

TRABAJANDO CON PSICODRAMA TRANSGENERACIONAL



Isabel Calvo Ortega

Doctora en medicina, psicoterapeuta FEAP, docente en psicodrama y sicoterapia. Consultora procesos organizacionales con Satori3. Docente cursos de postgrado de la UMA. maribelacal@hotmail.com



Ital Grassi "Madre Tierra"

Introducción

El trabajo con el genosociograma y el sistema familiar me resulta apasionante. He procurado introducirlo dentro de la terapia como un elemento más. Pero tengo que decir que la curiosidad sobre la transmisión transgeneracional se la debo a mis pacientes. Ciertas "casualidades" repetidas una y otra vez en consulta me animaron a explorar este campo. Una vez descubierto, el enfoque y la mirada transgeneracional constituyen un elemento inevitable en la terapia.



TRABAJANDO CON PSICODRAMA TRANSGENERACIONAL
Calvo Ortega, I.

Fecha de recepción: 19/04/2021.
Fecha de aprobación: 18/05/2021.

LA HOJA DE PSICODRAMA N° 72 (74-87)

Se presentan unas viñetas clínicas del trabajo realizado con pacientes en psicoterapia con psicodrama individual. Aunque mi formación inicial es psicoanalítica, trabajo con psicodrama escuela Rojas-Bermúdez que pone el foco en el trabajo con la creación de imágenes.

Desde la escuela de Rojas-Bermúdez privilegiamos un tipo de comunicación en el que el terapeuta no adopta una posición central, es el paciente el que se hace cargo del material aportado y el terapeuta el que proporciona los recursos para que pueda encontrar sentido y coherencia.

La creación de imágenes con objetos como telas y cojines nos permite concretizar el material verbal para favorecer el simbolizar e integrar contenidos. Para Rojas-Bermúdez la acción física está conectada con la forma, con la gestalt, y eso hace emerger toda una serie de elementos relacionados con ella, procurando una integración y el acceso a la simbolización. La comunicación se centra en la forma. Ni lo verbal ni la acción están priorizados, sino que se engarzan a la lectura de las formas, tanto en la dramatización como en la construcción de imágenes, completándola y ampliando su sentido. Son las formas que surgen en el escenario las que permiten profundizar y acceder a contenidos. La acción complementa a la imagen. Y lo verbal se integra a los contenidos que se muestran en ella. El objetivo último es el

mismo, procurar una mayor integración y facilitar la emergencia, elaboración y simbolización del material interno utilizando las formas como puerta de entrada (Rojas-Bermúdez, 1997; 2004; 2012).

Objetivo

Estas viñetas clínicas pertenecen a sesiones de psicoterapia individual y/o grupal. Se han destacado a efectos ilustrativos ya que ofrecen un material que se puede relacionar con las teorías de psicoterapia transgeneracional. La idea es proponer la inclusión de la mirada trasgeneracional dentro de la psicoterapia convencional. Tener en cuenta elementos propios de este desarrollo como el síndrome del aniversario, el síndrome del hijo de sustitución ó el uso del genosociograma nos puede dar una mirada nueva sobre un material que podría quedar sin abordarse. En especial el relacionado con los síntomas corporales.

Mi interés en lo transgeneracional parte de la constatación de que numerosos síntomas físicos de mis pacientes guardaban relación con este aspecto psíquico. Como médico psicoterapeuta mi interés sobre lo psicósomático ha sido siempre un elemento central de mi trabajo y estudio.

El objetivo del presente trabajo es ilustrar cómo se puede introducir este abordaje transgeneracional dentro de una terapia psicodramática.

Marco teórico transgeneracional

He seguido el marco teórico proporcionado por la obra de A.A. Stzchuzenberger y la International School Transgenerational Therapy con la que me formé en Psicodrama Transgeneracional. Desde aquí mi agradecimiento a nuestro recordado Yaacov Naor, Manuela Maciel y Leandra Perrota.

Como nos recuerda Anne Ancelyn Stzchuzenberger, somos menos libres de lo que creemos y esa falta de libertad va mucho más allá de la influencia del inconsciente personal que nos descubrió Freud, o del inconsciente colectivo que describió Jung. En un nivel estamos sumergidos en un campo especial de información que nos hace partícipes de la dinámica del sistema familiar. Siguiendo a Sheldrake (2012) son campos de cualidad morfogenética que, desde la teoría psicodramática, podemos identificar con el co-inconsciente grupal y sus fenómenos tipo tele descritos por Moreno (Maciel, 2014). *“Tele is a “two-way empathy”, a combination of empathy, transference and unconscious “real communication” -either positive or negative- between people, a communication at a distance.”* (Stzchuzenberger, 1998). Estos fenómenos que se ponen de manifiesto en los grupos humanos trascienden de alguna manera el tiempo y el espacio. Pertenece en cuerpo y alma a una red formada por los lazos, vínculos e historias de los miembros de nuestro sistema familiar. Esta red es especialmente fuerte cuando concierne a las 3 ó 4 generaciones últimas. Estos lazos, las lealtades invisibles descritas por Böszörményi-Nagy (1983), los llamados síndromes de origen transgeneracional (Stchüzenberger, 2008) necesitan de un equilibrio y todos los miembros de un sistema colaboran inconscientemente

en él. Este equilibrio sistémico se puede manifestar en forma de síntomas físicos o psíquicos, muertes tempranas, hechos de vida tales como divorcios, ruinas, exclusiones, esterilidades etc. Este campo sigue unas reglas propias de cada sistema. El concepto de azar o de casualidad es difícil de mantener, al igual que el de voluntad humana. Solo a través de la luz sobre los secretos familiares y el respeto al destino de los ancestros puede aumentar nuestro grado de libertad y ayudarnos a salir de las repeticiones transgeneracionales¹.

Las sincronicidades, descritas y estudiadas por Jung (Jung, 1988), sirven de pistas transgeneracionales, como veremos más adelante.

El **genosociograma** de acuerdo a la definición de Stchuzenberger es *“un árbol familiar en el que se representan e iluminan los eventos de vida importantes y sus conexiones”*² (Stchuzenberger, 2017). Es una representación gráfica del átomo familiar que incluye varias generaciones, de forma ideal siete, y en el que se ponen de manifiesto, de forma muy visual e integrada, hechos, sucesos importantes como bodas, nacimientos, defunciones, cambios de fortuna o de país, nombres y profesiones ... También se marcan los diferentes tipos de relaciones entre sus miembros y nos permite inferir el “estado de cuentas” (“family bookkeeping”) del sistema familiar, las deudas, ganancias, injusticias o actos de reparación. Esta dimensión sociométrica proporciona un instrumento muy rico para el trabajo terapéutico.

El **síndrome del aniversario** (Hildgard, 1989) está presente en todos los casos aquí presentados. Es aquel hecho ocurrido en el presente que funciona como recordatorio. Es

(1) “So, like Nessus'tunic, family repetitions stick to the skin, storing up the anxiety of one's ancestors” (Stchuzenberger, 1998)

(2) Traducción de la autora de “A genosociogram is a family tree that graphically represents and bring to light important life events and their connections” (Stchuzenberger, 2017)

una memoria externa de un suceso traumático rechazado por la conciencia del sujeto o del sistema familiar. Se refiere a un hecho que ocurre en una fecha determinada, como ocurre en el caso de N con el inicio de sus síntomas en el aniversario exacto de la muerte de su padre. O, también en este caso, en una fecha relativa, el primer día de sus vacaciones de primavera. O a una edad determinada, como en el caso de C. en el que las mujeres de su familia perdían un hijo a los 35 años y en su caso su hijo enferma de psicosis cuando ella tiene 35 años. O aquel paciente en el que dos hermanos mueren de la misma enfermedad y a la misma edad que su padre. También se produce el síndrome del aniversario con fechas subjetivas como puede ser en el embarazo del primer hijo, el día de la boda, etc. No tiene que ser una repetición exacta, aunque muchas veces así lo es desafiando todas las leyes de probabilidad. Recuerdo un paciente en el que todos los hombres de su familia habían sufrido un infarto a los 52 años, y él también lo sufrió. Otras veces es un suceso que se relaciona con el original de forma simbólica.

Transgeneracional vs intergeneracional. La transmisión entre generaciones de contenidos no verbalizados se produce con los primeros cuidados del bebé. Es lo que llamamos una transmisión intergeneracional. Se conforma una “**estructura inconsciente intuitiva**” (Dolto, 1986).

el ser humano bebé, y el niño pequeño, sobre todo, introyecta la imagen de los adultos que se han ocupado de él, sobre todo si es precoz e inteligente, como si estos adultos fueran la presentificación de él mismo, futuro hablante, dueño de sí, viviente vegetativo y viviente animado. (Dolto, 1986, p. 221)

Esta transmisión de información es no verbal, intuitiva y conforma al

individuo. Es muy poderosa y aparece en forma de repeticiones compulsivas, sincronías, profecías autocumplidas y enfermedades psicosomáticas.

Desde la teoría Rojas la estructuración del cerebro del neonato se irá produciendo en sucesiva integración con su entorno. Serán determinantes las respuestas complementarias que vienen desde el ambiente y que van conformando toda una red neuronal específica de esa relación y de esa familia.

En cualquier caso, sabemos que una gran cantidad de información no verbal y no consciente circula en el sistema familiar.

La **transmisión transgeneracional** va más allá, no se produce por contacto directo sino por algo que va más allá. Constituye una forma de introyecto que se transmite a otro nivel. La transmisión transgeneracional se descubre por las pistas que va dejando en el sistema familiar.

La cripta y el secreto familiar. El trauma familiar aparece de forma repetida en eventos de vida que se repiten, en especial en enfermedades. El cáncer es una de las enfermedades más relacionadas con el secreto familiar. En el libro “La corteza y el núcleo”, Abraham y Torok (2005) describen como la información y el impacto emocional de un trauma se transmite a través de las generaciones y se convierte en un complejo autónomo, disociado del cuerpo, del inconsciente e inaccesible a la verbalización e incluso a la imagen. En la primera generación ocurre el trauma, en la segunda se muestran los efectos del trauma, la disociación, se desliga la carga emocional de la información del suceso, desaparece del recuerdo, de la consciencia, pero aún está accesible. En la tercera generación el trauma secreto está encriptado en el cuerpo, en lo somático, es la cicatriz:

En la tópica esta cripta corresponde a un lugar definido. No es ni el Inconsciente dinámico ni el Yo de la introyección. Sería más bien como un enclave entre los dos, especie de Inconsciente artificial alojado en el seno mismo del Yo. [...] este contenido tiene la particularidad de no poder salir a la luz del día en forma de verbalizaciones. (Abraham y Torok. 2005, p. 229)

**Veamos una viñeta para clarificar:
Caso S.**

S. acude a terapia por la angustia que le causa no poder terminar una relación extramatrimonial con un hombre de características perversas. En su árbol encontramos una gran cantidad de enfermedades físicas y muertes tempranas entre sus hermanos y hermanas. De una fratría de 10 hermanos tenemos una repetición de enfermedades y edades similares con el cáncer de ovarios/ útero y el infarto. El mes de abril aparece repetido en numerosas fechas de defunción de la familia (no se aporta el GSG completo, sólo un fragmento a título informativo).

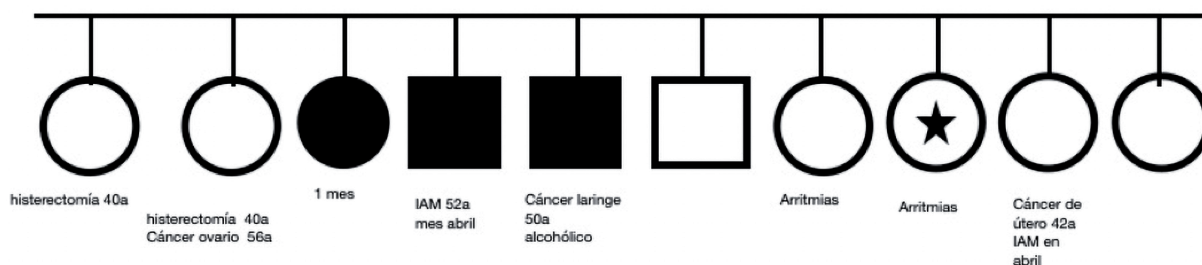
El padre de esta familia numerosa es alcohólico, ejerce violencia física sobre su mujer, muere de infarto agudo de miocardio (IAM) y asma. Él ayuda económicamente a todos sus hermanos.

Dos hermanos de este hombre se suicidan. El padre del padre (abuelo de la paciente) es encarcelado en la Guerra Civil Española. Este abuelo trata de asesinar a su esposa (la historia de la familia dice que había guardado un cuchillo para matarla e insistía en que ella fuera a la cárcel a visitarlo, ella no quiso y se libró) y se suicida ahorcándose.

El trauma familiar opera durante tres generaciones al menos, apareciendo en forma de suicidios, cáncer de laringe, asma. Y en el caso de las mujeres en problemas ginecológicos que obligadamente³ tendremos que seguir investigando (inicialmente se podría anticipar que una mujer de un hombre violento, alcoholizado y con diez hijos no es una mujer libre en su maternidad).

Como vemos en este ejemplo, el concepto de **trauma** hay que ampliarlo hasta el concepto de **trauma familiar**. Los sucesos traumáticos que afectan al sistema familiar son los mismos que los sucesos individuales: muertes, accidentes, cambios de fortuna, traiciones, abusos. Pero tienen una característica importante, su extensión. Hay que descubrir qué impacto tiene un trauma en el sistema. Necesitamos una mirada global y descentrada del paciente.

Por ejemplo, una separación temprana causa mucho dolor en varios miembros de la familia. Es interesante ver cómo se



Círculo mujeres, cuadrados hombres. En negro fallecidos. Estrella paciente.

(3) La paciente es diagnosticada de un cáncer de ovarios tiempo después de este GSG, los test realizados descartan transmisión genética.

manifestaría este dolor en las diferentes generaciones y en los diferentes miembros. No creo que el trauma afecte solo a algunos miembros con más sensibilidad individual a la repetición transgeneracional. Creo que se manifiesta en todos los miembros de un sistema en forma de dinámicas. Expresiones subterráneas del trauma que funcionan en complementariedad con otras. A cada miembro del sistema le corresponde un lugar familiar, un destino en sentido amplio, y dentro de éste, también está el destino de superviviente.

El dolor traumático siempre es un dolor relacionado con el amor. Es importante que la mirada englobe a todos los miembros, las líneas del impacto de dolor no corresponden con las líneas rojas del amor consciente. El concepto de amor en un GSG es más amplio que en el nivel individual. La lealtad, la dignidad y el respeto, la pertenencia al sistema son formas en las que se manifiesta el amor familiar. Hay que buscar un concepto del amor que englobe estas fuerzas subterráneas que observamos en las familias y que trascienda el amor individual manifestado en las buenas relaciones y el apego.

Lealtad en el sistema. Las familias tienen un sistema de contabilidad, un sistema que se autorregula, que se mantiene en el estrato de lo “no dicho” y que influye a todos los miembros de un sistema, conozcan o no los hechos que marcan dicho balance, incluso conozcan o no la pertenencia a dicho sistema. De esta forma los lazos genéticos tienen primacía sobre las consideraciones psicosociales (Böszörményi-Nagy, 1983). El concepto de lealtad familiar se refiere a este balance de ganancias y pérdidas.

Los miembros del sistema familiar son leales de forma inconsciente al sistema. Esta lealtad, como nos recuerda Hellinger (2001), proporciona un sentimiento de “buena conciencia”, de pertenencia a la familia, aunque conduzca a la enfermedad y la muerte. La renuncia a esta lealtad sería

el equivalente a salir de las repeticiones. Esta renuncia a la “buena conciencia o sentimiento de inocencia” no es fácil, desencadena sentimientos de culpa y miedo a la exclusión.

Dignidad, respeto y vergüenza en el sistema. La dignidad o la vergüenza están ligadas al juicio realizado sobre las personas que nos rodean. El abuelo “borracho”, la madre “quejica”, el hermano “juerguista” son señalados y juzgados severamente. Estos juicios son, frecuentemente, proyecciones de nuestros contenidos rechazados por el yo. Por tanto, están relacionadas con lo oculto, lo no dicho. Cualquier rasgo autopercebido de apetencia por el alcohol, queja o diversión puede generar intenso malestar o un rechazo por el yo. Este rechazo yoico se puede relacionar con el concepto junguiano de sombra. Lo que permanece inaccesible para el yo se descubre a través de la proyección.

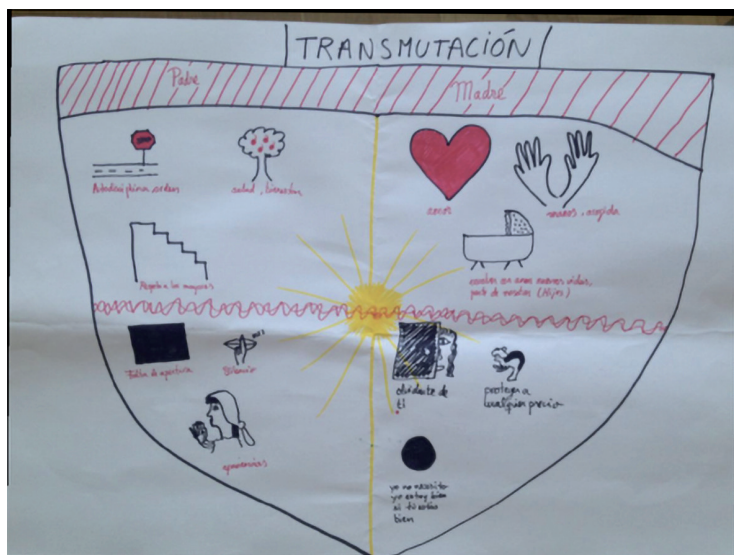
Para Stchützenberger y otros psicogenealogistas la **vergüenza** como sentimiento es una de las grandes pistas del trauma familiar. De hecho, cuando trabajamos en trauma individual la vergüenza es omnipresente. Es un poderoso sentimiento muy limitante y al que no se le suele prestar suficiente atención terapéutica. A mi juicio es mucho más limitante y lesiva que la culpa, y más difícil de disolver. La dignidad personal o el dar dignidad a un miembro del sistema familiar es un valor en desuso. Se asocia con valores propios de culturas autoritarias, sin embargo, es un movimiento poderoso. Que una persona vea con dignidad el destino de un antepasado en vez de con pena, me indica que se ha producido una integración en su interior.

Lazos genéticos tienen primacía sobre la consideración psicosocial: La deuda con los padres no se puede pagar más que hacia delante. Tenemos una deuda genética, existencial y vital. Nos dan la vida y eso no se puede devolver

más que hacia delante, a través de nuestros hijos, pasando ese legado de vida y amor podemos equilibrar el balance de cuentas.

Como Boszormenyi nos recuerda, la familia política entra en juego a través de los hijos y ahí, a través de nuestra pareja se inicia una nueva “hoja de balance”.

A través del “**Escudo familiar**” podemos iniciar la exploración y sensibilizar sobre estos legados. Esta es una técnica sencilla que se puede realizar en grupo o en individual. Después de un caldeamiento se consigna hacer un escudo familiar, con los elementos y forma elegidos libremente, en cuatro cuadrantes colocar lo legado por rama materna y paterna que se autopercibe como negativo y positivo.



Escudo familiar

VIÑETA 1. Caso M. La Sensación extraña

Síndrome del aniversario. Exclusión del hijo. El aborto no llorado.

Mujer de 38 años, madre de 4 hijos vivos, 1 aborto provocado (el mayor), (1 aborto natural mellizo de su segunda hija viva). Acude a terapia por depresión y dificultades en su relación matrimonial.

“No estoy bien, tengo una sensación extraña, como si no estuviera en mí, es un hilo interno que no me deja sentirme bien en mis zapatos.”



Fue ayer el cumpleaños de Irene (su hija 2º). Mi marido está muy enfadado de nuevo.”

Le pido que trate de enfocarse en esa sensación: “es miedo, mi marido ha estado siguiéndome de nuevo, siento el miedo aquí (indica el plexo solar)”. Intento que se caldee con la sensación, concretizarla en el cuerpo para poder trabajarla. Le pido de nuevo que se enfoque en ella, que trate de situarla en el cuerpo. Ahora la siente más fuerte, por el vientre, el abdomen. Le pregunto si ha tenido síntomas de algún tipo, diarrea, dolor de estómago, malas digestiones... me dice: “no, bueno, ayer tuve dolor de regla y me extrañó, hace unos días que acabé con la regla, pero eso no tiene que ver, ¿no?”

Le pido que haga una imagen de la sensación corporal⁴ con las telas.

“Me vas a decir que qué hago, pero me recuerda a un bebé, me acuerdo de una escena de la serie que estamos viendo en que el rey le dice a la reina: “no eres capaz de darme hijos” y la reina le daba hijos pero morían, se ven en tarros los fetos conservados. Yo pensé que ese no era su sitio, deberían de estar ya hace tiempo

(4) La construcción de imágenes con telas es una técnica sicodramática de la escuela Rojas. Ver Rojas bermúdez 1997, 2004, 2012.

*disueltos, enterrados, estar en otro sitio...”
“¿Qué crees que es? ¿no será otra vez lo de mi hijo?”*

M. se refiere a su primer embarazo en el que hizo un aborto provocado, a raíz de eso en cada embarazo tuvo colitis ulcerosa, hace unos meses estuvimos trabajando ese tema y parece bastante elaborado. Le digo que en principio tenemos que guiarnos por su imagen, su asociación con la escena de la película y su cuerpo, que ayer tuvo “dolor de regla”. Ella hace un insight, se acaba de acordar del parto de su hija Irene (fue su cumpleaños ayer). En el parto expulsó también al mellizo de su hija momificado. *“Es como la imagen que he hecho.”*

Le pido que se siente a comentar (Etapa de comentarios) me cuenta que el embarazo era doble, que los controles estaban bien hasta el del 4º mes. Ella empezó con la colitis ulcerosa en el 4º mes, sintió durante el embarazo mucho rechazo a la idea de que fueran dos y no uno. El día que le dijo el ginecólogo que había muerto uno lloró muchísimo pero solo le duró un día, todo el mundo le dijo que no llorara que todavía tenía uno vivo. En el parto le dijeron si quería saber qué era y ella no quiso y **lo tiraron a la basura.**

Hasta ahora en la terapia no había nombrado este suceso. Había quedado escondido, disociada la emoción. El recuerdo surge en el aniversario del nacimiento de su hermano, lo que habría sido su aniversario también. Y aparece como una sensación difusa de malestar y un dolor de regla. Llama la atención la diferencia de síntomas en relación con la colitis ulcerosa tan llamativa que tuvo en los embarazos y que aparece como “recuerdo” del aborto provocado.

En este caso me parece importante dar un lugar a la relación con ese hijo.

Le pido que, a nivel intuitivo, me diga qué nombre tendría su hijo. Me responde que le vino Marta, lo busca varias veces y

me dice que sí, que tiene la intuición de que es una niña.

Le pido que pase al escenario de nuevo y que hable con su hija (la imagen que ella creó me sirve como objeto facilitador). Empieza a llorar, le pregunto qué le pide el cuerpo, “abrazarla”. Mi intención es utilizar la realidad suplementaria para procurar una despedida que no pudo hacerse y favorecer el proceso de duelo y el reconocimiento de la hija excluida. De esta forma, ella se arrodilla y coge a “su hija” en brazos (las telas). La acuna y llora. Le pido que hable con ella, no le salen las palabras, “me he bloqueado”. Hago de doble “querida hija, por fin te veo” ella lo repite y se reanuda su relación con la hija. Aquí estoy detrás de ella para no estorbar visualmente, muy pendiente de su respiración y de su lenguaje no verbal para poder acompañar el proceso. Lloro y hablo con la hija. Doy tiempo al encuentro y cuando veo que el llanto se va calmando le pido que siga con los ojos cerrados y que me diga si ve la cara de la hija, *“es muy bonita, me mira, está sonriendo”*. Para mí esa es la señal para dar un paso más. Paso a una escena con Psicodrama interno. Me parece imprescindible dar una opción a la imagen de la hija en el cubo de basura. Como ella había expresado en su asociación “los fetos deberían de haberse enterrado, disuelto ya y estar en otro sitio”. Le pido que llame a un ancestro benevolente para que cuide de su hija, que se haga cargo de ella. Ve a su bisabuelo paterno, *“está sonriendo y me da su bastón”*. Sé que este es un proceso doloroso, ella llora de nuevo. Le doy tiempo, le pido que llame a más ancestros benevolentes, bondadosos, amorosos para que acompañen a su hija. Ella me dice que han venido varios, están sonriéndola y esperando. Le digo que se tome su tiempo, que hable con su bisabuelo para que cuide de su hija. Que se despida de su hija y cuando esté preparada se la entregue a su abuelo “tú todavía te tienes que quedar un tiempo más”. Cuando va a hacerlo

le pongo dos cojines indicando que representan a su bisabuelo, me inquietaba mucho el poder que pudiera tener la imagen de volver a dejar a las telas en el suelo de donde las cogió para acunarlas. Los “ve” irse a todos, la hija está contenta y “muy guapa”.

En un taller grupal, unos meses posteriores a esta sesión, M realiza su genosociograma (GSG). Habla de la abuela, que fue criada por sus abuelos. Según la historia familiar, la abuela es de las hijas mayores y cuando fueron naciendo los siguientes hermanos los padres no podían con tantos hijos y se la enviaron a la abuela (bisabuela de la paciente). Ella está muy conectada con esta abuela “regalada”.

En este taller el emergente grupal fue “el dolor por la imposibilidad de criar a un hijo” por muerte, hambre, exilio, secuestro... La renuncia de la bisabuela a su hija es un trauma que se repite. La abuela se va cuando tiene 10 años, su hermano casi muere de meningitis con 10 años y ella empieza su terapia por una crisis personal cuando tiene 10 años su hijo mayor. Asimismo, cobra un nuevo sentido esta imagen de su escena “surplus” en la que el bisabuelo se lleva a su hija nonata.

Vemos también en su GSG que, en la rama materna, se repite la mala relación de las hijas con la madre. Desde la bisabuela materna, en los legados positivos y negativos de esta rama hay una marcada ambivalencia hacia lo femenino y una identificación de lo femenino con la maternidad. Sobrevalorados de forma positiva los aspectos maternos de cuidados. Están muy marcados ciertos valores tradicionales de mujer sacrificada que se olvida de sus necesidades, como la cara en negativo de la maternidad. Ella pudo advertir la relación entre este hecho y su sensación de sobrecarga en la crianza de los hijos. Es muy importante en éste sistema el tema de la maternidad,

en M. es un tema principal de su terapia y un objetivo es dar espacio a otros aspectos de la feminidad que no sean de tipo maternal. En éste GSG podemos ver cómo el trauma se transmite también en la vinculación. Estas madres disociadas por trauma crean a su vez vínculos inseguros y ambivalentes con sus hijas que se transmite de generación en generación

VIÑETA 2: Caso C. Dificultad para la concepción

Trauma personificado (esterilidad). Secreto familiar (pérdida temprana con exclusión de un miembro del sistema). Síndrome del hijo de reemplazo

C. plantea en un grupo la exploración de su actual infertilidad. Ha trabajado anteriormente la muerte de una hermana suya que ocurrió cuando ella estaba gestándose (lo que hace de ella una probable hija de sustitución). Es difícil para una mujer hacer un duelo cuando está gestando. Y mirar a un nuevo bebé después de haber perdido a otro sin fruncir el ceño y sentir cierta duda. ¿Quién es realmente?

A través del trabajo con el GSG se alumbra un secreto familiar. Parece que hay una sombra de recuerdo de alguien muerto que está en la esfera de la madre (abuela materna). La abuela aún está viva aunque demenciada pero ella va a investigarlo. Su abuela le cuenta que tuvo un hermano que murió de pequeño y que **no se volvió a hablar de él en la familia**. Ella viaja a su pueblo y encuentra las partidas de nacimiento y defunción de su tío abuelo Mariano. La fecha de fallecimiento de su tío abuelo coincide con la de su hermana muerta de bebé.

Al mes de este grupo se queda embarazada. Está muy contenta, pero contacta alarmada porque la fecha del parto está muy próxima a la del fallecimiento de su hermana y de su tío abuelo.

FRAGMENTO DE SESIÓN PSICODRAMA INDIVIDUAL EN EL 8º MES DE GESTACIÓN

Empiezo con una visualización (psicodrama interno): *“cierra los ojos, imagina una casa, fijate en sus detalles, es de madera, de ladrillo...entra en la casa, hay una estancia grande donde te vas a encontrar con personas importantes de tu sistema familiar. Llámalos a ver quiénes vienen”*.

Visualiza a Mariano (tío abuelo), su tío Antonio (hermano de su madre, alcohólico, fallecido hace un año), su madre, su abuela, su hermana (murió cuando ella estaba gestándose). Ve también a su hijo Ángel (del que está embarazada), gatea por la sala encantado, riendo y jugando. A la abuela la visualiza cuando le pido que llame a ancestros benevolentes que le den fuerza (está embarazada y no quiero grandes emociones), con ella está bien contenida.

Hago entrar al marido que estaba en la sala de espera para que haga de yo auxiliar. Quiero que C. “hable” con el tío Antonio y su tío abuelo Mariano. Con estos dos familiares hace intercambio de roles de forma clásica, con el marido como yo auxiliar.

También se produce un “encuentro” con la hermana fallecida, positivo para facilitar la desidentificación. Podemos suponer que C. sufre el síndrome del “hijo de reemplazo” (Schützenberger, 1993). Nace con una madre en duelo por la muerte temprana de su hija. Después de la pérdida de un hijo la madre queda traumatizada por el impacto emocional, embargada por el dolor no está disponible para el hijo nuevo que llega si no ha pasado el tiempo suficiente. Nos encontramos este cuadro después de un aborto también (ver caso de M. y la muerte del gemelo). Aun hoy en día es frecuente que las mujeres pasen en silencio el duelo por un aborto. Se siguen oyendo frases del tipo “ya tendrás otro, eres joven” o “si ha pasado será para bien, iría mal” como si eso evitara el dolor.

Me manda a la semana un mensaje, de nuevo las sincronías que siempre se producen en éstos casos. Desde el hospital le han programado la cesárea para el 21 de diciembre. La misma fecha del fallecimiento de su tío abuelo Mariano y de su hermana. Al final decide cambiar la fecha del parto. Tiene un hijo sano y hasta la fecha todo va bien.

VIÑETA 3. CASO T. El Síndrome del Superviviente

T empieza su terapia por una fobia intensa centrada en el miedo a que sus hijas puedan morir por enfermedad. El miedo la lleva a actuar, acudir a urgencias, medicarse. Mayor de tres hermanos, uno fallecido. Madre de tres hijas.

En su GSG encontramos que la abuela materna es superviviente de 16 hermanos de los que mueren 13. La mayoría mueren de diarreas ya que, según la historia familiar, en el tratamiento médico se les prohibía darles agua, por lo que mueren deshidratados. La abuela es la única hija superviviente, otra hermana muere de diarrea. Hermano y padre de la abuela fusilados en la Guerra Civil Española.

La última sesión le pedí que se informara sobre los hermanos de su abuela. Viene con la info de los 13 hermanos fallecidos. Ella se siente muy ligada a esta bisabuela, madre de tantos hijos fallecidos.

Por otro lado, en la paciente se constata un intenso sentimiento de culpa “del superviviente” originado por la muerte en edad escolar de uno de sus hermanos y la muerte fantaseada del otro (habla de él y su toxicomanía en ese sentido: *“eso es un zombi, está enfermo, está muerto en realidad...”*). Estas dos muertes de sus hermanos, la real y la simbólica, las hemos ido trabajando en terapia y ha mejorado mucho en ciertos aspectos, pero

el pánico a que sus hijos enfermen está muy presente aún, por ello decido tirar del hilo de la conexión (identificación) con la bisabuela.

Hacemos silla vacía. Una silla marca su rol y otra el rol de su bisabuela. Ella va ocupando alternativamente ambos roles. Al principio se muestra muy asustada, el discurso es muy racional. Cuando puede hablar con el corazón puede expresar su fascinación por ella y su miedo a su destino, a la vida que ha tenido. Desde el rol de la bisabuela puede expresar la diferencia de las dos vidas, “esta no es tu vida” y la fuerza que tiene la aceptación del propio destino. También puede verbalizar desde el rol de su bisabuela lo orgullosa que está de ella. Todo ello va con momentos de intenso miedo. Cuando veo que está encajada y ha desaparecido el pánico propongo una dramatización ritual para ayudar en el proceso.

Le pido que se ponga de pie y que haga este proceso con los ojos cerrados para hacer una visualización. Imagina a su bisabuela de pie delante de ella sonriente. Le pido que se incline delante de su bisabuela y le diga que respeta su destino “y su fuerza” añade ella. Le doy unas piedras para que deje en ellas todo el miedo y dolor por la muerte de los hijos y se los dé a la bisabuela.

VIÑETA 4: N. El Síndrome del aniversario

N. inicia su psicoterapia hace un año⁵, presenta un cuadro obsesivo muy agudo. Ideación obsesiva con contenido agresivo. Los síntomas se desencadenan en el aniversario de la muerte del padre. El padre sufrió una enfermedad que duró unos 9 meses desde el diagnóstico hasta su muerte en el hospital tras un mes ingresado. Desde la muerte de éste hasta el momento del aniversario “todo ha estado

bien”. Los síntomas se desencadenan en el **aniversario del ingreso hospitalario del padre** y se hacen insoportables en el **aniversario de su muerte**. A los 20 días de la muerte del padre murió su abuela, muy querida para ella. La abuela estaba enferma de Alzheimer desde hacía una década. Padre alcohólico durante la infancia y juventud de la paciente.

Iniciamos el trabajo psicoterapéutico trabajando en sus tres niveles, intrapsíquico, vincular y transgeneracional, ya que es un “síndrome del aniversario” el inicio de su demanda. Trabajamos los sueños, los síntomas y las “pistas transgeneracionales”.

Al acercarnos al año de la terapia empiezan a aparecer salvadas de síntomas repetidos conforme se van cumpliendo los aniversarios de las fechas significativas.

La última semana de marzo le dan vacaciones en su trabajo. Hace dos años, en esta fecha el padre estaba ya ingresado muy enfermo, y ella decide irse con su pareja de viaje. El año siguiente empieza con los síntomas obsesivos por estas fechas. Este año estaba sin síntomas obsesivos cuando coge sus vacaciones.

A la vuelta de ellas sufre una amigdalitis pultácea: su madre y su jefe la presionan para que se levante y se incorpore al trabajo. Ella recuerda que en el año que estuvo su padre enfermo sufrió una amigdalitis resistente a antibióticos que la tuvo encamada, busca el parte de urgencias y ve que son las mismas fechas: el 4 de abril, aniversario de la pareja.

En estas sesiones de abril está repitiendo el proceso del último mes de vida de su padre. La repetición le está permitiendo encajar emocionalmente lo que, en su momento, bloqueó de forma inconsciente. En ella no habían aparecido sentimientos de miedo o culpa de forma consciente en el proceso de enfermedad y

(5) Estas viñetas clínicas se han recogido hace más de 5 años.

muerte del padre. Ella fue la acompañante principal del padre en la clínica y la emoción consciente era el cansancio casi en exclusiva.

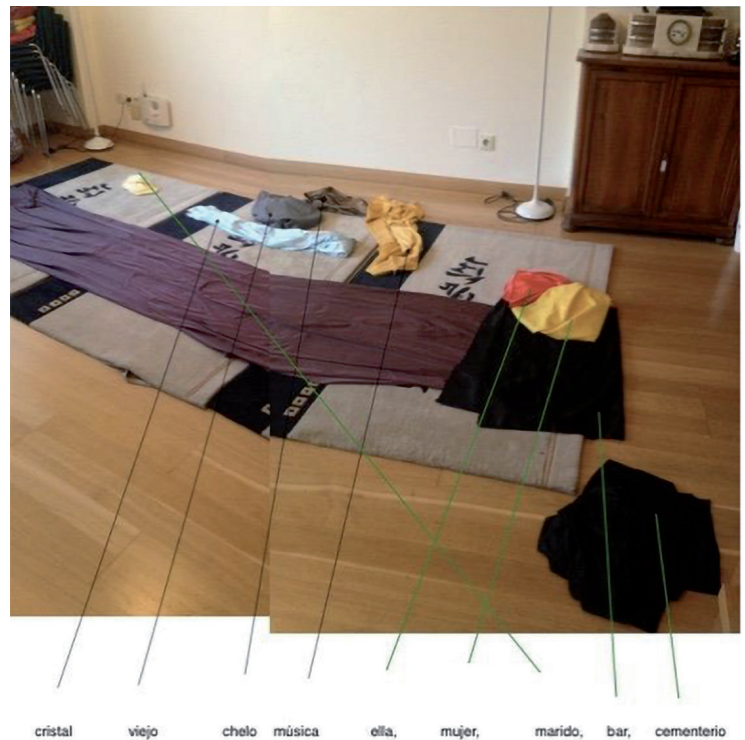
Sueño: *“Voy por una calle de mi barrio, me sorprende que sea tan bonita, me encuentro con una mujer que va con su marido, decido seguir el camino con ella. Veo a un hombre mayor, viudo, tocando el chelo, la mujer me dice ¿no lo conoces? dando a entender que está loco, que es el loquito del pueblo. Le digo que no, me quedo mirando, la música es muy triste, él se vuelve a mirarme. Continúo el camino y llego a un bar, desde allí veo el cementerio. Busco a mi marido y me voy”.*

Asociaciones al sueño: la chica le recuerda a una enfermera que va a comprar a su farmacia. Como característica “más egoísta, más directa”, el marido bondadoso. La música del chelo la asocia con su marido que está aprendiendo a tocarlo y eso a ella le provoca una reacción de ira. Le pregunto por la ira, recuerda que, en un viaje al extranjero, el año pasado por estas fechas (aniversario del padre e inicio del cuadro obsesivo) fueron a un concierto de chelo que daban en una Iglesia. Ahora se da cuenta de que ese fue el inicio de los síntomas obsesivos. Cuando salió del concierto le dieron muchos síntomas, muy fuertes por vez primera. Hablando sobre la capacidad de comunicar de la música me cuenta que en el funeral de su padre, quiso cantar un amigo suyo en el coro, habla con ira de esa situación “era para matarle, lo triste que era todo lo que cantaba, yo me estaba poniendo fatal”. Hablamos sobre su rechazo a sentir dolor o tristeza profunda.

Dramatización: con telas sitúa la escena del sueño: el camino, ella, la mujer y su marido, el hombre viejo viudo y solo, el chelo, el cristal que lo separa (lo recuerda al construir la imagen), la música del chelo, el bar y el cementerio. Juega los diferentes roles mencionados, añadiendo postura corporal y soliloquio. Le permite

verbalizar el origen de los síntomas y su relación con la tristeza (hasta ahora siempre estaba el miedo a ser una loca o a tener una enfermedad orgánica o genética) y el dolor por la muerte de su padre, desde el rol del cementerio puede hablar de la presencia de la muerte también como un lugar positivo, de paz.

Dramatización: al construir la imagen se observa que realiza como un “camino” desde la música-chelo hasta llegar al “viejo” que salta el cristal. La invito a que “haga caso del sueño” y contacte con la tristeza a través de la música si le hace falta. La invito a bailar al son de un adagio de Bach con chelo. Solo mover el cuerpo y expresar (Mischa & Lily Maisky – Bach: Concerto in D Minor, BWV 974: II. Adagio)



Comentarios: Lo que dificulta a esta paciente la elaboración del duelo de su padre es la ambivalencia no resuelta y no reconocida hacia él. En especial el monto de ira y dolor no elaborado que de niña se generó ante el alcoholismo del mismo. El cáncer del que muere el padre se relaciona

con el alcohol. Por la “afición a la juerga” la familia se arruina y tiene que vender el negocio para el que ella estudió su carrera, ahora tiene que trabajar en el antiguo negocio de su padre para otros dueños. No acaba de contactar con la frustración y el enfado que le produce esta situación. No se atreve a cambiar de trabajo. Esta sesión le permite empezar a aceptar que la tristeza y la elaboración del duelo puede ser la llave para su liberación vital.

Conclusiones

Trabajar con elementos traumáticos es trabajar con el cuerpo, con lo psicosomático. El cuerpo comunica lo oculto al yo, lo que no se puede verbalizar. Cuanto más oculto está un contenido psíquico más fácilmente es representado por el cuerpo. Los traumas familiares se pueden transmitir encriptados en lo corporal. Generación tras generación se producen repeticiones, sincronías, enfermedades y sucesos vitales que pueden ser clarificados desde la visión transgeneracional. Es cierto que inicialmente muchos de estos elementos aparecen como un contenido individual. Sin embargo, si le añadimos la información proporcionada por el GSG y mantenemos la mirada en la historia familiar podemos tener una panorámica más amplia.

Por ejemplo, en el caso de M, la muerte de un feto tiene un valor especialmente marcado por la historia familiar de mujeres que pierden a sus hijos. Cuando se pone en contexto de esta historia familiar la

propia se produce una integración potente. Se le permite a la paciente trascender lo ocurrido a nivel individual y engazarlo en el rosario de mujeres de su familia que no lloraron a sus hijos. Hay un “estilo familiar” que tiende a manifestarse de forma automática, cegando al yo en sus decisiones e imponiéndose de forma silente.

El aniversario como elemento de recuerdo, desvela la disociación traumática. El recuerdo emerge de forma sorpresiva a través de un síntoma físico o una repetición. No precisa hacerse consciente para expresarse. Es como en la familia de hermanas maldecidas por el cáncer ginecológico en un sistema donde las mujeres sufren a manos de la violencia de los hombres al menos desde hace tres generaciones. El tomar conciencia de ello permite salir de la repetición ciega, al menos en cuanto a las parejas elegidas. El cambio de rol y el trabajo con imágenes nos permite advertir las características de los vínculos que se establecen, cómo complementamos o nos complementan. Nos ayuda a objetivar, a desidentificarnos con ciertos aspectos que actúan enajenando al yo.

El uso de la realidad surplus es muy útil cuando trabajamos con el trauma. Como dijo Moreno se trata de crear una verdadera segunda oportunidad. En el caso del trauma, tanto individual como familiar, vamos a generar una reparación. Se posibilita un encuentro a través de personajes con lo que son aspectos introyectados. Un verdadero diálogo interno que nos permite descongelar la escena traumática.

REFERENCIAS

- Abraham, N., & Torok, M. (2005). *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Böszörményi-Nagy, I. (1983). *Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Hellinger, B. (2001). *Los órdenes del amor*. Barcelona: Herder.
- Hilgard, J. R. (1989). The anniversary syndrome as related to late-appearing mental illnesses in hospitalized patients. In A. L. S. Silver (Ed.), *Psychoanalysis and psychosis*. Madison, CT: International Universities Press.
- Jung, C.G. (1988). *Sincronicidad*. Málaga: Ed. Sirio.
- Maciel, M. (2014). El uso del psicodrama en la psicoterapia transgeneracional Psychodrama in the transgenerational psychoterapy. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22(1), 92-99.
- Rojas-Bermúdez, J. (1997). *Teoría y técnica psicodramáticas*. Ed. Paidós: Barcelona.
- Rojas-Bermúdez, J. (2004). Imágenes sicodramáticas. *Apuntes de Sicodrama*, 4.
- Rojas-Bermúdez, J., María Corts J., Dominguez Rivera, C., Fonseca Fábregas, E., González Cuesta, C., Mercader Larios, C., Moyano Bermudez, G., & Rey Pousada, R., (2012). *Actualizaciones en sicodrama, imagen y acción en la teoría y la práctica*. Culleredo: Espiralia Ensayo.
- Sheldrake, R. (2012). *El espejismo de la ciencia*. Barcelona: Kairós.
- Stchützenberger, A.A. (2008). *Ay mis ancestros*. Madrid: Taurus
- Stchützenberger, A.A. (2017). *Exercices pratiques de psychogénéalogie*. París: Payot
- Stchützenberger, A.A. (1998) (2010 e.d.) The ancestor syndrome: Transgenerational psychotherapy and the hidden links in the family tree. Routledge (ed. digital)