**Relajación Terapéutica y psicoanálisis.**

**Lic. en Psicomotricidad Cecilia Muñiz.**

*“El hacer es equiparable al decir, la palabra dice la verdad y miente, el cuerpo dice la verdad y miente también. Actos y dichos, acciones y dicciones, expresividad somática, expresividad semántica no son más que modalidades posibles por las que el sujeto transmite en lo manifiesto, lo latente de sus decires inconscientes (…)”(Rodríguez, R2014)*

Como Lic. en Psicomotricidad me cuestiono hace algunos años acerca de ese obstáculo epistemológico llamado cuerpo-mente en la clínica de adultos. El cuerpo de la medicina, la psique de la psicología. Y desde esa división, tan vigente aún, buscar puntos de encuentro entre la psicomotricidad y el psicoanálisis.

El cuerpo guarda el registro de las sensaciones más placenteras y los terrores más desgarradores, algunas veces ese registro carece de palabras que lo nombren y no siempre el lenguaje es herramienta suficiente si el dolor psíquico se ha inscripto en el cuerpo y su accionar. *“En ese cuerpo pasan cosas imprevistas... y pasan cosas imprevistas justamente porque el cuerpo, el cuerpo del que hablamos en el psicoanálisis, es un cuerpo perturbado, modificado, profundamente marcado por el significante, es decir por el Otro y por lo real.” (Tarrab, M .2004)*

Varios psicoanalistas franceses, desde distintas escuelas del psicoanálisis han valorizado la relajación como herramienta terapéutica, Jean Bergés, Gisele de M’Uzan, Michel Sapir, Reverchon y Meyer así como Ajuriaguerra con la Relajación Psicotónica, uno de los fundadores de la psicomotricidad como disciplina.

En mi trabajo clínico me apoyo principalmente en la “Relajación Terapéutica” desde la concepción del Dr. Jean Bergés, psicoanalista francés, fundador en 1982 de la Asociación Lacaniana Internacional.

Considero que integrar un abordaje corporal mediante Relajación Terapéutica en la clínica de lo traumático no debe ser tomado como un dato menor. Puede ser un lugar desde donde colaborar en la construcción de significantes allí donde había vacíos. La sensación del cuerpo propio empodera al sujeto, sentir sus límites, su postura, el tono muscular que da inicio a la acción y la acompaña colaboran en el acceso a una sensación de unidad que liga el cuerpo a la historia en el proceso terapéutico.

Para lograr la quietud a la que invita la relajación se hace necesario muchas veces comenzar por movimientos lentos, movilizaciones pasivas y momentos de tensión y distención como preparación de la relajación profunda y generalizada a la cual se pretende acceder. La presentación del paciente nos va a guiar en este camino hacia la quietud, la distención y la calma.

Se trabaja llevando directamente la atención el esquema corporal y el tono muscular que lo sostiene e inevitablemente sobre la imagen del cuerpo y las representaciones que lo involucran. Lo importante no es que el paciente logre una relajación perfecta, no hay una buena forma de relajarse. Lo relevante es todo lo que sucede cuando se dispone a soltar la tensión de cada segmento y musculo de su cuerpo sobre el piso. Esta sensación puede resultar reveladora en sí misma para el sujeto. Lo que allí sucede en cuanto a imágenes, emociones, sensaciones, asociaciones es el material que se vuelve analizable, el aceite que mueve el engranaje del análisis a decir de Bergés. Los tiempo entre sesión y sesión siguen movilizando el registro tónico postural comenzando a surgir preguntas, constataciones e intervenciones en relación al cuerpo y la forma de habitarlo y esto también es movimiento psíquico.

No pueden desestimarse los aportes neurofisiológicos de las técnicas de Relajación fundamentales para el acceso a la calma. La respiración disminuye en velocidad, aumenta en profundidad, el ritmo cardíaco baja así como la presión arterial, etc. Lo importante es comprender que en esta intervención no es la respuesta fisiológica lo único que nos ocupa. Dice Bergés de la relajación *“Es una técnica que se dirige al cuerpo entero, lo llamamos terapéutico e insistimos sobre este punto para distinguirla de las técnicas de masaje o de gimnasia, donde no se apunta a lo mismo y donde el papel de la transferencia no es tomado en cuenta”* (Bounes- Bergés, 1988)

**Caso Clínico:**

Brevemente voy a relatar el caso de una paciente de 46 años con diagnostico de Estrés pos traumático complejo. Se trabaja en forma coordinada con la psicoterapeuta y psiquiatra. La paciente acude a sesión de relajación terapéutica y psicoterapia en forma semanal hace un año y 8 meses. Presentaba crisis de pánico que le impedían salir sola, contracturas crónicas, cefaleas tensionales y bruxismo. Su brazo derecho presentaba una afección que había sido tratada como tendinitis hasta llegar al uso de yeso. La mano se le hinchaba y perdía calor a la vez que el brazo quedaba “duro” (usando expresión de la paciente) contra el cuerpo perdiendo movilidad. Con respecto a la medicación se le indica al comenzar el abordaje Sertralina, Quetiapina y Zolpidem.

Su cuerpo al inicio del tratamiento se presentaba rígido, la postura encorvada y cerrada, el cuello escondido por los hombros que presentaban un franco ascenso de tono, el movimiento poco fluido haciendo escaso uso del espacio. Muy controlada, en la palabra y en el gesto. El trabajo de Relajación se planifica tomando en cuenta estos parámetros psicomotores. Se comienza con un trabajo que pretende hacer conscientes los hábitos tónico posturales mediante movimientos lentos, dirigiendo la atención a diferentes segmentos del cuerpo o grupos musculares. Se trabaja con alternancia de tensión y distención con el fin de atenuar la hipertonía en MMSS, se realizan movilizaciones pasivas de brazos constatando paratonía, se intenta abrir la postura trabajando la posición de los hombros, el pecho y la espalda. No es un trabajo brusco ni busca la catarsis, todo lo contrario es un trabajo lento, gradual y de profundo respeto con lo que el paciente va logrando sesión a sesión. Es importante el trabajo que se hace con la atención, la organización espacial, la lateralidad, el enlentecimiento en el movimiento. Durante el proceso los hombros comienzan a bajar lentamente dejando ver el cuello, la mandíbula se afloja. Comienza a emerger angustia en las sesiones, necesitando moverse, abrir los ojos, expresa sentir palpitaciones por momentos en la quietud. Se la acompaña y sostiene en esta búsqueda de sentir calma en su cuerpo hasta que llega a ser una experiencia placentera para ella a la que accede cada vez mas facilmente. En la quietud se trabaja básicamente con el tono muscular y su distención nombrando el cuerpo parte por parte.

Los primeros tiempos de relajación generalizada la paciente tenía algunas veces la sensación de caía llegando a sobresaltarse lo cual que le generaba angustia e interrogantes que siguió elaborando en análisis. En una sesión, luego de la relajación relata el recuerdo de un sueño donde su hermana menor fallecida 16 años atrás la tomaba del brazo derecho para no caer al vacío pero no logra sujetarla.

Estas imágenes, recuerdos y sensaciones son retomados en el análisis y hay una correlación entre lo que sucede en la psicoterapia y la relajación. Se observa mayor capacidad de organizarse, pensarse y decir a la vez que habitar el cuerpo le resulta cada vez menos doloroso en lo real. Los recuerdos de eventos traumáticos de su historia y la angustia se han desplegado. Podemos decir que el trabajo conjunto está favoreciendo el insigth y la elaboración a la vez que brinda material que colabora en anudamiento del afecto, la sensación y la palabra.

Es necesario para que esto suceda construir en el entre dos (paciente- terapeuta) una estructura afectiva y representacional de sostén que sea estable, unifique y organice, estructura que en este caso en particular (como en tantos otros) era deficitaria.

Actualmente la paciente presenta franca mejoría. Las cefaleas tensionales han cedido así como las contracturas y puede concurrir sola a las consultas algo que era impensable para ella al comienzo. El brazo derecho ha remitido totalmente la sintomatología y hace meses que no presenta crisis de pánico. Dice sentirse más segura. Su postura al día de hoy se presenta más ajustada, erguida, con otra fluidez en el gesto y el movimiento. En cuanto a la medicación ya no toma Quetiapina ni Zolpidem manteniendo solo la Sertralina en proceso de disminución de dosis.

**Extracto del discurso de la paciente desde los primeros días de tratamiento a la fecha**

*“no siento los hombros, parece que me hubieran puesto un tronco en la espalda”*

*“Ya no sé cuál es la derecha ni la izquierda, no sé ni donde estoy parada”*

*“Cuando dejo todo el cuerpo entero flojo en el piso a veces me da la sensación de que me voy para abajo, me sobresalto del susto”*

*“Cada vez se hace más fácil entrar en la relajación, es como aprender a escuchar el jeringoso del cuerpo (risas)”*

Este singular proceso terapéutico continúa ligando el cuerpo y la palabra en un continuo dialogo de disciplinas que lejos se han mantenido de delimitar territorios sino que por el contrario se han animado a desdibujar fronteras sin miedo a perderse, quizás por el profundo entendimiento de que tampoco existen fronteras que separen el cuerpo del psiquismo.

**Referencias Bibliográficas**

* Berges, J, Bounes, M (1977). La Relajación Terapéutica en la Infancia. Barcelona. Toray- Masson, S.A.
* BounesBerges, M (1988). La Relajación Terapéutica en la Infancia. Buenos Aires: Reunión Clínica
* Rodríguez Ribas (2014) Psicopatología de la expresividad psicomotriz en el tratamiento psicomotor. Recuperado de: <http://jrribas.blogspot.com.uy/>
* Tarrab, M (2004). Notas sobre el cuerpo. Metaphora Guatemala n.3. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-06962004000100016>