinaciones nuevas. O interpreta un papel, hace teatro o es titiritero. *Winnicott* enlaza de modo directo su teoría de los *objetos transicionales* y de los *fenómenos de transición*, entre los que incluye los títeres y el garabateo, con el concepto de la creatividad, que tendría sus raíces aquí. *Moreno* basa su teoría de la creatividad en los impulsos espontáneos del cuerpo, que plasman su forma en el juego. Los objetos y los fenómenos de transición forman parte del desarrollo sano del niño. En ellos el niño se manifiesta creador cuando da vida y alma a una piedra, un pedacito de madera, un sonajero, a un jirón de tela, a una muñeca. Se convierte en creador. Como Dios a la figura de barro, el le da vida a su muñeco. Anima a su muñeco, inventa cuentos e historias, crea escenas, piezas y caracteres y de manera genuina se vuelve creador.

En cada desarrollo encontramos procesos creadores y los terapeutas artísticos deberían saber acerca de estos procesos y conocerlos a fondo y no solamente como una vaga idea –todo niño es creador- sino deberían saber *cuándo* se desarrolla, *qué cosa* y *de qué modo*, ya que las consecuencias terapéuticas son considerables. A su vez, habría algo práctico que quisiera insertar aquí. En el psicoanálisis se escribió mucho sobre las fases oral y anal o sobre la genital, pero muy poco específico sobre el desarrollo de la expresión creadora, como se manifiesta por ejemplo en el niño, en la fase sensible a jugar papeles. En el desarrollo infantil se presenta, a partir de la edad de tres años y medio en adelante, una fase de sensibilidad hacia el juego de roles. En ella, el niño se vuelve *role taker*, como lo describió *George Herbert Mead* o sea el que asume el papel de otro, un concepto que también está presente en *Jacob Levi Moreno* y *Zerka Moreno*, aunque con un acento distinto, ya que ellos destacan al que “juega” o desempeña un papel, el *role player* “*playing the role of the other*”. Entonces el niño se vuelve sensible a asimilar y ocupar roles sociales, a imitar y desempeñar esos papeles. Si no recibe propuestas de juego, de padres que hayan preservado esa parte infantil, hermanos, amigos, compañeros de juego, entonces no podrá jugar a “madre e hijo”, a “la escuela” o “al policía” y



experimentará una carencia, sufrirá un *déficit*. Le falta algo que sería necesario para un desarrollo saludable. Siempre volvemos a encontrar pacientes que en esta fase de sensibilidad no pudieron representar papeles o no tuvieron buenos papeles para actuar, con una sed de actuación que fue reprimida –los *Moreno* hablan de *act hunger*, hambre de acción, o hambre de actuación– y por lo tanto disponen de un repertorio de papeles deficitario. Para este tipo de pacientes está indicado, en alta medida, el juego dramático, el teatro terapéutico, el psicodrama, la pantomima, la danza-teatro, juegos de máscaras y títeres. En este caso están indicadas estas formas y medios de expresión. La terapia a través de la pintura, en cambio, posiblemente esté contraindicada, al menos una terapia que centre al paciente en el cuadro y, de este modo, lo fije nuevamente en su aislamiento y su autismo, porque no le ofrece la posibilidad de asumir distintos papeles. Los terapeutas pueden, por cierto, compensarlo hasta un determinado grado, como a través de la pintura dialógica o la pintura grupal, es decir, cuando es un grupo el que pinta un cuadro. Y aún así, la pintura como terapia no es tan apropiada, cuando el repertorio de papeles disponibles es deficitario.

O bien veamos otro ejemplo:

Existe en el desarrollo una *etapa sensible a la adquisición del lenguaje*. Comienza con los primeros sonidos articulados y entre el segundo y el cuarto año de vida tiene diversos momentos culminantes. En este período, el cerebro del niño está abierto a la adquisición de lenguas como nunca después. El filólogo más entrenado, o aquellos que hacen un deporte del aprendizaje de idiomas –estas personas existen realmente-, de ningún modo pueden competir con una niña o niño entre dos y cuatro años, en cuanto a la capacidad para aprender distintas lenguas. Perderían cualquier competencia. En esta etapa sensible a la adquisición de lenguaje, la niña o el niño no solamente adquieren el lenguaje sino, junto a él, todo un mundo social y simbólico; además, se manifiesta una actividad creadora con el lenguaje. Ésta comienza muy temprano, en el octavo mes de vida, cuando aparece la ecolalia: *la, la, la, da, da, da*. Cuando el niño habla como consigo mismo, comienza a jugar con sonidos hasta llegar a la creación de lenguajes particulares, que puede crear cuando tiene entre 3 y 7 años de edad. Son lenguajes con fonemas propios y a veces también con una cierta semántica propia. Es decir, que el niño se manifiesta altamente creativo con el lenguaje. El lenguaje del mundo adulto que, a través del oído *penetra* el cerebro del niño con toda su riqueza de contenidos y emociones, que le es “entregado” por los hablantes, -la madre, el padre- o quizá incluso le fue impuesto, requiere “la apropiación”. El niño tiene que adueñarse de él, y esto resulta más fácil cuando la experiencia con el lenguaje estuvo inmersa en buenos *vínculos*. Las palabras “bondadosas” son menos intrusivas, no provocan defensa, son absorbidas con la libertad de aplicarlas al uso propio, a la configuración propia y a la actividad creadora con el lenguaje. En una atmósfera favorable a la apropiación del lenguaje, las rimas y los versos caen en tierra fértil. Los niños los aman, los repiten y recitan una y otra vez, hacen sus canciones y poesías propias y poetizan<sup>3</sup> aquello que no comprenden. Con sus rimas, a su modo le buscan un sentido a más de un absurdo del mundo adulto, siempre que no se los refrene junto con la broma y gracia de sus versos. Quienes son buenos padres juegan con sus niños los mil juegos de palabras que surgen en un clima de creatividad.

Sin embargo existen niños a los que, en esta etapa de sensibilidad al lenguaje, se les habla poco, niños que no tienen con quién entablar un diálogo, con quienes nadie inventa cuentos ni hace rimas; incluso no tienen a quién contarle o cantarle algo. Y así soportan una situación deficitaria. La formación de la teoría de *Freud* está

---

<sup>3</sup> En alemán „sich zusammenreimen“. Significa tanto hacer rimas, rimar (reimen) como buscar una explicación, intentar explicarse algo (zusammenreimen).

orientada con fuerza hacia las traumatizaciones y a los daños por lesiones. *Ferenczi* y sus discípulos y sucesores *Balint*, *Iljine*, y *Winnicott* destacan la importancia de esas situaciones deficitarias en las *relaciones de amor primarias (primary love)* entre padres e hijo/hija y entre el cuerpo del niño y el de la madre, o zonas o partes de ese cuerpo. *Melanie Klein* habla de la relación con el *pecho bueno* y con el *pecho malo*. De este modo, los analistas de la “escuela húngara” formulan el paradigma de la teoría de las relaciones de objeto. Sin embargo, no hay sólo un pecho bueno que da leche y alimenta al niño ni tampoco solamente un pecho malo que le da un “alimento malo” (como una madre siempre tensa, siempre agresiva con el niño) sino que hay madres que amamantan a su hijo, pero mientras lo hacen no están presentes internamente, o lo alimentan con la mamadera, pero no lo miran. Están allí, pero igual están ausentes y eso crea un *déficit*.

Del mismo modo en que encontramos el paradigma del *pecho bueno*, del *pecho malo* y del *pecho ausente*, podemos hablar de la *palabra buena*, la *palabra mala* y la *palabra ausente*, formulaciones todas que deben ser entendidas como metáforas de estructuras de relación. En la etapa de sensibilidad al lenguaje, con las palabras buenas el niño recibe atención, afecto y afirmación y también es posible toparse con palabras malas: “¡Déjame tranquila! ¡No preguntes tanto! ¡Me tienes cansada con tus charlas!”; éstas son palabras malas que *silencian*, que prohíben las manifestaciones vitales, de modo que el chico no puede desarrollar un lenguaje, en particular, uno propio; sus impulsos creativos con el lenguaje son ahogados y enmudecen. Finalmente se encuentra también *la negativa a hablarle al niño o a dialogar con él*. De allí resultan niños *lastimados psíquicamente por el silencio que debieron soportar*. Para estas personas *silenciadas*, o que sólo escucharon palabras malas, o a las que se les quitó y prohibió la palabra, son importantes la poesía como terapia, el recitado de poesía, la escritura de textos, el relato y diversas formas de terapia narrativa, porque aquí se les dirige la palabra, pueden entablar diálogos. Todo lo que echaron de menos lo pueden manifestar, condensado y poetizado, en una poesía. Pueden hallar un lenguaje, *su* propio lenguaje.

La investigación sociolingüística y psicolingüística demostró que los niños viven en mundos lingüísticos en que las posibilidades de expresión y las capacidades peligran o están recortadas. Las personas que fueron expuestas a una socialización lingüística represiva, cuya creatividad con el lenguaje fue reprimida, o que crecieron con un código de lenguaje restringido, pueden resultar con daños que hacen imprescindibles las propuestas en las que puedan encontrar sus palabras y su lenguaje propio. De hecho, no son tantas las personas que disponen de su *lenguaje propio*. La cantidad va disminuyendo, porque, cada vez más, la socialización a través de los nuevos medios confronta a los niños con lenguajes normalizados. El lenguaje más perentorio es el texto de la pantalla. Experimentamos un continuo y constante calibrado, nivelado y estandarización del lenguaje y, ante todo, la pérdida de la sensibilidad. También esto conduce a que los hombres enfermen. Por lo tanto, si le podemos aportar un lenguaje a alguien, ayudarle a crear *su lenguaje*, a crear en esa lengua, contribuimos a su restablecimiento y al desenvolvimiento de su personalidad; una persona que ha encontrado su lenguaje, ha encontrado también su identidad.

Comprobamos entonces que las perspectivas de la psicología evolutiva nos pueden aportar ayuda en la indicación diferenciada de formas, métodos y medios de la terapia creativa y que no es posible manifestar sencillamente que todo medio es adecuado para cualquier problema, o para cualquier tipo de enfermedad. Más bien será necesario un enfoque *intermedial*, tal como lo desarrollamos, por ejemplo, en la *terapia integradora*. En la problemática descripta, de una socialización patógena

del lenguaje, la musicoterapia no es tan conveniente, porque el paciente sería remitido otra vez a la privación del habla o al menos puede replegarse hacia ella, cuando sería necesario encontrar un lenguaje; o se puede refugiarse en la privación del habla, cuando habría que “poner algo en palabras”. Cuando alguien fue seducido por su padre o maltratado por su madre, puede descargar el dolor, la furia y el odio batiendo el bombo o el timbal, pero esos sucesos también tienen que ser *nombrados*, justamente porque pesa sobre ellos un tabú. “¡Pobre de ti, si dices algo, porque te mato!” Esta coerción a callar, esta prohibición de la palabra debe ser quebrada. Para llevar una vida liberada del tabú, de la amenaza de muerte y de la angustia ante la violencia, es de vital importancia que se pueda hablar de esos tabúes, que de este modo pierden la fuerza del maleficio. Otra constelación en que los métodos no verbales no son los más apropiados, o al menos deben ser combinados con los verbales, o en la que la poesía y la biblioterapia están indicadas específicamente, se verifica cuando los pacientes no encuentran palabras o se quedan sin lenguaje para expresar lo que experimentaron y sintieron. A veces, incluso, tienen que aprender todavía a conceptualizar algo. “Estoy buscando las palabras, ya lo tengo, lo siento, pero no lo puedo expresar. No encuentro palabras”. Para algunos pacientes, en particular los de características *psicosomáticas*, constituye una gran dificultad y aquí se vuelve indispensable la coordinación intermedial con enfoques verbales y no verbales, quizá de la musicoterapia y la poesía, de manera que aquello que se experimentó con el sonido pueda ser condensado, captado en una poesía, y pueda ser expresado en lenguaje.

La teoría evolutiva nos encamina hacia perspectivas para una **teoría de la salud y la enfermedad**. La teoría de la **patogénesis**, de cómo se generan las enfermedades, nos abre el panorama para aquellos desarrollos malogrados o desfigurados. El saber de los terapeutas artísticos no debe abarcar únicamente el desarrollo sano en general y el de la creatividad en particular, sino también el desarrollo de las enfermedades y por este motivo la terapia artística requiere una teoría de la enfermedad. En esta búsqueda tendrá que recurrir seguramente a la teoría de la enfermedad de una de las grandes líneas de psicoterapia: el psicoanálisis, la psicología individual o las psicologías humanistas y a la investigación empírica de la patogénesis; pero también en lo que hace a la patología, debería intentar elaborar algo propio y específico de ella. Nuestra práctica con los métodos de diagnóstico terapéutica en pacientes nos demuestra que esa elaboración es posible. Puedo reconocer el acontecer de una enfermedad en una imagen, en una escultura de arcilla, en un collage o en una poesía, en el curso de un movimiento o en una secuencia de danza terapéutica. Los distintos cuadros clínicos, como se los conoce de la psicopatología psiquiátrica, —en particular en su orientación dinámica— o de la diagnosis psicoanalítica, se vuelven claramente reconocibles en su especificidad. La exposición detallada de este punto excedería desde luego el marco de esta conferencia y debería llevarse a cabo con nuestro material, rico en imágenes y textos. Entre tanto, es importante para nosotros señalar la necesidad de elaborar una conceptualización diagnóstico-terapéutica de los estados patológicos de la creatividad. Estoy de acuerdo con *Moreno* cuando habla de neurosis de creatividad en personas con un potencial creativo limitado a causa de acontecimientos en su biografía, o cuando habla de creatividad patológica, como se presenta, por ejemplo, en la producción alucinatoria de las psicosis o en “*la imaginería de los enfermos mentales*” o en su producción literaria. El diagnóstico arteterapéutico lo hace evidente: *el hombre inhibido por la neurosis es el hombre sin espontaneidad*.

Muy bien podemos complementar las teorías psicoterapéuticas de la enfermedad y los enfoques diagnósticos que ya existen, con aportes específicos de la terapia artística. No obstante, en este campo todavía queda mucho trabajo por desarrollar. Si sabemos cómo nacen las “neurosis de creatividad”, qué hechos entorpecieron y

todavía entorpecen a las personas en sus capacidades perceptivas y en su potencial expresivo, qué les ha quitado la sensibilidad, qué hechos han embotado su empatía, cuánto más sepamos de estos procesos, más posibilidades habrá de transformar esas situaciones de enfermedad con los métodos y medios de la terapia artística, y con metas claras y un plan. Necesitamos por lo tanto, repito, una teoría de la enfermedad y una teoría de la diagnosis propias de la terapia artística.

Volvemos aquí al punto de partida de esta sección: en las **teorías explicativas de lo real** tenemos que integrar la teoría de la personalidad, la teoría evolutiva, la teoría de la salud y la teoría de la enfermedad y con ellas también ciertas áreas que pertenecen a una “**teoría general de la psicoterapia**” –como la hemos desarrollado en el enfoque integrador y su trabajo con medios creativos– como, por ejemplo, una teoría sobre la diagnosis, la indicación y el pronóstico; también debería abordarse “**la teoría particular de la psicoterapia**”, con los conceptos sobre la relación terapéutica, la transferencia, la contratransferencia, la resistencia y la defensa en el trabajo con métodos de la terapia artística y medios creativos, pero no podemos hacerlo aquí de modo suficientemente sistemático. Mientras tanto, algo de lo mencionado intentaré incorporarlo a la tercera sección de las conferencias, que – a continuación de mi exposición sobre los conceptos de metateoría y teorías explicativas de lo real– se ocupará de la praxeología, de las teorías sobre métodos, técnicas, medios y su aplicación y combinación inter- e intramedial, de manera diferenciada y específica en cuanto a la indicación. Lo que hagamos en la práctica estará determinado por esta clase de teorías de la práctica. Abordaremos este tema después de la pausa. Pero ahora quisiera que haya espacio para preguntas:

Pregunta: Usted nos remite a la deficiencia de la diagnosis en la terapia artística. ¿De qué modo se logra entonces un trato responsable con el paciente? ¿Están los terapeutas artísticos en condiciones de realizar el diagnóstico? ¿Es su obligación hacerlo?

Respuesta: En tanto que la terapia artística no disponga de una diagnosis propia, el diagnóstico deberá hacerlo quien entienda de diagnosis clínica; puede ser un terapeuta artístico con el saber correspondiente, un psicólogo o un psiquiatra. Sin embargo, debo decir que también hay psicólogos que entienden muy poco de diagnosis clínica, porque se trata de algo más que de la realización exclusiva de tests o de un saber sobre fenotipos psicopatológicos, como están en el libro. La diagnosis es más: *Diagnosis significa captar y comprender un destino humano. Siempre constituye también un proceso de empatía.* Junto a un conocimiento sólido de psicopatología debemos tener, además, un conocimiento sólido de sociopatología, y este aspecto en general se descuida, a pesar de que los terapeutas familiares desarrollaron buenos modelos. O sea, debemos desarrollar una *diagnosis* compleja, *de pluralidad de perspectivas*, con la mirada puesta en el padecimiento de una persona concreta en el entramado de su vida. En la tercera parte de mi conferencia hablaré más a fondo sobre diagnosis. Aún cuando la diagnosis inicial la realice un psiquiatra o psicólogo, los terapeutas artísticos, a través de sus enfoques de los métodos y de los medios, pueden aportar elementos esenciales a la evaluación diagnóstica. La diagnosis debería ser producto de un trabajo en equipo, en el que los terapeutas que se ocupan del paciente aúnen sus competencias siguiendo el principio de *joint competence*. También el terapeuta artístico o el creativo diagnostican. No abordo aquí las cuestiones jurídicas. Es natural que en una clínica solo podrá realizar la diagnosis de ingreso quien esté habilitado legalmente. De todos modos, después de la diagnosis inicial sigue lo que llamo “diagnosis de proceso”. Por desgracia la diagnosis es, en general, una fotografía instantánea que se fija por escrito. El paciente recibe un *rótulo* y con él se lo

despacha por un camino bien determinado. Se le establece depresión endógena o psicosis alucinatoria, etc. En la diagnosis de proceso, en cambio, se vuelve a reflexionar sobre la evolución de una persona, su historia, su trasfondo y su conducta, en sesiones de supervisión y de equipo, para que lo fijado y establecido por escrito pueda modificarse; pienso que en este asunto los terapeutas artísticos podrían y deberían desempeñar un papel muy importante, porque encuentran información que el médico no obtendrá fácilmente y no podrá ver en una consulta médica.

Pregunta: Usted siempre vuelve a destacar la importancia del lenguaje y de la verbalización, pero no reside justamente la ventaja de las terapias de creatividad en que son *realmente no verbales* y los pacientes pueden dejar de lado las palabras y la reflexión? Precisamente quienes tuvieron perturbaciones tempranas necesitan también lo no verbal.

Respuesta: Considero que la “terapia *realmente no verbal*” es un absurdo. Una terapia que afirme ser exclusivamente no verbal es disparatada\*), porque el ser humano es también un ser hablante –y nosotros siempre tratamos al hombre en *su totalidad*, tratamos al hombre en su realidad corporal, psíquica y espiritual, en sus aspiraciones sociales y su inserción ecológica. Abarcamos todo esto con los conceptos mundo de vida y “sujeto-cuerpo”, *sujet incarnée* (v. Merleau-Ponty) .Si consideramos al ser humano como totalidad no podemos obviar que es un ser hablante. Necesita plasmar en palabras las cosas que experimenta. Hay orientaciones en la terapia a través de la danza, en cuyo proceso terapéutico no se habla con los pacientes. El eje lo constituye el movimiento. La verbalización es indeseable. Encontramos algo similar en algunas formas de la musicoterapia y de la terapia artística. Pienso que con esa modalidad se pueden reproducir ciertas situaciones traumáticas de alguien al que no le fue dirigida la palabra: no ser aceptado como interlocutor, negativa del permiso a preguntar, no recibir explicaciones, es decir, distintas condiciones de socialización en que la palabra fue rehusada. Por esta razón, las terapias que abarcan a la totalidad del hombre siempre deben ligar lo verbal y lo no-verbal. Las terapias puramente verbales, como el psicoanálisis, están limitadas de modo similar, porque el ser humano siempre es alguien que toca y es tocado. Cuando los niños enferman porque no se los acaricia, no tiene objeto un gran discurso, simplemente hay que tomarlos en brazos. Cuando seres humanos adultos, como los pacientes con síndrome fronterizo o neurosis narcisista o afecciones psicósomáticas enfermaron porque en el ámbito temprano de socialización no recibieron suficiente contacto corporal o sólo uno negativo o ambivalente, entonces se debe facilitar la posibilidad de experimentar contacto corporal positivo en la terapia. Estos conocimientos los debemos al psicoanalista húngaro *Sandor Ferenczi* y a terapeutas que fueron sus discípulos como *M. Balint*, *V.N. Iljine* o quienes fueron influidos por él, como *W. Reich*, *D.W. Winnicott* o *F.S. Perls*, quienes acuñaron el enfoque de la “terapia integradora”. Por cierto se trata de una cuestión de indicación, que debe ser evaluada cuidadosamente.

\*) Como reacción a esta afirmación, los estudiantes analizaron en su tesis de graduación la verbalización y no-verbalización en los diferentes autores de terapias artísticas.

El concepto de lo “no verbal” es altamente inespecífico. Sólo puede valer como un concepto que abarque a otros, por ejemplo, para lo preverbal, algo que es previo al lenguaje, como los sentimientos tempranos, sentimientos de bebé, como los encontramos en algunos cuadros clínicos de adultos: Los sentimientos todo-o-nada del paciente fronterizo, sus sentimientos extremos, totalmente grandioso o enteramente reducido a la nada. Esta clase de sentimientos polares extremos procede casi siempre de un estrato temprano del desarrollo de nuestra personalidad y puede anegar al paciente. Se vuelve confluyente. Proceden de un *tiempo anterior al*

*lenguaje*. Y esos sentimientos deben convertirse en conceptos, encontrar palabras, es decir, que *en la terapia debo continuar la socialización* que en algún lugar quedó interrumpida o que transcurrió deficitaria o unilateral. El hombre debe encontrar una *expresión* (como puede ser en la mímica, el gesto, el color y los sonidos) y debe encontrar *palabras*, para sus percepciones, sensaciones, impresiones, para sus sentimientos, sus estados de ánimo y humores: vean cuántas palabras tiene nuestra lengua en este dominio. La significación y la diferenciación de lo *perceptivo* y lo *afectivo*, de *sensación* y *emoción*, de *presentimiento* y *sentimiento* es de extraordinaria importancia para estos pacientes. Tomemos como ejemplo a un niño que muy tempranamente tuvo que vivir una situación de pérdida, con dos años, tan temprano que todavía no disponía de lenguaje para ese acontecimiento: su madre se enfermó y debió ser internada, o él mismo enfermó, y por algunos meses debió ir a una clínica. Repentinamente la madre, su olor, su voz todo eso no estaba. Es un choque. La niña o el niño experimentan una pérdida y surgen en él o en ella todas las reacciones que pueden sobrevenir entonces: primero angustia, pánico, luego dolor, cólera y después surgen reacciones como desesperación, agobio, abatimiento, sufrimiento, depresión, luto. Acabo de verbalizar seis matices diferentes de sentimiento, para las que este niño todavía no tiene conceptos. Está expuesto a una marea de afectos distintos que puede expresar con mímica, gestos y sonidos, pero que quizá no pueden ser registrados por un padre sobrexigido, que no sabe “leer” la no verbalidad del niño. ¿Qué te sucede? ¿Por qué no dices? ¡Deja de llorar! ¡Ya es suficiente! ¡Quédate quieto ya! La verbalización diferenciada de climas, sentimientos, estados de ánimo y humores es un elemento comunicativo muy importante y un factor constitutivo en el desarrollo de una personalidad diferenciada, en el proceso de “aprender a entenderse a sí mismo” y encontrarse a sí mismo. Por eso cuando alguien, en su proceso evolutivo, quedó fijado en lo preverbal, en el “ámbito sin lenguaje”, debemos conducirlo hacia lo verbal en el acontecer del tratamiento. Con esto no estoy diciendo que todo pueda ser verbalizado. Una hermosa frase dice: *donde termina el lenguaje, comienza la música* Existen, sin duda, dominios que no pueden ser llevados hacia el lenguaje. Los denomino *transverbales*. Transverbal es lo que rebasa el lenguaje, lo que está más allá del lenguaje. Por ejemplo: mudo de asombro, alegría inefable, horror indecible, mudo de espanto. Nuestra lengua encuentra perífrasis y metáforas para aquello que en realidad no se puede decir. Todos conocen, por cierto, al Pato Donald. Cuando su tío Rico (o tío Gilito) está ante su depósito de dinero vacío y mira hacia el fondo, donde quizá, en lo más profundo, queda una sola moneda, que los ladrones perdieron, y la bruja Magica le roba todavía su primera moneda, la número uno, los tres sobrinos detrás de él sólo pueden comprobar: “¡Se quedó mudo. *Su globito está vacío!* El globito sobre su cabeza está vacío. No encuentra palabras.

Tío Rico queda “mudo de espanto”. Está ante su depósito de dinero vacío y todo lo que da sentido a su vida se ha derrumbado.\* Y no lo puede capturar en palabras, a lo sumo en una onomatopeya. El globito del cuadro siguiente dice tan sólo “screech”. Esa es, entonces, la dimensión de lo transverbal .

Existe aún una tercera categoría de no verbalidad: la conducta que pasa a un primer plano cuando en la película quitamos el sonido. Es lo que denominamos *periverbal* (de ‘peri’ en griego: alrededor), eso que se acumula alrededor del lenguaje, es decir, postura, mímica, gesto, entonación. Entonces, podemos especificar bastante el concepto de no verbalidad.

Pregunta: Lo que es transverbal ¿realmente no puede ser verbalizado?

Respuesta: Es posible con perífrasis. Podemos tratar de encontrar metáforas, imágenes, símbolos; el “screech” también trata de capturar el espanto, expresándolo con onomatopeyas, y también una poesía puede atrapar lo transverbal, haciéndolo poema, condensándolo.<sup>4</sup> Con este tema, nos hallamos frente a cuestiones interesantes de la terapia con poesía: qué formas poéticas aplicamos para expresar algo que ya no puede ser dicho, como “una pena indecible”. El haiku japonés, una forma poética que en dos oraciones, en dos o tres versos es capaz de decir más que toda una balada, presenta algunas vías posibles. Cuando alguien dice “Mi pesar es tan grande como mil noches de invierno” está atrapando algo transverbal en esa imagen. Las mil noches de invierno son una metáfora para algo que no es posible enunciar. La palabra “pesar” no es suficiente, requiere el complemento de mil noches de invierno.

Pregunta: Existen muchas imágenes del hombre. Casi siempre se trata de ideología. Es difícil decidir qué es lo correcto. ¿No es mejor, entonces, atenerse a la expresión artística y no tomar partido?

Respuesta: En principio se puede decir: con independencia de lo que uno haga en la terapia o en la orientación que se siga, uno tendrá, para orientar la acción una visión del hombre, al menos implícita. Sin embargo es mejor tener una imagen explícita que una encubierta. Además, es absolutamente posible evaluar las visiones del hombre. Podemos desarrollar metacriterios, con los cuales se pueden reconocer las concepciones problemáticas. Si se piensa en las imágenes del hombre en el Tercer Reich se verá que no es tan complicado: la raza aria, los hombres-amos, los Hombres inferiores y todas esas cosas terribles..

Naturalmente existen también concepciones dispartadas, ciertamente tóxicas en la terapia. Pienso en el modelo de hombre implícito en el behaviorismo clásico y las formas de la terapia de conducta tradicional, que se basan en aquél, como los métodos de aversión en el tratamiento humano. De todos modos, debemos reconocer que existe una pluralidad de imágenes del hombre, dependientes del marco histórico y cultural respectivo. No existe una *única* explicación de la existencia humana, la evangélica o católica, judía o budista, una psicoanalítica, de terapia gestáltica, psicodramática o de Rogers, que pueda pretender validez universal.

Reitero: Diversas visiones del hombre son posibles. Si exploramos distintos paradigmas humanos encontraremos ciertos factores que los vinculan. Uno de ellos es el “principio dialógico”. Si tomamos los escritos antropológicos de *Marx* observamos también allí un principio dialógico. Algo similar se establece en el Nuevo Testamento. *El ser humano, en su esencia, es alguien que está en un diálogo*. Sería un consenso mínimo que tiene consecuencias para la acción terapéutica: tiene que fundarse en situaciones dialógicas.

Pregunta: Usted destacó con mucho énfasis la profesionalidad. ¿No es justamente la imagen del hombre implícita en la terapia profesional la que encubre grandes peligros? ¿No es mejor apostar al arte que a la profesionalidad clínica?

Respuesta: Si adherimos, como terapeutas, a una imagen médica tradicional del hombre, aspiraremos como meta a una curación en el sentido de *restitutio in sano*, es decir, a un restablecimiento de la capacidad de función del organismo, un arreglo de aquello que estaba “descompuesto”. Quizá, si ya no se puede reparar todo, ofreceremos ayudas de superación (coping). Y diría que eso es muy poco. Es indudable que, como meta, habría que agregar el desarrollo de la personalidad, pero un terapeuta con una comprensión médica de la terapia no lo consignará en su

---

<sup>4</sup> en alemán „verdichten“. Significa convertir en poesía, también condensar.

catálogo de objetivos. Él es médico, “Mediziner”, *medicus*, ya no “Arzt”, palabra que deriva de *ars*, arte. Su visión del hombre es menos amplia. Es importante, por lo tanto, contar, en lo posible, con imágenes complejas y diferenciadas del hombre, de las que se pueda derivar una *restitutio ad integrum*, que no limite la integridad humana al funcionamiento sin desperfectos de la máquina corporal.

Dije que la terapia únicamente puede tener lugar en una relación *interhumana*, y opino que en las profesiones auxiliares no es posible la profesionalidad sin humanidad. De lo contrario, realizaremos un tipo de trabajo tecnocrático y tecnicista y reproduciremos la situación de extrañamiento, las objetivaciones y las cosificaciones que hicieron que seres humanos enfermaran.

La profesionalidad no debe entenderse como tecnocracia, tampoco como accionismo arteterapéutico. ¡Hagamos una vez esto y ahora hagamos aquello! La profesionalidad en la terapia combina competencia clínica y performance, con el compromiso con seres que padecen. Participamos de su destino y nos dejamos conmovir por sus padecimientos.

Pregunta: ¿Puede dar más detalles de sus conceptos sobre diagnosis e indicación?

Respuesta: Bien, tenía prevista una secuencia temática distinta, pero la voy a modificar. La tercera parte de la conferencia la orientaré más hacia el tema de la diagnosis.

Diagrama 3



### Espiral hermenéutica y terapéutica en la terapia integradora (de Petzold 1988p)

<b>wahrnehmen</b>	percibir > explorieren	explorar > erinnern	recordar
<b>erfassen</b>	captar > wiederholen	repetir > agieren	actuar
<b>verstehen</b>	comprender > integrieren	integrar > durcharbeiten	reelaborar
<b>erklären</b>	explicar > reorientieren	reorientar > verändern	modificar

Subjekt	Sujeto
Mitsubjekt	Cosujeto
Sache	objeto



### 3. Praxeología

La **praxeología** se ocupa de *métodos, encuadres, de técnicas y medios, de modalidades, estilos y formas* en la terapia y por lo tanto también está relacionada con la diagnosis y la indicación. ¿Qué *medio* es el indicado, los títeres o el trabajo con arcilla? ¿Qué *forma* elijo, terapia individual o de grupo? ¿Qué *encuadre*: tratamiento con internación o ambulatorio? ¿Qué *modalidad* es aconsejable, la que se centra en el conflicto, en la experiencia o en la práctica? ¿Qué *técnicas* aplico, cambio de roles, doblaje, pintura en diálogo, etc.? Primero naturalmente está la pregunta: ¿qué *método dominante*, qué abordaje metódico predominante habrá que elegir? – Musicoterapia integradora para quien sufrió perturbaciones tempranas, con los distintos instrumentos como *medios*, con diálogo instrumental como *técnica*, en la *forma* de tratamiento individual, porque el paciente aún no está en condiciones de tratamiento en grupo? ¿Quizá, en cuanto a la *modalidad*, primero hacemos eje en la práctica y la experiencia, y, en el *estilo*, de apertura selectiva, porque la defensa todavía es muy alta? ¿Quizá el *encuadre* con internación sea inevitable! – ¿O quizá esté indicado un *método* de terapia a través del drama, terapia dramática integradora, con máscaras, trajes y muñecos como *medios*, con cambio de roles y doblaje como *técnica*, en una *modalidad* con eje en el conflicto? ¿O tengo que combinar la terapia a través de la música con la de movimiento, en el sentido de un método intermedial? Todas éstas son preguntas praxeológicas que van unidas al diagnóstico y a la indicación. Por supuesto que en la diagnosis clínica las preguntas sobre el cuadro clínico y las condiciones generales de vida del paciente tienen un lugar destacado. De ellas se derivan las preguntas sobre los *estilos* y a continuación hay que decidir sobre los *métodos y medios* que parezcan apropiados como aporte en el logro de los **objetivos**. La pregunta sobre la determinación del cuadro clínico está ligada a una doctrina de la enfermedad. Nos sirven de orientación conceptos de la terapia integradora y de la psicodinámica, aunque aquí no podemos detenernos en los pormenores. Pero nuestra pregunta diagnóstica no sólo es: ¿qué tiene la persona? También, qué hago con ella y con qué objetivos trabajo con ella. La diagnosis me debe conducir siempre a la formulación de objetivos.

En la terapia artística como en la psicoterapia nos planteamos **objetivos** en cuatro planos: en el primer plano, el *metaplano*, nos planteamos *metaobjetivos*. Nuestros supuestos antropológicos enuncian que el hombre debe ser creativo, debe ser capaz de dialogar, etc. Entonces, primero observo al paciente en función de eso: ¿es creativo, es capaz de dialogar, es empático, etc.? ¡No, no lo es! Entonces comparto con *Moreno* el desarrollo de la creatividad como *objetivo orientador* o como *objetivo global*; o bien promuevo la tendencia a la autoactualización, si me baso en las *teorías de Goldstein, Maslow o Rogers*. El metaconcepto establece que la autoactualización es un objetivo en sí.

En el segundo plano, el de nuestras *teorías explicativas de lo real*, obtenemos otras metas relacionadas con la personalidad en su nexa con la vida: son los *objetivos definidos por la personalidad*. Por regla general, en cuanto a su estructura, deben coincidir con los metaobjetivos. Por ejemplo: Observo a un paciente desde la teoría de la personalidad de Freud; deberá tener un *yo* capaz de funcionar adecuadamente, que pueda mediar entre las exigencias pulsionales del *ello* y las reglas y normas del *súper-yo*. En una teoría de esa índole, la fuerza del *yo* es un objetivo con independencia de la diagnosis, que define antes que nada la perspectiva diagnóstica. En cada paciente debo establecer si dispone de fuerza del *yo*. En mi enfoque teórico propio, la terapia integradora, entran en juego también, además del *yo*, los conceptos del sí-mismo (¿posee un sí-mismo integrado?) y de la identidad. ¿Tiene

un sí-mismo consistente, una identidad manifiesta? Si no fuera así, el refuerzo de la identidad constituye una meta aproximativa a la que hay que apuntar. Por lo tanto, obtengo una parte de mis metas terapéuticas y de mis categorías diagnósticas a partir de mi fundamento teórico. Pongo mi atención en la fuerza del yo, la estabilidad del sí-mismo, en la manifestación de la identidad. El *tercer plano* de los “objetivos” –que se infieren sólo de modo indirecto del dominio meta y del explicativo de lo real (por ej. a través de criterios de selección)– se obtiene del *análisis del mundo de la vida* del paciente. El *cuarto plano* de los “objetivos definidos a partir de los métodos” lo circunscriben los instrumentos de los métodos, técnicas y medios terapéuticos.

Si se investiga el mundo de la vida (*Husserl, Schütz, Merleau-Ponty*), el campo, el ambiente (*Lewin*), el contexto (*Petzold*) del paciente, enfoco por ejemplo el estado de sus recursos, y llevo a cabo un *análisis de recursos*: ¿Tiene trabajo, tiene suficientes amigos, tiene redes sociales que lo sostengan, tiene pasatiempos, tiene dinero? Estos elementos constituyen los recursos. Para sondearlos hemos desarrollado una vía arteterapéutica, el *campo de recursos* (ilustración 1). Se propone al paciente que dibuje sobre una hoja grande todo aquello que resulte sustancial en su vida o le dé sostén: bienes materiales, personas, conocimientos. Deberá desplegar todo en un campo y mostrar la importancia de cada cosa a través del tamaño, la forma, el color o por medio de símbolos.

Después considero su continuidad, es decir que no sólo se hace *análisis de contexto*, sino también *análisis de continuidad*. ¿El curso de su vida tiene continuidad? ¿Cuántas rupturas hay en él? ¿Hay una acumulación y cadenas de acontecimientos, *chains of adverse and protective events*? ¿Es dueño de su pasado, puede enfrentarse en introspección a su pasado? ¿“Tiene” un porvenir? Y lo que es de extrema importancia: ¿Tiene planes, proyectos, metas, esperanzas? Pero también las angustias y los temores deben ser explorados. Todo eso está en el porvenir. Para analizar la continuidad desarrollé la técnica del *panorama de vida*. En su imaginación, los pacientes son llevados de regreso hasta el comienzo de su vida y empiezan a configurar, en una hoja de papel, toda su vida desde el principio hasta el futuro, el período embrionario, los primeros años de vida, la pubertad, los años de estudiante, hasta el momento presente; se plasman en el papel, en color y forma, todos los acontecimientos significativos que vienen a la memoria, y se continúa el dibujo anticipando los hechos hasta la vejez, hasta la propia muerte, que puede encontrar su expresión en un simbolismo de colores o de formas (ilustración 2). Al *análisis del contexto* se suma entonces el *análisis de la continuidad*. Además fijo mi atención en los campos de conflicto, llevo a cabo un *análisis de conflictos*. Por un lado, aplico para el análisis *diagramas o imágenes de conflicto*, para detectar los conflictos internos y externos (ilustración 6b) o también, por otro lado, para la representación de los conflictos en el sí mismo, utilizamos los *retratos del sí mismo*, que, de una forma simbólica hacen accesible, a través de la imagen, la dinámica en el sí mismo (ilustración 4); también se puede aplicar la técnica del panorama: el panorama de mis conflictos (ilustración 5). Con el modelo del análisis transaccional se pueden representar a través de la imagen los estados del yo y los conflictos que reinan entre ellos (ilustración 6 a). También se puede aplicar la imagen de *los pilares o dominios de identidad*, que sigue el criterio de nuestra teoría de la identidad (ilustración 7). Los conflictos que fueron reprimidos hacia el interior del cuerpo se pueden captar por la técnica del “mapa del cuerpo” (ilustración 8); en ésta técnica, el paciente pinta el contorno de su cuerpo y completa el interior con colores, formas y representaciones concretas o simbólicas (material consciente e inconsciente). ¿Dónde hay conflictos y problemas y de qué clase son? Finalmente, en un *análisis de necesidades* me ocupo de sus necesidades

y motivaciones. El examen del mundo de la vida en su totalidad y de las situaciones vitales concretas me proporciona información diagnóstica y, al mismo tiempo, metas terapéuticas. Si alguien, por ejemplo, tiene una red social muy débil, quizá *una sola* amiga y a nadie más y los dos están siempre juntos y se tienen que contar todo y ser todo el uno para el otro, y él la abandona o ella lo abandona, bruscamente él queda sin ayuda totalmente, sin ninguna persona a quien recurrir. A alguien que dispone de una red social deficitaria de tal modo patológico le debemos ayudar a lograr una red social más amplia, más firme.

Con la técnica del átomo social de proyección (ilustración 9) desarrollamos un instrumento de arte terapia con el fin específico de captar y explorar esa clase de redes “enfermas”. Para investigar las estructuras familiares, como una dimensión particular de la red, se presta la escultura de la familia (ilustración 10) como abordaje desde la terapia creativa; se puede realizar con arcilla o plastilina o también en vivo, con la participación pantomímica de integrantes del grupo, a los que el protagonista dispone y modela de manera que resulte la imagen de su familia, una obra plástica viva.

En un “plan curricular terapéutico” para el paciente (similar a la taxonomía de las metas de aprendizaje en la didáctica) distinguimos objetivos globales u orientadores, objetivos aproximativos y objetivos finos. Cuando tengo como objetivo global, derivado de la metateoría, el estímulo de la creatividad - que constituye una meta considerable- debo trabajar objetivos aproximativos con el planteo de la pregunta: ¿Cómo llego hasta allí? La respuesta será: A través del desarrollo de la sensibilidad. La pregunta cómo alcanzo mayor sensibilidad, me conduce hacia objetivos finos, por ejemplo la “afinación” específica de algún sentido en particular. Una vez que esos nexos están a la vista con claridad, me es posible elegir los métodos, las técnicas y los medios para lograr esos fines. De este modo llegamos, en la búsqueda de metas, al cuarto plano, determinado por los métodos. Recapitulando podemos decir: el primer plano de los objetivos, los metaobjetivos, se deriva de la transmutación diagnóstica de los supuestos metateóricos. Le sigue el abordaje diagnóstico, sobre la base de las teorías explicativas de lo real, que nos conduce hacia los *objetivos determinados por la personalidad*. El *análisis del mundo de la vida*, con sus análisis parciales nos guía, para las intervenciones terapéuticas, hacia el tercer plano de los *objetivos determinados por el mundo de la vida*. El cuarto plano de los objetivos determinados por el método, depende del potencial de estimulación del método elegido.

En esta multiplicidad de informaciones diagnósticas hay que establecer un orden. Desde una heurística diagnóstica hay cuatro preguntas principales que pueden ser de ayuda:

- 1) *¿Qué está sano y debe ser conservado?* Es la pregunta acerca de aquello que goza de buena salud. Es una pregunta importante y constituye el primer paso. En un paciente no considero primero la patología sino aquello que está sano y que debe ser conservado. Para eso necesito intervenciones preventivas y estabilizadoras.
- 2) *¿Qué está perturbado y requiere ser “restituido”?* Es la pregunta que indaga sobre perturbaciones y conflictos. Examino aquello que no “funciona”, que está perturbado. En este punto hacen falta intervenciones reparadoras para restablecer o al menos mejorar lo que está destruido.

- 3) *¿Qué está faltando y por lo tanto se lo debe volver disponible, porque no está o nunca estuvo?* Es la pregunta sobre lo deficitario. Para este paso se requieren intervenciones sustitutivas. Cuando en una biografía hubo juegos muy pocas veces o casi nunca, entonces no estamos ante perturbaciones o conflictos sino ante un déficit, y –siguiendo con nuestro ejemplo- tenemos que proponer juego.
- 4) *¿Qué sería posible y debería ser explotado?* Esta pregunta fija la atención en las potencialidades. Busca aquello que en esa situación aún no se realizó, las posibilidades y perspectivas que aún no se percibieron y que no están agotadas. Aquí hacen falta estrategias e intervenciones evolutivas. Debemos ayudar a alguien a desarrollar algo que puede hacer. Si trabajo con un paciente en lo verbal y observo que es bastante hábil en lo manual y se comprueba que hay una posibilidad allí que hasta ahora no fue aprovechada, entonces intento alentarle a desarrollar esas capacidades.

Ahora, es necesario agrupar estos interrogantes en taxonomías de objetivos que conduzcan a estrategias de intervención. Las intervenciones, a su vez, reclaman *métodos, técnicas y medios* adecuados. Por *métodos* entendemos “estrategias de acción, consistentes en sí, en el marco de un *procedimiento*” (por ej. el marco del psicoanálisis o de la terapia integradora), para alcanzar las orientaciones y objetivos que fueron elaborados por medio de la exploración diagnóstica. Esto significa que la musicoterapia es un método, la danza como terapia es un método, la terapia a través del arte y la pintura constituye un método, también la terapia a través del drama es un método. Y cada uno de estos métodos, como ya se mencionó, dispone de técnicas y medios. Elijamos como método el teatro de títeres terapéutico. Quizá sean el psicoanálisis o la terapia integradora los *procedimientos* que lo respalden con su metateoría, su teoría de la personalidad, la doctrina de la enfermedad, etc. El *método* “teatro de títeres terapéutico” es un conjunto sólido de intervenciones, con lineamientos teóricos, para el trabajo con pacientes. Sus *técnicas* consisten, por ejemplo, en el cambio o intercambio de muñecos. Los *medios* son el títere o guiñol de mano, la marioneta, el muñeco de varillas, el muñeco gigante o el muñeco de sombras, y cada variante del *medio muñeco o títere* ofrece posibilidades específicas. Por eso es ventajoso conocer los aspectos *intramediales* a fondo, porque ciertos métodos, medios y técnicas hacen posibles determinados objetivos y otros, no. Eso ya lo señalé a propósito del ejemplo sobre el modo de trabajo verbal y no verbal.

El teatro de títeres como método y el títere como objeto intermediario posibilitan que los pacientes muy retraídos puedan establecer contactos, es decir, es una meta posible de alcanzar. En el teatro de títeres no sucede que haya que asumir un papel en persona o que haya que *poner el cuerpo* en la interpretación de un papel (sería una exigencia excesiva para pacientes tan retraídos), como en cambio lo permite el juego dramático en el *cambio de roles*. En el teatro de títeres habría que transitar paulatinamente un camino de abordaje desde el muñeco de mano al de varillas (que se puede dejar de lado con facilidad). Las posibilidades del método, del estilo, de la técnica, del encuadre, la forma y el medio determinan de igual modo mi acción con el paciente. Por ese motivo tengo que poder disponer de esos instrumentos de manera diferenciada y según la indicación específica. A raíz de eso la **praxeología**, las teorías sobre la transmutación práctica de conceptos, las **reglas de la intervención**, una teoría de la técnica del tratamiento – o como uno desee llamarlas- son un dominio de gran importancia en la terapia integradora. Es que también existen enunciados teóricos sobre los medios: la tierra arcillosa posee una *valencia comunicativa* distinta a la del títere; la pintura es de una valencia comunicativa menor a la del psicodrama. Además de la valencia comunicativa, está

la *valencia expresiva*. Lo que puedo expresar en la arcilla es algo distinto a lo que es factible de ser expresado en la música. Además, está la *característica natural* de un medio. La tierra arcillosa nos conduce hacia lo anal, pero quizá también hacia el borde de la muerte, porque de tierra somos y a la tierra volvemos. La calidad motivadora de la arcilla nos aproxima a esos temas. La pintura para aplicar con los dedos también nos retrotrae hacia algo básico, temprano, con los lápices o bloques de cera, este efecto ya no es tan fuerte; con los lápices de colores, que requieren una motricidad precisa y diferenciada, surgen contenidos posteriores de la socialización. Si se los ve desde la psicología evolutiva y desde su calidad medial, están asentados con “posterioridad”. En este ejemplo se vuelve notorio que a los aspectos *intermediales* (como el paso de la pintura al teatro de títeres y luego eventualmente al juego de roles) se le suman los *intramediales*. El color como medio, en sí mismo, es decir de modo intramedial, es de calidad diferenciada. Cada medio posee una determinada calidad motivadora, una cierta carga, un espectro específico acerca del cual necesito saber, para aplicarlo adecuadamente. Todavía habría mucho para exponer sobre este tema, en particular sobre el espectro terapéutico de los diversos medios o incluso acerca de su potencial diagnóstico específico. Sólo fue posible enunciar, casi en último lugar, los fundamentos teóricos de las posibilidades de combinación **inter-** e **intramedial**, y de la evaluación de las incompatibilidades, que también existen, y que pueden conducir a fracturas en el proceso terapéutico o incluso a una crisis, si la puesta en práctica es inadecuada; por lo tanto, será necesario remitir a bibliografía que amplíe la temática.

Quisiera referirme ahora a un ejemplo de trabajo intermedial e intramedial, que esclarecerá las explicaciones teóricas y conceptuales precedentes.

#### Descripción de un caso

Me consulta una paciente de 36 años, Gertrudis, empleada, aquejada de asma; su asma no es muy grave, pero persiste desde algunos años; su dolencia fue tratada algo más de tres años con psicoanálisis sin que se hubiese producido una mejoría importante. El tratamiento se basó en la hipótesis de una madre que la retiene, súper-poderosa, que le ha quitado el aire a su hija y no la deja en libertad. No es una mala hipótesis. Puede suceder que encontremos una constelación similar en muchos enfermos de asma: madres que producen tal ligadura con sus hijos que éstos no se pueden desligar, con lo que se crea un clima asfixiante. La paciente tuvo que mudarse a otra ciudad y allí vino a consultarme. Yo intenté proseguir la terapia donde mi colega había interrumpido. Ahora habría que mencionar que en nuestro consultorio hay un gong de 96 cm de diámetro. Esta paciente, Gertrudis, tenía grandes dificultades para expresar sus sentimientos con el lenguaje. Conocemos esta dificultad desde nuestra práctica clínica con pacientes psicósomáticos, que sufrieron una perturbación en su corporeidad muy tempranamente, por experiencias negativas, se tuvieron que anestesiar o sufrir déficits, de modo que desarrollaron una mala relación con su cuerpo y no pueden expresar adecuadamente sus sentimientos a través del lenguaje. En parte, ni siquiera toman nota de sus sentimientos. En particular, no perciben que *se encuentran en guerra con su cuerpo*. Lo siguiente puede valer como una definición pragmática cabal de lo psicósomático: una persona es psicósomática cuando vive en estado de guerra con su cuerpo y no se da por enterada.

Cierto día esta paciente viene a su tratamiento. Le pido que vaya tomando asiento, mientras yo voy a la sala de vídeo. En ese intervalo ella se acerca al gong y lo hace sonar. Cuando entro nuevamente a la sala, está frente al gong, con los ojos en lágrimas. Pregunto: “¿Qué sucede?” Y ella contesta: “No lo puedo decir. Está en mí, pero no lo puedo decir. ¡O no lo puedo expresar!” Le digo: “Bien, si quieres,

continúa un poco con el gong.” Ella comienza a hacer sonar el gong muy suavemente. Al poco tiempo, este sonido se convierte en el rápido ritmo del corazón. Súbitamente se sobresalta y comienza a llorar otra vez. Pregunto: “¿Qué tonos son esos?” Me responde: “No lo sé.” – Decido “prestarle” un lenguaje y digo: “Para mí, es *mi* impresión, sonaba como los latidos del corazón, como el sonido del corazón”. Gertrudis llora todavía más, pero permanece sin hablar. Le doy un poco de contacto corporal, no mucho, con gran cuidado, dando apoyo a su espalda, dándole “respaldo”, y ella se tranquiliza. Le propongo lo siguiente: “Si no te es posible expresar con palabras todos tus sentimientos ¿por qué no lo intentas con colores, con aquellos bloques de cera para pintar?” (Intencionalmente no le indico la pintura para aplicar con los dedos. Ésta evoca tempranas cualidades que se diluyen. Y tampoco le propongo los lápices de colores.) La paciente va y pinta un cuadro, pinta el gong. Por fuera es de color oscuro, tiene una gruesa franja entre marrón y negro que encierra el centro, que es totalmente dorado.

Gertrudis sólo pinta el gong. Y en el medio nace bajo sus manos, sin intención, una forma humana aovillada. Le digo: “Mira la imagen que creaste”. Ella queda perpleja. “Parece un niño pequeño”. Ella no lo había notado. Hay imágenes que emergen desde los archivos del cuerpo. Dominique Appia lo representó de manera genial en su pintura “Entre les trous de la memoire” (Wizard & Genius, Oetwil 1975). El cuerpo produce imágenes mnémicas y al mismo tiempo se disuelve en ellas. Su cara muestra una gran perplejidad. Le digo: “Intenta expresarlo con palabras”. Gertrudis suspira. “El borde negro, como un anillo, como los brazos de mi madre.” Seguimos trabajando en este tema, también incluyendo el sonido del gong. En el transcurso del trabajo experimenta el gong como una “prisión sonora”. No puede escapar del sonido. En la pintura, comienza entonces a representar caminos multicolores que la conducen hacia fuera de la resonancia del gong. A la palabra de la madre, el sonido de su voz, a su succión no pudo escapar, pero en la pintura encuentra un camino hacia fuera. A partir de ese momento comienza a escribir poesía. Todo aquello que no puede sacar hacia fuera hablando, lo que no puede decir, lo puede poner por escrito. Pero es una labor muy difícil inducirla a leer esos textos delante de otros. Es imposible. Le pregunto: “Me permites leer tu texto?” “Sí”, responde. Leo el texto delante de ella:

“Un anillo de hierro rodea el oro del sol  
la risa infantil, arrollada de modo atroz  
pierde el sonido, pierde el habla,  
la alegría es llevada a sepultar.  
Por ahogo y penas pasa el sol  
¡O madre, matas mi corazón!

De Gertrudis se apodera una inmensa cólera y grita: “¡Me quitaron mi lenguaje!” Le devuelvo la hoja con el texto: “¡Toma y grítalo hacia fuera!” Y entonces lee su poesía con voz intensa y totalmente clara. ¡Se abrió una brecha en el bloqueo! En las semanas siguientes, en la terapia, todo se centra en que intente expresar y diferenciar verbalmente los sentimientos que percibe. Comenzamos a identificar y poner nombres a aquellas atmósferas tempranas, preverbales. Hay recuerdos que despiertan. A Gertrudis, de pequeña, se la perjudicó. Su madre enfermó por largo tiempo y, según contó más tarde a su hija, no supo qué hacer con su bebé. Entre los tres y cuatro años, su madre era muy rigurosa y la coartaba mucho, al tiempo que solicitaba de la niña demostraciones de cariño. “Sus brazos eran de verdad como un anillo que me oprimía y no me dejaba ir, incluso cuando no quería en absoluto. Entonces tenía tanta angustia y sofocación y mi corazón latía con tanta fuerza, como antes los sonidos del gong”. En el dominio temprano la madre estuvo simplemente

ausente. En las fases posteriores del desarrollo la coartaba y atenazaba. Hasta entonces Gertrudis no había podido acercarse emocionalmente a estas *atmósferas*. Le producían demasiada angustia. Pero el gong con su gran volumen sonoro y su timbre, había revivido algo en ella, sentimientos que hasta entonces eran inaccesibles y que ahora pudieron encontrar expresión a través de ese instrumento. La pintura como medio, los bloques de cera para pintar, dieron la posibilidad de capturar esa atmósfera, ese clima, darle una forma y finalmente incluso “encontrar palabras”.

La *atmósfera* es un concepto central en la teoría de la terapia integradora. Las *atmósferas* son “*fuerzas del sentimiento que conmueven y que son vertidas sin límite en el espacio*” (Schmitz), son “*un concierto de impresiones sensoriales subliminales y supraliminales que comienza a sonar en el ‘órgano sensorial total’ que es el cuerpo*” (Petzold). En el caso de perturbaciones tempranas o daños tempranos trabajamos con las atmósferas de manera predominante (el psicodrama no está indicado, por ser *escénico*). En el trabajo intermedial adquiere importancia elegir aquellos métodos y medios –y diferenciarlos de modo inter- o intramedial- que sean aptos para atrapar las atmósferas puestas en juego en el proceso terapéutico o en las configuraciones de la transferencia, para que se les pueda dar expresión. Aquí, por otra parte, resultan importantes algunas reflexiones desde la psicología evolutiva. Los medios deben aplicarse en una secuencia que desde la psicología evolutiva resulte lógica. En el caso presente resulta manifiesto que la atmósfera temprana se evoca a través del sonido, que en los colores cobra *forma* y configuración, adquiere características de icono y en la poesía encuentra un *lenguaje*, una forma verbal. Naturalmente una secuencia de esa índole no debería convertirse en una regla ineludible. Estaría en contradicción con el principio de la fenomenología y la hermenéutica, sostenido por la psicoterapia artística integradora, según el cual la elección de los medios debe resultar “del proceso”. En el uso de medios orientado por el criterio de la psicología evolutiva recurrimos a nuestro concepto heurístico del desarrollo de la memoria. Desde esa perspectiva tenemos cinco formas de memoria: 1) la forma más temprana, la *memoria visceral*, en que ya están bosquejadas las propiocepciones que están en mi cuerpo incluso ya en el período embrionario; 2) la *memoria de atmósferas*. En esta memoria se registran las atmósferas que me rodean. Puede suceder incluso en el vientre materno. Una madre estresada transmite esa atmósfera a su hijo. Si el bebé de tres meses está en su cuna y sus padres se gritan en otra habitación, entonces, aunque no los pueda ver - aún si los viera, todavía no estaría en condiciones de reconocer escenas y engramarlas, almacenarlas- y no comprende las palabras, absorbe la atmósfera y la guarda en la “memoria del cuerpo”. Las personas que sufren daños en el dominio prenatal o bien en los primeros dos años de vida, llevan en sí *atmósferas destructivas* (no *escenas*) y por esa razón el trabajo escénico con el teatro terapéutico de Iljine o con el psicodrama de Moreno logra aquí poco efecto; pero la música, sonidos “amplios” como los del gong, el timbal o el bombo, instrumentos en que -a diferencia del xilófono o los instrumentos de cuerda- no hay figuras sonoras claras, poseen, en problemas pertenecientes al dominio temprano, un alto potencial evocativo y expresivo. Recién entre uno y dos años aparece 3) la *memoria icónica* (imágenes individuales, fragmentos de imágenes) y sobre ella 4) la *memoria escénica*. El niño puede *percibir, captar y almacenar* escenas completas y más tarde piezas (*scripts*) completas o sea secuencias enteras de acontecimientos. Un poco más tarde actúa 5) la *memoria verbal*, donde se retienen sonidos, palabras y conceptos. En la persona adulta encontramos la acción conjunta de la memoria verbal, icónica, escénica, la que retiene atmósferas y la visceral: es una *memoria integral*. Para la diagnosis terapéutica y la indicación en función de un determinado modo de acción o elección de medios, resulta importante averiguar en qué momento

biográfico se produjo la perturbación o el perjuicio predominante y esto a su vez significa en qué fase del desarrollo de la memoria y en qué dominio de la memoria están registrados mayoritariamente. En pacientes psicósomáticos, fronterizos, en neurosis narcisistas o en pacientes psicóticos en general, las noxas significativas tuvieron lugar temprano, es decir, en los primeros dos años de vida –no siempre, pero sí con mucha frecuencia- y tienen su continuación en *cadena de acontecimientos adversos*, en cursos negativos de vida. Por lo tanto, se deberían aplicar medios y métodos que conduzcan a esos dominios tempranos, como determinadas formas de terapia a través del movimiento o de la música, el trabajo con arcilla o la pintura para aplicar con los dedos (pero no lápices de colores). La *diferenciación intramedial* tiene que complementar la *especificación intermedial*.

En la paciente de nuestro ejemplo, hubo sensaciones, atmósferas y sentimientos tempranos que se volvieron activos a través del sonido, se *percibieron* y transmutaron en una forma, en colores y configuraciones. De este modo se volvieron más tangibles, ya que los sonidos son efímeros; si bien los sonidos tienen carácter configurativo, son configuraciones sonoras, se *extinguen* rápidamente. El cuadro pintado las hace más palpables. La paciente puede *captar* que ha sido coartada, asediada, vulnerada, cuando identifica al gong como una prisión sonora, o el contorno negro como los brazos de la madre. Finalmente, lo *percibido* en el sonido (la inquietud del corazón), lo captado en la pintura (lo opresivo de los brazos maternos) intentamos *comprenderlo* en el texto creado, conceptualizarlo, ponerle nombre a todo el pesar de su corazón. En el sentido de la secuencia que nos marca la psicología evolutiva, hacemos posibles los pasos que van *desde el sonido percibido a la atmósfera, luego hacia el icono, a la escena y desde la escena a la palabra*.

Espero que este ejemplo haya dejado en claro que la *psicoterapia artística intermedial* y el tratamiento con medios creativos, como lo practicamos en la *terapia integradora*, requieren una manera de proceder muy diferenciada. Habría mucho más para decir al respecto; aún para nosotros, a pesar de una experiencia de largos años en la utilización de medios creativos con pacientes, todavía quedan preguntas por responder. En este caso nos ayuda recurrir a la base teórica de la terapia integradora.

Desde una perspectiva general, la terapia artística está todavía en sus comienzos. Por lo tanto necesita una observación clínica, trabajo teórico e investigación empírica intensivos. En particular, es preciso alejarse de las formas de la “*terapia artística del accionismo*” y encontrar la senda hacia formas de *terapia artística clínica*, una senda que hemos impulsado sistemáticamente. De ningún modo significa que no pueda haber espontaneidad, improvisación creativa o que no pueda haber más acción. Pero: *La acción no es todo*. De modo similar tenemos que considerar con escepticismo que ciertos psicoterapeutas de escuelas tradicionales, sin experiencia en métodos y medios artísticos se *adueñen* de la terapia artística porque justo está *de moda* y dicten en la materia, porque *el saber clínico no es todo*.

El saber clínico y el conocimiento de los medios, la experiencia terapéutica y la libertad creadora, *la competencia, el desempeño y la creatividad psicoterapéutica*, tanto como la *competencia, el desempeño y la creatividad artística* deben actuar en conjunto, por el interés de nuestros pacientes.

Con esto quiero concluir y espero haber podido transmitir que arte terapia se puede desarrollar sistemáticamente y según lineamientos teóricos y que desde todo punto



de vista existe algo como la “*terapia integradora con medios creativos o psicoterapia artística intermedial*”. Para mí y mis colaboradores fue fascinante explorar este enfoque y perfeccionarlo y vale el esfuerzo de seguir desarrollándolo. Les agradezco su atención y estoy a su disposición para responder a sus preguntas.

*Pregunta:* Uno tiene la impresión de que todas sus intervenciones cuentan con un fundamento clínico, con objetivos y con intención. ¿Entiende su práctica únicamente de ese modo o también puede ser espontáneo?

*Respuesta:* Es una pregunta importante. Veán: La intervención siempre tiene un objetivo. No existe ninguna acción que no sea intencional. Usted plantea una oposición entre espontaneidad e intencionalidad. Y no existe esa oposición. Toda acción humana se orienta hacia un objetivo, es decir, o bien nos hemos fijado un objetivo consciente, un objetivo consciente pero en el margen del foco de atención o uno inconsciente. En la terapia tengo presentes los *objetivos globales* y la mayoría de los *objetivos aproximativos*. Naturalmente no pienso en ellos a cada momento, pero tengo presente: vamos en esta dirección con el paciente. A los *objetivos finos* los tengo en la mira cuando estoy trabajando para alcanzarlos. Justamente en el trabajo más fino tengo que saber *qué* hago y *cómo* lo hago. Tener en la mira no significa sin embargo que esté controlado ni que esté siempre en el lugar del observador. Tome usted el ejemplo siguiente: cuando *Beethoven* componía, era sin lugar a dudas una acción creativa colosal, un acontecimiento intuitivo colosal. Sólo que toda la teoría musical la tenía “en su dedo meñique”. O tomemos a *Bach*: Escribe una fuga y en su proceso creativo “sabe” con exactitud que es el momento del canon cangrejo. Y no es que piense, en el sentido de una operación racional de pensamiento, sino que algo fluye con espontaneidad hacia el interior de las notas. Esto lo denominamos *intuición meditada*. Si una y otra vez vuelvo a reflexionar sobre mi labor terapéutica, la vuelvo a meditar, entonces mis conceptos teóricos y metódicos fluyen espontáneamente en la situación actual de la terapia. Esa espontaneidad se basa entonces en la teoría. Por supuesto que siempre vuelvo a pensar en mis pacientes en mí y en lo que sucede entre nosotros durante el proceso en curso. Entonces estoy más intensamente en la excentricidad, en el papel de la observación. Por lo demás, trabajo a partir del momento “a partir del sentimiento”, “a partir de la intuición”, desde el centro hacia fuera, sólo que el sentimiento no es discrecional, es un “sentimiento entrenado”, “una intuición ejercitada”, semejante a un pintor que tiene dominio de sus utensilios y que ya no necesita pensar qué aplica ahora, de qué modo mezcla los colores o lleva el pincel. Eso ya lo tiene incorporado. Es una actividad empática, sólo que en la empatía confluye todo mi saber clínico. Todos los pacientes depresivos que alguna vez traté, están presentes en el tratamiento de este paciente depresivo. Todo el cúmulo de experiencia se condensa en la intervención guiada por la intuición y la empatía. Podemos dar una definición: “Intuición es el *efecto conjunto (la sinergia) de la observación precisa, desde múltiples perspectivas, y de la experiencia pasada, retenida en la memoria*”. Si se le suma un *interés por el otro y compromiso*, entonces hablamos de **empatía**.

*Pregunta:* En su ejemplo usted destaca la importancia de daños en la infancia. ¿Considera que las perturbaciones tempranas son, en general, la causa más importante de enfermedad?

*Respuesta:* Tomemos la paciente asmática de nuestro ejemplo, que a los treinta años busca tratamiento psicoterapéutico. *Nunca* estamos únicamente ante una “perturbación temprana” o ante un perjuicio, sino ante el *resultado de una biografía desdichada*, una “*cadena de acontecimientos adversos*” y una “*falta de factores protectores*”. Además de los daños tempranos, en su adolescencia esta mujer atravesó algunas situaciones muy difíciles con su madre. Fue insultada, tratada de

prostituta, porque la madre no podía soportar que su hija se despegara. Los primeros daños graves tuvieron lugar en el dominio temprano; hablamos entonces de un *ámbito traumático predominante*. Estar trabajando en esta problemática no significa en absoluto que ya todo esté en orden. No puedo poner orden en el sótano exclusivamente y pensar que en el tercer piso todo va a estar limpio. Es posible que también allí tenga que hacer limpieza. Es necesario recorrer la biografía íntegra, rastreando situaciones deficitarias o traumáticas.

Sin embargo podemos afirmar que a menudo en pacientes fronterizos, en las neurosis narcisistas, en pacientes psicósomáticos y en psicosis –siempre que éstas últimas no tengan una base orgánica- se han producido en los dos primeros años de vida daños esenciales “predominantes”; en especial en el segundo año de vida, en que despierta la *conciencia de sí excéntrica*, a la *memoria actuante* se asocia la *memoria intencional*, el memorar de modo activo, y existe una *vulnerabilidad* particular. Sin embargo mi diagnosis tiene que estar dirigida a corroborar este dato e intentar averiguar los pormenores del mismo. Es posible que salga a luz que la niña sufrió abuso a los cinco años. Entonces estamos frente a un trauma patógeno predominante. Una diagnosis exhaustiva examina en qué plano de la biografía se ubican las perturbaciones y los déficits principales y luego “desde el proceso” y de acuerdo con la dinámica de la relación terapéutica, se escogen los métodos y medios apropiados en función del objetivo. En el caso descrito no fui yo el que eligió. Nunca habría propuesto el gong, ya que me hubiera parecido demasiado motivador, demasiado masivo. La paciente eligió el gong ella misma “por casualidad”, y segura de su propósito porque le sugirió algo. De no haber sido así, después de un tiempo habría comenzado a trabajar con ella en arcilla, o con la pintura para aplicar con los dedos, porque sabía que los daños dominantes estaban en el ámbito temprano. Tiene que haber trabajo de integración.

*Pregunta:* ¿Cómo ve el futuro de la terapia creativa?

*Respuesta:* Veo un futuro muy bueno, porque la terapia con medios creativos puede alcanzar a personas que no pueden ser tratadas o sólo pueden ser tratadas de modo insuficiente con métodos puramente verbales. Las psicoterapias clásicas no podrán evitar reconocerlo. Sin embargo dependerá de que los terapeutas de arte puedan lograr una determinada profundidad en el trabajo teórico y de investigación, que en lo clínico pueda ser tomado seriamente. De lo contrario los procedimientos de terapia creativa serán clasificados de métodos “auxiliares”, una especie de terapia ocupacional, terapia recreativa o alguna cosa exótica.

Ve un muy buen futuro para este procedimiento porque incluye a las personas de manera global, y va más allá de reparar y me refiero tanto a pacientes como a los terapeutas formados en este enfoque.

Lo que el paciente experimenta en la clínica como tratamiento, las nuevas posibilidades abiertas ante él, puede integrarlo en su vida cotidiana. Escribir poesía, pintar cuadros será una ayuda en la vida y fuente de descanso y alegría. De igual modo el “terapeuta creativo”, a través de su formación, desarrolla su personalidad y resulta enriquecido en su vida diaria.

Los procedimientos de terapia artística y creativa conducen a la persona de regreso a sus fuentes creativas. La hacen más humana y pueden contribuir a los procesos de curación que necesitamos con urgencia en una sociedad que produce tanta soledad, indiferencia y extrañamiento.\*

---

\* En el tomo 1 de mis „Ausgewählten Schriften zur Integrativen Therapie“, Junfermann Verlag, Paderborn 1988 n, se encontrarán fundamentos teóricos complementarios a las posiciones expuestas a raíz del árbol de la ciencia; en el tomo 2 (publicado en 1991) se

Ilustraciones\*\*:

Ilustración 1: Campo de recursos

Ilustración 2: Panorama de vida

Ilustración 3: Retratos de sí-mismo – el sí mismo en conflicto

Ilustración 4: Retratos de sí-mismo

Ilustración 5: Panorama de conflictos

Ilustración 7: Diagrama de los pilares de la identidad

Ilustración 6 a: Diagrama de los estados del yo de una pareja, producto de una terapia de pareja.

Ilustración 6 b: Representación de sí-mismo.

Ilustración 9: Átomo social de proyección.

Ilustración 10: Escultura de la familia

**Summary: Reflections on and concepts of Integrative Therapy with creative means/media and an intermedial arts psychotherapy**

This text is an Translation of a lecture to Spanish concerning integrative therapeutic work with creative means/media in Integrative Art Psychotherapy. It describes the epistemological structure of Integrative Therapy in metatheory, clinical theory and praxeology and offers examples from practice for intermedial work. It is thus a concise overview over the Integrative Approach a whole.

**Keywords:** Integrative Therapy, Art Therapy, Creative Media, Intermediality

**Zusammenfassung: Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunstpsychotherapie**

Dieser Text ist die Übersetzung einer Vorlesung ins Spanische zur integrativtherapeutischen Arbeit mit kreativen Medien in der Integrativen Kunstpsychotherapie. Er stellt die Wissensstruktur der Integrativen Therapie in Metatheorie, klinischer Theorie und Praxeologie vor und gibt Praxisbeispiele für die intermediale Arbeit. Es handelt sich also um eine kompakte Gesamtdarstellung des Verfahrens.

**Schlüsselwörter:** Integrative Therapie, Kunsttherapie, Kreative Medien, Intermedialität

---

hallará además el texto 1990 h ( „Der ‚Tree of Science‘ als metahermeneutische Folie für die Theorie und Praxis der Integrativen Therapie“).

\*\* Los ilustraciones se encuentran en: *Petzold, H.G., Orth, I., 1990a. Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Junfermann, Paderborn. 3. Aufl. Bielefeld: Aisthesis 2007.*