ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICODRAMA

I REUNION NACIONAL

MODELOS TEORICOS Y TECNICAS PSICODRAMATICAS

DIPUTACION PROVINCIAL DE GRANADA

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICODRAMA

I REUNION NACIONAL

MODELOS TEORICOS Y TECNICAS PSICODRAMATICAS

gracias por tu trabajo, nos será de gran ayuda.

Meribel Quiñones

Diciembre 87.

DIPUTACION PROVINCIAL DE GRANADA

Imprime: IMPRENTA PROVINCIAL.

Depósito Legal: GR. 297/1986.

PALABRAS DE SALUTACION

por E. Grañén Raso

Excelentísimo señor Presidente, ilustres señoras y señores, compañeros y amigos todos: hemos llamado a las puertas de la que, un día, era —y pienso que puede seguir diciéndose hoy lo mismo— la más hermosa y hospitalaria ciudad de Occidente. Artífice de una singular y magistral originalidad, en una fina y artística cultura, fue escogida para poder dedicarnos a nuestro trabajo en el mejor ambiente posible.

Estas puertas se han abierto para recibirnos con diligencia y amplitud. Cumple ahora el hacer nuestra presentación.

Ya en el pasado siglo, el conocido psicólogo Williams James dijo que usábamos solamente un 10 % de nuestras posibilidades mentales con subtrato cerebral. Esta frase luego, además de llegar a estar profusamente difundida y de haberse atribuido a otros, con variantes en el tanto por ciento, llena todavía de asombro a muchísimas personas.

No sabemos, en la actualidad si, realmente, lo que nos resta por utilizar de estas posibilidades rondará el 80, el 90 o el 70 por ciento, o menos. Aunque sí creemos poder afirmar que, a la parte que ya usamos, debemos los humanos y en bastantes aspectos, una mejor aplicación de la que, hasta ahora, hemos hecho nosotros y las generaciones pretéritas, ¡puesto que todavía hay guerras! Dicho sea sin menospreciar cuantos logros se hayan conseguido hasta hoy, que no son pocos. Y al antes mencionado tan importante resto, tratar de cultivarlo con la función más positiva y posible hasta tanto y donde podamos. La metodología y esencia psicodramática pensamos que es una excelente vía para ello.

Conocemos algo acerca de los enormes poderes de la sinrazón en su lucha con la razón, así como que, aquéllos, se nos muestran en multitud de realidades cotidianas, históricas, literarias, teatrales, etc. Y aunque todo ello no implica de ninguna manera la inoperancia y debilidad de la razón, mucho menos nos muestra su cacareada derrota, tal como algunos pueden

proclamar e incluso ya proclamaban hace siglos diciendo que el ser humano prefiere la mentira a la verdad (Luciano de Samosata entre otros). Sustentamos, además, la creencia de que frente al **homo demens**, debemos oponer el **homo sapiens.** Porque, razonable es, y valga el ejemplo, escuchar y tratar de comprender el lenguaje de lo que suponemos puede ser, algunas veces, la irracionalidad. Y así, el mensaje que nos lanzaba, hace ya más de un siglo, uno de los grandes románticos y, a la vez, uno de los mejores científicos que ha tenido el mundo de los estudiosos de la mente: Karl Ideler. Decía Ideler que: «La locura es la poesía fantástica de un anhelo infinito del corazón».

Pensamos que, estos ejemplos, pueden haber contribuido a esclarecer nuestro afán e ideales: conseguir mejores cotas en los trabajos y medios de comunicación psicológico-interpersonales mediante el Psicodrama. De ahí, suele derivarse una relación más positiva entre las personas y una aproximación a mayores plenitudes en la maduración de la mente humana.

En cuanto a nuestro trabajo, consiste en reunirnos para contrastar y dialogar acerca de las experiencias conseguidas por cada uno de nosotros y extraer, de ellas, las mejores consecuencias como aportación a la obra de una cultura psicológico-científica aplicada al ser humano y que, como a tal, disminuya progresivamente en dogmas y especulaciones no comprobadas, o no comprobables.

Con lo dicho hasta aquí, ya esbozamos quiénes somos y a qué venimos los que hemos solicitado hospitalidad en esta acogedora tierra de tan profunda tradición cultural. Esta generosidad, la percibimos vivamente y, por este motivo, deseamos expresar nuestro agradecimiento en nombre de todos los que vamos a comenzar nuestras tareas. Desde la hondura de nuestros sentimientos, gracias. Gracias por esta cálida y confortante deferencia.

Y no desearíamos terminar, ni podríamos hacerlo, sin mención del reconocimiento de todos nosotros para el infatigable organizador de esta Primera Reunión de la Asociación Española de Psicodrama; el Profesor, excelente amigo, y compañero, el doctor don José M.ª López Sánchez que, con sus colaboradores y venciendo innúmeras dificultades, de tiempo, entre otras, han puesto entusiasmo y eficacia al servicio de esta 1.ª Reunión y logrando que confluyamos todos aquí, que nos encontremos bien, y que nos sintamos en buena hora bienvenidos. Señoras y señores, amigos, tiene la palabra el Excmo. Sr. Presidente de la Diputación.

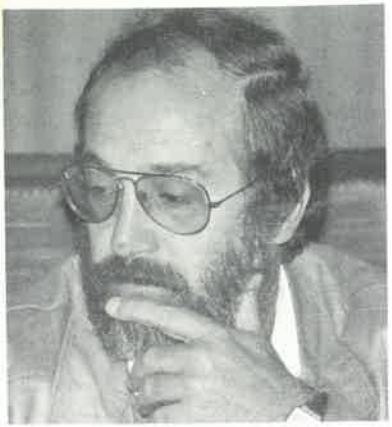
INAUGURACION

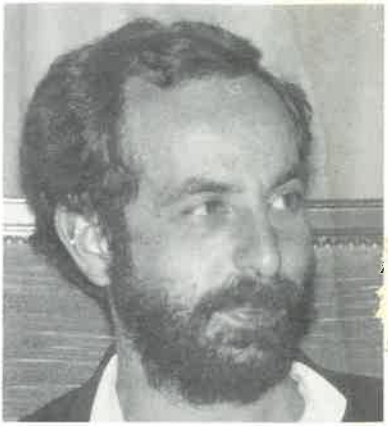
El diputado Sr. Ramírez Rueda dio, en nombre de la Diputación de Granada a la que representaba, y en el suyo propio, un cordial y afectuoso saludo a todos los psiquiatras y psicólogos que habían acudido a esta I Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama. Dio la bienvenida a todos los participantes a la ciudad de Granada.

A continuación, agradeció las amables palabras del Presidente de la Asociación, el Dr. Grañén, al darles las gracias por la ayuda que habían prestado para la realización de estas Jornadas.

Dijo que la Diputación de Granada brindaba sus puertas abiertas para cualquier acto que supusiera una mejora en la asistencia a los disminuidos psíquicos y enfermos mentales, y en la profundización de los métodos de asistencia. Señaló que por esto la Diputación de Granada ya había colaborado con anterioridad en la realización de dos cursos sobre asistencia a disminuidos psíquicos.

Para terminar, invitó a todos los asistentes a seguir investigando y avanzando en el camino ya emprendido, reiteró su ayuda para todo ello y declaró inaugurada la I Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama.





MODELOS TEORICOS Y TECNICAS PSICODRAMATICAS

«LO QUE ESTAMOS HACIENDO AHORA»

Instituto de Psicología y Psicoterapia «Peñas Arriba»

CHARO GIL-ORTEGA
Psiquiatra, Psicoterapeuta

JUAN IGNACIO SAGASTAGOITIA
Psicólogo, Psicoterapeuta

Nuestra participación en la ponencia «Modelos Teóricos y técnicas Psicodramáticas», va a consistir en el relato de la experiencia de un grupo de psicóticos que actualmente existe y que nació hace dos años y nueve meses; se realiza en la consulta privada, y aunque sólo participan tres miembros de la consulta y luego dos, pensamos que es un trabajo en el que en cierta forma contamos que están detrás el resto de los terapeutas, por un lado, por ser entonces el único grupo de psicóticos, por las perturbaciones que muchas veces les causa y quizás lo más importante porque el modelo teórico que aquí se podría deducir es bastante similar al de todo el grupo.

El llamarlo grupo de psicóticos, no es porque se trate de personas con un núcleo psicótico importante, ni siquiera se trata de síndrome borderline, sino de cuadros psicóticos más o menos estructurados, esquizofrenia paranoide, otros con intentos de suicidio repetidos, con necesidad de hospitalización psiquiátrica en un alto porcentaje.

Nos ha parecido más objetivo para decir cuál es nuestro modelo teórico, el mostrar material de las sesiones, recogido a través de la observación. Para elegir la sesión revisamos todas las sesiones y encotramos una, que nos pareció significativa de nuestro trabajo, a la que añadiremos la sesión anterior y la posterior, estas dos en extracto y la otra, literal.

En el momento que vamos a transcribir, el grupo estaba com-

puesto por tres hombres y dos mujeres, ese día asisten todos, en la coordinación dos terapeutas, uno masculino y otro femenino y una observadora silenciosa, las notas de la observación se recogían en la sesión. El grupo tenía una frecuencia de dos veces por semana y una hora de duración. La sesión que relatamos ocurre cuando el grupo tenía nueve meses (de lo que nos damos cuenta después de haberla elegido) y del grupo inicial quedan tres personas: dos mujeres y un hombre, algo curioso también, pues coincide con la coordinación.

SESION ELEGIDA

Juan trae una revista con un artículo que quiere comentar: Dinámica Corporal, las artes marciales y lo que puede aportar a la salud anímica.

María se ríe mientras habla Juan.

Juan.—«Si fuera perfecto no me cortaría inhibirme-exhibirme».

Surge el tema de los cinturones y clasificaciones, el resto del grupo sin participar.

Terap. masculino.—«Exhibirte, dificultad para ello».

Terap. femenina.—«De lo bueno, no se puede hablar entre vosotros».

Juan.—«Estoy como frustrado de haber hecho cosas malas, tendría que recibir algo de la gente, para empezar a hacer cosas buenas, un castigo».

T.—«Eso es una justificación como otra cualquiera».

Sara se ríe ante la palabra justificación y dice «yo ahora estoy más contenta conmigo».

La terapeuta se dirige a Pablo tratando de incorporarlo y le dice «¿y tú?».

Pablo.—«Yo no, a mí no me pasa éso», (sin embargo trae zapatos y pantalones más nuevos que normalmente).

María se ríe ante una intervención de Paco.

El terapeuta señala falta de interés grupal, ante la satisfacción de Sara.

Sara.—«Me siento menos mierda, soy consciente de las cosas malas y de las buenas, y además las buenas, son muy buenas».

Juan.—«Trabajar bien es como un barómetro, cuando se está bien se trabaja mejor».

Se desarrolla un diálogo laboral entre Sara y Juan, Paco no sabe cómo meterse y dice: «llevo una semana sin trabajar ,no estoy demasiado contento conmigo».

Pablo.—«Me encantaría poder decir lo mismo, llevo cuatro años y medio trabajando».

María.—«No he podido matricularme. No hago nada. No tengo ganas de hablar». (Se resiste ante la insistencia del terapeuta). «No tenía ganas de estudiar». (Se la ve triste). «Tengo las seis convocatorias agotadas» (Pablo me mira muy fijo, se saca algo de las muelas) (entre María y Pablo hay una relación especial).

Juan le pregunta a María por sus convocatorias, cuenta un chiste que nadie ríe, clima apático o muy pesado.

María.—«Yo no he tenido mucho interés» (habla con miedo, no se atreve a seguir el discurso).

El terapeuta trae el chiste de Juan.

T.—«Como a Paco con la venta-falta de interés».

Paco habla de su redacción y Pablo dice: «después se la quité», «yo creía que era en inglés, pero en español, era ridículo...». Paco se defiende.

Paco.—«Estoy solo, no conecto con la gente, no me siento seguro, quería que me analizaran psicológicamente, he tenido miedo por la noche, miedo de terror...».

María.—«A mí también me pasa éso, a la oscuridad me da mucho miedo y a los ascensores».

Paco.—«Los veía como en el cuarto, y un tío con un cuchillo que pensé que se iba a liar a cuchillazos conmigo».

T.—«¿Y qué habías hecho para necesitar todas esas cosas?

Paco.—No lo sé, no le encuentro explicación, viene de ese miedo a la violencia, una pelea que tuve con un amigo mío».

Pablo y Sara comparten el tabaco.

María.—«Yo tenía miedo a los platillos volantes».

Pablo.—«No me interesa nada de lo que habla la gente, me aburro y me entra una tristeza muy grande».

T.—«Me da la impresión de que confundes aburrimiento, con estar tranquilo» (al releer ahora, pienso que no capté lo que le había llegado el comentario desde la locura de María, ya que es su pareja).

Juan.—«Yo veo que lo que dice Pablo es un buen punto para empezar».

Pablo.—«¿Y éso es bueno? Desde luego estos días he estado menos angustiado. El sábado me lo pasé bien, esta mañana empecé mal, pero dije ¡voy a luchar!, y parece que salí bien».

Paco.—«El otro día me encontré bien» (sin riñas).

Juan.—«Yo pasé ayer un día bastante bueno...ganas de luchar».

Pablo.—«Eso sí».

Terap.—«Estáis muy lejos las dos mujeres».

Paco.—«Ayer he visto a Bo Derek (se pone colorado) me quedé muy cortado, le dí la mano y ya está. Decepciona un poco, demasiado delgada».

Sara.—«Juan está hoy especialmente abierto, cordial».

La terapeuta vuelve al tema de las dos mujeres.

María.—«Yo hacia ella no tengo nada negativo...de verdad que no».

Sara.—«Me llega tu rechazo» (la observadora ve que le llega su propio rechazo hacia María como reflejo del rechazo de la terapeuta).

Terap.—«Porque tú ofreciste resistencia».

Juan.—«Como un rechazo mutuo».

La observadora ve a María muy sola en el grupo.

Sara.—«A mí...eres una persona que me puede hacer daño (sería te puedo hacer daño) y no quiero enrollarme afectivamente».

Terap.—«Desde la culpa».

Sara.—«Había culpa antes de esas dos o tres sesiones...tampoco me sentía libre, luego, ya no había culpa, había cabreo».

Desde la observación se vive como liberación y nota a María angustiada, Juan lee un trozo del artículo y habla de la parte

más odiada del cuerpo, los demás se enganchan y cada uno va diciendo su parte: para Pablo el culo, para Sara la barriga, para Paco la barriga, para Juan la cabeza, María no dice ninguna, sigue abandonada.

Juan.—«Zombi, yo te veo a ti, una persona muy retraída (dirigiéndose a María), con mucha gravedad para cualquier cosa, una persona puede llegar a un punto de egoísmo tan grande, que no echa ni sangre».

María se defiende desde la angustia. Paco también la defiende, todos hablan de María pero nadie la entiende, está a punto de llorar, juega con sus manos en una actitud autista total, dedos tremendamente largos, María sale de la situación con un tremendo esfuerzo.

Terap.—«¿Tu parte más odiada María?».

María.—«Los pelos de la cabeza».

Juan aparece reparador.

Terap.—«¿Hasta dónde no es la cabeza entera?».

Juan.—«... en la tensión que se adivina en tus ojos, tu sonrisa como se dibuja...».

María se muerde los dedos, esconde su cara de los terapeutas.

María, contrae los músculos de la cara, mira a Pablo, parece decirle ¡ayuda!

Terap.—Propone un juego: utilizando el espacio del suelo, formar un cuerpo entre todos, cada uno una parte del cuerpo.

Juan.—«Yo me pido un tronco».

María dirigiéndose a Pablo le dice «Yo no me he enterado».

Gráfico de cómo se sitúa el grupo:

María

Sara Paco

Juan

Pablo

Pablo coje las piernas de Juan, como si las quisiera abrir, duda y se queda sentado, serio, triste, interpreta a Juan que lo quiere ayudar y duda. La terap. le dobla las piernas a Juan.

María se pone las manos en los genitales, para evitar el contacto de la cabeza de Juan.

Pablo duda, está tremendamente nervioso, echa aparte las piernas y la pelvis.

(Se queda sentado al lado del resto y justo deja fuera de ese cuerpo que han creado la parte que él estaba formando).

Terap.—«Cerrar los ojos, permanecer inmóviles, tomar conciencia, poco a poco, movimiento».

Juan no puede mantener los ojos cerrados, no se mueven, María se ríe. El primero en moverse es Pablo, las piernas hacia los lados, luego Sara se pone paralela a Juan, María dice «si se moviera el tronco» (quita las manos de la pelvis), Pablo movimientos sexuales, se vé de pronto despojado de su sitio, separado del cuerpo.

Se termina el juego, cuando María levanta el tronco y le ordena caminar.

Juan.—«Había falta de coherencia».

Paco.—«Me hubiera gustado ser la cabeza».

Sara.—«Me resultó cómodo ser el brazo».

(La pelvis...pelea entre Juan y Pablo por el pene.)

Pablo.—«No me coordinaba bien con las otras partes del cuerpo».

(Parecía, que no sabía si podía ser el pene).

Terap. señala «cuando María se levantó el cuerpo se descompuso».

Paco.—«Queríamos haber sido el cuerpo entero».

Al releer esta sesión hay varias cosas que nos llaman la atención, una de ellas es cómo de alguna forma, coincide todo lo que hay en ellos con la dramatización elegida (si aceptamos que es así), es decir ellos pasan de mostrar sus intentos de integración a la desintegración más absoluta y lo que surge es el formar un cuerpo, el integrarse.

Casi podríamos decir, que en cada sesión surge todo el contenido, todo su mundo interno, pero como si se tuviera que hacer el recorrido completo: NACIMIENTO-AFECTIVIDAD-SEXUALIDAD-AGRESIVIDAD-MUERTE. Quizás esta característica de

«masividad» pueda venir dada por tratarse de psicóticos, que su nivel de percepción, de sensibilidad, lo tienen a flor de piel y nos lo ofrecen «todo», quizás demasiado claro.

El tipo de intervenciones que nosotros hacemos, es muy directo, quizás como metiéndonos muy dentro de ellos, con una distancia menor que en otro tipo de pacientes y retomando cualquier comunicación preverbal o verbal por parte de los terapeutas, como algo a clarificar de inmediato, por ejemplo si nos reímos a carcajada limpia, aunque también lo haga el grupo, les devolvemos lo que ha significado.

Cuando decíamos que hacemos unas interpretaciones muy directas, casi también podríamos añadir «directivas», tenemos que estar muy pendientes del descontrol y de la actuación, para poderles «dar seguridad» de que aunque se descontrolen no va a significar «matar o matarse».

En la sesión anterior a la que hemos transcrito, la dinámica está en relación con la agresividad, a la que tratamos de que se acerquen sin vivirla de forma tan peligrosa y se propone un juego en el que la consigna es: que entre ellos se echen una riña cariñosa; les cuesta mucho jugar; hay que llevarlos con cierta frecuencia a hacer soliloquios, como si así les resultara más fácil, meterse dentro de ellos, hay que repetir a menudo la consigna, ya que tienden bastante a la actuación; nos agreden y se agreden al cortar el juego. En vez de riñas cariñosas surgen quejas, sentirse como jueces, temor a que salgan riñas muy violentas y bloqueos subsiguientes, otros esperaban convencer al que estaban riñendo y entonces se le propone que elija un tema y que trate de «convencer» al grupo; sugiere «el que el gr. ,o salga un poco del sopor», se incorpora todo el grupo y aparece la ira, la racionalización, agresividad entre ellos, profundizando en sus fantasías más sádicas y de nuevo aparece el movimiento, el contacto y termina con «que el contacto ha hecho agradable, menos peligrosa, menos loca, a la agresión». En esta sesión nos viven como a Neill, tomándolo desde nosotros, como que les dejamos hacer, que puedan crecer en el grupo, expresar lo más temido sin que les castiguemos.

En la sesión posterior a la transcrita, la dinámica surge en torno a las interrelaciones grupales, aparece «un libro de Vallejo-Nájera y Sunmerhill» y dos frases «crear gente sana» y «curar gente enferma». Reaparece del contenido de la sesión transcrita, el qué hacer con todo lo que ven de ellos, aparecen celos, envidia, enfrentamiento y se dramatiza éste entre una situación triangular que aparece en el grupo, en la escena participan todos los

miembros del grupo, llegándose a una gran profundización en relación con la afectividad y enseguida la huida a través de la racionalización, se expresa muy bien en una frase que dicen: «quiero salir de aquí sabiendo dominar mis sentimientos».

PSICODRAMA PSICOANALITICO NO ORTODOXO

DESDE EL PSICODRAMA O PSICOANALISIS AL PSICODRAMA PSICOANALITICO

Dr. José Jiménez Avello

Tratamos de dar aquí cuenta del salto que hay desde el radical antagonismo Freud-Moreno, hasta la situación actual en que al complementarse han dado lugar a la aparición del psicodrama psicoanalítico.

Comenzando por los maestros, Moreno opone psicoanálisis y psicodrama, y de hecho, el pensamiento de Moreno se consagra históricamente como la primera alternativa netamente diferenciada a los planteamientos freudianos sin abandonar la concepción dinámica del psiquismo. En cuanto a Freud, por una parte, en sus escasos escritos técnicos, subraya la utilización sistemática del diván y la pasividad del analista, quedando cerrada así toda posibilidad de inclusión de escenas, y por otra, ignoró durante toda su vida a Moreno y su obra.

Este inicial desentendimiento procede en parte muy importante, en una visión psicoanalítica rígida, de la forma en que se entendió el valor que otorga la teoría moreniana a la abreación catártica. El concepto de abreación es un concepto de cuya negación arranca el psicoanálisis. Masotta señala que es un término decimonónico, debido a Breuer, y que no viene sino a esconder la impotencia de éste, para dar cuenta de lo que estaba sucediendo mediante el tratamiento por la palabra. Estudiada la abreación como el único mecanismo operativo en psicodrama y en el sentido de liberación impulsiva masiva, lo que en la escena sucedería es que el paciente repite el fracaso de la censura. Ahí, el psicoanalista sobra, o más bien, contribuye a cronificar la neurosis al favorecer la repetición, ligada en la teoría freudiana a las pulsiones posteriormente denominadas thánaticas.

Tan radical enfrentamiento ha sido en mayor o menor medida superado actualmente, aunque no se encuentre ni con mucho definitivamente resuelta la forma de articulación de ambas disciplinas. Weil enumera hasta seis formas distintas de combinación de psicoanálisis y psicodrama y en la práctica existen multitud de variantes de psicodrama psicoanalítico, que muchas veces no superan los límites de una pequeña institución o incluso de una persona.

Este cambio se ha producido desde el lado psicoanalítico, por diversos factores, y entre otros por los siguientes:

a) En ocasiones el desentendimiento se ha debido a factores que tienen que ver más con el mantenimiento de áreas de poder, influencia o seguridad que a razones estrictamente científicas. No se entiende si no, la ignorancia inicial psicoanalítica hacia las ideas de Moreno, cuando ya en 1904, Freud escribía cosas tales como:«(en el drama)... queda apreciablemente reducida la resistencia, a semejanza de lo que ocurre en el tratamiento psicoanalítico «o» es así tarea del dramaturgo transportarnos dentro de la misma enfermedad... Esto será particularmente necesario si la represión no se encuentra ya establecida». Hay en estas ideas una matriz de los planteamientos psicodramáticos que Freud no rescató nunca.

No se entiende tampoco que Moreno hiciera una crítica tan estridente y descalificadora del psicoanálisis como la que hace en su artículo de 1967 «El psicodrama de Sigmund Freud». Menos aún se entiende si tenemos en cuenta, que en 1956, Anzieu publicaba «El psicodrama analítico en el niño», del que Moreno no parece tener noticia 11 años después.

b) El acercamiento del psicoanálisis al psicodrama ha necesitado de un paso histórico intermedio: la terapia grupal psicoanalítica.

La demanda terapéutica que originó la segunda guerra mundial situó a algunos analistas, especialmente en Inglaterra, ante la imposibilidad de abarcarla, y les condujo al ensayo de métodos grupales y a su conceptualización en términos analíticos. El trabajo grupal hizo a su vez más patente las limitaciones de la relación estrictamente verbal, abriendo así la puerta a la inclusión del gesto a través del psicodrama.

De las limitaciones frente a las que Moreno sitúa la «doble revolución» del psicodrama, históricamente el analista toma primero conciencia de una de ellas (el individuo aislado), lo que a su vez le condujo a la otra (el individuo inmóvil).

c) La ampliación del campo terapéutico del psicoanálisis desde su marco inicial, reservado a la neurosis del adulto, para abarcar las neurosis infantiles y la psicosis, situó al análisis frente a la imposibilidad de mantener los límites de la relación en el setting clásico psicoanalítico, verbal e inmóvil. En la búsqueda de alternativas, apareció el juego (Melanie Klein) y en lógica continuación el psicodrama (Anzieu).

d) Moreno creó una técnica de trabajo terapéutico, la escena, y una hipótesis teórica para explicar lo que en y a través de ella ocurría. Pero nada impide que el psicoanalista se acerque a la escena y la lea según sus propias claves. La cuestión entonces se resitúa, no se trata ya de discutir la validez de la telé como vehículo de relación, o de la catarsis como fenómeno terapéutico, sino de ver hasta qué punto la escena psicodramática es valiosa para la conducción de auténticas curas psicoanalíticas, como señala Lebovici. En último extremo, hasta que punto los fenómenos de transferencia y el material inconsciente reprimido se hacen presentes, son captables por el terapeuta y elaborables en el curso de la cura.

e) Muy precozmente en su desarrollo histórico constituyó una preocupación para el análisis mantener un suficiente nivel de participación emocional, evitando el riesgo de caer en un análisis intelectualizado, que no sería sino seudoanálisis. Tal preocupación constituye uno de los puntos claves de la obra de Alexander, pero estaba ya presente en discípulos directos de Freud, como el caso de Ferenczi con sus intentos de psicoanálisis activado, y en el propio Freud, en el que la preocupación va en aumento según desarrolla su obra y es uno de los temas centrales de su último texto completo: «Análisis terminable e interminable» (1937).

Psicodrama moreniano versus psicodrama psicoanalítico

Para definir que tipo de psicodrama es el que se está practicando, J. M. López Sánchez habla de una serie de factores operativos en psicodrama. Según cuales sean los tomados en cuenta, se estará practicando uno u otro psicodrama. Tales factores son según este autor:

— interpretación dinámica.
— aprendizaje.
— factores lúdicos y corporales.
— catarsis.
— entrenamiento en lo social.
— factor espontaneidad.

Pues bien, el que la práctica psicodramática sea psicoanalítica o no, depende exclusivamente de a qué se esté llamando interpretación dinámica, o dicho de otra manera;

—El psicodrama no deja de ser psicoanalítico porque adepretación dinámica la basada en el abordaje de los procesos inconscientes.

— El psicodrama no de ja de ser psicoanalítico porque además tome en consideración lo valioso de la espontaneidad, o lo terapéutico en lo lúdico o en la abreacción catártica.

Algunos de estos factores han sido destacados también desde criterios estrictamente psicoanalíticos. Hablábamos antes, de cómo el psicoanálisis infantil introdujo el juego en la cura. En Melanie Klein el juego está al servicio de la interpretación como equivalente de asociación libre, pero Winnicot descubre el valor del acto mismo de jugar en su teoría del objeto transicional y en la consecuente definición de la psicoterapia como zona de superposición entre el juego del terapeuta y el juego de su paciente. La objección psicoanalítica al juego, sólo se produce si, como el drama, en palabras de Freud, «aplaca, en cierta manera, la incipiente rebelión contra el orden divino que decretó el imperio del sufrimiento» es decir y como ya señalábamos antes, si repite el fracaso en la elaboración de lo reprimido. Pero esta objeción, expresada en esta u otra manera, puede ser compartida por la mayor parte de los terapeutas.

En nuestra opinión pues, lo que discrimina al p.p. de otras formas de p. y concretamente del moreniano, tomado como patrón, está en la forma de entender qué es la interpretación dinámica, de donde viene, a qué se dirige, cómo opera, etc. Para estudiar estas diferencias hemos construido un cuadro donde contrastamos en forma de pares antitéticos algunos conceptos teóricos fundamentales que vienen a ocupar un lugar parecido en las teorías de Freud y Moreno, y que podrían servir de supuestos elementos de discriminación.

Elementos de discriminación	**Psic. MORENIANO**	**PSICOANALISIS**
Factor Terapéutico	Catarsis	Elaboración
Foco de atención	Discurso consciente e inadvertido	Discurso inconsciente
Vehículo de relación	**Telé**	Transferencia
APARATO PSIQUICO	Roles psicoanalíticos, psicodramáticos y sociodramáticos	Instancias psíquicas: Yo, Ello, Superyo.

Tal cuadro conlleva inevitablemente una cierta violencia, ya que al partir de supuestos parcialmente diferentes no siempre es posible ni nítido encontrar correspondencias.

Por ello, hemos renunciado a ciertos conceptos que no podrían encontrarla sin una marcada artificiosidad. Así, el concepto de espontaneidad moreniano, unas veces parece relacionarse con líbido (como para Weil), otras con insight y en otras parece constituirse en el objetivo de la cura. Nos centramos sobre los recogidos en el cuadro, que parecen los más comparables y discriminatorios y pasamos a desarollarlos.

Catarsis y elaboración

Pensamos que es ésta una discriminación poco nítida, hasta el punto que la contraposición sólo se hace clara si hablamos del fracaso de ambas. El fracaso de la catarsis es el acting-out y el de la elaboración, la racionalización. Si la catarsis es exitosa, si no deriva en acting, supone un movimiento emocional que alcanza también a la capacidad integradora del yo («Therapeutic acting-out» de Moreno). Y en cuanto a la elaboración, en estricto concepto psicoanalítico, conlleva un proceso vivencial en el que, como condición sine qua non, está incluida la emoción. Quizás la expresión que dé más cuenta de este emparentamiento sea la de «experiencia emocional correctora», que utilizan Alexander y la Escuela de Chicago. Unicamente el balance entre lo emocional y lo corrector (elaborativo) podría indicar la tendencia hacia planteamientos morenianos o freudianos.

Discurso consciente y discurso inconsciente

Aquí sí se da un claro elemento diferencial con incidencia sobre la práctica psicodramática. Mientras Moreno se centra sobre el discurso «real», el psicoanálisis atiende fundamentalmente las manifestaciones que en él se dan del inconsciente. Algunas escuelas psicoanalíticas hablan, en psicoterapia grupal, de la existencia de un inconsciente colectivo, teoría que no compartimos, pero sí la de que existe un discurso inconsciente del grupo, no sólo verbal en psicodrama, ya que hay un gesto inconsciente en la escena que es contestado desde otro gesto inconsciente y hecho consciente por la interpretación del terapeuta en el diseño más simple.

Cuando hablamos de inconsciente, hablamos de un sistema dotado de leyes estructurales, dinámicas y económicas que le

son propias y no del «inconsciente como noción» (Sartre) o de lo que también se ha llamado material inadvertido, y que vendría a corresponder más a la noción de preconsciente, que sí es tomada en consideración por el psicodrama moreniano.

Este distinto foco de atención del psicoanalista sobre el material inconsciente hace que el grupo transcurra en forma específica, ya que, por un lado, la secuencia de escenas vendrá dada por lo latente que el terapeuta percibe, y por otro, cobran especial valor algunas formas de dramatización potencialmente más aptas para el trabajo con material inconsciente. Así, en nuestra práctica cuando es posible, preferimos las escenas imaginarias simbólicas, no representativas directamente de hechos de la vida real, sino armadas desde la percepción contratransferencial (pensamiento en escenas) de la fantasía grupal inconsciente. Sobre este tema, volveremos más adelante.

Telé y Transferencia

La posición de Moreno respecto a la transferencia y su diferenciación de la telé no resulta clara. Como señala Weil «a veces considera la transferencia como una función negativa y a la telé como una función positiva de la vida de los grupos; a veces considera a la transferencia como parte integrante de la telé; a veces la cita como fuera de la telé». En cualquier caso, Moreno habla con frecuencia implícitamente, de fenómenos transferenciales y contratransferenciales.: Por ejemplo, habla de transferencia cuando se refiere al terapeuta como «yo-auxiliar» del niño y habla de contratransferencia cuando habla de expectativa de rol en la madre.

La posición psicoanalítica toma en consideración la existencia de fenómenos nacidos de una «auténtica» corriente de confianza y simpatía, que nosotros conceptualizamos como lo inferencial de la relación y cuya existencia además es básica para el establecimiento de una buena alianza terapéutica. Si lo anterior se corresponde con telé entonces también en psicodrama p. se está tomando en cuenta la telé. Pero además se toma en cuenta lo transferencial, porque como señala Lebovici:

«No se puede imaginar que un paciente o un grupo de pacientes, ubicados en una situación tan especial, no tengan sentimientos —de los que no hay que olvidar el rol dinámico— hacia los directores de escena...» Y este mismo autor señala también los riesgos de no tomar en cuenta la resolución de los problemas transferenciales, ya que «los efectos abreactivos...

la colaboración al menos en apariencia, más activa del terapeuta arrastran los beneficios secundarios de eternizar la neurosis de transferencia». Así, elementos como los implicados en la elección de roles auxiliares, o la posibilidad de cada paciente para incorporar según qué roles, son considerados desde el punto de vista transferencial por el analista. Por otra parte, los grupos donde hay al menos dos terapeutas y especialmente si son de distinto sexo se constituyen en un campo idóneo para la transferencia de los conflictos en relación con la pareja parental y con los objetos parciales.

Estas diferencias se ven atenuadas en la práctica del grupo, porque éste, para muchos analistas, por una parte no constituye el lugar idóneo para trabajar los aspectos transferenciales, y por otra, como escribe Anzieu, «otros fenómenos de la dinámica de grupos de los que la transferencia es un caso particular, adquieren igual importancia». Así, la posición del individuo en el grupo además de por la transferencia viene dada por su pertenencia al grupo y por la tipología misma del grupo terapéutico.

Roles e instancias psíquicas

No vemos grandes diferencias entre hablar del «rol psicosomático del comedor» y de «fase oral». Hablar de la madre como «primera matriz de identificación» o como primer «Yo-auxiliar» remite a un mismo fenómeno. Y en cuanto a los trastornos en la génesis del desarrollo psíquico, algo debe de tener que ver la «represión» con la automatización que suponen los «roles en conserva».

Valgan estos datos concretos para ejemplificar nuestra opinión de que, tanto el modelo de aparato psíquico, como el desarrollo genético del mismo diseñado por Freud y Moreno, tras una apariencia distinta, basada en distintas etiquetas, y quizás en distintas ideologías, contienen muchos elementos en común. De hecho, Moreno se aparta del modelo freudiano de yo-superyo-ello, no tanto por erróneo, sino por parecerle de difícil manejo práctico e insuficiente y retorcido en algunos de sus aspectos.

Discutir en profundidad las analogías de ambos modelos supera los límites de este trabajo, como también lo supera comparar los objetivos terapéuticos de ambos encuadres, en los que también hay mucho en común. Ambos tienen como objetivo la terapia de las enfermedades mentales por la reconstrucción de sus orígenes, ambos buscan la liberación de las «represiones» y la devolución al hombre de su espontaneidad creadora, y hasta

ambas, al ampliar su radio de acción más allá de lo terapéutico ejercen su influencia sobre campos casi idénticos, como la educación, la expresión artística, las relaciones laborales, etc.

BIBLIOGRAFIA

ALEXANDER, F. y FRENCH, T.—«Terapéutica psicoanalítica». Paidos. Buenos Aires 1965.

ANZIEU, D.—Le Psychodrame Analytique chez l'enfant. P.U.F. París. 1956.

AUDRY, COLETTE.—Sartre y la realidad humana. Edaf. Madrid. 1975.

BION.—Experiencias en grupo. Buenos Aires. Paidos. 1963.

FERENCZI, S.—Problemas y métodos del Psicoanálisis. Buenos Aires. Paidos. 1966.

FREUD, S.—Personajes psicopáticos en el teatro. (1904). Obras completas. Biblioteca Nueva. Madrid. 1968.

LEBOVICI, S.—Transferencia y contratransferencia en psicodrama. En Psicoterapia de grupo de niños y adolescentes. Pavlosky. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires. 1974.

LEBOVICI, S. y SOULE, M.—La connaissance de l'enfant par la Psychanalyse. P.U.F. París. 1972.

LOPEZ SANCHEZ, J.M.—El psicodrama en Psiquiatría Clínica. C. E. P. Granada, 1982.

MORENO, J.L.—Psicodrama. Hormé. Buenos Aires, 1971.

MORENO, J. L.¿«The Psychodrama of Sigmund Freud». Beacon House Inc. New York. 1967.

SAFOUAN, M.—Reflexiones sobre el psicodrama analítico. Argonauta. Barcelona, 1979

WEIL, P.—Psychodrame et psychanalyse. Bulletin de psychologye de l'université de París». Número especial de Psicodrama. París. 1969-1970.

WINNICOTT, D.W.—Realidad y juego. Gedisa. Buenos Aires, 1972.

PSICODRAMA PSICOANALITICO

Dr. Daniel Valiente Gómez

El grupo de psicodrama psicoanalítico se abre en su comienzo de forma parecida a una sesión individual: cada uno puede hablar sobre lo que quiera o callar, hablar de situaciones cotidianas, sueños, fantasías, etc. No obstante, en pocas ocasiones se establece una asociación libre como en la sesión individual. El grupo se encarga inconscientemente de ir buscando un mínimo de lógica interna, una coherencia en los comunicados para ir extrayendo un tema. Esta es la primera fase del psicodrama de «warming up» o de calentamiento que también puede activar el terapeuta por medio de ejercicios o juegos psicosomáticos, que no deben plantearse de forma caprichosa o predeterminada sino aquellos que correspondan más adecuadamente al emergente grupal.

Generalmente hay un participante que es el que encarna mejor en ese momento el protagonismo sobre el tema que circula por el grupo, bien porque lo ha presentado él, o bien porque ha enganchado con él con intensidad. Este hará el rol del protagonista. Pero las reglas del grupo determinan que los temas del grupo van a ser interpretados en un «como si», parecido al teatro, por lo que todos los roles, también van a ser repartidos e interpretados. Los participantes tienen que incluirse con su cuerpo y con su acción en la dramatización. Y esta es la gran diferencia con las sesiones individuales o con los grupos no psicodramáticos. Sabemos que el discurso verbal sobre cualquier tema, ofrece un grado de resistencia considerablemente mayor que el discurso gestual, aunque también hay fuertes resistencias ante el hecho de moverse y actuar mirado por otros.

Es cierto también que la perspectiva de que los temas que presentan van a ser representados les puede perturbar lo suficiente para no encontrar dichos temas, para lo cual es necesario repetir que nadie se verá obligado a dramatizar si no quiere.

En una primera aproximación podríamos decir de estas per-

sonas que se resisten a dramatizar, que tienen una dificultad personal para catectizar su expresión corporal. Pero más profundamente se esconde un miedo a que a través de la dramatización se desvelen sus represiones y sus fantasías temidas. Otros por el contrario, cuya verbalización es vivida como poco satisfactoria o poco catectizada pueden sentirse aliviados ante la perspectiva de la representación.

El hecho de tener conciencia de la necesidad de representar introduce al comienzo del tratamiento determinadas reticencias y dificultades, pero el inconsciente encuentra también, otros apoyos. El solo hecho de que va a ser «como si» calma, en cierta medida, el terror a la excesiva implicación. La elección de los roles y la construcción de la escena, sitúan a lo que ocurre en un registro de ficción que lo hace más tolerable. El hacer «como si», es a la vez una protección facilitadora y una extensión del campo de lo permitido.

Desde el lugar del paciente, la representación de la escena psicodramática recorre un abanico que va desde la aceptación y reconocimiento de la existencia de un sentido en lo que está representando, hasta la negación absoluta de que existe algún sentido. En este abanico, el paciente puede situarse en un nivel variable. Es la forma personal de reaseguramiento que cada paciente utiliza en función de sus posibilidades de aceptación o de tolerancia.

En cuanto a la elección de los roles por parte del sujeto, es evidente que no es una actitud anodina o gratuita sino llena de significados y que debe ser interpretada en sí misma, en relación con pulsiones y defensas. Es decir, independientemente del tema que el personaje vaya a representar, la propia elección del rol merece ser interpretada y trabajada. Al hacerlo, generalmente nos encontramos que la eleccoón de un rol llevaba implícita la realización de deseos no permitidos o fuertemente censurados.

Un elemento importante es que los miembros puedan incorporar y representar personajes de escenas latentes, dándoles la posibilidad de manifestarse, movilizando en ellos, por identificación parcial, los aspectos de personalidad que puedan ser comunes con dichos personajes y que por una u otra razón solían estar reprimidas o negadas. Así, es bastante común que los pacientes descubran en ellos, aspectos tiránicos, salvadores, eróticos, de sometimiento, paternales, etc., a través de las representaciones que realizan y que permanecían ocultos para ellos mismos.

Al finalizar las escenas el terapeuta pregunta a los pacientes

sobre las vivencias e impresiones sobre lo que se ha hecho, fundamentalmente para hacer una interpretación grupal. El monitor por sí solo no podría encontrar la interpretación exacta sin las asociaciones libres de los participantes a partir de la representación que acaba de desarrollarse.

Aunque la interpretación individual está fuera de lugar en el psicodrama analítico, nosotros nos dirigimos individualmente, en un momento u otro, a cada participante señalándoles lo que hemos visto de ellos durante la representación o a lo largo del grupo, tratando de suscitar en ellos un trabajo de introspección, reflexión o autoanálisis que les ayuda a ver algo de ellos mismos a través de un pequeño diálogo terapéutico. Pero a su vez, cada miembro del grupo, en mayor o menor medida, hace lo propio con los demás compañeros, llegando éstos, con el tiempo, a ser auténticos agentes terapéuticos.

Abordamos las situaciones o problemas personales, trabajando con técnicas psicodramáticas en tres niveles:

a) Intrapsíquico: Relación de imagos
Relaciones Ello-Yo-Superyo. Defensas
Sueños y fantasías

b) Interpersonal intragrupal: Relaciones entre los miembros en el «aquí y ahora» del grupo.

c) Relaciones extragrupal: Relatos sobre experiencias en sus vidas, familiar, de trabajo, historia, etc.

El nivel de implicación lo va marcando siempre el nivel de ansiedad en el grupo. A medida que ésta va disminuyendo o se va asumiendo mejor, la implicación va aumentando. Cuanto más se trabaje el área narcisista tanto menor será el miedo a enseñarse, compartirse, hacerlo mal, ser juzgado, etc.

También tiene especial relieve, la posibilidad que ofrece un grupo de psicodrama psicoanalítico para poder observar y entender los fenómenos de la identificación, introyección y proyección.

Freud, en Psicología de las masas, refiriéndose a la identificación decía: «La base del proceso consiste en que un Yo se transforma en otro Yo, lo cual da por resultado que el primero se comporta, en ciertos aspectos, como el segundo, lo imita y, por así decirlo, lo incorpora».

Nosotros debemos consignar que el individuo en el curso de su evolución se va identificando con reacciones, actitudes, formas de comportamiento, ideas y sentimientos de las diferentes personas con quienes entra en contacto. Desde el punto de vista psicoanalítico podríamos decir que la identificación es el resultado de las distintas relaciones de objeto, y que cada personalidad está compuesta por sucesivas identificaciones que van superponiéndose y que contienen todas las relaciones de objeto que ha tenido el individuo.

Pero a su vez, esto configura también un mundo interno poblado de imágenes y de roles que van a emerger con claridad en el ambiente grupal. Cuando varias personas se reúnen en un grupo, cada una de ellas proyectará los objetos de su fantasía inconsciente sobre los demás, intentando recrear en el grupo las formas básicas de sus relaciones interpersonales, cada uno de los integrantes procurará que «el grupo real corresponda a su propia fantasía de grupo».

Van a introyectar todos aquellos aspectos de los otros que «cuadren» con su fantasía interna y, a la vez, van a proyectar todos aquellos elementos de su mundo interno que necesitan poner afuera, para confirmar su propia fantasía del mundo de los otros.

El grupo se encarga, por una parte, de ejercer una función correctora importante para este proceso, al devolverles imágenes de ellos mismos que les permita «verse reflejados por los demás».

Siete u ocho opiniones que devuelven la imagen, más o menos objetivada, de uno, tienen más fuerza que la propia imagen de uno. Por otra parte, también el terapeuta, a través de sus interpretaciones va llevando a los pacientes a tomar conciencia de su propia imagen, de sus impulsos, sus angustias, sus fantasías reprimidas, acercándoles así a una comprensión profunda de sus problemas y motivaciones.

TRANSFERENCIA EN PSICODRAMA

Desde el punto de vista psicodramático, la transferencia consiste, fundamentalmente en la reedición de dos roles que ya se dieron antes: paciente-niño, terapeuta-padre.

El vínculo se establece sobre la base de una demanda del paciente-niño a la figura del terapeuta-padre que se supone que

sabe y que tiene todo, estableciéndose de este modo una fuerte relación de dependencia.

La demanda del paciente-niño le coloca en una actitud regresiva que favorece la proyección de su mundo omnipotente colocando, en el otro rol, la figura del terapeuta-padre. Pero a diferencia del encuadre tradicional de la sesión psicoanalítica, en el psicodrama, la transferencia no se establece sólo con el terapeuta sino que puede hacerse con la pareja terapéutica (en los grupos que se hacen con dos terapeutas) con los yos axiliares e incluso con otros pacientes, que en determinadas fases están cumpliendo roles que favorecen las proyecciones transferenciales.

En los casos en que el psicodrama es llevado por una pareja de coterapeutas de sexo diferente, se producen inevitablemente particularidades en la transferencia. Desde el principio, se disuna prooyección edípica y a la puesta en juego de las defensas a una proyecciónedípica y a la puesta en juego de las defensas a ella ligadas.

Acceder a esta dinámica a través de la interpretación sabemos que es útil y operativo. Pero acceder además a través de una escena psicodramática, supone alcanzar un mayor nivel de «insight» y de comprensión que se vive también en el cuerpo.

No obstante, lo más común es que los miembros del grupo dirijan su discurso hacia la pareja terapéutica, no como tal pareja, sino como un espacio, un lugar de proyección de sus deseos insconcientes. El que los terapeutas sean dos aparece entonces como un factor importante porque facilita la colocación de la transferencia. Cada uno de los terapeutas puede ser elegido como objeto bueno o malo. Esto puede ser alternativo, pero nunca los dos como objetos malos; supone una protección para el grupo que puede transferir su agresividad sobre el objeto malo preservando al objeto bueno como mantenedor del espacio grupal.

Cuando el terapeuta que pasa por objeto malo (o lo mismo podemos decir de un miembro que recibió las transferencias de objeto malo) falta al grupo, es vivido como la realización exitosa de las fantasías agresivas, despertándose entonces fuertes sentimientos de culpa y angustia.

La aparición de la transferencia en psicodrama tiene modalidades que la distinguen del análisis individual. En éste, el paciente realiza una proyección inconsciente sobre su analista y sólo sobre él. En el psicodrama invitamos directamente, cons-

cientemente, a la proyección transferencial, con lo que la transferencia entonces da lugar a que se vehiculicen a través de ella, de forma más directa y clara, los deseos y temores inconscientes. De este modo, al ser fundamentalmente consciente es muy difícil que se pueda «organizar» una neurosis de transferencia. También se la estimula mucho menos ya que en el psicodrama apenas se interpreta la transferencia directa. Por esta razón se comprende que los terapeutas se vean menos comprometidos por la transferencia en el psicodrama que en el análisis, siendo además que gran parte de las transferencias son puestas sobre otros miembros del grupo. Por todo ello, al final de los tratamientos el problema de la liquidación de la transferencia se plantea con menor agudeza en el psicodrama que en la terapia individual

Añadiremos, finalmente, que simplemente el hecho de colocar a los pacientes, adecuadamente seleccionados en un ambiente grupal, significativamente distinto al ambiente de la sesión dual psicoanalítica, ya les supone una experiencia enriquecedora. Además comprobamos que hay aspectos de la personalidad que se activan en la situación grupal y que no se activan o se activan poco en la situación dual psicoanalítica, concretamente los problemas sobre **narcicismo** poder y rivalidad, así como situaciones de niñez vividas en el marco familiar.

ESCENA IMAGINARIA SIMBOLICA

Entre el discurso inicial de un paciente, la atmósfera grupal reinante y la percepción preconsciente del analista existe una escena simbólica imaginaria que contiene y resuelve la dinámica grupal de ese momento.

Es una escena imaginaria porque se tiene que apartar, formalmente, de los contenidos manifiestos presentados por los pacientes. Es simbólica porque a través de símbolos tenemos que movilizar los sentimientos básicos subyacentes, las defensas de los mismos y la dinámica resultante de todo ello.

La triada pulsión-sentimiento básico-defensa debe ser movilizada a través de esta escena simbólica.

Es necesario consignar que esta escena sólo corresponde al momento inicial, punto de partida o apertura de la secuencia psicodramática. A partir de ese momento inicial el encadenamiento de escenas, tiene vida propia, y el terapeuta sólo debe intervenir para favorecer que éstas puedan ser montadas. Es

posible. que las expectativas que tiene el terapeuta sobre lo que va a ocurrir, se cumplan o no se cumplan. Pero esto no debe influir en la intervención del mismo.

Ejemplo:

Al comienzo de un grupo, una paciente mostró una actitud de silencio y aislamiento con respecto a sus compañeros, contrastando esta actitud con la que tenía en las sesiones individuales y lo que conocía de ella en su vida de relación.

La atmósfera reinante en el comienzo de este grupo era de una gran voracidad. Psicoanalíticamente podemos decir que el grupo estaba en una fase de regresión oral canibalística esperando del terapeuta toda la alimentación, y en la medida en que ésta iba siendo frustrada, iba aumentando la ansiedad oral.

A pesar de haber explicado las normas o reglas de grupo por las que nos íbamos a mover, los pacientes me preguntaban directamente sobre sus problemas pidiéndome una solución e ignorándose prácticamente entre ellos. La frustración sistemática de estas actitudes hizo que se fueran centrando más sobre ellos e intercambiando comunicaciones. Pero el ir sintiendo que nadie iba a solucionar nada levantaba una tremenda ansiedad oral.

Este fenómeno era registrado inconscientemente en la paciente aislada y ella debía tener un soliloquio, tal vez preconsciente según la forma: «si hablo me devoran». Como además su actitud iba produciendo rechazo en los demás, se iba ella convirtiendo más y más en objeto a devorar. En ese momento había en el grupo dos tipos de ansiedades de naturaleza oral: la ansiedad de comer y la ansiedad de ser comido.

En este momento les propuse un juego: Iban a personificar animales, cada uno elegía libremente el que quería, estaban en el campo, cada uno que se lo imaginase como quisiese y la única consigna es que estaban algo hambrientos.

El desarrollo de la escena fue de diversos encuentros entre ellos, unos de naturaleza agresiva y otros de naturaleza sexual, pero fundamentalmente se produjeron movimientos de carácter agresivo hacia la paciente aislada, que había adoptado el rol de bamby. Uno de ellos llegó a morderla realmente. Otros adoptaron posiciones protectoras sobre ella. Esta reaccionó muy activamente defendiéndose de los ataques y atacando a coces.

En las realizaciones posteriores expresaban la gama de sentimientos que habían experimentado y que iban desde el placer

de sacar la agresividad, al miedo a la agresividad de los otros, al miedo a la propia agresividad, la culpa por haberla sacado, la imposibilidad de sacarla y la necesidad de proteger.

Los sentimientos transferenciales venían en forma de queja de que les había dejado sueltos sin control, «eras como un pastor de lobos rabiosos que se echa a dormir y les deja sueltos».

Para otros: «Ha estado muy bien, él no debe mezclarse entre nosotros».

En ambos casos se expresaba una necesidad de dependencia.

En esta verbalización posterior, la paciente aislada ya estaba integrada en el grupo como uno más; se dirigía a cada uno diciéndole cómo se había sentido con él; marcó sus preferencias y sus rechazos y explicó que los días anteriores se había sentido muy incómoda de estar muda, porque ella no era así. Los demás miembros, también se comunicaban con ella en términos parecidos, así iniciaron la ilusión grupal de creerse que ya se iban a relacionar y a entender todos muy bien.

Análisis: **Pulsión grupal dominante** oral canibalística que deja paso a fogonazos de pulsión sádica y a actitudes fálicas de rivalidad para acabar finalmente en una actitud oral pasiva de dependencia.

Sentimientos básicos: Ignorancia mutua, regresión, voracidad, agresividad, culpa, reparación, queja, miedo y necesidad de dependencia.

Defensas básicas: Aislamiento, rechazo, fusión-ilusión grupal.

Proyección transferencial: Demanda oral como individuos, queja por el abandono, demanda oral como grupo indiscriminado.

EL CUERPO EN LA ESCENA PSICODRAMATICA

por los doctores, Enrique Guerra, Francisco Delgado, Pablo Población, Angelines Prieto, Dolores García y Elisa López Barberá.

I. INTRODUCCION:

Desde el siglo pasado, el cuerpo dejó de ser objeto de estudio exclusivo de la Medicina. Otras ciencias comenzaron a aproximarse a su estudio, a interpretarlo, a observarlo en términos de relación, vivencia, modo de estar-en-el-mundo del sujeto.

Los trabajos de Bounier, Head, (conceptos de esquema corporal y esquema postural), Paul Schilder (imagen del cuerpo), Henry Wallon (la emoción como función tónica), fueron dando dimensiones nuevas al estudio del cuerpo, que produjeron desarrollos importantes en el campo de la Medicina, de la Psicología y, sobre todo en las últimas décadas, de la psicoterapia.

Para la fenomenología, el cuerpo es considerado en dos aspectos: el cuerpo objeto, cuerpo percibido (con la vista y el tacto), el extracuerpo de Ortega, y por otra, el cuerpo sujeto, cuerpo vivido, el intracuerpo. Podríamos hablar de que existe el cuerpo como envoltura corporal por un lado, y como yo corporal o corporalidad por otro. «El extracuerpo es una realidad física, tenemos que percibirlo y después aprenderlo cognoscitivamente; el intracuerpo es una vivencia unitaria y global, tiene otra forma de existencia, pática por un lado e intencional por otro, no es un puro instrumento del yo sino el yo convertido en instrumento de sí mismo para desplegar su acción en el mundo» (LOPEZ IBOR, 1963).

[Muy ligado a este doble concepto del cuerpo según la fenomenología, está el análisis que hizo MAX SCHELER (1921 y 1923) de los sentimientos; entre otros hablaba este autor de los sentimientos sensoriales, (corporales localizados y por tanto ligados al cuerpo objeto) y de los sentimientos vitales (ligados al yo corporal del que nacen). Estos últimos tienen un carácter difuso, nos informan de las oscilaciones de la vida misma, son manifes-

taciones de la propia experiencia, de la continuidad personal a través del cuerpo, y lo que es fundamental tienen un carácter de autonomía y espontaneidad, no hallándose por tanto, ligados al estado físico y/o a los acontecimientos externos del sujeto.]

También en la teoría psicoanalítica, el cuerpo ocupa un lugar privilegiado, aunque no tanto en la práctica psicoanalítica. «Lo que caracteriza el enfoque psicoanalítico del cuerpo es que, rompiendo con el punto de vista del biólogo, sólo encara ese cuerpo como fantasma producido por lo imaginario y significado por un lenguaje.»... «La medicina que generalmente pretende hacer prevalecer su saber, olvida que detrás de este cuerpo que es un objeto anatómico y fisiológico, se disimula «un cuerpo de infancia», el cuerpo imaginario del deseo».

Pero en la técnica psicoanalítica, desde el principio, desde Freud, el cuerpo es el gran olvidado. Al cuerpo del paciente se le tumba en el diván psicoanalítico, diríamos, para que estorbe lo menos posible. Es una terapia de la mente. Y el cuerpo del analista desaparece de la mirada del paciente, no está presente en la relación psicoanalítica. Cuando el cuerpo del paciente se expresa a través de síntomas de conversión o psicosomáticos, el abordaje terapéutico es verbal interpretativo.

El psiconanálisis que nace en el campo de la Medicina, debe pues poner el cuerpo entre paréntesis, para lograr una identidad de práctica clínica, distinta a la identidad médica.

La psicoterapia de grupo, creada por J. Moreno, recupera ese cuerpo en la clínica psicoterapéutica. Lo recupera y lo pone junto a otros cuerpos, cuerpos de otros pacientes, cuerpos del equipo terapéutico. Ya no es el cuerpo tumbado, inmóvil y sólo con sus fantasmas del diván psicoanalítico, sino el cuerpo sentado y en acción, en una escena imaginaria, en escena real, en relación con otros cuerpos.

Las distintas psicoterapias de grupo, que después de Moreno han nacido, tienen de común con el psicodrama el grupo como lugar en que se realiza la acción terapéutica. —Lo específico del psicodrama es que inaugura una nueva dimensión estableciendo una división en el espacio psicoterapéutico: el espacio escénico y el espacio «real», el cuerpo sentado y el cuerpo en acción.

[A través de este trabajo vamos a describir qué le ocurre al cuerpo, al sujeto, en el paso de cuerpo-sujeto sentado a cuerpo-sujeto en acción, interpretando un rol, en un espacio imaginario, moviéndose con otros cuerpos-sujetos. Vamos a estudiar la naturaleza de esta frontera y las actitudes distintas, los modos dis-

tintos de estar en el grupo del sujeto sentado y del sujeto en acción.]

[Sólo a modo de recordatorio interesa comentar las actitudes corporales que aparecen en los trastornos psicopatológicos y psiquiatricos más frecuentes, esto nos permite enlazar la clínica con el comportamiento del sujeto en la escena psicodramática, teniendo en cuenta que este enlace admite siempre variaciones.]

En el paciente angustiado destaca la actitud de sobrecogimiento e inmovilización o bien la de inquietud psicomotriz; en ambos casos hay una incapacidad de relajación corporal; además aparecen los múltiples síntomas somáticos de la angustia. En el fóbico puede aparecer una actitud de encogimiento y evitación de entrada en el espacio psicodramático o bien una actitud contrafóbica de tipo desafiante. En el obsesivo destaca el cuerpo constreñido, inhibido y sometido a la razón alternando con crisis de impulsos sin finalidad. En el histérico la actitud del cuerpo es esencial como forma de llamar la atención, el cuerpo «máscara» que oculte el sentimiento, cuerpo que atrae y seduce, cuerpo que se vive más como objeto que como sujeto. En el hipocondríaco destaca la vivencia de una parte de cuerpo como alienada del resto, lo que dificulta la percepción del cuerpo como «Gestalt», lo que ocurre también en los pacientes psicosomáticos. En el depresivo destaca la inhibición psicomotriz, la sensación de cuerpo enfermo, el rechazo del cuerpo si aparecen sentimientos de culpa intensos y la extrañeza del cuerpo (objeto o sujeto), sí, existen síntomas de despersonalización. En el paranoide las posturas corporales «a la defensiva» de una supuesta agresión. Por último en el esquizofrénico, puede aparecer hiper- o hipomotilidad, inadecuación de ésta, negativismo activo o pasivo, estereotipios corporales, etc.]

I—EL CUERPO SENTADO Y EL CUERPO EN ACCION

Toda persona que ha tenido alguna experiencia psicodramática sabe de la existencia de un fenómeno de excitación, tensión, en un momento breve que corresponde al paso de su posición de sentado en el grupo de psicodrama a la entrada en el espacio imaginario escénico.

La metáfora que surge al poner la atención sobre este fenómeno es como la excitación que antecede en alguien que emprende un viaje desconocido, temido-deseado, un viaje exploratorio. Uno sabe que si permanece en el asiento «no le ocurrirá

nada»; el asiento es asegurador, el símbolo del «statu quo», lo conocido. En la vida cotidiana uno está al lado, o frente a muchas personas en muchas ocasiones cada día: en casa, con la familia, en la cafetería, en el trabajo... Y no ocurre nada especial. En la posición de sentado, desde la propia identidad, el Ego controla bien tanto las propias emociones como las coordenadas espacio-temporales donde se sitúa. Uno puede desde el sillón intercambiar información, preguntar, exponer ideas, opiniones, incluso expresar emociones. Pero siempre desde el «statu quo».

La invitación a abandonar el sillón y entrar en la escena se vivencia en general como algo muy importante, porque en ella confluyen diversas invitaciones:

a) La invitación a dejar en suspenso la propia identidad social y meterse en otro rol.

b) La invitación a encontrarse con otros roles, en un argumento común, improvisado, momento a momento.

c) La invitación a situarse corporalmente en un espacio desconocido en cuanto a imaginario y abierto.

Siguiendo con la metáfora del viaje, la invitación a la entrada en escena adquiere la forma de esta extraña propuesta: «póngase una vestimenta distinta a la que habitualmente se pone, súbase a este tren cuyo destino nadie conoce, ni el recorrido que va a emprender, y con otros compañeros de viaje, «viejos desconocidos», que tienen de común con Vd. el estar buscando «algo, sin saber qué».

Esta «extraña propuesta» es la que produce esa excitación durante el paso de la frontera. El participante de una sesión de psicodrama, sabe dos cosas relativas a este paso, una, que al pasar a la escena, su nivel de implicación emocional, va ser mucho mayor que en su situación de sentado, y otra, que en la escena la expresión corporal, va a sustituir a la expresión verbal, o al menos se va a convertir en la expresión privilegiada. Sabe que a través de la invitación al juego, va a poner entre paréntesis temporalmente su parte de adulto, su autoimagen racionalizada, y va a manifestar primordialmente sus aspectos infantiles superyóicos, etc. Cuánto más se deje «orientar» por su propia espontaneidad, el viaje será más rico en experiencias.

En relación a los dos tipos de lenguajes, el verbal y el corporal, en psicodrama se hace obvio que ninguno de los dos es siempre un código claro y unidireccional: en ambos códigos hay submensajes, y no hay una lectura constante y unidimensional. Pero en general la expresión verbal presenta muchas más dificulta-

des para comunicar el mensaje, y esto tanto en la psicosis como en las neurosis. Muy frecuentemente hay una desconexión entre lo sentido y lo expresado verbalmente a través de los mecanismos de defensa de racionalización, intelectualización, negación, etc... El interlocutor siente en algún nivel esta desconexión: se siente aburrido, o confuso ante el mensaje, que, o no llega, o le llega poco claro.

Con el lenguaje preverbal hay menos posibilidades de mentirse a sí mismo o de mentir. Precisamente el origen del psicoanálisis se sitúa en el estudio de los síntomas histéricos, en la mentira de la palabra y en la verdad simbolizada del cuerpo.

El lenguaje corporal, al estar íntimamente ligado a las necesidades fisiológicas y emocionales, expresa los mensajes más unívocamente: una caricia es siempre una caricia, es decir una expresión de afecto y ternura, los movimientos seductores, el alejarse o acercarse a alguien, tienen un solo mensaje obvio en sí mismos. Otra cuestión es la de la ambivalencia de las emociones, emociones contrapuestas, o el tema de manipulación: ésto es, cómo la suma de movimientos distintos y sucesivos pueden tener un significado más total, un argumento que sobrepasa los significados aislados de cada movimiento. Por ejemplo, una chica puede tener movimientos seductores respecto a un varón del grupo, y a continuación un movimiento de rechazo del mismo; un varón puede abrazar a una mujer y el abrazo puede convertirse en un segundo momento en retención de ella o daño físico. (Experimentos: Ocultamientos e incongruencias).

En este sentido, son interesantes los estudios que se han realizado sobre el ocultamiento, es decir, la emisión de señales no verbales con intención de ocultar y/o engañar a los demás, y la congruencia, referida ésta a la posibilidad de que el mensaje verbal y no verbal, sean discordantes. Ekman y Friesen (1969), realizaron una experiencia en la que dividían el cuerpo en tres zonas: cara, brazos y manos, piernas y pies, comprobando que cuando los sujetos querían engañar a otros prestaban mucha atención a los gestos de la cara, menos a los movimientos de las manos, y aún menos a los de las piernas y pies, cosa lógica si se tiene en cuenta que esta última zona del cuerpo se le presta escasa atención habitualmente y por tanto, se controla menos. Ya veremos el interés que ésto tiene en la escena psicodramática a la hora de captar indicios de ocultamiento y/o engaño en el sujeto.

Para el observador, para el compañero del grupo, el argumento de su compañero está en su cuerpo, en sus movimientos,

en la escena, no en sus palabras. — En el grupo psicodramático, hay siempre un fantasma de Hamlet que repite intermitentemente: «palabras, palabras, palabras...».

II. LA ESCENA PSICODRAMATICA

Lo que diferencia el grupo de psicodrama de las otras psicoterapias de grupo, es el espacio psicodramático. El espacio psicodramático es el lugar del juego, del encuentro, de la espontaneidad, de la creatividad. Desde el principio de la sesión, antes de que comience la escena, el espacio está ahí influyendo en el modo de estar el sujeto en el grupo. En él se concreta todo el mundo de lo imaginario.

[Simbólicamente el espacio psicodramático es el jardín, el parque en el que el niño puede explorar, encontrar a su semejante, jugar, crecer bajo la mirada a distancia de la madre-grupor. ¿Dónde está el padre,la función del padre, en términos lacancianos, nos podríamos preguntar? La respuesta es que en el psicodrama moreniano, el padre está en la norma que establece la frontera entre el mundo imaginario y el mundo de lo real, en la norma de que después de situarse en la escena imaginaria **hay que pasar a «lo real»**, volver de nuevo al sitio, recuperar en lenguaje interpersonal de adultos lo vivenciado en la escena. — El padre no está ausente en su trabajo mientras mamá está con la niña/o en el parque. Está presente en las normas del grupo.]

Lo que ocurre cuando el sujeto atraviesa la frontera que separa el «statu quo» del estar sentado, del mundo imaginario de la escena, puede dividirse «grosso modo», en tres tipos de argumentos:

1.° La escena repite el argumento «real» de la vida del protagonista, con yo auxiliares que toman el papel de los personajes que componen la escena.

Este tipo de escenas que podríamos llamar descriptivas o diagnósticas, en las que el argumento no es cambiado, por el doble hecho de situarse en un espacio imaginario y de sucederse en un contexto público, pueden cambiar la imagen de sí mismo del protagonista, bien por propia autopercepción de alguna actitud, bien por las respuestas u observaciones posteriores del resto de los miembros del grupo. Si bien el argumento existencial normalmente no es modificado, la ampliación de la conciencia de sí mismo, va incidiendo en la rigidez del argumento, de las actitudes y del propio cuerpo del protagonista.

2.° En el segundo tipo de escena se van introduciendo pequeñas modificaciones argumentales sobre el argumento «real» (diálogos de los personajes, cambio de roles, aparición de nuevos roles, etc...), hasta llegar a un punto esencial que aparece como inmodificable, como una raíz que el protagonista siente que no puede cambiar sin que todo se transforme, o sin encontrar una buena salida. En esta situación de «impasse» el sujeto se vive bloqueado, angustiado, confuso, incómodamente instalado, etc... Hemos observado en nuestra experiencia clínica que estas situaciones de impasse existencial, contienen siempre una característica común: una paradoja; el protagonista vive la situación de paralización del sujeto que tiene que evitar dos únicos posibles movimientos igualmente dolorosos, sin poder decidirse por ninguno.

En un proceso terapéutico aparecen muy pocas, una, dos, tres, escenas de impasse vital, que constituyen el núcleo de lo que los analistas transacionales llamarían el argumento de vida. El grado de éxito de un tratamiento psicoterapéutico creemos que tiene que ver con el trabajo de esta o estas pocas escenas, en las que se concretan las temáticas profundas del desarrollo de la personalidad. Los temas más frecuentes de esas escenas son pues, cómo cortar el vínculo dependiente con las imágenes paternas, cómo salir de argumentos edípicos, cómo integrar la ambivalencia de sentimientos, etc..., en el campo de las neurosis. En las psicosis tanto el proceso psicoterapéutico como las temáticas son distintas: el proceso es mucho más lento y doloroso y gira alrededor de una paulatina reconstrucción de la propia identidad y de la posibilidad de situarse en el mundo de lo real, pudiendo psíquicamente sobrevivir.

3.° El tercer tipo de escena, las menos frecuentes y más esenciales en el proceso terapéutico son aquellas en las que el protagonista sale de su «impasse» existencial, a través de una dramatización que supone una conducta o actitud nueva frente al viejo argumento. De tal manera que éste queda cortado en sus raíces. En esta vivencia de nacimiento a un nuevo proceso, el sujeto puede sentir muy intesamente sentimientos distintos y sincrónicos en un primer momento, y poco a poco prevalecer uno de estos sentimientos. En el momento de la escena puede por ejemplo sentir una gran pena, rabia, confusión o alegría, y progresivamente predominar el sentimiento de alegría o de tranquilidad.

Creemos que al enfrentarse con la escena evitada, el sujeto rompe con la estructura básica de su argumento neurótico. Es esta posibilidad de cambio terapéutico lo que el psicodrama

aporta decisivamente a las psicoterapias de tipo verbal, y lo que hace que los tratamientos no tengan por qué ser interminables.

[Bien es verdad que antes de llegar a este trabajo «quirúrgico», el sujeto pasa previamente por una serie de etapas que tienen que ver con lo que en el psicoanálisis es el análisis de las resistencias, los mecanismos de defensa del yo, y también, aunque no sea la tarea central, como en el psicoanálisis ortidoxo, de un trabajo sobre la transferencia, en tanto en cuanto obstáculo para el avance terapéutico y también la creación de la «matriz de grupo», como campo de confianza. Hay todo un trabajo de preparación, de «calentamiento», antes de todas estas escenas «quirúrgicas», que lleva su tiempo.]

En un proceso terapéutico normal, en psicodrama, hay una evolución progresiva desde la hipertonía, tensión muscular, síntomas psicosomáticos, rigidez en el desempeño de roles, hacia una tonicidad más plástica, una flexibilidad mayor muscular y caracterial, una mayor espontaneidad y creatividad. En el ITGP tendemos a realizar evaluaciones del proceso psicoterapéutico, utilizando un observador en los grupos y a través de instrumentos psicodiagnósticos al comienzo y al final del tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

ALONSO FERNANDEZ, F.—«Fundamentos de la Psiquiatría actual». Tomo I. Paz Montalvo. Madrid, 1977.

ARGYLE, M.—«Psicología del comportamiento interpersonal». Alicante, Madrid, 1978.

BARA, ANDRE.—«La Expresión por el Cuerpo». Edit. Búsqueda.

BERNARD, M.—«El Cuerpo». Edt. Paidós.

BERTHERAT, THERESE.—«Le Corps a ses Raisons». Edit. Le Sonil (París). 1976.

BLONDIS, M., JAKSON, B. E.—«Non verbal comunication with patiens». Wiley and sous, 1977.

BOUR, PIERRE.—«El Psicodrama y la vida». Ed. Biblioteca Nueva Madrid, 1976.

DANIS, FLORA.—«La Comunicación no verbal». Edit. Alianza Popular, 1976.

FAST, JULINS.—«Lenguaje Corporal». Edit. Olympio, 1974.

FRIEDMAN, H. S.—«Non verbal comunication between patins and medical practitioners». J. Of. Soc. Issues, Vol. 35,1, 1979.

GENTIS, ROGER.—«Lecciones del Cuerpo». Edit. Gedisa, 1981.

LOPEZ IBOR, J. J.—«El cuerpo y la corporalidad». Ed. Gredos. Madrid, 1766.

LOWEN, ALEXANDER.—«Le langage du corps». Edit. Tchou. París, 1978.

MARTINEZ BOUQUET, CARLOS.—«Fundamentos para una teoría Psicodramática» Edit. Siglo XXI, 1977.

MONEDERO GIL, C.—«El cuerpo como ser sexuado», en Psicopatología General del mismo autor. Cap. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1974

MORENO, J. L.—«°Psicodrama». Edit. Hormé, 1978.

MORENO, J. L.—«Psicoterapia de Grupo y Psicodrama». Edit. Hormé

REICH, W.—«Análisis del carácter». Ed. Paidós.

SCHEGLEN ALBERT, E.—«The significance of posture in comunication system» Edit. Psychiatry 1964.

SCHELER, M.—«Esencia y formas de la simpatía». Losada. Buenos Aires, 1957.

SCHUTZENBERG ANCELIN, ANNE.—«Introducción al Psicodrama». Edit. Aguilar 1970.

VAYER, PIERRE.—«El Diálogo Corporal». Edit. Cientifico-Médica, 1972.

LA COTERAPIA EN EL GRUPO DE PSICODRAMA

Elisa López Barbera
Francisco Delgado

INDICE

I —Nuestra experiencia en coterapia
II —Estructura funcional de la pareja terapéutica.
III —¿Cómo es percibida la pareja de monitores en el grupo?
IV —La percepción del grupo desde cada uno de los monitores

I NUESTRA EXPERIENCIA EN COTERAPIA

En esta comunicación nuestro propósito es hacer algunas reflexiones sobre la coterapia heteroxesual en el grupo psicodramático, como alternativa al Modelo Moreniano, (un director psicodramático y un equipo de yoes auxiliares). Para ello vamos a partir de nuestro modelo de actuación, y del significado y repercusión que éste ejerce en la dinámica grupal y sobre el proceso de cambio de los sujetos.

Nuestra experiencia en coterapia data de tres años, a razón de dos grupos terapéuticos semanales de hora y media de duración cada uno, con un promedio de 7 a 9 sujetos. Asimismo desde hace un año estamos realizando la I.ª Etapa de Formación de Psicodramatista según el programa de formación del I.T.G.P. En dicha etapa el objetivo prioritario es la propia evolución personal de los futuros psicodramatistas.

Con respecto a los grupos «terapéuticos» la conflictiva se puede encuadrar en problemas de índole neurótico, si bien en alguna ocasión se ha introducido algún miembro con componentes psicóticos.

En relación al grupo de formación hemos encontrado una

similaridad en los conflictos no resueltos, con referencia a los grupos de pacientes (sería una manera más suave de señalar los componentes neuróticos en los profesionales de la salud mental).

La decisión de «probar» a trabajar en coterápia partió de un interés mutuo en el que se conjugaban aspectos profesionales y personales.

A nivel profesional en nuestra formación terapéutica poseemos aspectos comunes y diferentes.

Ambos partimos de una experiencia individual psicoanalítica, en uno de nosotros llevándose a cabo una extensa formación posterior y en el otro, con un giro hacia las técnicas gestálticas.

A nivel grupal los dos monitores poseemos formación en psicodrama moreniano y psicodrama triádico, de cuatro años de duración intercalando en este período seminarios y cursillos, entre otros:

—A. A. Schutzenberger (Madrid, 1973)
—Pierre Bour (Madrid, 1977)
—Zerka Moreno (Madrid, 1982).

Uno de los monitores realizó formación en Psicodrama con el Dr. Pierre Bour (Francia).

Otro de los monitores ha realizado formación en Dinámica de Grupos y en Terapia Familiar.

Ambos tenemos una experiencia de once años de ejercicio en grupos de psicodrama (como yoes auxiliares, como observadores, como psicodramatistas).

Cada uno habíamos trabajado previamente en coterapia. Uno de nosotros con dos terapeutas, en una relación simétrica y el otro con una relación disimétrica con dos coterapeutas; en una ocasión a nivel de «principiante»-«experto» y en otra la situación opuesta «experto»-«principiante».

Desde la perspectiva personal, ambos teníamos la «curiosidad» de emprender esta tarea conjuntamente. Una «curiosidad» basada en la motivación de un conocimiento mutuo mayor y con un punto de partida de «simpatia» compartida, que nos hacía movernos inicialmente en un nivel de «querer quedar bien». Para no quedarnos sólo en esto, comenzamos antes de formar los grupos, y aún todavía proseguimos después de cada sesión, a tomar contacto y a tratar de abordar nuestros temores (personales e interpersonales) fantasías, «escenas temidas», etc...

Entre otros muchos pudimos encontrar:

— El temor de la puesta en crítica de la omnipotencia.
— El temor a examinar la naturaleza de los deseos que nos llevaron a trabajar juntos.
— El temor a hacer uso del propio liderazgo.
— Las resistencias de hablar de la pareja.
— El temor a manifestar el deseo de exhibicionismo y su puesta en escena.
— El temor al ser incompatibles en nuestras diferencias de personalidad.
— Las fantasías de poder.
— El temor a la contradicción entre nuestra comunicación digital y analógica.
— Como escenas temidas, entre otras, la descalificación por parte del grupo de uno de los monitores y en oposición la valoración aptitudinal del otro, la pérdida de las «riendas» del grupo, etc...

Sin embargo, y a pesar de los conflictos existentes, predominaba la sensación de «mutua confianza».

Teníamos claro nuestro objetivo y «reto»: El cuestionarnos la evolución habitual del trabajo en parejas terapéuticas simétricas, que frecuentemente desembocan en una «escalada de poder». Frente a esto, la opción del trabajo en una relación simétrica con la admisión del «uso» del poder de cada uno con formas distintas de ejercerlo.

II ESTRUCTURA FUNCIONAL DE NUESTRA PAREJA TERAPEUTICA.

En nuestro planteamiento de trabajo hemos partido de algunos puntos de referencia entre los que se encuentran:

a) El paradigma de la **«relación simétrica-complementariedad»** como una relación basada en la igualdad y en las diferencias mínimas.

b) El concepto de **«relación complementaria»** en la que la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, con posiciones distintas:

— C. rígida — el sujeto mantiene siempre el mismo rol en la transacción.

— C. flexible — en una transacción, los sujetos pueden variar su rol.

Desde este encuadre partimos del axioma formulado por Bateson: «Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia» (1).

En nuestra experiencia en común partimos del deseo de realizar un trabajo efectuado «en absoluta condición de igualdad en lo que se refiere a importancia, funciones, operancia y jerarquía», (2) aunque claramente pueden emplearse distintas formas de «hacer».

Cuando surge el Psicodrama Moreniano existe en realidad una coterapia pero ésta se efectúa entre coterapeutas con una adjudicación de roles disimétricos (director, yoes auxiliares) por lo tanto con una rigidez complementaria.

Con respecto a la posición simétrica pensamos que existen una serie de eventos externos, que si no son decisorios al menos «facilitan» la situación. Entre otros se encuentran:

1) **La edad cronológica** (una cierta similitud, que posibilite ofrecer la imagen de una pareja parental).

2) **Un nivel de formación equivalente**, con el fin de evitar las dificultades presentadas en la coterapia de un monitor avezado con un monitor en entrenamiento.

3) **Una misma remuneración económica.**

Con respecto a la coterapia compartimos la idea de Basquin acerca de la existencia de un placer compartido por entender «juntos las cosas, aprender, saber y compartir emociones comunes» (3).

De esta manera la presencia del otro se puede convertir en reaseguradora, sin que ello excluya el surgimiento de dificultades y situaciones conflictivas.

En este sentido, nos parece importante recurrir al concepto de «Campo de Confianza» de Winnicott (4). Es esta matriz la que posibilita el «sentirse bien», «el poder aceptar el desacuerdo» sin temor a perder al otro y/o a ser «descalificado».

Desde esta perspectiva pensamos que cara a la evolución de los pacientes, cualquier obstáculo relacional entre la pareja terapéutica obstruye la evolución y el cambio de los mismos. Es-

tos obstáculos son continuamente señalados en el propio grupo a través de los impases y de la convergencia de los temas y de su repetición.

La coterapia simétrica constituye una alternativa al modelo clásico Moreniano (donde como hemos mencionado anteriormente, se podría hablar de una coterapia disimétrica).

Pensamos sin embargo que esta alternativa parte de dos postulados fundamentales del Psicodrama Clásico: «El desarrollo de la espontaneidad» (T.° de la espontaneidad) y el «desempeño de roles» (T.° de roles) ya que ambos incluyen el concepto de «flexibilidad» y ofrecen la posibilidad de ejecutar distintos roles según la conveniencia de la situación, sin quedarse (enganchado» en ellos.

Frente a la posible rigidez de roles que puede presentar el modelo clásico (un director psicodramático y los egos auxiliares) la coterapia simétrica permite ofrecer un modelo de ejecución de roles flexible que posibilita entre otros aspectos:

1) **La distribución del poder** (en oposición a la dicotomía activo/pasivo, sumiso/dominante).

2) La posibilidad de asumir roles no estereotipados en relación con el sexo.

3) La desmitificación de la distribución rígida y específica de papeles en la pareja.

Si en la pareja terapéutica existen buenos canales de comunicación racional y emocional, se intercambiarán actitudes activas y pasivo-receptivas independientemente del sexo. Indistintamente él o la terapeuta jugarán roles agresivos o tiernos, según la situación lo requiera.

Esta cuestión de la flexibilidad de roles de la pareja, adquiere importancia en el grupo no sólo como modelo de espontaneidad sino porque funciona como contrapunto a la tendencia del paciente a organizar su vida mental a partir de constructos que le dificultan salir de los roles aprendidos.

En nuestra experiencia, un mutuo respeto y una confianza recíproca posibilita no anclarnos en los supuestos roles fijos masculino-femenino.

Otra ventaja técnica que aporta el trabajo de coterapia en psicodrama es la posibilidad de intercambiar el permanecer dentro y fuera de la escena.

Esta ventaja nos parece fundamental ya que crea la posibilidad de sintetizar el compromiso emocional del terapeuta saliendo del rol frecuentemente defensivo de «el que sabe» con la distancia necesaria para poder objetivar los procesos grupales e individuales.

A nivel práctico, tenemos como norma habitual si se incluye en la escena a uno de los monitores como yo-auxiliar y el otro monitor permanece fuera, siguiendo la evolución de la escena psicodramática y la actitud grupal.

Estas ventajas y sobre todo el último punto descrito dan un carácter diferenciador del grupo psicodramático llevado por un solo monitor o director.

III ¿COMO ES PERCIBIDA LA PAREJA DE MONITORES EN EL GRUPO?

La respuesta a esta cuestión proviene tanto de la expresión grupal a través de los ejercicios y las dramatizaciones propuestas para tomar contacto con los sentimientos transferenciales, cuando se encuentran en primer plano o cuando están obstaculizando el trabajo terapéutico como de los comentarios extragrupales.

En síntesis, podemos hablar de dos tipos básicos de percepciones:

a) La pareja percibida como unidad (percepción expresada sobre todo en los comentarios extragrupales, refiriéndose a nosotros en plural «ellos» «vosotros» «los terapeutas», etc...).

b) La tendencia a disociar a la pareja terapéutica, sirviéndose, entre otros aspectos de la elaboración de imágenes rígidas, con roles fijos y estereotipados.

En este sentido por regla general, e incluso a veces a priori, la terapeuta es percibida como la parte cordial, afectiva, y el terapeuta como la parte intelectual-racional. Esta apreciación creemos que viene dada más por los roles culturales de lo «masculino» y lo «femenino» y de las vivencias infantiles con relalación a los padres, que de las características de personalidad o actitud de los monitores.

Y en otro plano más inconsciente, la intensificación de las diferencias de la pareja terapéutica responde al intento de se-

paración por parte del paciente de la pareja parental en el tema de la encrucijada edípica.

El caso de un paciente de un grupo terapéutico nos lo evidencia claramente: es un sujeto joven de 33 años, huérfano de padre desde la adolescencia. En la actualidad vive sólo con su madre. Presenta un cuadro depresivo-ansioso, con una sintomatología histérica y temores hipocondríacos. Tras un fracaso de relación con su novia, su malestar se agudiza. En el grupo se dramatiza una escena familiar de la adolescencia en la que resalta el silencio del padre cuando llega a casa al salir del colegio. Al finalizar la escena expresa que se ha sentido muy bien, como recuperando el calor del hogar, y que el silencio del padre ha pasado a segundo plano. A la sesión siguiente acude manifestando que se encuentra muy mal. Habla de su fracaso e impotencia en su relación con las mujeres, y de su ambivalencia en la relación con su madre, y de cómo le frustra...; se le propone una escena de duelo de una madre «ideal»: las lágrimas, la sensación de depresión surge, y acompañado del terapeuta con mucha dificultad se despide de esta «madre ideal». Pero su evolución posterior nos hace pensar que todo ha sido «demasiado precipitado y/o escénico». El «cordón umbilical» es demasiado fuerte, y no puede llegar a una situación depresiva. Comienza a desvalorizar al grupo, y a idealizar sus sesiones de bioenergética, que realiza con una terapeuta, que en nuestra opinión es vivida por él como la madre ideal. A partir de ese momento y por primera vez en nuestro trabajo de coterapia, hay dos actitudes muy distintas contratransferenciales. En relación a este paciente hay un «corte»: la terapeuta se muestra más cálida en sus afectos, y el terapeuta ambivalente sintiendo la agresividad del paciente a través de la desvalorización y del intento de manipulación histérica del grupo. El análisis posterior nos aclara cómo ha logrado separarnos. El trabajo sobre nuestros propios sentimientos contratrasferenciales nos permite salir de la escena de este paciente.

El psicodrama es el mejor espacio privilegiado para el mundo imaginario y conviene que esté bien diferenciado lo imaginario y lo real. En este sentido nos parece importante mencionar, el tema de la coterapia de una pareja real. Basquin pone de manifiesto los riesgos que impone el que una pareja real, trabaje como pareja psicoterapeuta. Nosotros compartimos este planteamiento, habiéndonos llevado a modificar nuestra propia experiencia, en la que uno de los monitores estuvo trabajando durante algún tiempo en pareja terapéutica, con su pareja real. Aparte de otras variables intervinientes, se pudo comprobar co-

mo común denominador en los distintos grupos, el freno que suponía la pareja real para abordar todos los temas relacionados con la rivalidad y competencia edípica. También pudimos observar dentro de este contexto, y contrastando con otras experiencias de pareja imaginaria, cómo los miembros del grupo «jugaban» con un repertorio menor de roles, (existía una mayor rigidez) que en la situación de pareja imaginaria.

Finalmente señalaremos algunos otros aspectos que nos parecen son facilitados en el grupo por el trabajo en pareja simétrica:

— Se facilita la identificación con el sexo y la superación de la conflictiva edípica.

— Los fantasmas pregenitales surgen más claramente a través de la «negación» frecuente de la pareja (5).

— Se desmitifica más fácilmente al terapeuta omnipotente. Con la pareja se vive una relación más semejante, más familiar.

— La coanimación facilita y enriquece la elaboración del material terapéutico a nivel teórico y técnico.

IV LA PERCEPCION DEL GRUPO DESDE CADA UNO DE LOS MONITORES.

La percepción complementaria del grupo desde la coterapia heterosexual nos parece el aspecto más fructífero y prometedor tanto en el trabajo terapéutico como en la investigación sobre los fenómenos grupales.

En nuestra experiencia en muchas ocasiones hemos percibido, de un fenómeno grupal o de un individual en el grupo, aspectos distintos sin ser contradictorios, siendo posible una síntesis (lo que no ocurrió en el ejemplo del paciente descrito).

Curiosamente esta percepción distinta y complementaria no apareció en nosotros hasta una etapa en la que llevábamos varios meses trabajando juntos; parece como si hubiéramos necesitado una primera etapa de estabilización de la pareja, antes de atrevernos a expresar y enriquecernos con las mutuas diferencias.

Esta complementariedad de percepciones desde la visión masculina y femenina se concreta tanto en el trabajo sobre el individuo en el grupo, como en el trabajo del grupo como totalidad.

De los múltiples ejemplos concretos, podemos extraer un cierto postulado general: podríamos decir que dado un momento concreto de la evolución de un paciente, la doble visión del sujeto incluye por una parte una visión intrapsíquica de él a través de la identificación inconsciente del monitor del mismo sexo, y una visión de los aspectos relacionales, del mensaje inconsciente dirigido al otro sexo, por parte del otro monitor. Por ejemplo, si se trata de una paciente joven con temáticas histéricas que le conducen a dificultades de establecer un vínculo estable con un hombre, la terapeuta tiende a fijar su atención en su relación con la madre, y en las temáticas de sexualidad femenina, maternidad, etc..., mientras que el terapeuta tiende a fijarse en los mecanismos de relación con el varón, seducción, rechazo, temor, etc..., y en su problemática con la figura paterna. Si se trata de un paciente con defensas obsesivas, probablemente el terapeuta tenderá a trabajar más con las temáticas superyoicas, paternas y la terapeuta se fijará más en los mecanismos de evitación y ambivalencia en relación a la mujer.

En nuestra experiencia también se da frecuentemente el hecho de que la terapeuta tienda a trabajar más en temáticas pregenitales y el terapeuta en temáticas edípicas.

Por supuesto estas distintas percepciones no se dan ni sistemáticamente ni de manera rígida, sino eventualmente, y sobre todo se da cuando uno de los terapeutas ha participado en una escena del paciente como yo auxiliar y el otro ha seguido el proceso desde fuera, más globalmente y distanciado.

Esta complementación en la percepción del grupo también se extiende a otros aspectos del trabajo en grupo, percibiéndonos frecuentemente como vasos comunicantes: si uno de los terapeutas pone su atención en los procesos intrapsíquicos, o ligados al pasado de un miembro, el otro no descuida el aquí y ahora del paciente en el grupo, o del grupo en su totalidad.

Para finalizar resumimos nuestra experiencia sobre el trabajo en coterapia en un grupo psicodramático, subrayando las ventajas desde el punto de vista técnico y dinámico, en contraposición a un solo monitor de grupo, y señalando algunos riesgos o dificultades que pueden surgir tanto por la existencia de problemas de comunicación de la pareja terapéutica, como del manejo de la contratransferencia trabajando temáticas edípicas.

Y para los que comiencen la experiencia de trabajar en coterapia, en pareja heterosexual y simétrica, señalarles también las diversas etapas por las que presumiblemente pasarán: etapa de consolidación de la pareja, etapa de expresión de diferencias

y finalmente etapa de complementación entre los modos de estar-en-el-mundo femenino y masculino.

Teniendo la impresión de haber sido demasiado arriesgados en algunas de nuestras inferencias, creemos que faltaría verificar estas hipótesis sobre los fenómenos de trabajo en coterapia a través de una mayor sistematización de registros, de una cuantificación de datos y de un análisis estadístico de los mismos. Pensamos que estamos en los comienzos de una nueva vía de trabajo e investigación, para todos aquellos que estamos interesados y dispuestos a seguir «jugando», «actuando» y modificando nuestra experiencia profesional y personal.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

(1) P. WAZTZLAWIDA Y OTROS.—«T° de la Comunicación». Ed. Herder, 1981.

(2) MARTINEZ Y OTROS.—«Psicodrama psicoanalítico en Grupos». Kasgieman, 1970.

(3) M. BASQUIN Y OTROS.—«Le Psychodrame une approche Psychanalitique». Ed Dunod, 1972.

(4) D. W. WINNICOTT.—«Realidad y Juego». Granica, 1972.

(5) BASQUIN Y OTROS.—«Reflexions sur la couple thérapeutique». Ed. Revue Francaise de Psychanalyse, 1972.

UNIDAD DE PROGRAMA DRAMATICO

por Ruth Tarquini

UNIDAD DE PROGRAMA DRAMATICO

Moreno descubrió que la vida puede ser, a veces, sólo una representación. La vida como teatro del absurdo donde los individuos masificados actúan de acuerdo a viejos moldes establecidos de antemano por los creadores de moda. En muy pocos momentos de la vida se le presenta la oportunidad de comprobar si sus actos pueden establecer nuevos modelos para sí mismo.

Moreno descubre que los roles y papeles que actúa un individuo en la vida cotidiana lo convierten en un mero imitador. En la medida en que se encuentra sometido a un modelo se enmascara su verdadero yo. Más tarde nos dice Ronald Laing: «Un hombre sin máscara es algo, en verdad muy raro. Llega uno inclusive a dudar de la posibilidad de existencia de tal hombre. Todo el mundo en cierta medida lleva una máscara, y hay muchas cosas en la que no nos expresamos plenamente. En la vida cotidiana no parece posible ser de otra manera».

Parece ser que al hombre no se le ha permitido descubrirse para sí mismo. Ahora yo me pregunto: ¿qué pasa cuando se le permite actuar como si fuera verdad la ficción que vive en la vida? Será una ficción lo que vive en la vida en la medida que su verdadero yo está enmascarado. Al no estar del todo presente cuando se actúa siempre queda el resabio de sentir «no soy yo del todo». Ser o no ser, esta es la cuestión, dice Hamlet. Pero sabemos que sólo se puede ser. No ser implica la muerte y ya que debemos ser —no hay otra alternativa— dejemos que la actuación psicodramática nos lo revele, nos lo facilite.

Para Moreno el verdadero yo aparece cuando se actúa desde la espontaneidad y sentó las bases a partir de las cuales, podemos investigar bajo qué condiciones aparece ese estado de espontaneidad. Lo no condicionado.

Si tendemos un hilo desde que Moreno empezó a favorecer estados de espontaneidad en sus pacientes, pasando por las di-

ferentes corrientes hasta hoy, nos encontramos que ha habido intentos de someter la espontaneidad a normas, de negarle existencia cuando se nos dice que el hombre no puede ser creador, novedoso, y al mismo tiempo anónimo. A veces se dice: la espontaneidad no es segura. En otro extremo están aquellos que proponen una exaltación y deformación de la espontaneidad asimilándola al descontrol y al caos.

Llegamos aquí hoy, para definir la espontaneidad como un estado de conciencia que le permite al individuo actuar, expansionarse al mismo tiempo que se descubre a sí mismo y a los demás, creando su propia vida sin tener que imitar.

¿Por qué le es difícil al hombre vivir lo que tiende a brotar de él espontáneamente? ¿Es que le gusta vivir así? ¿Ser sólo una máscara de la ficción? Son preguntas difíciles de responder. Tomar posición desde la espontaneidad significa que uno ha de estar sólo psicológicamente. Estar fuera del rebaño comporta riesgos y peligros, inclusive se podría llegar a estar en una situación difícil si se trata de salir de la falsa y traicionera unidad que da la competitividad. Sabemos a través de los estudios realizados por los antropólogos que en los pueblos primitivos toda la estructura psicológica de sus miembros depende del hecho de estar en la tribu, el destierro y el exilio equivalen a la muerte. Hay un temor arcáico a diferenciarse, a recortarse de lo establecido. El aporte de Moreno es que el ser humano puede desde la espontaneidad cooperar con los demás y funcionar en este mundo, es una revolución, es la revolución creadora.

En este estado de conciencia que da la espontaneidad se dan simultáneamente e integradamente el hacer, el pensar y el sentir. La riqueza del proceso da acciones inmediatas, eficientes, que se realizan con el mínimo esfuerzo, la espontaneidad es inteligencia, no mero intelecto. Se está presente en totalidad. Cuando la atención se focaliza en una parte de este proceso tenemos como resultado una acción parcial, forzada, empobrecida o caótica, la psicopatología nos evidencia esto último a través de las exageraciones a las que se puede llegar.

La conciencia espontánea se ubica en un nivel de integración superior respondiendo al mismo tiempo a los diferentes procesos que se dan en las diferentes áreas de la conducta. De acuerdo como ha sido educado y dentro de qué matrices ha crecido el individuo habrá desarrollado un fragmento u otro.

La novedad del psicodrama es aportar una nueva matriz. Matriz terapéutica donde es posible el acto consciente y espontáneo.

Matriz es un molde que configura actos; los diferentes actos y acontecimientos que le van dando identidad a la persona o se la niegan. La secuencia de los encuentros y la estabilidad de los vínculos, más la variabilidad, plasticidad, acomodación momentánea que tenga la matriz para configurarse junto al acto, llevarán por un camino de integración hacia la espontaneidad. El enmascaramiento, la falsa identidad, el aislamiento y la autodestrucción serán los derroteros por los que pasará el individuo que tuvo que configurar sus actos en una matriz rígida o rechazante, sorda al grito, exigente en su dureza.

El grupo, el terapeuta, los yo-auxiliares, entretejen a través de ligazones y uniones una nueva matriz y la ofrecen al protagonista. Será él quien lleve a cabo los cortes y separaciones que le permitan diferenciarse como único. Es el momento, en el aquí y ahora. El individuo llega enrolado, inscrito en los roles que juega. Se hará presente el molde donde fueron grabados, estampados. A través de los rasgos que él identifica y de las imágenes de la memoria, la realidad se le muestra como sombreada por el pasado. Poseído por las sombras se interna en la acción dramática, está presente la tensión, la angustia de no poder ser ahora, que se repitan las carencias, las ausencias.

Es a través de la realización simbólica que el sujeto se encarna a sí mismo en el rol, la verdad de sus actos aparece, la realidad se le descubre en su simbolismo y le abre las puertas de una percepción diferente, más consciente. Llevará a cabo el desenlace que lo hará recuperar el aquí y ahora. Sujeto y realidad se han conciliado.

Los que han participado en terapia psicodramática pueden reconocer este momento, el protagonista es consciente de su capacidad interna por el orden que ha surgido natural y fácilmente a través de su interacción con la matriz dramática, expresa con palabras o sin ellas su gratitud y puede compartir sus dones con los demás.

¿Qué relación tiene la espontaneidad con el pensamiento? La espontaneidad no surge del pensamiento, sino de la totalidad de la persona; será menester, por lo tanto, trabajar con el cuerpo cuando esté tan alejado. que pensar signifique una desconexión extrema de los sentimientos, de los sentidos... Sabemos que las estructuras usadas para pensar surgen de la disociación de las estructuras que se encuentran en relación al sentimiento; un pensamiento eficaz es una retracción de los sentimientos y sensaciones propioceptivas. Pero si se desconecta del resto de la persona, se torna cada vez más árido.

Si los sentidos no están despiertos, el cuerpo impedirá el de-

sarrollo total del ser humano, es el primer paso hacia la sensibilidad de la mente y las emociones. El movimiento y la sensación configuran con la mente el ser humano total y si no conviven armoniosamente el conflicto es inevitable. El pensamiento creativo y espontáneo debe mantener nexo con las estructuras cerebrales primitivas.

Si buscamos la espontaneidad, buscamos un cuerpo vivo —habitado— con expresión recuperada. La creatividad no significa usar nuestras máscaras cotidianas, sólo cuando el cuerpo se libera de resistencias cotidianas se expresa profundamente mediante un gesto.

Sólo es necesario liberarse de viejas costumbres o malos hábitos, para recuperar la presencia, para vivir el Momento del que nos habla Moreno.

Llamo Unidad de Programa Dramático a la conjunción que se da entre el espacio terapéutico y los dos movimientos fundamentales de la matriz que se dan en el tiempo de la dramatización: movimiento de acomodación al protagonista y movimiento gestador del acto psicodramático, como modelaje de situaciones excepcionales que permiten el acceso a la espontaneidad.

El espacio terapéutico es ese lugar donde existen virtualmente todas las posibilidades, en este sentido podría correr el peligro de transformarse en un espacio limitado y omnipotente, donde el poder hacer, cambiar, transformar, se vivan de manera mágica. La exploración de este espacio nos lleva al problema de los límites: el espacio es limitado por la presencia del terapeuta, la observación del grupo, la separación del contexto social y la intervención de los yo-auxiliares que marcan la entrada al espacio terapéutico. No es un espacio subjetivo donde discurre el desorden de lo ilusorio.

A través de los actos que realiza, de la complementación entre lo que construye y como lo utiliza, nos da una secuencia temporal. Analiza la secuencia de estos encuentros. Pone a prueba la estabilidad de los vínculos, provocando choques, fusiones y rupturas. Se pone a prueba con actos nuevos y desconocidos.

Al internarse en la Unidad Dramática se busca el estado de espontaneidad que le permitirá programarse para actos creadores; comienza a desarrollar su acción en concordancia a lo que piensa, a lo que siente y a la vinculación con los demás. Con la espontaneidad los conflictos se resuelven a través de la acción en el mismo momento en que surgen.

La capacidad télica funciona como un sintonizador que discrimina e integra. Se vive el momento definiendo los encuentros: define para sí y define para los demás los nuevos modelos vinculares de transacción triangular y social.

La superación de nuestra sociedad con su red normativa llena de contradicciones se da en el trabajo con el otro que es el encuentro con otra persona, el contacto, el sentimiento mutuo de comprensión y la huella que deja el hecho de abrirse a los otros, de que por fin nos entendemos, en suma: vivir una vida que no sea una mera representación.

RESUMEN DE TALLERES

TALLER DE SUPERVISION DE CASOS
UNA APLICACION DEL PSICODRAMA FREUDIANO

Animadores: Angel Caramés Lage y María Susana Genta

La idea fundamental que nos llevó a plantear un taller de supervisión de casos fue la de mostrar la técnica desde la práctica misma, o sea la aplicación del Psicodrama Freudiano a la supervisión de las dificultades que surgen en los tratamientos con pacientes.

Todo encuentro terapéutico, profesional-paciente, tiene estos dos términos a contemplar. El paciente viene con una demanda que el profesional tendrá que sostener y soportar. La experiencia demuestra que en la mayoría de los fracasos terapéuticos la dificultad no está en el paciente, sino en los puntos ciegos del propio terapeuta. Porque como dice Paul Lemoine, en su artículo «El Psicodrama y la mancha ciega», «si ésta coincide con la del paciente no hay relación terapéutica posible, queda deslumbrado (el terapeuta) por el propio deseo del paciente y pasa a ser su cómplice».

La demanda del paciente compromete el deseo del terapeuta. Esta afirmación la hacemos extensiva a todo profesional que en su trabajo deba responder a una demanda (médicos, psiquiatras psicólogos, asistentes sociales, etc.).

Mucho se habla de la transferencia como si ésta sólo incumbiera al paciente que viene a consulta. Lo cierto es que el punto de dificultad reside mayormente en el compromiso que en el terapeuta se establece, su deseo, al ser objeto de tal transferencia.

Partimos del principio de que para poder trabajar eficazmente el terapeuta debe poder discernir entre su propia historia (edípica) y la de su paciente, para poder así decir la palabra terapéutica apropiada a cada caso. Llamamos puntos ciegos o manchas ciegas en el terapeuta, a lo que no ve, no sabe de su propia

historia (de su deseo) y de su apresamiento en el circuito libidinal del paciente.

La técnica utilizada fue la representación de la escena de la consulta. El rol del paciente fue jugado por un participante elegido entre los miembros del grupo. La sola elección, y el porqué de tal elección, nos dice ya lo que ese paciente representa para el terapeuta.

Utilizamos la inversión de roles buscando los puntos de identificación y diferencia con el otro.

Los animadores coordinaron tan sólo a través de preguntas y puntuando algunas respuestas que de por sí iban marcando los puntos en el que el terapeuta se había visto concernido en el discurso de su paciente dejándose incluir en su circuito libidinal.

La representación de la escena genera, gracias a la presencia de la mirada, toda una serie de identificaciones por parte de los participantes, que lleva a que todos se sientan concernidos con el protagonista y el yo-auxiliar. Los demás miembros del grupo asocian en relación a sus propias experiencias y surgen así otras escenas a representar, que irán configurando respuestas para la pregunta inicialmente planteada.

Cada cual escuchará y adecuará lo que oye a su propia experiencia. El fenómeno de la identificación que la mirada precipita es lo que hace que todos quieran y tengan algo que decir «como si» les pasara lo mismo o algo similar. Pero las respuestas que obtendrán serán de un valor diferente en cada caso. Cada historia es una historia particular y diferente.

A modo de concluir podríamos decir que los Grupos de Supervisión en Psicodrama Freudiano permiten señalar con una técnica sencilla y eficaz que si el terapeuta hace suya la demanda de su paciente se crea un obstáculo que marca el límite de posibilidad en el tratamiento, su deseo inconsciente se interpone. El análisis del mismo, a través de la escena psicodramática, le permitirá retomar el control del tratamiento, es decir, escuchar el deseo inmanente a la demanda de su paciente.

TALLER SOBRE LA COTERAPIA EN EL PSICODRAMA

Monitores: Elisa López Barberá y Francisco Delgado

EL OBJETIVO de este Taller, fue mostrar, a nivel práctico, el desempeño de la coterapia, como complemento de la comunicación que sobre el tema habíamos aportado.

PROCEDIMIENTO: El Taller se llevó a cabo, a través del uso de la **técnica del Role Playing;** en un principio se comentó a los participantes como se iba a trabajar: a nivel práctico, representando una situación, en relación con el tema que el grupo eligiera, teniendo siempre como referencia el tema de la COTERAPIA.

Para ello, se realizó un BRAINSTORMING que al mismo tiempo sirvió como etapa de caldeamiento grupal, en el que los participantes propusieron posibles temas a tratar, siempre en relación con la coterapia. A través del sistema de votación se eligió el tema a tratar.

Una vez elegido el tema, se pasó a organizar la dramatización, que se fue construyendo con la participación de todo el grupo.

En primer lugar se delimitó y concretó la situación a dramatizar.

Posteriormente se fueron distribuyendo los papeles: en primer lugar el de los »psicodramatistas» (una pareja heterosexual). Posteriormente el de «observador» (estos tres papeles fueron autodesignados).

En el tercer lugar, los dos participantes que tomaron el papel de psicodramatistas, fueron asignando a cada miembro un papel (como «paciente» de un grupo terapéutico), con unas características determinadas. También se asignó al papel de «yo-auxiliar» a un miembro.

Se dramatizó una sesión de un grupo de psicoterapia psicodramática en la que los dos «terapeutas» tenían problemas en su relación, y la manifestación de dichos problemas, con la consiguiente repercusión grupal.

DESARROLLO DE LA SESION

La sesión escenificada comenzó con un silencio tenso bastante prolongado. El terapeuta interroga por lo que sucede en el grupo, y uno de los «enfermos» dice: «en este grupo siempre pasa

lo mismo; nunca se hace nada». Otro de los miembros propone escenificar una fiesta en el campo, una excursión. Surgen las primeras discrepancias entre la pareja terapéutica sobre la manera de desarrollar la escena y las competencias de uno y otro. Progresivamente la escena se vuelve más confusa, y la pareja de terapeutas, doblada por los dos monitores del taller ocupa el primer plano con sus mutuos reproches. Un ego auxiliar, que forma parte del equipo terapéutico intenta salvar al grupo de la confusión, organizando la puesta en escena de la excursión al campo. Pero el «espectáculo» de la pareja terapéutica es mayor y el grupo no puede continuar. Se para la escena.

Una vez dramatizada la situación, se pasó a hacer el comentario grupal, al que siguió un coloquio sobre el tema.

Se llegó a la conclusión de que una buena comunicación entre los dos terapeutas, con una ausencia, o al menos una toma de conciencia y un intento de solución de conflictos tanto manifiestos como latentes, es una condición imprescindible para trabajar en COTERAPIA.

Finalmente y dentro del comentario grupal hubo coloquio en relación al tema.

TALLER «QUEREMOS JUGAR»

María del Rosario Gil-Ortega Romero

Nuestro objetivo en este Taller, era mostrar la posibilidad y nuestra experiencia de la dramatización en psicóticos; participaron catorce personas y les hice una propuesta, son un grupo de terapeutas que están hablando de ¿cómo dramatizar con psicóticos?, podrían hacer como un ensayo, eligiendo entre ellos quiénes son terapeutas y quién pacientes. En mi mensaje les explicité que la idea original era hacer de psicóticos, pero que al no conocerlos, me parecía mejor el que nos quedáramos con otra propuesta, que fue la siguiente:

«Sois un grupo de terapeutas que vais a hablar de distintos juegos que le propondraís a los psicóticos, entre vosotros elegís quién os coordina y yo me quedaré fuera y luego os devolveré lo que habeis hecho.»

En la sala había un círculo formado por sillas y se situaron dentro del mismo, sólo dos personas quedaron fuera, ya que les había planteado que los que quisieran participar lo hicieran y los que quisieran observar lo podían hacer así. Como de alguna

forma era de esperar lo que hicieron fue mi deseo, y fueron un grupo de psicóticos y dos de ellos hicieron de terapeutas.

A lo largo del Taller, se van desenvolviendo como un grupo de psicóticos crónicos, quizás fue el matiz que el propio grupo creó, para poder manejar la locura, «el que ésta fuera tranquila». Llamaba también la atención, la tendencia que había a la «actuación», cosa ésta razonable, ya que si no se hubieran metido demasiado en la locura.

Pudimos también trabajar en la devolución que yo les hice, el cómo se podían sentir trabajando en coterapia, que había sido otra participación a la ponencia; los terapeutas pudieron llevar el grupo a soliloquios, interrupción de la palabra, en cierta forma contenerlo y quizás sentirse contenidos por mí. Al final tuvieron espacio para ya acabada la dramatización, mostrar cómo se habían sentido y lo que habían visto, siendo un taller bastante participativo, quizás quedó una expectativa y es si se podría trabajar con el «agudo», por ejemplo, sus alucinaciones o su delirio.

COMUNICACIONES

UNA ORIENTACION GENERAL EN PSICODRAMA

por E. Grañen Raso

Si tuviéramos que resumir el esquema de un conflicto psicológico, podríamos hacerlo, por ejemplo, diciendo que, cuando nos encontramos con una persona con un deficiente equilibrio emocional, se plantean las soluciones psicoterapéuticas, o ya concretamente psicodramáticas, de distinta forma. Por un lado, el procurar la salida catártica, o expresión —digámoslo así— desatascadora, para aquellos problemas de tipo traumático remotos, o próximos, procurando siempre un debido apoyo al Yo del sujeto con el fin de evitar consecuencias graves, o peores de las que presentaba sintomatológicamente, ya que si el propio sujeto no ha podido ejercer esta catarsis, es porque carece de una organización yoica suficiente para permitírselo, asumiéndola, y sin temor a quedar malparado, o destruido. Por otra parte, están los conflictos producidos por la divergencia entre lo que el sujeto necesita para su realización y lo que realmente tiene, o no tiene al no estar equipado con los recursos caracterológicos adecuados. En ambos casos, y para el logro terapéutico, es fundamental conseguir la apertura del sistema que permanece inmutable, e introducir las modificaciones que sean necesarias orientándolas hacia formas más cooperativas y racionales de las que ya estaban programadas. Entendemos que vale la pena remarcar que esta operación efectuada sobre el programa de imperfecciones, no sólo tiene interés para los casos patológicos, sino para todas las personas en general. Y ello es así porque, en toda persona, existen, con toda probabilidad, elementos de falta de expresión y tensiones emocionales que han tenido dificultades para una suficiente evidencia, o posibilidades de evolución positiva que están latentes y que precisan ser advertidas y estimuladas, o ayudadas, para su mejor desarrollo.

Ahora bien, la acción psicoterapéutica y psicodramática, además de poseer una metodología variable para sus aplicaciones, pensamos que, también, debe tener un contenido, o materia. Y en esta cuestión, nos parece que es bueno el insistir por qué,

algunas veces, se tiende a centrar los temas sobre las técnicas, o métodos, y sin que se observen demasiado los temas sobre la materia. Y ésa es la cuestión en que, no tan sólo hemos de saber hacer técnicamente bien las cosas de nuestro trabajo sino que, creo que, incluso mucho mejor, lo que administramos o aplicamos a la persona. A este respecto, pienso que, en más de una ocasión, una buena psicoterapia la puede hacer cualquier persona, o muchos conflictos puede resolverlos una misma persona a través del tiempo si tiene suficiente capacidad de sincera y sensata autocrítica, y sabe recoger de la experiencia que la vida le proporciona, aquèllo que pueda serle útil para su mejoramiento personal.

Sugeriría que se pudiese meditar acerca de todo ello y que, algún día, nos reuniéramos para dialogar sobre estas cuestiones, centradas en el Psicodrama, que, creo, son esencialmente básicas.

A lo dicho, quisiera añadir al modo de conclusión, fragmentos de un artículo que escribió Otaola hace unos pocos años y que, pienso, tiene que ver con lo que acabamos de exponer. Para Otaola, la cuestión es el problema de la enorme diversificación de las distintas escuelas del ámbito psicológico general y que, en este caso pensamos que es aplicable también al Psicodrama en particular. El problema es el de que casi todas las escuelas se apoyan en supuestos básicos y variantes genéricas de efectividad y validez. Así, puede fácilmente desprenderse de ello que, sólo las variantes específicas de unas teorías son verdaderas, y falsas todas las demás. Y dice: «En general, las escuelas psicoterápicas, o a veces, los subgrupos surgidos de su seno, discurren con la lógica mencionada...abrogándose la posesión de la verdad en exclusiva y negándosela, en consecuencia, a todas las demás». Y pone ejemplos que pueden aplicarse a muchas escuelas, remarcando que, para los autores de las mismas «...resulta incuestionable que sus teorías proporcionan a la Psicoterapia una panacea con poder para dar una perfecta solución a todo cuanto puede perturbar el bienestar psíquico de los seres humanos». Y luego, prosigue: «Lo cierto es, no obstante, que la razón que sostiene esas afirmaciones es la de la autoridad de la que se sienten investidos y que, sus seguidores, les reconocen». Advierte, más adelante, que la superación de estas discrepancias podría producirse si se lograra «...pasar de una epistemología dominada por el principio de inercia y, consiguientemente, del de entropía, a otra en la que, **además**, (subrayado por nosotros) de estos principios, se reconozcan los de antientropía e información, sin los cuales es imposible explicar satisfactoriamente las relaciones causales observables en sectores importan-

tes de la realidad psíquica normal y patológica». La cita (Revista Española de Psic. Anal. Vol. IX, núm. 2, año 1977, págs. 45 y sig.). creemos que merece la pena por esclarecedora y para poder considerar, desde un ángulo más objetivo, el problema de nuestras actuaciones como psicodramatistas.

Deseamos que todos cuantos trabajos se han aportado a esta Primera Reunión, continúen por el camino que apuntan; el de ser unas importantes contribuciones al edificio, en construcción, de la Psicoterapia y el Psicodrama científicos. De ello, no nos cabe ninguna duda.

EL JUEGO Y LA PALABRA EN PSICODRAMA FREUDIANO

por M.ª Cruz Estada Aceña

En su trabajo titulado «Más allá del principio del placer», de 1920, Freud nos cuenta la siguiente anécdota familiar: un día observó que su nieto de 18 meses, en ausencia de su madre, se entretenía en hacer desaparecer y retornar un carrete atado a un hilo; al echarlo fuera el niño emitía el sonido «ooo» y al traerlo de nuevo «aaa», sonidos que para la familia se traducían como **fort** = fuera, y **da** = he aquí. No fue difícil para Freud establecer una correspondencia entre el juego y las ausencias de la madre del niño, de forma que éste convertía en juego repetido lo que de otra manera podría haber sido un drama para él o haberse convertido en una experiencia alucinatoria.

También nos dice Freud que en una larga ausencia de la madre el niño jugaba a hacerse desaparecer a sí mismo en un espejo diciendo «nene ooo». Es así que por efecto del juego, la madre, un trozo del niño, el niño mismo son convertidos en carrete que aparece y desaparece, que se pierde y que vuelve, con un acompañamiento de palabras rudimentarias. Bastará esa alternancia de presencias y ausencias de la madre, o simplemente el hecho de que la madre duerma en otra habitación con su marido, para que el niño sepa que su madre desea algo, es decir, que algo le falta, y que eso que le falta no es el niño, que la madre no se completa con él, que lo que su madre desea está fuera de él. El niño tendrá que aprender a hablar: «Fort-Da», para poder reclamar lo que le falta.

Este juego es señal del nacimiento del símbolo, antes mudo, de la entrada del niño en el universo de los símbolos que suponen la presencia en la ausencia y la ausencia en la presencia, la palabra en lugar de la cosa, puesto que para superar la falta lo único que tenemos es la palabra, los símbolos que nos representan algo allí donde ese algo no está. Es en lo que tiene de inefable eso que nos falta, es sobre ese fondo de ausencia, donde el nieto de Freud colocará, formulará estos significantes: Fort — Da.

De la misma forma en Psicodrama Freudiano el protagonista de una escena hace venir de nuevo a los otros que formaron parte de ella en el pasado, representados por miembros del grupo. Presencia por un lado y por tanto placer, goce de jugar en este reencuentro con los ausentes, otra vez aquí por efecto del juego, pero presencia fallida que en el fondo es ausencia, ya que el carrete que vuelve no es la madre real; como fallida será también la repetición de esa escena: repetición de un significante cristalizado en síntoma. En palabras de Lacán se tratará de la «aparición de la palabra en donde sólo había un símbolo mudo y repetido».

En Psicodrama Freudiano por medio del juego (y cuando digo juego me refiero no a un juego inventado, imaginado por un terapeuta, sino a la puesta en escena de algo que fue vivido, sea en la vida o en un sueño, no fabulado), se tratará de hablar en lugar de hacer síntomas o actuar; pero para ello habrá de ser reconocido por mí en la escena aquello que, siendo mi propio deseo inconsciente, vendrá dicho por el otro a quién elegí para jugar un papel; sería algo así como si aquello que no queremos reconocer se lo hiciéramos decir a nuestra propia imagen en el espejo. Así dice Lacán: «recibimos del otro nuestro propio mensaje en forma invertida».

Ese otro al que hice aparecer como triunfo sobre la pérdida, la ausencia y la muerte, va a traer al mismo tiempo con su presencia y palabra esa falta: él representará también mi propia muerte; me recordará ésto que por faltar es causa de que yo desee. de que yo hable. Será mi propia enunciación como sujeto del inconsciente, mi propia verdad, la que haré decir y jugar al otro. Según Lacán: «nuestro pasado se manifiesta invertido en la repetición». Habrá que recurrir muchas veces a la técnica de la inversión de roles para que, al oirme decir a mí mismo las intenciones que adjudiqué al otro, pueda asumirlas como propias. Tendré que hacerme caer, desaparecer como imagen para que pueda ser escuchada la palabra sobre la ausencia sin referente que quedó tras la caída; esa palabra, ese significante que, desposeido del significado que se le otorgó y con el que había formado cuerpo, está condenado a entrar en una cadena asociándose con otros significantes.

Tendré pues que ir hablando, o mejor diciendo ,acerca de lo que **creo** que me falta, aunque nunca lo reencuentre en su ser, ya que la palabra, el símbolo implica la muerte previa de la cosa. Es por eso que si el juego es importante en Psicodrama Freudiano, lo es precisamente por lo que nos permite: relanzar

una y otra vez nuestro discurso allí donde había quedado colapsado.

Se tratará pues de que al dejar caer la imagen ideal y engañosa con que nos presentamos ante el mundo, dejemos ir emergiendo nuestro inconsciente; inconsciente que es pura falta. Lo demás son síntomas.

BIBLIOGRAFIA

«Más allá del principio del placer». S. Freud, 1920.

«Escritos». T. I y II. J. Lacán.

«Una teoría del Psicodrama». P. y G. Lemoine.

«Jugar-Gozar». P. y G. Lemoine.

«Cahiers de Psychodrame». Revue de la S.E.P.T.

UNA APROXIMACION AL PSICODRAMA FREUDIANO

por Angel Carames Lage y Susana Genta

Una vez tenido conocimiento de la celebración de la I.ª Reunión nacional de la Asociación Española de Psicodrama, surgió nuestro deseo de enviar una comunicación libre a la ponencia «Modelos Teóricos y Técnicas Psicodramáticas».

Este deseo en nuestro caso, pasa por el Psicodrama Freudiano.

Psicodrama Freudiano que conocí en un primer tiempo a través del Dr. Pacho O'Donnell, quién más tarde nos puso en contacto con la S.E.P.T. (Sociéte dÉtudes du Psichodrame Practique et Théorique), fundada por Genni y Paul Lemoine y con Robert Levy, miembro titular y de la comisión de enseñanza de la citada sociedad.

Parece claro que hablar de Psicodrama implica citar al Dr. Moreno, y a su encuentro fallido con Freud, en 1912, al final de un curso en la clínica Psiquiátrica de Viena. Nos dice Moreno que Freud le interroga sobre lo que hacía y su conocida respuesta: «Yo comienzo donde Vd. termina». «Vd. ubica a la gente en una situación artificial, en su consultorio: yo los encuentro en la calle, en su casa, en su medio natural. Vd. analiza sus sueños, yo trato de estimularles a que sigan soñando». «Yo enseño a la gente a representar el papel de Dios».

En «Psicoterapia de Grupo y Psicodrama», Jacobo L. Moreno nos dice que el fundamento del Psicodrama es el principio de la espontaneidad creadora, la participación libre de todos los miembros del grupo en la producción dramática y la catarsis activa (1).

Intentaré exponer, a continuación, cuál es nuestra posición respecto al Psicodrama.

Y, previamente, diremos que el intento de explicar un fenómeno manifiesto, como es el funcionamiento de un grupo de Psicodrama a partir de otros fenómenos manifiestos, nos parece

un error, cuando entendemos que Freud ha demostrado que el contenido manifiesto se explica por el contenido latente.

Por eso pensamos que se trata, antes que nada, de escuchar al paciente, formular su demanda e intentar localizar en ella lo que aparece de su deseo.

Tomando la palabra de Robert Levy, podemos decir con él: «Para nosotros no existe ni comienzo ni fin, y nuestros pacientes vienen durante, antes y después de un análisis, y el psicodrama, así también como el Psicoanálisis, no son sino una parte del trayecto del pedido del sujeto, que le permitirá quizás esclarecer su deseo» (2).

Como Psicoanalistas pensamos que se trata de reemplazar una ideología de la expresión por una teoría sobre inscripciones. No es suficiente hacer consciente lo inconsciente: hay que modificar también su estructura.

Genni y Paul Lemoine, en su libro Teoría del Psicodrama nos dicen: «En el plano Teórico, nuestro trabajo se caracteriza, en un primer lugar, por un retorno a Freud y por una referencia a Lacán. Consideramos que el juego del carrete o del Fort-Da, descrito por Freud, constituye la matriz de todo el Psicodrama» (3).

Trataré de explicar brevemente cuál es la perspectiva teórica desde la cual entendemos ésto.

Freud, en «Más allá del principio del placer», habla de ese juego que presencia en un niño de 18 meses: «juego del cual no se llevaba casi nunca a cabo más que la primera parte, la cuál era incansablemente repetida por sí sola, a pesar que el mayor placer estaba indudablemente ligado al segundo acto» (4).

Fijémonos de nuevo en lo que nos dice Freud: «juego del cual no se llevaba casi nunca a cabo más que en la primera parte, la cual era incansablemente repetida por sí sola...».

Es por ésto, por lo que nos parece un juego del Fort (fuera), más que de un juego del Fort-Da.

Fort que quiere decir fuera, juego que, como aclara en una nota a pie de página, repetía frente al espejo, jugando con él: «nene fort». Nene fuera, fuera de su propia imagen.

Con esto quiero decir que, si bien el carrete venía a representar a la madre, en sus oscilaciones de ausencia-presencia, como dice Lacán, esto es cierto, pero no toda la verdad.

El carrete no es solamente la madre, es también el sujeto, una parte, un trozo que el sujeto pierde de sí. Frente al espejo el niño jugaba a hacerse desaparecer a sí mismo, ejercicio que señala algo del orden de la constitución del sujeto: la caída de la imagen y la pérdida en lo real.

En el momento en que algo se pierde, aparecen los significantes en un sistema de oposiciones, fort de un da, da de un fort, porque no hay un dentro sin fuera, ni viceversa.

Este objeto que se pierde, que cae, es condición de la constitución del sujeto y la red significante se instaura sobre el soporte de esta pérdida.

En este mismo artículo Freud nos habla del principio básico del funcionamiento del aparato psíquico: el automatismo de repetición. La repetición es siempre fallida, se repite buscando en lo real algo que se ha perdido en lo real. Esa repetición es además simbólica, en tanto que esa búsqueda de lo real en lo real, se realizará a partir de ese momento inaugural de la palabra a través de la cadena significante.

Estoy diciendo que es el deseo el que nos mueve a hablar y seguir diciendo.

Nuestros grupos de Psicodrama se sitúan por entero en el terreno de lo Imaginario, contrariamente al pensamiento de Moreno, que consideraba que se desenvolvían en el terreno real de los hombres. Se sitúan en lo Imaginario, para que pueda ser simbolizado. La escena que se representa no es Real, aunque lo haya sido en otra época, sólo se la revive, se trata de una evocación imaginaria y la importancia no reside en el hecho de que sea históricamente exacta, sino fiel al recuerdo.

El valor de la escena que se juega, no reside en lo que se revive, sino en la posibilidad de producir un corte, que aisle un significante, que posibilite al sujeto, relanzar su discurso.

Pasaremos ahora a comentar algunas cosas sobre la técnica.

La Técnica

Moreno nos dice que una sesión tiene habitualmente tres fases (5):

1.—La preparación, el relajamiento y el calentamiento (warming up) del grupo, el hallazgo de un problema común y de un protagonista adecuado.

2.—La propia representación.

3.—La participación terapéutica del grupo.

En el Psicodrama Freudiano, entendemos que existen ciertas diferencias una vez más con lo que nos dice Moreno.

Quién hasta ahora nos haya oído, sabrá que pensamos que no se trata de preparar nada, ni relajar, ni calentar... No nos sentimos buscadores de problemas comunes y ni siquiera intentamos hallar un protagonista adecuado. En Psicodrama Freudiano no se trata de encontrar un consenso, ni hallar el actor más adecuado.

Didier Anzieu, en «El Grupo y el Inconsciente», nos dice: «Los Psicoanalistas que practican el Psicodrama respetan la regla de la abstinencia y consagran la fase preliminar a eliminar, por medio de discusiones en común y eventuales interpretaciones, las resistencias individuales a buscar un tema y a exponerse a su representación» (6).

Como Psicoanalistas entendemos que la escucha no pasa por la discusión en común ni por eventuales interpretaciones.

Esta conversación no tiene un fin en sí mismo y es fácil que se transforme en racionalizaciones, seducciones, incluso en situaciones de acting out.

Si dejamos que esta parte hablada reduzca el Psicodrama a un análisis de grupo, puede ser incluso nocivo, puesto que el Psicodrama se desarolla ante participantes que responden y no ante un analista que, en la medida de lo posible, calla e interviene sólo en los momentos que le corresponde hacerlo. En Psicodrama el sujeto se encuentra con el otro.

Por eso pensamos que en vez de relatar un problema, una dificultad, en definitiva una pregunta, se trata de representarla.

En Psicodrama Freudiano la representación es fundamental: lo que prevalece es la escena. Ya hemos señalado que se trata de un hecho vivido y que lo importante no es que sea históricamente exacta, sino fiel al recuerdo. Y como se trata de un hecho vivido, creemos que no se deben de representar escenas fabuladas.

Cuando ese presente y ese pasado son puestos en relación en la escena Psicodramática, es porque algo se inscribe y no porque nada se expresa.

Y lo importante de la escena representada es, ciertamente, lo que de diferente ocurre entre el acontecimiento ya vivido y la escena de nuevo representada.

Por la brevedad del tiempo de que disponemos, no podré de-

tenerme en cuestiones técnicas, tales como los Yo auxiliares, el doblaje, la inversión de roles, etc... Pero si quisiera detenerme un poco sobre la coterapia, ya que yo trabajo en coterapia.

Es un trabajo en coterapia, en pareja heterosexual, con la característica de que en cada sesión hay una alternancia en animar la sesión o, lo que es lo mismo, en la observación de la misma.

El valor terapéutico de esa pareja, pensamos que no reside en la diferencia de los sexos, ni en la igualdad de ellos. No se trata de ser hombre y mujer, ni dos hombres ni dos mujeres, sino en la alternancia como oposición significante (fort de un da).

La pareja terapéutica se constituye por elección recíproca y creemos que sus componentes deben de preguntarse por su deseo y establecer un diálogo permanente, pues pensamos que cualquier obstáculo a ese diálogo lo va a ser para la evolución de la cura. Cura en el sentido que Heidegger le da en «Ser y Tiempo», cuando relata un mito que dice así:

Cura se acerca a un río en cuya ribera hay arcilla, toma esa arcilla y modela un cuerpo. Llama a Júpiter y le pide que le infunda vida, un soplo de vida en ese muñeco de arcilla, Júpiter lo hace y llega el momento de ponerle nombre. Cura quiere que sea su nombre, Júpiter quiere que sea el suyo, y Gea, la tierra, quiere que sea el suyo. Ante tal litigio, llaman a Saturno a terciar en el juicio y éste dice: puesto que el cuerpo ha sido hecho de tierra, tu, Gea, poseerás la tierra cuando muera. Como Júpiter le ha dado el espíritu, el espíritu será de Júpiter cuando muera. Y mientras viva, será Cura quién mantenga la vida. De ahí que la condición de mantener el ser sea la condición de la cura.

¡Ah! el hombre que decidió Saturno fue homo, puesto que está hecho de humus.

Para terminar diré, que si por algo somos Psicodramatistas, quizás tenga que ver con la posibilidad que el Psicodrama nos otorga de dar cuenta de nuestro deseo ante otros. Y ésto nos ayuda a saber de él, aunque se refiera a la falta, nos estimula a vivir mejor.

BIBLIOGRAFIA

(1) MORENO, J. L..—«Psicoterapia de Grupo y Psicodrama».Fondo de Cultura Económica. México, 1959, 1ª reimpresión 1975, pág. 36.

(2) LEVY, ROBERT.—Conferencia pronunciada en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid y su Provincia, el 6 de Mayo de 1979.

(3) LEMOINE, GENNI y PAUL.—«Teoría del Psicodrama». 1ª ed. Gedisa, Barcelona, 1979, pág. 11.

(4) FREUD, SIGMUND.—«Más allá del principio del placer». Biblioteca Nueva, Madrid, pág. 2512.

(5) Op. cit. pág. 116.

(6) ANZIEU, DIDIER.—«El Grupo y el Inconsciente». Biblioteca Nueva, 1978, pág. 73.

PSICODRAMA FREUDIANO
ANALISIS DE UN SUJETO EN GRUPO.

por M.ª Dolores Sánchez Salazar

Lacán nos recuerda que Freud, al aislar el masoquismo primordial, se sirvió de un juego infantil, para encarnarlo. Este juego es el juego del Fort-Da, en el que el nieto de Freud lanza una bobina o carrete lejos de sí y lo trae de nuevo hacia él, simbolizando la presencia-ausencia de su madre. El niño sustituye la tensión dolorosa causada por la experiencia inevitable de la presencia y la ausencia del objeto amado por un juego en el que, él mismo maneja la ausencia y presencia como tales y se complace en gobernarlas.

Este juego relatado por Freud es la base sobre la que se asienta la particularidad del psicodrama freudiano a diferencia de otros que no utilizan el juego, y es el elemento primordial de la técnica que permite, no sólo al puntuar un discurso del sujeto en grupo sino además al privilegiar un elemento de éste, pasar a la representación con la elección de antagonistas que jugarán el papel del ausente, es decir, que tomarán el lugar de la bobina o carrete, que permite, decía, la simbolización de eso que hace sufrir, de ese punto de detención que se repite en lo cotidiano y conseguir así su integración en la cadena significante como rasgo constitutivo del ideal del yo.

Mi intención es tratar de ilustrar lo que he planteado y cómo transcurre, no un análisis de grupo sino el análisis de lo que un sujeto plantea en grupo. Es decir, algunos puntos de articulación, a partir de distintos juegos dramatizados en distintas sesiones, del análisis de un sujeto en grupo.

Marta, es una mujer de 35 años, pálida, siempre absorta, como si estuviera en otro mundo, silenciosa. Asiste al grupo de psicodrama desde hace dos años. Es elegida siempre, por los demás para ciertos papeles porque pone cara de sufrimiento, digo pone, no tiene, y de transcendencia. Está casada y trabaja de administrativa en una empresa.

Un día Marta, cuenta algo que la tiene muy preocupada: «...Hoy no encontré las llaves de mi mesa de trabajo. Ultimamente me olvido de todo. No sé donde estoy ni donde pongo las cosas... Para mí olvidar las llaves del trabajo es cómo olvidar mi nombre. Al salir, fuí con una compañera hasta la parada de su autobús, ella se fue y de repente yo no sabía dónde tenía que ir. Me había perdido. Todo me parecía nuevo y desconocido. Pensé: si al venir crucé una calle ahora también tendré que cruzarla, pero en sentido contrario. No sabía donde estaba, temí volverme loca».

Es invitada a jugar ese momento en el que no sabe donde está ni quién es. En el que ha perdido la noción de espacio e identidad, y lo que aparece es la conversación que mantenía con la compañera. Le contaba su culpa por haber abortado recientemente: «No me lo puedo quitar de la cabeza, le decía, era lo único que me faltaba, lo peor que me podía pasar».

Ella aborta porque se queda embarazada con el diu, y su temor era que el dispositivo «le pudiera pinchar al niño en la cabeza».

Después de este juego, como en muchos otros, ella comenta que no ha sentido la misma intensidad emocional que en la realidad. Pero el puego está abocado a que no se produzca un acmé emocional. En la dramatización la escena jugada queda como pura anécdota, como síntoma, que ha servido de excusa para privilegiar un significante, una puesta en juego del deseo. Lo juzgado no era literal como parecía pedir para satisfacer su goce de sufrimiento. El afecto no era nunca el mismo ni con la misma intensidad.

Esta representación aparece de nuevo con gran intensidad, cuando en el curso de otro juego, de otra sesión, es elegida, para jugar un papel, por un participante recién incorporado al grupo, que la elige a ella: «porque no se cuál es su nombre».

Marta juega mecánicamente, dócilmente, podríamos decir, pero olvida su papel, aquello que el protagonista de la escena le dió como indicación. Ella está invadida de recuerdos.

«Mi padre, dice, nunca me llamó por mi nombre». La puesta en juego de una escena a partir de sus asociaciones es definitiva para Marta. En el recuerdo que resurge ella tiene seis años y va a buscar a su padre a la taberna,éste, que está con sus amigos, la toma en sus brazos y la presenta diciéndoles: «ESTA ES LA GEMELA DE MI CHAVAL». Marta llora.

Su hermano gemelo murió a los ocho meses. Ella sabe de su existencia por estas palabras y las que a continuación relata: «A veces pienso que me tenía que haber muerto yo en vez de él, mi padre le quería muchísimo porque era niño. Murió de algo de la cabeza, le pusieron una inyección en la cabeza y no lo pudo soportar. Yo creo que de pequeña intentaba ser como su chaval, me sentía orgullosa cuando me llamaba la gemela. Ahora siento que jamás tuve un nombre propio para él, sino en relación a mi hermano muerto».

El juego le ha permitido progresar en su discurso, cesar la repetición sintomática y añadir un significante nuevo, éste le permite un giro en su discurso y propicia que comience a interrogarse el porqué de su sensación de marginada, de tener que luchar por ser perfecta, de sufrir para ello, de purificarse y mortificarse.

El psicodrama confronta el objeto de identificación que se consideraba interior con la persona exterior que constituye su soporte y su origen: padre, hermano, etc., representada por su papel en el juego. Ella se ubica en el lugar del hermano muerto, amado por el padre, en el lugar del que sufre, del que tiene que recorrer el mismo camino del amado para ser amada y nombrada por el padre. Es decir, la promesa paterna queda relegada míticamente para otra vida. Ello imprime el carácter masoquista y místico de Marta que es refrendado por la madre que le dice: «Los santos sufren y son felices». Le indica con ello cuál es el disfraz femenino que tiene que vestir para hacerse objeto imaginario del deseo del otro.

Pero podemos preguntarnos ¿por qué un tratamiento, un análisis en grupo? El psicodrama se constituye en un grupo imaginario donde se privilegia la palabra y se evita toda catarsis emocional; nada de lo jugado es literal. La sucesión de juegos permite el advenimiento del símbolo mediante la oposición simbólica entre la presencia-ausencia de la escena vivida y la escena dramatizada, y la oposición simbólica por la inversión de roles que se produce, siempre, en cada juego y favorece el efecto de verdad de encontrar en el otro lugar el decir inconsciente de uno mismo.

Todo ello es un efecto de duelo, duelo de lo que fue; «gracias al duelo el sujeto escapa a la repetición, que es encuentro fallido, para ratificar la pérdida simbólica y recuperar su lugar en el discurso de las generaciones; gracias al duelo, la muerte real queda reducida a un decir simbólico, el decir del otro» (1).

(1) LEMOINE, G. y P.—«Jugar y Gozar». Ed. Gedisa, pág. 169.

EL DISCURSO, CIRCULACION DEL SIGNIFICANTE EN PSICODRAMA.

por Matilde Enriquez Rodríguez

En psicodrama freudiano lo que se privilegia es la puesta en juego del deseo y éste no se pone en juego si no se arriesga la palabra. Cuando hablamos algo de nuestro deseo vamos dejando caer, se va manifestando implícito a la demanda que se formula. Lo que importa es la decisión de hablar. Es un acto. Hay que hacerlo a tiempo porque está el otro, y uno no juega sólo. Todo el psicodrama consiste en ésto. Alguien es el primero que arriesga su palabra, que plantea una pregunta implícita en lo que relata. Los demás participantes responden y sus respuestas son nuevos eslabones a la cadena asociativa que se establece. No se trata de tomar como literales sus respuestas, no es una persona la que responde a otra.

Esto queda planteado en las definiciones que hace Lacán en el Seminario de la Identificación sobre signo y significante, diciendo: «un signo es representar algo para algien» y «un significante es lo que representa al sujeto para otro significante», no se trata, pues, de que el otro responda con un efecto de signo, es decir, con su opinión, sino planteando una asociación de a qué le remite a él-mismo aquello de lo que habló la primera persona, ésa es su respuesta, responde con una asociación que va más allá o más acá de lo que como «yo» quiere responder. Incluso si al responder lo hiciera bajo un no haber entendido de lo que se hablaba, pues como dice Gennie Lemoine «hay que tener confianza en el inconsciente». Ha añadido su palabra. Vemos que un hecho o suceso relatado se reduce a sí mismo en tanto que la palabra que lo designa tiene múltiples sentidos posibles. Las respuestas se encuentran en una palabra común. El significante es una palabra, pero no toda palabra es un significante, ésta lo será cuando llegue a ser metáfora de otras. Es decir, las distintas asociaciones planteadas por los demás participantes señalan por aprés coup, el significante mayor que planteó la primera persona que habló en el grupo.

Es la articulación de este significante en psicodrama y la cadena que establece y entreabre lo que pretendo ejemplificar, si se puede decir así, a partir de un fragmento de una sesión.

Rosa comienza una sesión diciendo:

«Quiero comentar lo que me pasa con los hombres. Yo pienso que me tratan bien, que no me quieren avasallar ni maltratar; pero con el sentimiento eso no lo capto. Por ejemplo, el sábado llegué, por la noche, a casa, abrí la puerta y ví un ramo de flores con la tarjeta de Pedro,un hombre que me gusta mucho. Hubo un momento que sentí que me habían invadido, alguien había entrado... no sé por donde, por la pared... que un hombre puede... no sé, entrar y destrozarlo todo sin que yo me entere. Luego recapacité y traté de pensar: ¿pero, quién tiene la llave?, ¡Claro!, la portera.»

Una mujer del grupo responde: «A mí también me parece que cualquiera puede entrar en mi casa con la puerta cerrada. Antes no pensaba que pudiera entrar nadie, pero desde que me robaron me parece que mi casa se puede convertir en la posada del peine».

Otra mujer responde con su saber de lo que se está hablando: Todo ésto, dice, me suena a sexo y a violación.

El paso a la dramatización supone haber oído el significante puesto en juego, se entresaca éste del relato y se juega el momento asociado al significante, y es lo que permitirá que, habiéndose desarrollado ya una cadena asociativa, se establezca una cadena significante por ulteriores asociaciones después de este juego.

Representando el momento en que Rosa llega a su casa, lo que surge es el mismo sentimiento, la misma sensación de fractura que tiene al realizar el acto sexual. Dice que en esos momentos está anestesiada, que todo su cuerpo es de corcho, que no siente nada y ni siquiera puede saber si hay penetración o no. «Lo único que siento, dice, es que toda yo me rompo».

Por otra parte, lo que ella ha oído de pequeña, en el dormitorio de los padres, era que la madre decía «**Me quema**». Ella tiene algo que porta como marca: una quemadura en la cara que se hizo cuando estaba en la cocina con la madre.

Hay algo que ha ido quedando, aunque no explicitado, a lo que el inconsciente responde.

Inés responderá: «A mí lo que me parece mal, horrible es la violación de la madre. Cuando yo era pequeña mi madre tenía

la costumbre de acariciarme los genitales. Recuerdo un día, a los ocho años, que estando en el cine con mi prima un Sr. que estaba a mi lado me tocó la pierna y puso mi mano en sus genitales. Yo estaba asustada, pero lo peor fue la bronca que me echó mi madre cuando se lo conté, dijo que no iría más al cine si no era con ella, y ella no iba nunca.

Jugada la escena y haciendo un soliloquio tiene un fallido en el que aparece su verdad. Dice: «Horror, ya no podré disfrutar más con ella», se detiene y dice «no se qué he querido decir».

La respuesta de Inés es clara: Mi madre, no me ha permitido gozar con alguien que no sea ella. No admito más violación que la de mi madre.

Lo que estaba puesto en juego era el amor narcisístico, el amor-muerte con la madre. La pregunta que plantea Rosa es: ¿por dónde puede entrar un hombre si la puerta está cerrada, si soy de corcho? A lo que responde Inés: Por ningún lado si la llave la tiene la madre.

«Para que surja el deeo que troca en simbólica la falta angustiante, la niña se identifica con su madre; se constituye como ella en objeto de la fantasía del hombre, y ésta hace que no siempre salga de su espejo» (1).

Vemos que la particularidad del discurso en grupo es la comunicación entre sí de los participantes; cada frase, cada significante, cada representación, hace surgir otra frase, otro significante, otra representación, y ésto sin que preexista ninguna intención de respuesta, por el único hecho de la concatenación asociativa. Es función del animador privilegiar ese significante mayor.

Así cada participante que habla por cuenta propia, aparentemente independiente del otro, en realidad sigue un hilo, retoma el discurso precedente y responde por vía asociativa, permitiendo, así, desanudar la cadena de asociaciones que hasta ahí estaba bloqueada, haciendo surgir una nueva palabra, un efecto de verdad, que hasta entonces no se podía articular.

La palabra pared-puerta cerrada ha jugado como engranaje en la cadena asociativa, si bien en otra participante aparece como distinta. Pero este modelo de encuentro y distorsión está en el fundamento del lenguaje. Las palabras que tenemos en común y que constituyen la lengua que hablamos tienen un consenso general de significado pero están subvertidas por los significan-

tes. Las palabras toman otra dirección, no se habla nunca de la misma cosa. Esto, es el significante.

---

(1) LEMOINE, G. y P.—«Jugar y Gozar». Ed. Gedisa.

PSICODRAMA Y SEXUALIDAD FEMENINA.

por Ana Madarro Racki

El objetivo de esta comunicación consiste en señalar un momento particular del proceso de sexuación de una paciente a partir del inicio del psicodrama. Momento en el que centraremos algunas reflexiones sobre la sexualidad femenina por un lado, y sobre la técnica del psicodrama freudiano por otro.

Marisa tiene 30 años, está casada y tiene un hijo de tres años. Viene al grupo con una depresión motivada, según afirma, por una mala relación con su marido. Se siente insatisfecha, triste. Desde hace algún tiempo llora, generalmente sin motivo. En las entrevistas preliminares plantea su dilema: separarse o tener otro hijo. Además desde hace poco tiempo mantiene relaciones con otro hombre; allí también se plantea un dilema, por un lado idealiza la relación, por otro le parece absurda, sin sentido.

A los dieciocho años empezó a padecer síntomas somáticos que la llevan de un médico a otro. Finalmente le diagnosticaron fiebre reumática y algunos años más tarde tuberculosis genital. Profesionalmente es una persona eficiente, digo persona porque ella señala que jamás usa su imagen de mujer, que no hay diferencia.

Nunca ha gozado sexualmente y se define como frigida. Al comenzar sus relaciones sexuales, con el que sería su marido, tenía muchos dolores que culminaron con una intervención quirúrgica para desgarrar su himen.

En los primeros meses del psicodrama su demanda se plantea en forma de dilema: «me separo o tengo otro niño».

«Me separo» señala el punto máximo de reproches y odio al marido. ¿Reproches de qué?: «de verlo desapegado de mis preocupaciones», «de no recibir nada», «no me ayuda», «no me habla», «yo necesito que me pregunten lo que siento», y agrega: «todo lo que sea depender de un hombre es malo», «yo doy más, siempre di más , y no recibo...».

«Tener otro niño», ¿a qué es referido?: «tener un hijo es un tapón para no pensar, es protegerme, como no voy a cambiar hago que cambio y me planteo opciones falsas..., con un hijo paso de marido».

Opción falsa porque Marisa siente al mismo tiempo que es absurda, se contradice y se queja de que igualmente se siente castrada como mujer. Queja por lo demás frecuente en las pacientes del grupo, queja paradógica con la que designan precisamente su no castración, sus dificultades para afrontar la castración. El psicodrama, por los elementos que pone en juego, ayudará en este proceso.

Vayamos a nuestra sesión, en ella Marisa aborda «su dilema» desde otro ángulo: presentarse o no como mujer.

En efecto, Marisa dice, a propósito de algo que le ocurrió, «el tema de verme como mujer me violenta». Nos relata que había ido a un encuentro de empresas de investigación de mercado y promoción de ventas. Era la única mujer entre setenta hombres. Pensó en ir vestida de mujer pero luego rechazó esa idea. Al final los participantes recibieron de regalo un chubasquero. Como no lo necesitaba fue a la tienda a cambiarlo por un chandal, acompañada por un colega, «un señor mayor». En la tienda duda al elegir entre dos chandals: uno de color rosa, «de super mujer», el otro gris unisex. «Me violenté a comprar el rosa porque él y la vendedora me forzaron por ese..., pero internamente siento que no es lo mío».

Para representar esta escena elige a Carmen como chandal rosa porque es una mujer, a Juan como chandal gris porque es un hombre y a la terapeuta (observadora) como la vendedora «por la autoridad».

En un momento le hacemos cambiar de rol, de lugar en la escena. En el lugar del gris se define como «un chandal de verdad, es deporte de verdad». Desde el lugar del rosa dice «así me van a ver».

Finalizada la representación Marisa dice que en ese lugar se sintió sin ninguna posibilidad de elección, mientras que en el lugar del gris sintió que «era un lugar más cómodo, seguro, no se le notan nunca los defectos»... Su propia palabra le hace agregar «debería posicionarme más sexualmente..., en un sitio u otro, masculino o femenino..., ahora me atrevo un poco a mostrarme como mujer...».

Recuerda entonces que la noche de cierre del encuentro, ya terminado su trabajo, se pintó para la cena.

Jugamos esta escena. Está sola en su habitación frente a un espejo, se dice «me pinto..., porque ya no me importa mi imagen, no me juego nada, el trabajo ya salió bien, iban a juzgarme superiores, gente que no me conocía, y había competido con un compañero».

Ha vuelto a elegir a Carmen, esta vez para representar al espejo, «porque delante de ella me siento menos ridícula, se identifica con mi problema y me puedo ver reflejada en ella».

Acabado el juego dice que se sentía bien porque no tenía otra preocupación que sí misma..., «era como compensarme», «un poco ridícula con la pintura..., luego los defectos se notarán más, pero de entrada aparezco muy bien»....

Podríamos señalar que en el discurso de esta paciente, en el psicodrama, se han puesto en juego tres oposiciones que en el desarrollo de la líbido se mezclan, superponen, combinan y reemplazan mutuamente: lo activo y lo pasivo, lo fálico y lo castrado y lo masculino y lo femenino. Oposiciones por donde Marisa da cuenta de sus dificultades para lograr, a partir de la decepción fálica infantil salir de la égida materna en su camino hacia el hombre. Dificultad sostenida en una identificación con una madre, atrapada en la fidelidad a su propia madre.

Freud señala que a partir de las repercusiones del complejo de castración se plantean tres caminos evolutivos posibles para la mujer: uno conduce a la inhibición sexual y a la neurosis, otro a la transformación del carácter en un complejo de masculinidad, bajo las formas de la esperanza o de la negación, y el tercero a la llamada feminidad normal.

Más allá de las diferencias que puedan establecerse entre estas salidas de la decepción fálica, aparece la idea de una especificidad femenina que las recorre a todas y que podriamos definir como un elevado montante de narcisismo.

¿Qué diferencia hay entre la primera presentación de su dilema y la de esta sesión? Podríamos decir que ambas las recorre la misma especificidad femenina, pero que sin embargo ha dado un paso más en la puesta en juego de su deseo. Diríamos que a las polaridades activo-pasivo, fálico-castrado las ha podido significar desde lo masculino-femenino a través del juego de la «mascarada femenina».

La oposición falo-castración aparece simbolizada en el «me separo-tengo otro niño». La cadena asociativa unida al primer término del dilema nos lleva a los reproches radicales hacia la madre, y el segundo término a la obturación de la falta a través

de las fantasías de tener un hijo, fantasías que remiten al régimen doble femenino como aspiración identificatoria completa y final a la madre activa-mujer completa.

El segundo dilema, efecto de la cadena significante puesta en juego en el psicodrama nos coloca de lleno en el tema de la «mascarada femenina» y «la masculinidad». La «mascarada femenina» fue descrita por Joan Rivière como disfraz destinado a encubrir el deseo de masculinidad de la mujer, básicamente para evitar la venganza del hombre.

A diferencia de Joan Rivière, Gennie y Paul Lemoine plantean la masculinidad como compensación y el disfraz, la mascarada, como consecuencia directa de la feminidad. Ese narcisismo femenino es la condición del reconocimiento por el hombre. Son el padre, y luego el hombre los que le dan su sello.

La imagen, el disfraz, representado en la primera escena por el «chandal rosa de super-mujer», aparecen para Marisa, como mentira, falsa estética, imagen de compensación de lo que le falta, forzada a ella por el deseo del hombre que la acompaña e identificación con la madre-vendedora de imagen.

«La feminidad corresponde a un vacío radical. Para que surja el deseo que convierta en simbólica esa falta angustiante la mujer se identifica primero con su madre, se constituye como ella en objeto de la fantasía del hombre. Es decir que se debe a la perversión del hombre el hacerse objeto imaginario de su deseo. La mujer aprende esa perversión de su madre, la identificación con el doble materno le hace encontrar la máscara que hay que llevar para ser amada por el hombre. Volverse una imagen que se exprese en su lugar».

La segunda escena nos permite reflexionar sobre la naturaleza de esta identificación y su articulación con la castración en la mujer. La dimensión de la falta se apoya en la asimetría de la diferencia de los sexos, cualquiera que sea el lado del que se la mire. Ese algo de más o de menos encarnado en el pene, instaura el corte, que le permite al hombre poner en juego simbólicamente una parte de él mismo, mientras que la mujer continúa oscilando toda entera entre su doble y la nada, se juega el ser.

Del régimen doble de la relación primordial con la madre, la mujer pasa a la pérdida, y por identificación con el hombre se imagina un pene faltante, que pasa a simbolizar todas las demás y las marca retroactivamente con el signo de la sexuali-

dad. Arranque de un proceso simbólico femenino en cuyo curso se toma a sí misma como objeto perdido.

Doble vertiente de esta identificación: primero inauguración como sujeto en la imagen especular, imagen asexuada. Con la caída de la madre fálica, en el edipo, es el padre-hombre el que marca el lugar de la falta, pero siendo deseado por la madre reinstaura la instancia del falo. La mujer, vuelve a verse en el espejo con la marca de la mirada del hombre, y entonces se da a ver, se ofrece como objeto y provoca la respuesta.

En la escena del espejo, Marisa elige a otra mujer para representar la imagen especular, «porque se parece a mí... porque me puedo ver reflejada en ella». Frente a su propia imagen, disfraz de la feminidad, algo del viejo júbilo narcisista se pone en juego, «no tengo otra preocupación que yo misma»... Sin embargo, ahora es inevitable el saber al mismo tiempo que no es más que una compensación, y que a continuación es posible dejarse ver pese a la angustia.

Porque Marisa nos habla de su miedo a poner en juego la mascarada, ya que pese al artificio de presentarse como lo que no es, ocultar su falta, pone en evidencia justamente lo que es, su ser de mujer, pone en juego su deseo y el deseo del hombre. Al mostrarse como objeto se ofrece, provoca la respuesta del hombre, el camino a la confrontación con la castración está abierto. Marisa dice: «verme no es problema, sino que me vean, apenas empiezo a atreverme...».

Lacan afirma, en el Semanario 1, «Para el sujeto, la desinserción de su relación con el otro hace variar, espejear, oscilar, completar y descompletar la imagen de su yo. Se trata de que la perciba en su completitud, a la cual nunca tuvo acceso, para que pueda reconocer todas las etapas de su deseo, todos los objetos que aportaron a esa imagen su consistencia, su alimento, su encarnación. Se trata de que el sujeto constituya mediante reposiciones e identificaciones sucesivas, la historia de su yo».

La especificidad del psicodrama está dada por la introducción de la mirada y la representación, el juego.

Desde el comienzo la mirada introduce el cuerpo en escena, y precipita la identificación. Esta especificidad del psicodrama nos permite reflexionar brevemente en torno a la cuestión de la doble vertiente de la identificación y su articulación con la castración.

De entrada en psicodrama, al igual que en el análisis, el sujeto comienza por rechazar su castración. La mirada refuerza

la reacción de prestancia entre los participantes, reacción cuyo fin es reunificar, preservar la unidad del yo; es ilusoria y está al servicio del yo ideal. Sin embargo, al introducir el juego, esta identificación del sujeto con el yo ideal resulta cuestionada. Por el camino de las vacilaciones, contradicciones, lapsus, la espontaneidad del otro que ocupa el lugar del yo auxiliar y el cambio de roles (que permite al sujeto mirarse como otro), la palabra revelará las identificaciones reprimidas, no especulares, sobre todo la identificación inconsciente y rechazada con el padre del mismo sexo. La castración es reconocida a través de la identificación con el progenitor castrado.

En el curso de un psicodrama se nos revela así la posibilidad para el sujeto de actualizar cada uno de los momentos que permitan reconocer las etapas de su deseo.

A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO DE AMOR DE TRANSFERENCIA EN PSICODRAMA.

por Nora Levinton y
Francisco de Dios López.

Presentamos el caso de Inés, de 27 años, que ha permanecido durante tres años en análisis individual, y con cuatro de permanencia en el grupo, quien después de una etapa interesante de notoria evolución, se instala en una fase resistencial donde destacan ostensiblemente sus mecanismos de racionalización y negación.

Inés comienza adoptando actitudes de «como si» fuera la animadora del grupo y se muestra reacia a incluirse como participante del grupo si no es para cuestionar algo en sus compañeros, y cuando los terapeutas la invitan a jugar una escena, se niega a hacerlo o cae en racionalizaciones imprecisas.

Inés parece saber que: «hacer jugar es mostrar de que se habla en realidad» (1). No habla de su deseo.

Este proceso parece empezar a desbloquearse a partir de una sesión en que ante la ausencia del terapeuta masculino, ella puede empezar a hablar de su dificultad para hablar de lo que le pasa.

Juega entonces una escena vivida años atrás, con su padre, en que mientras ella llora en la cama, él la acompaña en silencio. Ella dice: «el me entiende sin que yo hable, en cambio mi madre me reprocha que no cuente mis cosas».

Podríamos pensar hasta que punto la relación transferencial remite a este mismo esquema. «No es ni el uno ni el otro, sino ese momento de ruptura, ese lugar vacio de la diferencia en la alternancia de terapeutas de una sesión a otra, cuando el paciente se encuentra dirigiendo su discurso al que no está allí» (2).

Inés ha hablado repetidamente de su rivalidad con la madre a quien describe como una mujer muy activa y alegre, y su iden-

tificación con el padre, un hombre depresivo. Dice: «Yo soy el otro yo de mi padre», o «soy idéntica a mi padre».

Podemos pensar algunas cuestiones sobre este circuito edípico en que quedamos atrapados en el lugar donde Inés nos esperaba. La transferencia como resistencia aparece en un momento de estancamiento del análisis (3).

Partimos de la hipótesis de que este momento resistencial responde a una situación de amor de transferencia, que es hablado en el grupo de una forma aparentemente oscura, y que marca una diferencia entre la aparición de esta resistencia en análisis y en psicodrama. Esta diferencia es así en psicodrama por el efecto de castración que la mirada pone en juego en todo momento, tanto por parte de los otros del grupo, como del observador en la alternancia terapéutica.

Consideramos que la transferencia se hace en el entre dos de la pareja terapéutica (4).

Entonces el amor de transferencia aparece en la situación analítica y se presenta como resistencia (5).

Surge así un padre al que se ama en silencio y una madre que insiste en enterarse de sus secretos.

Tenemos por tanto dos vertientes: una que hace a la situación de la paciente y otra que plantea la resistencia como resistencia del analista. En este caso podemos plantearnos, para la terapeuta mujer la cuestión de que «cuando la demanda del paciente se convierte en demanda del terapeuta uno viene a sostener su propio deseo y tema imposible el análisis del deseo del paciente» (6). Y en cuanto al terapeuta masculino: «se deja llevar por el circuito libidinal de su paciente en lugar de encontrar la palabra terapéutica que lo diferencia de él. Repite en lugar de percibir lo que sucede entre ellos» (7).

Inés empieza su tratamiento en análisis individual con el terapeuta masculino. Su demanda la plantea como una depresión. Hablaba de sus relaciones con hombres mayores (algunos habían sido profesores suyos) cada cuarenta días y se quejaba de su insatisfación sexual con ellos. Manifestaba que sus problemas le venían de su sexualidad y mostraba «su impotencia de no saber que hacer». Su hermano aparecía como un hombre fenomenal y muy activo, con el que había tenido varios sueños incestuosos, y refería unos celos neuróticos hacia la novia de éste. Hablaba de un profesor al que lo situaba como un amor platónico, y que en ocasiones ante preguntas de éste, por ejemplo, él le decía: «hasta que usted no hable permaneceremos calla-

dos». Mostraba su lugar fálico ante la figura masculina diciendo: «el hombre me va a dejar impotente». Se mostraba poco femenina y siempre llevaba pantalones. Ella decía: «este mundo es un teatro y hay que ser el mejor actor porque ese es el que triunfa».

Siete meses más tarde entra en un grupo de psicodrama en el que están su analista y «otra» mujer en pareja terapéutica.

La dificultad en la transferencia venía marcada en una repetición a la hora de «empezar» cada sesión individual con un gran nivel de angustia. Asimismo Inés no puede ser nunca lo que empieza a hablar en las sesiones de psicodrama. Decía: «Ahora deseo empezar. Mi mente se convierte en un interrogante continuo». «Soy una capa impermeable» y «sólo me despierta cierto interés las cosas prohibidas».

En psicodrama encuentra la dificultad de un grupo llevado por una pareja terapéutica donde aparecen transferencias edípicas masivas (8), y va encontrando en ese entre dos sus diferentes identificaciones (9). Parece que análisis y psicodrama combinados la ayudan a avanzar. Después de tres años, deja el análisis individual por «cuestiones económicas», y sigue solo en psicodrama.

Como en Dora, el caso de Freud, el interés residía en la relación de los dos personajes (el Sr. K y la Sra. K) y sólo se interesaba en cada uno de ellos desde la perspectiva del deseo del Otro; Inés sostiene la transferencia sobre el entre dos de la pareja terapéutica. El acceso al objeto del deseo es otorgado así por un tercero. Es el objeto del deseo del tercero.

La histérica se pregunta que es ser mujer y replantea este interrogante como una identificación que produce el efecto de ser mujer en «la otra». La defensa histérica frente al deseo sería proyectar su feminidad en la mujer que opera como su metáfora.

La identificación histérica es la identificación al deseo del Otro. El sujeto del deseo siempre tiene que ver con el deseo del Otro.

Sabemos por lo que ella ha hablado y jugado en el grupo, que Inés no se acepta como objeto del deseo de un hombre (10). Y además ¿qué es ser objeto de goce del hombre? Esto es verse ante una angustia límite, por lo que prefiere que sea la otra la que ocupe ese lugar. Ella dice: «me da miedo que el hombre llegue a la eyaculación y que yo llegue al orgasmo». Permanente-

mente interviene con actitud indignada cuando sus compañeros hombres hablan de sus aventuras con mujeres tomadas como objeto por sus atractivos físicos. Ella se refiere a que esto es comparable a un mercado de ganado. La histérica no puede reconocerse como objeto de goce para otro en la medida en que no puede aceptar su cuerpo como causa de ese deseo.

Ella trata de humillarlos diciendo que le dan pena al ser tan superficiales. Ella quiere ser la mujer con mayúsculas. Aceptada como totalidad, resguardada detrás de su título de Licenciada en Historia. Aunque dice de sí misma: «me encuentro sin historia» y «en todos los sitios siempre me falta algo». Se dice que en la histéria hay una mala estructuración de la falta, pues no puede plantear la doble negación: «no tengo» y «no soy», en relación a la cuestión fálica.

En toda esta etapa de racionalizaciones y bloqueo, Inés actua lo que no puede hablar, y le es imposible mostrar su deseo. Partimos del hecho de que: «de lo que se trata en psicodrama es de interrogar claramente al deseo en lo que es imposible de satisfacer; es decir en su choque con lo real» (11).

Ella dice: «mis padres, y de una forma más específica mi padre, me hacen hacer esfuerzos enormes de imaginación». Me dicen: «¿por qué no te pintas un poco?, ¿por qué no te pones faldas?».

Su feminidad, por tanto, podría ser asumida y llevada como una máscara, al mismo tiempo para disimular la existencia de la masculinidad y para evitar las temidas represalias (12).

Inés se disfraza de mujer y allí sí permite que su madre le otorgue «sus prendas». Ella elige la ropa y su madre se la hace. «El disfraz no es sólo una defensa sino también la consecuencia del Edipo femenino» (13).

Durante este proceso, Inés comienza a vestirse y maquillarse, de manera más femenina. Ahora bien ¿este cambio estará determinado por sentirse mirada en el grupo? Sabemos que «la mirada ha condicionado un momento decisivo para la elaboración de toda neurosis» (14). Vemos entonces como el disfraz aparece como un efecto de la feminidad.

En su discurso edípico dice: «mi madre me hace la ropa. Yo diseño y mi madre corta. Soy producto y diseño de los dos».

Empieza a salir con hombres de su edad, aunque dice: «me asustan». Eso le lleva a un recuerdo con un primo suyo, cuando tenía cuatro años en que estaban en un juego sexual y fueron

sorprendidos por su madre. Después de aquello estuvo una semana sin salir de casa. Y en otro momento dice: «los hombres de mi edad parecen mis hermanos».

En una de las últimas sesiones aparecen cuestiones importantes: en una primera escena Inés es elegida para jugar el papel de una mujer que ofrece compañía en un bar y tiene que responder cuál es su precio. «Estos representantes (yo auxiliares) son elegidos por lo que no son, o más precisamente por el rasgo que los representa para otro». (15).

Es en esa escena una mujer que ofrece su cuerpo pero no desea. Actua su papel relajadamente y con humor. Luego habla de que no le gustó hacer ese rol, pero bromea sobre la cuestión de que si no consigue trabajo como profesora, se lo pensará dados los altos honorarios del personaje que le tocó interpretar. Inés asocia luego con un amigo suyo, quien siempre le cuenta sus historias sexuales en determinados bares. Así «no se trata de una identificación de un participante con otro sino realmente de una identificación con los significantes, que no es lo mismo». (16).

El nombre del amigo, es el mismo que el del terapeuta hombre. Al proponerle un cambio de roles, juega el papel masculino con un entusiasmo desbordante (ese papel de hombre deseante, que siempre había criticado con vehemencia). Creemos que: «por esta acción de representación, la actuación en psicodrama ofrece un particular acceso al rechazo» (17).

En este cambio de roles, se muestra como alguien que puede desear activamente y expresarlo. Por tanto «el cambio de roles permite a cada actor separarse de su deseo para ponerse en el lugar del otro y así realiza también en acto, la separación del sujeto del enunciado y de la enunciación. El cambio de roles permite al sujeto descubrir que el deseo es el deseo del otro» (18). Al pedirle que hable sobre lo que sintió en ese papel dice: «no tengo nada que ver con él». ¿Con quién, con alguien que desea y lo muestra, con un hombre, con ese amigo que no sabe ni hablar? (19).

La histérica se identifica con el hombre compartiendo su deseo para buscar a la mujer; quiere saber que es ser una mujer en el deseo del hombre, y se identifica con la mujer; para buscar enunciar desde allí que define el deseo del hombre.

Debemos de poner en evidencia que a partir del momento en que los terapeutas hablan entre ellos, analizando este período resistencial, se deshace la complicidad entre ellos, y ella puede retomar la posibilidad de dramatizar. Inés está volviendo a interrogarse sobre lo que sucede. Y nosotros seguimos haciéndolo.

BIBLIOGRAFIA

(1) Paul Lemoine. «Psicodrama y Psicoanálisis». Jugar-Gozar.

(2) Robert Levy. «Entre la pequeña diferencia y la pura diferencia o la diferencia de los textos».

(3) Jacques Lacan. «Intervención sobre la transferencia». Escritos 1. «La transferencia no es nada real en el sujeto, sino la aparición, en un momento de estancamiento de la dialéctica analítica, de los modos permanentes según los cuales constituye sus objetos».

(4) Robert Levy. «Especificidad de la transferencia y la contratransferencia en la práctica del psicodrama en pareja terapéutica». «La transferencia se hace sobre el entre dos de la historia de la pareja que constituye el psicodrama como proceso particular».

(5) Sigmund Freud. «Observaciones sobre el amor de transferencia».

(6) Paul Lemoine. «La demanda y el deseo». Jugar-Gozar.

(7) Paul Lemoine. «Psicologºa de masas, la masa y el grupo». Cuadernos de Psicodrama. Nº 1.

(8) Robert Levy. «Especificidad de la transferencia...». «Es allí precisamente donde se encuentra la originalidad y la dificultad del trabajo en pareja, exponerse frente a un grupo en pareja, cuasi real, suscitando transferencias edípicas masivas que se situan de golpe para los unos y para los otros en el registro de la castración».

(9) Robert Levy. «Entre la pequeña diferencia...».

(10) Jacques Lacan. «La pregunta Histérica». Seminario 111. «Las Psicosis».

(11) Robert Levy. «Contribución a algunas referencias metapsicológicas en psicodrama».

(12) Paul Lemoine. «La feminidad como disfraz». Jugar-Gozar.

(13) Gennie Lemoine. «Disfraz femenino-Parada masculina». Jugar-Gozar.

(14) Paul Lemoine. «Psicodrama y Psicoanálisis». Jugar-Gozar.

(15), (16) y (17). Robert Levy. «Contribución a algunas referencias...».

(18) Paul Lemoine. «El juego en psicodrama». Cuadernos de Psicodrama. Nº 1.

(19) G. y P. Lemoine. «Hacia una teoría del psicodrama». «La representación supone el riesgo de que se compruebe la distancia entre lo que uno cree o pretende ser y lo que es».

INTRODUCCION AL PSICODRAMA FREUDIANO

por Antonio Flos Ferrer

El psicodrama freudiano es un análisis en grupo y no de grupo. Decimos en grupo y no de grupo como diferencia primera de otras corrientes grupales. Está basado en el juego del Fort-Dá.

Lo que interesa es el análisis del sujeto en grupo y no del grupo como totalidad, ni tampoco, y aún menos, como unidad (1).

A diferencia de otros psicodramas, el psicodrama freudiano que presentamos aquí, tiene como soporte teórico la lectura freudiana que hace Lacan y la puesta en juego de la pulsión escópica.

El grupo está compuesto por un determinado número de sujetos que han formulado una demanda. Se establece la indicación terapeutica a partir de unas entrevistas preliminares que tienen como objeto permitir a los integrantes que precisen su demanda y al terapeuta que la recibe el apreciar la oportunidad de ésta.

El grupo está constituido de forma heterogenea, de manera que nadie pueda sentirse clasificado ni etiquetado en un rol, como burgues, obrero, jovén, viejo, etc. Del mismo modo, se evita la reunión exclusiva de neuroticos o psicoticos.

Al mismo tiempo en el grupo se pierden todas las categorias o atribuciones sociales: un jefe deja, en el grupo, de ser un jefe para ser tomado como un miembro más del grupo.

Es por tanto un grupo imaginario, constituye una heterotopía que posibilita que cada uno pueda ser elegido por un otro distinto de lo que es en realidad.

El grupo se reune periódicamente, en el mismo lugar y a la misma hora, con dos terapeutas, para una sesión de hora y media de duración por semana.

Se pide a los participantes que hablen con toda libertad.Que-

da así privilegiado el instrumento principal que posibilita el análisis. La Palabra.

¿Pero de qué palabra hablamos?. Alguien empieza refiriendo algo, no importa que, un episodio cotidiano, algo que le preocupa, que recuerda, etc. Es conveniente incluso algo trivial, banal, puesto que evitamos por completo lo abreactivo, la catarsis.

En el momento en que lo que está hablando pasa a nivel del relato, es decir, de un mero contar o narrar a un hablarse a sí mismo dirigiendose a otro, y transformando así al resto del grupo en espectadores, en este momento el terapeuta elige un elemento de este discurso en el que está implicita una demanda. Se le invita a jugar este momento eligiendo para ello al o a los antagonistas que forman parte de la escena. Estos antagonistas o yó auxiliares los elige el protagonista de entre los miembros del grupo. La elección se hace por uno o varios rasgos que representan a la persona cuyo papel va a tomar.

El yó auxiliar o antagonista es «el que toma el lugar de...».

La escena se juega en un marco imaginario; no se necesitan los lugares ni los objetos, ni las personas reales. No se trata de una reviviscencia catartica, de un pasaje al acto, a lo real, se juega «como si...», para privilegiar el discurso de ese juego.

Una vez realizada la escena, se pide al protagonista que tome el lugar del antagonista, para así darse cuenta de que lo que reprocha al otro es lo que se reprocha a sí mismo, que ofrece lo que le gustaría que le ofreciesen, que demanda aquello que quisiera tener y pregunta por la respuesta que en ese otro lugar puede encontrar. Con esto se rompe la relación especular.

Esta es una particularidad del psicodrama a diferencia del psicoanálisis en que nada de esto habrá sido dicho por un otro.

En la inversión de roles se diferencian el yó del enunciado del sujeto de la enunciación. Es decir, se diferencia el yó imaginario en que necesariamente nos constituimos para dar consistencia a ese alguien que «somos» cuando decimos «yó», o sea, ese personaje que ostentamos del sujeto de la enunciación al que alude esa proposición que articulamos con el yó.

Se pregunta después de acabado el juego a los que han tomado papeles, lo que han sentido, permitiendo que sus comentarios espontáneos vengan a responder al protagonista que puso en circulación el primer significante; aportando con sus asociaciones nuevos eslabones a la cadena significante; luego, estos se remiten al resto del grupo, añadiendose así nuevos ecos que da-

rán paso a nuevas representaciones por el efecto de la puesta en circulación de la cadena asociativa.

La sesión acaba con la observación.

La pareja de terapeutas se alterna en las funciones de animación y observación. Se evita con ello la instauración de transferencias fijas y masivas a la vez que previene el deslizamiento narcisista del terapeuta al interior del grupo y posibilita, además, la depositación de transferencias positivas y negativas.

La observación es dada por el terapeuta que tomó la función de observador.

La observación determina la puntuación de cada sesión. No se trata de un tema sino de un argumento o hipograma en el sentido Saussiriano. La observación es, entonces, el espejo analizador que refleja lo que está inscripto en todos los aspectos presentes, tanto en los hablados como en los representados. Se trata de puntuar esos elementos desplazándolos del mito cotidiano, hacia ese otro lugar, que es el discurso del inconsciente.
Así transcurre una sesión de psicodrama freudiano.

Veamos ahora, cuáles son los elementos sobre los que está estructurada esta práctica psicoanalítica.

Los núcleos específicos sobre los que se apoya el psicodrama son: la mirada, la tranferencia lateral, la transferencia vertical, el juego o representación y el discurso.

La mirada.—Si bien constituye un escollo en psicoanálisis, en psicodrama es un instrumento de la cura. La puesta en juego de la mirada determina un abordaje totalmente distinto que el del psicoanálisis, dado que favorece el juego de las identificaciones y ante la mirada el sujeto pierde su unidad, se siente despedazado y ello reactualiza la amenaza de castración.

La mirada determina un distinto tiempo de comprender. En psicodrama, «bajo la mirada del otro, yo no me veo y ello precipita mi propia respuesta». La mirada acelera el tiempo de comprender y el momento de concluir, basándonos en el esquema del tiempo lógico planteado por Lacan en el apologo de los tres prisioneros:

- Instante de ver.
- Tiempo de comprender.
- Momento de concluir.

La transferencia lateral.—Es la transferencia sobre los otros miembros del grupo. Está basada en la identificación al rasgo unario. Se trata de la identificación entre los participantes del grupo.

Identificación de elementos hablados, representados, de rasgos, identificación de significante en suma.

Esta transferencia lateral es hablada en dos vertientes:

— Rasgos que se depositan sobre otro miembro del grupo en la elección: «...Te elijo porque tienes su misma mirada...» Dice una mujer al elegir a otro para que tome el papel de su padre en una escena.

— Y, en segundo lugar, rasgos con los que se identifica al añadir su propio eslabón al relato del otro, diciendo: «...A mí me pasa lo mismo...» o «...él es como yo...».

La transferencia vertical.—Es la transferencia al terapeuta. No es una transferencia identificatoria como la lateral, sino más exactamente la transferencia con el sujeto —supuesto— saber, la transferencia con el analista. Los integrantes de un grupo forman un círculo. Los terapeutas se sitúan en el límite de este círculo; ni dentro, ni fuera, y eso define su función.

El juego. La representación.—Representar es volver a presentar lo que ya ha sido relatado. Esta representación está basada en el juego del Fort-Da expuesto por Freud a partir de la observación del juego de su nieto de dieciocho meses, que en ausencia de su madre jugaba con un carrete o bobina lanzándola lejos de sí (Fort), y trayéndola de nuevo hacia sí (Da), simbolizando la ausencia y presencia de su madre. Se trata de traer a los personajes ausentes para poder alejarlos, simbolizar, en donde el yo auxiliar o antagonista toma aquí el lugar de la bobina o carrete: «aquel que toma el lugar del personaje ausente».

La representación determina la puntuación del discurso y la elección del personaje determina la puesta en juego del deseo.

«El juego permite aislar un significante, a partir del cual desanudar una cadena de asociaciones que estaba, hasta entonces, bloqueada» (M. Nóel Gaudé).

El juego cambia el tiempo en el sentido literal del término: se trae un recuerdo del pasado hasta el presente, manteniendo la escena «como si» se estuviera en ese momento del pasado. Se consigue por este cambio del tiempo reanudar la cadena de-

tenida y por ese artificio se entreabre ésta hasta el primer recuerdo.

Se consigue deconstruir o destejer el discurso consciente y desarrollar progresivamente la cadena asociativa del discurso inconsciente.

En el juego se detiene la repetición. Hasta entonces ha habido dos repeticiones fundamentales de las que podemos dar cuenta: **la escena vivida,** el relato y como tercera repetición, la representación.

¿Qué ocurre en la representación? Se invita al sujeto que habla a que se levante. Planteada la escena, y por efecto de la mirada del grupo, el sujeto se expone, se traiciona en su intención, aparece el lapsus, las respuestas espontáneas de los antagonistas contribuyen a ello. Hay, entonces, un descentramiento del discurso yoico. La escena queda como mito. Se asiste al desmoronamiento del narcisismo por haber arriesgado el yo-ideal.

Decimos que se representa la escena vivida, porque el psicodrama no trata, ni en él se juegan las escenas fabuladas. No tratamos, como decía Moreno, de enseñar a la gente a representar el papel de Dios. Sería lo mismo que considerar el fabular como terapéutico.

Por terminar, diremos que podríamos extendernos en indicar a qué sujetos sería conveniente el psicodrama. Pensamos que es tributario de todo aquel que repite. Señalamos únicamente que no es aconsejable en psicóticos profundos. Por lo demás, añadiremos que en cuanto a las indicaciones no hay reglas fijas. Cada caso ha de ser apreciado en particular.

---

(1) Paul y Gennie Lemoine. «Una teoría del Psicodrama». (Ed. Granica).

SOCIODRAMA FAMILIAR, CON OBJETO INTERMEDIARIO CON NIÑOS DE UN AULA DE APOYO.

por María Isabel Leal Ruiz

1.—Introducción: De donde partió la experiencia.

2.—Teoría que la sustenta.

3.—Metodología empleada.

4.—Evaluación de la experiencia.

Introducción.

En los centros escolares de E.G.B., normalmente, aparecen problemáticas afectivas en los alumnos, que aunque pueden ser diagnosticados, si existe gabinete psicológico, muchas veces no pueden ser tratados terapéuticamente.

El presente trabajo, partió de la doble observación: de que, los alumnos de rendimiento intelectual bajo, sin justificaciones concretas, o con carencias en el interés y motivación. iban acompañados de rasgos que indicaban un proceso de maduración libinidoso no sano y afectivamente no normales (incontinencias urinarias, defecaciones no controladas, dependencias físicas excesivas, busquedas de contactos físicos con compañeros y profesores no correlativos a su edad).

Esta observación anterior, unida a la observación de que el contexto familiar de estos mismos niños era débil (falta del rol paterno, poco tiempo de los padres en las relaciones físicas con los hijos, etc.), nos llevó, todo esto, al siguiente planteamiento:

— Si se refuerzza por medio de las técnicas psicodramáticas (línea de Rojas Bermúdez, Cataluña), la estructura familiar, la seguridad afectiva y las carencias libidinosas podrían ser compensadas.

— Y de esta manera, llevar a los niños a un rendimiento escolar más positivo para su curriculum.

— La presencia de los padres no es posible en el centro, pero si se pueden trabajar los roles. Y el O. I. es un elemento que desangustiará y hará más fácil la entrada de todos los elementos familiares en el desarrollo de la dramatización.

TEORIA QUE LA SUSTENTA.

No corresponde a este trabajo el explicar la teoría que sustenta la experiencia, pero si quisiera indicar dos puntos teóricos, básicos del trabajo.

1.—El por qué se aplica el Sociodrama familiar, para trabajar lo afectivo sexual.

Esto lo indicaremos con una cita del Dr. Alfredo H. Cia que a su vez comenta a Moreno: «Cuando Moreno acuñó el término Matriz de Identidad, como la "placenta social del niño, el locus donde arraiga", definió así el grupo social usualmente la familia que se prepara de manera específica y característica para implantarlo en su seno una vez nacido y transmitirle la herencia cultural. El recién nacido guarda una completa y espontánea identidad con esta matriz, prolongación de la biológica, para irse luego diferenciando, mediante una serie de "yo auxiliares" en especial su madre, que le enseñan a través del acto no verbal las pautas del intercambio **emocional y social.**

Moreno vislumbró así la importancia de la familia en el desarrollo físico y social de un ser humano. Posteriormente los teóricos de la comunicación, cuyos principales representantes son: Jurgen, Ruesch, Gregory Bateson, Don Jackson y Jay Haley, nos darían una visión más acabada de la familia». «Sociodrama familiar» Dr. Alfredo H. Cia.

2.—Se ha usado O. I. (objeto intermediario) para desangustiarlos y poder realizar las relaciones de los roles familiares.

«Es la posibilidad que el O.I. le ofrece al sujeto, de ser utilizado como una prolongación de él. De esta manera, muchas situaciones difíciles de manejar por el compromiso personal que puedan involucrar pueden ser resueltas con el O.I. En general estas situaciones corresponden a las de sexo y violencia». «El objeto Intermediario». J. G. Rojas Bermúdez. Cuadernos de Psicoterapia V. XIII-XIV.

Quiero destacar aquí también la diferencia entre O.I. y O.T. (objeto transicional).

«...ya que el O.T. es un concepto evolutivo y el O.I. es un concepto terapéutico comunicacional». «De los objetos: transicional e intermediario». J. G. Rojas Bermúdez.

METODOLOGIA EMPLEADA.

1.—Elementos del Psicodrama.

Se ha mantenido los elementos típicos del psicodrama realizado por la escuela de Rojas Bermúdez.

1.1.—**Tres etapas:** Caldeamiento, dramatización y comentarios. El caldeamiento en los niños es sencillo, pues su entrada en el juego, «el como si» es fácil, pero la etapa la alargamos siempre para que tomaran conciencia de que se entraba en «escena» y se salía. Solía ser el tiempo en el que explicaban como iban a realizar el guión y que roles adjudicaban.

La dramatización transcurría sin la intervención del director sino a través del yo auxiliar. Y antes de hacer una inversión de roles, se realizaban comentarios de manera que percibieran la nueva alternativa.

1.2.—**Tres contextos:** Social, grupal y dramático. Manteniendo muy bien diferenciados, sobre todo el contexto dramático con el grupal y este a su vez con el social. Incluso se trabajó con telón que ayudaba a diferenciar al niño, el contexto en el que se encontraba; marcando el contexto dramático del grupal. Ya que el niño necesita objetos que le recuerden los contenidos.

1.3.—**Cinco instrumentos:** Director, yo auxiliar, protagonista, escenario y auditorio.

El director era parte del equipo del centro educativo. Conocido por los niños en otros espacios que no eran los psicodramáticos. El yo auxiliar era la educadora del «aula de apoyo» que tenía como trabajo cotidiano el facilitar a estos niños el proceso de aprendizaje en el área donde tenía dificultad (lectura, escritura, psicomotricidad, etc...).

Tanto el director como el yo auxiliar, trabajaron un trimestre en la adecuación de objetivos y concreción del proyecto. Las dos eran mujeres. (En la evaluación se dirá qué incidencia tuvo esta situación).

Los protagonistas eran 16 niños de edades comprendidas entre los cuatro y los diez años. Se intentó que estuvieran equilibrados los dos grupos, que se hicieron de ocho, de manera que hubiera niños y niñas por igual pero esto no fue posible por ser más los niños que las niñas.

Ningún componente del grupo tenía una patología diagnosticada y en los test que la psicóloga del centro, desde su gabinete les había pasado, sólo apreciaban problemas de inadaptación social y retraso en el aprendizaje.

Sólo un caso estaba en proceso de estudio más profundo, pues aparecían rasgos más preocupantes. (Pilar, desde el psicodrama se pudo diagnosticar qué sucedía).

El escenario-auditorio. Siguiendo la línea de diferentes autores se utilizó el espacio del aula en la que trabajaban normalmente. Se eliminaban los obstáculos de material escolar y se colocaba una cortina que dividía la habitación en escenario y auditorio. El escenario procurábamos que lo diferenciaran también, por la carencia de alfombra, pues ésta se situaba en el auditorio.

2.—**Programa.**

Se trabajaba una hora cada quince días, con cada grupo. Y se dividió el trabajo en dos etapas.

1.ª Dramatización realizada por cada niño de su contexto familiar.

2.ª Dramatización con objeto intermediario. Este O.I. fueron muñecos de guiñol de dedo, de fácil manejo por parte del niño, y que además podía tener en sus dos manos todos los componentes de la familia y actuar con ellos.

3.—**Contenidos.**

El único mensaje del director era: «Vamos cada uno a representar la familia».

1.ª Fase:

El niño elegía los componentes de la familia entre los niños del grupo. Indicándoles como tenían que desarrollar el rol de padre, de madre, hermano, abuelo/a, etc.

Montaban el guión y, o bien desarrollaban su propio papel o bién, si lo indicaban a otro, ellos asumían otro rol dentro de su propia familia.

2.ª Fase:

Cada niño tomaba los guiñoles de dedo. de un gran conjunto, eligiendo los que más le gustaban o que más se «parecían» a los componentes de su familia. Y hacía su propia escena, por medio del soliloquio.

4.—Temporalidad.

Se realizaron las sesiones cada 15 días, durante los meses de enero a junio, y durante una hora.

Siempre las sesiones empezaban por el montaje del escenario, por el grupo, luego en el contexto grupal se obtenía el guión, se pasaba a la dramatización y se echaba el telón para pasar al contexto grupal donde se realizaba el comentario, rectificación de escena, etc.

5.—Proceso de evaluación.

Para poder tener elementos evaluativos, no sólo escénicos (cambios de roles, asunción de roles problemáticos, etc...), se les realizó al comienzo y al final dos test proyectivos; el de la familia y el del parto (este último en estudio de M.ª I. Leal).

EVALUACION A PARTIR DE LOS OBJETIVOS.

Se tomó como medida evaluativa:

— el paso de los tests de la familia y el parto,

— la valoración en el aula de trabajo del rendimiento y la socialización.

Y los resultados fueron: mejor relación de los niños en el medio familiar, y sobre todo mejor socialización en el aula de trabajo.

En casos concretos ocurrió que se pudo diagnosticar qué situación era la que producía la problematización, como fueron:

Pilar: que claramente representó en escena su regresión a la fase anal y la fijación a esta fase.

David: un sometimiento total a su madre, con una necesidad absoluta del modelo paterno.

Alberto y Francisco: vivían una identificación aún con la naturaleza, no representando nunca sino perros, gatos, aunque sus roles eran elementos de la familia.

Evaluación o conclusiones generales.

Se detectó en el grupo una gran carencia de modelos paterno y materno, por no tener los padres tiempo de convivencia con ellos y ausencia de contactos físicos.

En algunos casos aparecían modelos edípicos paradógicos. Ejemplo:

padre tío
Pilar
madre abuela

Esta niña compartía estos dos ambientes a los cuatro años (de día, abuela-tío y de noche, padre-madre). Confusión de roles.

El grupo tenía poco superada la identificación «cosmogónica». Rápidamente representaban animales en escena.

Puntos oscuros.

En el desarrollo de la experiencia aparece en el análisis, factores que en casos son carencias en el planteamiento o puntos poco estudiados.

1.—Se vió claramente la necesidad de tener un yo auxiliar masculino. En momentos los niños necesitaban el rol de padre y no lo encontraban representado o lo proyectaban en el director.

2.—Existía dificultad de mantener en el espacio dramático el «como si», pues los niños, en concreto los menos estructurados (Pilar y David), salían del espacio de trabajo viviendo su fantasía y era necesario hablar con ellos un rato hasta su vuelta a la realidad del contexto social.

(David un día que había estado suplicando a su padre un abrazo, agarrado a sus piernas, salió de la habitación gateando detrás del que había jugado este rol).

3.—No se trabajó suficiente la aparición de animales en la escena. Ni se hizo un análisis profundo por falta de tiempo.

CONCLUSION.

El trabajo con objeto intermediario con niños de 4 a 8 años, da unas posibilidades profundas de refuerzo en las estructuras familiares debilitadas.

Esto va a aportar la posibilidad de mayor trabajo con los niños en su mundo afectivo sexual. Pueden desangustiar, agredir y estructurar su familia de una manera compensadora.

Y este proceso terapéutico en niños aparentemente «normales» hace disminuir su fracaso escolar.

TRATAMIENTO CON SOCIODRAMA FAMILIAR DE UN NIÑO EPILEPTICO CON DISCONDUCTAS.

por el Dr. Pablo Alvarez Valcarce.
Equipo de Psiquiatría Infantil.
Hospital Psiquiátrico de Leganés.

Andrés es el menor de dos hermanos. De embarazo y parto normales, pesa al nacer 4'8 Kgrs. A los trece días tuvo que ser ingresado durante siete meses por padecer diarreas crónicas en estado atrófico, deshidratación cianótico colapsal y parada cardio-respiratoria, necesitando repetidas transfusiones por intolerancia alimentaria total. A partir de los siete meses el desarrollo es normal, solamente se evidencia una conducta compulsiva que se hace manifiestamente agresiva a partir de los cinco años. A esta edad nace muerto un hermano varón por vuelta de cordón. A los siete años comienza a oír voces que le dicen «mátalo». Un E.E.G. de esa época resulta normal. Contrasta el que las disconductas suelen producirse en la casa familiar, siendo su conducta y rendimiento escolar absolutamente normales. En aquella época decía que se reían de él, que decían cosas de él y llegaba a amenazar a su familia con un cuchillo. En exploración psicológica realizada a los once años se encuentran graves dificultades manipulativas y alteraciones grafoperceptivas con una inteligencia normal y un mal control emocional. El E.E.G. es normal. A los once años y once meses, comienza con crisis convulsivas atípicas con pérdida de conciencia, convulsiones tónico-clónicas generalizadas y relajación de esfínteres en alguna de ellas. En E.E.G. bajo sueño, realizado en el Hospital Primero de Octubre, se encuentra un foco de puntas muy persistente en región temporal derecha. Se le puso tratamiento farmacológico. Las crisis no volvieron a repetirse. Un mes después, hace un intento de suicidio por ingesta de fármacos por el que tiene que ser ingresado. Es entonces cuando realizan la primera consulta en nuestro equipo de psiquiatría infantil. En las entrevistas exploratorias, la madre se queja de las disconductas descalificando y culpabilizando al paciente. En uno de los sueños que relata, se ve a sí mismo escondido en un hotel de una playa, viendo como las pirañas se comen a la gente y el agua se llena de sangre roja. El se queja de que nadie le quiere, y de que siempre le re-

gañan. En la exploración con role-playing de la relación con su madre, aparece un gran temor a ser rechazado. En una entrevista familiar en la que el padre habla de que a veces le parece que hubiera un brujo en casa, Andrés asocia a esto el hecho de que él oiga voces durante sus ataques de furor. La madre dice desconocer este hecho y cuando a punto de llorar dice que ella nunca llora, Andrés dice: «Cuando me cabreo le digo que llore».

En otra entrevista, relaciona el comienzo de las voces a los siete años, con una cicatriz en la mano producto de un mordisco que le proporcionó su madre a esa edad. Las disconductas se agravan teniendo que intervenir la policía en varias ocasiones, para transportarle a un centro sanitario donde le pusieran medicación sedante.

Se hace una indicación terapéutica de Sociodrama Vincular para tratar la relación madre-hijo. El encuadre es el clásico del psicodrama moreniano con las modificaciones introducidas por el Dr. J. G. Rojas-Bermúdez de la escuela argentina, quien personalmente se hace cargo de la supervisión del caso dentro de su trabajo docente en Hospital Psiquiátrico de Leganés. En la primera sesión se realizan las Historias Psicodramáticas de ambos. En la de Andrés destaca la escena en la que se sitúa feliz paseando de la mano de su abuelo a la edad de un año. En el resto de escenas relatadas sitúa siempre a su madre cosiendo en casa y a su padre ausente trabajando. En ese contexto surgen las escenas agresivas. En la historia de la madre destacan unas escenas de infancia y adolescencia feliz en su pueblo de Córdoba, donde cosía en un taller montado con unas amigas. Esta felicidad sólo es perturbada por una enfermedad grave de su madre por la que tuvo que ser operada (pielonefritis). La escena de su boda está teñida de amargura por tenerse que ir a Madrid. A los 24 años nace muerta su primera hija, con el diagnóstico de niña hipermadura. Lo relata así: «nació axfixiada; reaccioné mal; no llegué a ver a la niña; fue como un sueño; allí, al fondo la tenían las enfermeras; entonces no lloré; lloré luego; la puse M.ª Carmen como mi suegra». El resto de las escenas son penosas: el ingreso hospitalario de Andrés, el nacimiento de otro niño muerto, las peleas con Andrés, etc. En la segunda sesión, Andrés aporta en el caldeamiento que fue a ver una película porno: «Blancanieves y los siete sádicos» y que después se montó en la casa una típica escena agresiva. El paciente nos muestra la relación que hay entre su sexualidad y sus disconductas. Antes de trabajar este material, se pretende conseguir el compromiso de la madre. El compromiso en el desempeño del rol es básico en el pensamiento de Moreno. Con este fin se realiza una imagen de su familia de origen. En ella nos llama la atención la proximidad con

su padre (el abuelo) pero evitando el contacto físico. El abuelo comienza a perfilarse en nuestra hipótesis sociométrica como un tercero con el que ambos mantienen una relación tele positiva pero de distinta cualidad. El contacto físico debe ser un elemento importante en la patología del vinculo madre-hijo. Se propone dramatizar la escena infantil donde Andrés pasea de la mano del abuelo, para introducir en ella posteriormente a la madre. Moreno dice que la relacción tele debe ser visualizada desde el punto de vista de ambas personas simultáneamente. La falta de complementariedad de sus roles no les permite entrar en situación de juego donde, como dice Rojas-Bermúdez, se produce la percepción simultánea de los distintos aspectos de la relación. Esto es lo que se pretende conseguir al hacerles interactuar con un tercero con el que ambos mantiene una relación tele positiva. Por otra parte nos interesa transformar la relación social madre-hijo en relación psicológica dentro del campo psicodramático. Para esto, Rojas-Bermúdez propone la introducción de circunstancias paralelas que modifiquen las condiciones situacionales del vínculo. Moreno, al hablar de la percepción de los movimientos y expresiones en la investigación de los aspectos proyectados en una relación, estima conveniente la representación de escenas del pasado remoto cuando se trata de casos de neurosis social donde están implicadas dos o más personas. En la escena jugada, destaca en la madre el temor al contacto físico, la rigidez de la postura y el deseo de que su hijo esté sólo con ella.

La escena acaba en una imagen en la que el «abuelo» y la madre se disputan al niño tirando cada uno de una mano en direcciones opuestas. Como medida de la identificación existente con su madre y del sentido de acercamiento de su tendencia, tuvimos en la escena un momento en el que Andrés pasó a actuar inmediatamente una previsión de caída y resfriado augurada por la madre durante sus intentos de acabar con el paseo feliz con el abuelo. Para continuar trabajando sobre el contacto físico se pasó a medir el Sí Mismo Físico de ambos. Surgieron comentarios sobre que el único contacto físico entre ellos era la agresión física. Asociaron una escena relatada por Andrés en su historia psicodramática. Estando su madre cosiendo y él haciendo los deberes, se levantó y dijo: «Ahora voy a dar por culo». Como su madre no se inmutó, él fue a tirarla de la silla y surgió la pelea. La escena se dramatiza acabando la madre por salirse del «como si» dramático y propinarle a Andrés una fuerte azotaina en las nalgas. Curiosamente Andrés parece disfrutar con los golpes. El director se ve obligado a interrumpir la escena. En los comentarios la madre dice tener deseos de que la trague la tierra en esos

momentos lo cual nos parece un fenómeno de desrealización. Andrés dice que a él le entra una cosa muy rara por la cabeza, lo que podría ser un fenómeno de despersonalización. Cuando en la escena repetida con un yo-auxiliar como madre, se interpola una resistencia en el sentido de dejarse tirar al suelo e iniciar un juego físico con el paciente, éste queda sorprendido y su conducta espontánea es la huída.

A raíz de esta dramatización de las fantasías agresivas en el vínculo, desaparecieron las Pseudo-alucinaciones auditivas de Andrés. El tema sexual traido a la sesión por el paciente, es retomado al final de la misma una vez que ha sido trabajado dentro de la estructura vincular. La ambigüedad demostrada por Andrés en el rol de hijo, es debida al deseo de dominar la situación y elaborar el rol de la madre también.

En la tercera sesión está presente el Dr. Rojas-Bermúdez como observador supervisor. Nos relatan un intento de suicidio en el que después de una discusión con los amigos en su barrio, se arrojó tendido en la carretera al paso de un camión.

En la escena se concretizó el deseo de morir dejándolo solo en la carretera desde donde efectuó un soliloquio. Se concretizó la muerte posible haciendo que el camión lo atropellara y lo llevaran al hospital. Allí dice que se tiró para que le atendieran.

Al cambiar de roles, juega bien el rol de adulto que no quiere decir a un niño lo que hay que hacer para matarse uno. Se concretiza la muerte y se efectúa un soliloquio.

Andrés desde el rol de muerto dice: «ahora ya estarán viviendo tranquilos los otros; yo soy un inútil, todo lo hago mal... qué pena, no tenía que haberlo hecho». El soliloquio tiene un valor relacional, por lo que queda claro que la muerte de Andrés es una muerte para los otros. A continuación se concretiza también la muerte de la madre frente a la cual soliloquia Andrés.

En lo real tenemos una madre indiferente que pasa el día cosiendo y a un niño que tiene rabietas. No hay complementariedad de roles y Andrés trata de buscarla movilizando agresivamente a su madre o llamando la atención con sus aparatosos intentos de suicidio. Se trata de una relación psicológica donde Andrés se relaciona a través de Sí Mismo Psicológico, sometiéndose, comprometiéndose de una forma más total y siendo incapaz de discriminar. Por tanto, el propósito terapéutico es ayudarle a establecer relaciones sociales con su átomo-social a través de roles sociales bien desarrollados.

Las técnicas de «Concretización» (en este caso sobre la muer-

te), pudieran parecer peligrosas por lo que de inducción pudieran llevar implícitas. Sin embargo, en nuestra práctica psicodramática hemos podido comprobar que el protagonista juega este tipo de escenas con evidente intención de desdramatizarlas, alcanzando una mayor comprensión de sus verdaderos motivos e intereses jugados en el rol.

En la cuarta sesión nos relatan otro intento de amenaza de suicidio después de una discusión con su hermano por causa de un cassete estropeado. Andrés dijo: «Pues ahora os váis a fastidiar. Me voy a tomar las pastillas». Se juega la escena. Cuando se hace intervenir a la madre que entra en la escena poniendo límites, Andrés le dirige unas frases muy autoritarias: «Pues ponme la comida ahora mismo». Tomamos esta actitud como emergente y proponemos para su investigación la creación de una imagen del rol autoritario. Andrés se sitúa subido en una silla con los brazos en alto. Se pasa a dramatizar dándole la indicación de que él es ahora el jefe, el que manda, el que tiene todo el poder y al que todos obedecen. Moreno dice: «El placer que encuentra en representarlo y la riqueza de detalle en gestos y palabras demuestran el papel deseado si la presión de afuera y de adentro no lo hubieran obligado a reducir su tendencia sádica a un esbozo neurótico». En la escena un yo-auxiliar-hermano y su madre juegan el rol de siervos con la consigna de agasajarle. El paciente se pone sádico: «Aquí mando yo; ahora soy el padre y vais todos a hacer lo que a mí me dé la gana; idiotas, que sois unos idiotas. Tú Juan, tráeme el cassete (lo tira contra el suelo). Y tú, tráeme las gafas (su madre se las da y el hace el ademán de tirarlas). De nuevo vemos aquí cómo la escasa complementariedad entre Andrés y su madre tiene el signo del sometimiento característico de las parejas en las que uno de sus miembros se relaciona a través de su Sí Mismo Sicológico (S. M.S.) y el otro a través de un rol. En lo real sus intentos de jugar el rol del que somete fracasan. De esta escena tomamos como emergente la suplantación del padre e interpolando una resistencia un yo-auxiliar juega el papel de padre autoritario. Andrés se ríe y lo desprecia. Cuando es recriminado contesta: «Pues no haber hecho eso». Se le pide que efectúe un soliloquio acerca de «eso». «Hacer el amor es bueno porque se puede tener un niño o una niña, pero es malo por los mandamientos». En los comentarios asocia el período de catequesis cuando vivía en León. Vemos emerger aquí de nuevo el tema sexual.

Como técnica que facilita la expresión verbal de ciertos temas socialmente censurados, colocamos en el escenario al paciente con un amigo de su elección interpretado por un yo-auxiliar. Aparece así una temática sexual muy bizarra con multitud

de fantasías entre las que destaca el miedo a las visitas al ginecólogo de su madre a la que el acompaña, su deseo de ser ginecólogo para tocarles los pechos a las señoras y su vergüenza ante chicas de su edad.

El concretizar el rol sádico produciría el efecto descrito por Moreno de que «toda verdadera segunda vez es una liberación de la primera», y que en otro lugar explica de la siguiente manera: «Tan pronto como el paciente se dio cuenta de que el papel neurótico no "viene", sino que él lo produce, y de que él puede interrumpir su progreso en cualquier momento mediante simples ejercicios espontáneos, su condición comenzo a mejorar».

En la quinta sesión nos relatan otra escena agresiva, pero esta vez acabó yéndose a buscar a su padre al bar. Esto era la primera vez que lo hacía. Se dramatiza la escena en el bar. Andrés recrimina a su padre su ausencia. Cuando el yo-auxiliar-padre interpola una resistencia jugando el papel de padre presente, Andrés le propone ir a ver una película porno. Ya en la casa, al cambiar de roles con la madre, Andrés nos presenta una madre que boicotea la relación de compartir de padre e hijo. Se resitúa la acción de nuevo en el bar y allí ante una mueca graciosa de Andrés, entra por primera vez en contacto físico masivo con su hijo una madre que se ríe saliéndose del rol representado y mostrando una extraña complicidad en el vínculo. En esta sesión comienzan a aparecer los problemas de la triangulación ante un padre ausente. Por ello se propuso pasar a realizar Sociodrama Familiar con la presencia del padre y del hermano. El padre, como es muy frecuente, tardó dos meses en poder acudir a una sesión alegando problemas laborales. Durante este tiempo, se le brindó al paciente la posibilidad de acudir a un Grupo de Psicodrama de Adolescentes, a fin de que comience a trabajar sus relaciones Radiales y Triangulares. Moreno dice que: «el ambiente social en el cual el individuo actúa puede estar en total discordancia con su estructura socio-atómica, y muy a menudo lo está. El átomo social es utilizado como una guía para las técnicas de asignación de personas a personas y a cosas. Cuando el individuo es acercado a ciertos individuos y cosas y alejado de otros individuos y cosas, tiene lugar en los sujetos participantes una profunda experiencia. Es el punto donde la Tele se vuelve terapéutica».

En el Grupo de Psicodrama de Adolescentes, se inicia con un rol tímido, pero pronto se alía con otros chicos histéricos y ante el relajamiento del campo se manifiesta muy actuador. En los test de roles se le adjudican roles de ladrón, de timador y de personajes que hacen bromas pesadas. Se trabajaron sus vín-

culos radicales, su sexualidad y su agresividad. Pudo estructurar su rol de niño frente a otras figuras de mayor poder, su rol sexual frente a otros adolescentes y cambiar por otros sus mecanismos reparatorios fracasados. La técnica del espejo es ampliamente utilizada con él para mostrarse su manera de vincularse con los demás en el aquí y el ahora. A partir de su ingreso en el Grupo, disminuyeron de forma radical sus disconductas y comenzó a tener más autonomía realizando el primer viaje con el colegio, pasando una semana fuera de su casa. Se le suspendió la medicación sedante y el neurólogo le rebajó la dosis de anticomiciales.

En la sesión de Sociodrama Familiar a la que por fin puede acudir el padre, se comienza a trabajar sobre una escena en la que Andrés juega en la calle con niñas pequeñas a las que agrede mientras su madre le observa desde la ventana, su hermano juega al fútbol y su padre está en el bar. Se introducen en la escena un doble de Andrés y un doble de la madre. La eficicia del doble depende de su habilidad para percibir en pleno diálogo la zona y tipo de conflicto del protagonista, así como sus mecanismos defensivos, con el fin de ir complementando el diálogo y esclareciendo los sentimientos e intereses en juego. La experiencia terapéutica y psiquiátrica de los yos-auxiliares empleados en este caso, posibilitó una buena instrumentación. Moreno señala el problema de la técnica: «El yo-auxiliar determina los sentimientos y pensamientos no expresados que tienen una respecto a otras dos personas ligadas en una situación vital íntima, y completa la imagen del otro en ambas mentes. El problema de la técnica es el de permitir al yo-auxiliar superar la tragedia inherente a nuestro mundo interpersonal. El psicodrama total de nuestras relaciones no emerge; está enterrado en y entre nosotros».

En una escena en la casa, los hermanos pelean. El padre logra caldearse y actúa el rol que la escena le demanda mandándolos a la cama. Allí Andrés continúa con su hermano una típica pelea-abrazo ambivalente en la que los insultos verbales sádicos se mezclan con una conducta corporal-erótica. Los padres han quedado solos en el salón-comedor. Su incomunicación es evidente. No pueden jugar sus roles de esposos. Permanecen en un incómodo silencio. No pueden tomar el protagonismo de la acción. Cuando se comunican lo hacen a través de comentar las actuaciones patológicas de su hijo. Andrés es totalmente consciente de su posición sociométrica de poder, mantenida precisamente por la debilidad del vínculo entre sus padres. Hemos observado en el tratamiento de otras familias de niños y adolescentes sintomáticos, la repetición de este fenómeno sociomé-

trico. Podría decirse, basándose en que todo rol tiene en su estructura incluído al rol complementario, que la conducta sintomática del niño es un esbozo mal estructurado de los aspectos latentes, no expresados o poco desarrollados de los roles de esposos de sus padres. En estas familias es frecuente ver durante la representación sociodramática. cómo los hijos actúan aspectos sexuales y agresivos que no son manifiestos en el vínculo que mantienen sus padres entre sí. En la escena Andrés quiere espiar a sus padres. La madre va hasta el cuarto y lo besa para que se calme. Así puede el paciente registrar de manera simultánea el estímulo, la excitación psicomotora y la búsqueda de un encuentro físico que le calme. Finalmente la madre los trae de nuevo al salón-comedor donde tiene un contacto físico masivo con Andrés. Este sorprendentemente, le pregunta a su madre por sus novios, ante lo que todo el grupo familiar estalla en carcajadas. A través de esta conducta espontánea de Andrés, todo el grupo comprende lo que sucede e integra en un solo momento experiencial el resto del material actuado en esta sesión, en las precedentes y en los sucesos de su realidad como grupo social. A este respecto, Moreno dice: «Después de las sesiones preliminares, los sustitutos de las personas, los yo-auxiliares, son a menudo reemplazados por los personajes reales. Con ellos vuelve a entrar en la escena el contexto de realidad tangible de su problema en todas sus funciones. La función de realidad pierde su autonomía, se convierte en una parte de la función psicodramática en el sentido más amplio de la palabra».

En los comentarios, la madre pudo hablar sobre su deseo de seguir teniendo un niño pequeño a quien cuidar. El padre dijo que el veía a un Andrés y a un Andresito por separado. La pareja parental pudo hablar sobre la incomunicación que se reflejó en la escena, sobre sus orígenes y consecuencias.

Consideraciones Estructurales y del Proceso.

La distrofia intestinal sufrida durante los siete primeros meses de vida, produjo una serie de alteraciones orgánicas del desarrollo e integración del sistema Neurovegetativo que dieron como resultado una falla en la estructuración del Rol Psicosomático de Ingeridor, con la consiguiente confusión entre las Areas Cuerpo y Ambiente de su Núcleo del Yo. Asimismo el sufrimiento cerebral durante su prolongada enfermedad, se encuentra entre las causas más frecuentes de focos epilépticos temporales.

Cuando en su desarrollo le llega mucha información de su cuerpo o del ambiente, a fin de evitar la confusión de Areas, es-

tablece un sistema de señales consistente en señalar mediante la agitación psicomotora el Area Cuerpo, y mediante la respuesta de los otros con el castigo señalar el Area Ambiente. Este Mecanismo Reparatorio de tipo Histérico fracasa en múltiples ocasiones, alcanzando entonces los estímulos alarmógenos el Núcleo del Yo con el consiguiente compromiso neurofisiológico, apareciendo entonces conductas impulsivas muy desestructuradas, intentos de autolisis, y la activación de un foco temporal latente. El Area Mente aparece como sobrevalorada, instrumentando una lectura mental de las sensaciones corporales para comprender lo que ocurre en el ambiente. Cuando este mecanismo fracasa, aparecen las pseudo-alucinaciones.

Por otra parte el nacimiento de «el hermano muerto» cuando el paciente tenía cinco años, reactiva el mito de la primera niña muerta, en plena fase mítica de la Matriz Familiar. Este hecho fue muy traumático en la estructuración del rol de madre de la progenitora del paciente. Las posiciones sociométricas del grupo familiar son transformadas por éste y otros hechos entre los que destacan la patología estructural del paciente y las ausencias del padre por motivos laborales. Se establece así una patología del vínculo madre-hijo que impide a éste el acceso definitivo a las relaciones triangulares y por tanto imposibilita el correcto aprendizaje de los roles sociales.

Como Fórmula Estructural tendríamos a Nivel Fisiológico una Epilepsia Temporal Derecha Profunda; a Nivel Psicológico un Mecanismo Reparatorio de tipo Histérico y a Nivel Social unos Trastornos de Conducta.

En el proceso de tratamiento se trabajó con el concepto de Estructura Terapéutica. Esta estructura brindó al paciente sucesivamente Sociodrama Vincular, Psicodrama de Grupo y Sociodrama Familiar. Después de la dramatización de las fantasías agresivas con él y con su madre, desaparecen las pseudo-alucinaciones. La concretización de sus fantasías de suicidio produce una mejoría de sus disconductas. La dramatización del rol sádico aumenta el carácter histérico de sus actuaciones. El paciente instaura como conducta nueva el ir a buscar a su padre después de sus accesos de furor. A partir de ahí se trabaja con los problemas de las relacciones triangulares. En el grupo de adolescentes trabaja y desarrolla sus roles sociales. En el Sociodrama Familiar se pone en evidencia la realidad sociométrica del microgrupo social, el carácter sexualizado de la relación madre-hijo, la deficiencia de los roles con los que se vinculan los padres entre sí, los mitos familiares y pueden reestructurarse las posiciones sociométricas de cada uno.

UTILIZACION DEL PSICODRAMA EN ESQUIZOFRENICOS RESIDUALES.

Por los Dres.:
A. Pintado Calvo, jefe de servicio (en funciones) del Servicio de Rehabilitación, Hospital Psiquiátrico Provincial de Almería.
D. Díaz del Peral, P. Blánquez Rodríguez y A. P. Chinchilla Marín, médicos residentes, Hospital Psiquiátrico Provincial de Almería.

I.—INTRODUCCION.

En el Servicio de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de Almería, dividido en un área de mujeres y otra de hombres, con unos 180 pacientes en total, hace tiempo nos planteamos la posibilidad de incluir técnicas grupales, además de las de laborterapia y socioterapia que se venían realizando, con el fin de mejorar nuestro contacto con los enfermos y de éstos entre sí.

Algunos de los miembros del equipo habían efectuado el año anterior un Cursillo de «Introducción al Psicodrama», no orientado a una práctica concreta. Este año se solicitó al Dr. José M.ª López Sánchez que dirigiera un Cursillo de Psicodrama para aplicarlo con psicóticos crónicos, los pacientes más numerosos en nuestro servicio, que se realizó a finales de Marzo de 1984, durante cuatro días, mañanas y tardes.

Participaron el Dr. López Sánchez, cuatro médicos (tres del Servicio de Rehabilitación) la Asistente Social de dicha área, ocho ayudantes sanitarios del equipo (cuatro hombres y cuatro mujeres) seleccionados entre varios voluntarios en virtud de criterios relativos a las motivaciones, interés y capacidad de relación con los enfermos (en mujeres se hizo una prueba consistente en dramatización de escenas) y quince pacientes de ambos sexos, psicóticos crónicos, previamente seleccionados, distribuidos en cuatro grupos. Se recogieron todo el material y la experiencia del curso en un documento. Terminado el curso se elaboró un plan concreto de aplicación de esta técnica en nuestro

servicio, que se presentó a la Dirección Médica y al Staff del Hospital.

II. OBJETIVOS

A) Con respecto al personal del grupo (Egos Auxiliares):
   1.—Adiestramiento en las técnicas psicodramáticas.
   2.—Aprendizaje de participación en grupos.
   3.—Mayor conocimiento y comprensión del psicótico.

B) En relación al paciente esquizofrénico residual:
   1.—Tratar de mejorar la exploración.
   2.—Estimulación y movilización para mejorar su nivel de activación y participación (socialización); por lo tanto enfocado a un objetivo fundamental: mejorar el nivel de relación de los pacientes.
   3.—Aumentar su capacidad de discriminación ficción-realidad.
   4.—Revalorización del aspecto lúdico de la vida.

C) Con respecto al centro:
   1.—Estimulación del equipo.
   2.—Favorecer la extensión de la práctica de terapias grupales.

III. METODO

III-1. Selección y agrupamiento de pacientes.

La mejoría de las relaciones interpersonales es una formal indicación de las técnicas psicodramáticas; esto tiene más relevancia en psicóticos crónicos.

Desde hace tiempo nos ha servido de base para la preparación de actividades y trabajos con nuestros pacientes, el tener una clasificación de éstos, dejando un tanto de lado su psicopatología, edad, sexo, para centrarnos en lo que hemos llamado, en sentido práctico, nivel **de relación;** en él englobamos: capacidad de comunicación y convivencia. Se hizo esta clasificación tras dos años de observación y trato con los pacientes por parte del equipo de rehabilitación, resultando cuatro grupos de pacientes:

Primer grupo: Fácil relación (24 hombres y 14 mujeres: 38)
Segundo grupo: Mediana relación (28 homb. y 17 mujeres:45)
Tercer grupo: Baja relación (25 hombres y 20 mujeres: 45)
Cuarto grupo: Nula relación (17 hombres y 7 mujeres: 24)

Como forma concreta de incluir la práctica psicodramática dentro de las actividades del servicio, vimos conveniente hacer tres grupos de seis miembros, todos con diagnóstico de **Esquizofrenia residual** (C. I. E. 9 y D. S. M. III).

Para efectuar el agrupamiento definitivo, de una forma más objetiva, utilizamos la Escala de Valoración de Letemendía (Harris et al., 1967) ya empleada en este servicio para objetivar los logros en la labor cotidiana de rehabilitación, habiendo sido objeto de publicación en «Folia Neuropsiquiátrica» (Pintado y col., 1984). Haciendo un breve resumen, dicha Escala contempla dos campos: fenomenología y conducta, divididos en 9 items, subdivididos a su vez de cuatro a seis posibilidades de puntuación, pudiendo alcanzarse de un mínimo de 9 a un máximo de 37. La menor puntuación es indicativa de un mejor estado del paciente, así como una puntuación alta indica lo contrario.

Los 18 pacientes preseleccionados correspondían:

a) 3 pacientes del primer grupo («Fácil relación», 2 hombres y 1 mujer).

b) 6 del segundo grupo («Mediana relación», 3 hombres y 3 mujeres).

c) 4 del tercer grupo («Baja relación», 3 hombres y 1 mujer).

d) 5 del cuarto grupo («Nula relación», 2 hombres y 3 mujeres).

Pasada la Escala de Letemendía, nuestro primer grupo de Fácil relación, obtiene 12-13 puntos; del segundo grupo de Mediana relación obtenemos entre 14-16 puntos, salvo una paciente que alcanza 18; del tercer grupo de Baja relación obtenemos entre 20-24 puntos, salvo un paciente que obtiene 16 puntos, y de nuestro cuarto grupo de Nula relación observamos que todos los pacientes superan los 26 puntos.

CUADRO I: EDAD

Hombr.	Muj.
30: 1	30: 0
30-45: 6	30-45: 1
45+: 4	45: 8
×: 43'1	×: 52'4
rango: 27-63	rango: 41-60

CUADRO II: ESTANCIA

Hombr.	Muj.
2-5 a: 3	2-5 a: 1
6-15 a: 3	6-15 a: 4
16+: 5	16+: 4
×:14'1	×: 17'8
rango: 2-19	rango: 5-37

III-2. **Organización de las sesiones.**

Se dispuso efectuar sesiones de una hora los lunes, miércoles y viernes, haciendo una sesión **semanal** por **grupo.** Hay que señalar que a la misma hora, martes y jueves, se realizan sesiones de adiestramiento en la relación con otros pacientes del servicio.

Las **sesiones** se subdividen en:

a) Un período de **preparación** para decidir lo que se va a escenificar. En el grupo I colaboran los pacientes, en el II ocasionalmente, en el III no. Se procura que este tiempo de preparación sea mínimo, no pasando de 4-5 minutos.

b) **Escenificación:** al principio comenzamos con la idea de escenas **breves.** La experiencia nos ha hecho ver que se pueden extender más en el tiempo, con una duración aproximada de 15 a 25 minutos.

c) **Comentarios de las escenas** con los pacientes, donde se procura una participación de todos (pacientes y equipo) que suele durar unos 10 minutos. Cuando los pacientes salen, se pasa al período.

d) **Comentarios sin los pacientes,** donde se comenta la escenificación a partir de lo recogido por el observador, completando la información de éste con lo que hallan captado los Egos auxiliares. Su finalidad no es la del psicodrama analítico, y las interpretaciones surgidas son usadas como un medio más en la consecución de los fines antes citados. Procuramos hacer hincapié en la **relación** que han establecido los pacientes con el juego dramático, su capacidad de incorporar determinados roles, así como su deficiencia en incorporar otros.

Número de sesiones: Hemos efectuado seis sesiones de una hora cada uno de los tres grupos; en total, 18 sesiones de una hora.

Lugar: Todas las sesiones, menos dos, se han efectuado en un salón amplio, con grandes ventanales, que pertenece al Club de pacientes. Está fuera de las unidades donde están residenciados, aunque dentro del hospital. Sus características nos permiten separar perfectamente el espacio dramático; en algún momento de alguna escena se ha utilizado todo el salón como espacio psicodramático. Se utilizan sillas, dos sofás y algunos cojines. Las sillas se usan para los «decorados».

Participantes: Para todas las sesiones hemos contado con un **director**, un **observador**, cuatro **Egos auxiliares**, a veces tres, repartidos en cuanto a sexo y homogéneos en cuanto a la edad. Como observador se han turnado los Egos según las necesidades de las escenas. Las anotaciones del observador son completadas por la información adicional de pacientes y Egos. Para sistematizar y facilitar el seguimiento, del protocolo se entresaca **una ficha** de cada paciente, anotando lo más sobresaliente de cada uno en cada sesión, siguiéndose así su evolución.

IV. VALORACION DE LA EXPERIENCIA Y CONCLUSIONES

IV-I. Técnica Psicodramática.

Partimos de hacer **escenas cortas y sencillas**, ya que íbamos a trabajar con psicóticos crónicos hospitalizados; en nuestro caso, Esquizofrénicos Residuales. Las dificultades para el trabajo con psicóticos que no cooperan en las escenas se obviarían con **títeres.** Naturalmente, el paciente podría ser espectador pasivo y sería importante **no forzar** su participación. Incluso participando, cuando se defienden mal de ciertos aspectos de la realidad hay que «acercarse» haciendo escenas de tipo **puntiforme**, trabajando sólo con un aspecto parcial de una situación o una actitud. De ahí también la conveniencia de hacer escenas «disfrazadas» que no reproduzcan fielmente la realidad. También son convenientes escenas **muy conocidas** y **comunes** para ellos: hechos de su vida cotidiana. Además habría que establecer roles **muy claros** de comprender y adoptar. Si aparece **tensión** y conflictos, hemos tratado de desviarlos o eludirlos.

A través de la práctica de las sesiones concluimos que la escenificación ha de ser **corta**, pero no tanto como estimábamos en principio. En nuestro Grupo I ha habido que cortar las escenas por imperativos de tiempo, ya que sólo podemos dedicar una hora, pero resulta evidente por la respuesta de los pacientes y su adecuación al juego dramático que podrían haber escenificado escenas más largas. En el Grupo II igualmente se alcanzan 20 ó 25 minutos con facilidad. En el Grupo III queda más clara la necesidad de brevedad. Pero en los tres grupos podemos comprobar la conveniencia de que los temas sean puntiformes.

Ha sido en el Grupo III donde hemos verificado la **utilidad de los títeres** para «acercarnos» al paciente no cooperante. Utilizamos muñequitos muy sencillos: personas y animales. En las primeras sesiones apenas si se ponían los títeres en la mano; nosotros les «hacíamos» teatro. Introdujimos la técnica de que el

Ego sirviera de vehículo al títere para desplazarse; ensayamos la postura del Ego «detrás del títere», avanzando el títere y quedando el Ego «tapado». En un principio esta técnica podría crear confusión entre la persona y el títere, pero en realidad se mostró como buena técnica para que el paciente, al quedar también «detrás» de su muñeco, se acercará con más facilidad a la escena y al Ego. Así representamos cuentos con los pacientes.

En cuanto a **no forzar** la participación del paciente, hemos comprobado que es mucho más fácil de lo que pudiera parecer en un principio que participaran. Las pocas veces que hemos «forzado» a algún paciente, se ha incorporado a la escenificación aceptablemente, con muy pocos rechazos.

Comprobamos la utilidad de «disfrazar» las escenas, modificando edad, profesión, etc., pero los pacientes han incorporado su identidad al escenificar temas de su vida cotidiana, sin rechazos.

Hemos verificado que, en general, **no les cansa** desarrollar un tema. Al director le ha sido fácil ir introduciendo elementos nuevos en la escena primitiva, buscando las reacciones o conflictos que se puedan producir, sirviendo de enriquecimiento de la participación.

Se ha mostrado útil y fácil efectuar la técnica de **cambio de rol**, pasando los pacientes a adaptarse en un papel u otro, algunos con versatilidad y otros mejorando su relación con la dramatización al cambiar los roles.

Al presentarles en la preparación roles **claros**, ellos los van escogiendo. Otras veces se procura que determinados pacientes hagan determinados roles, sin forzarles. Con el Grupo I se suele decir: «¿Qué haría falta para hacer esta escena?». Ellos van diciendo los roles que creen necesarios y los van repartiendo.

Los contenidos más frecuentes son de tipo **regresivo**. No frecuentemente, aparecen contenidos sexuales, más en un contexto de inhibición, negación y rechazo. Aparecieron también contenidos expansivos, fantásticos, como salida a través del juego dramático de frustraciones vivenciales.

De hecho, ha habido una desinhibición general dentro de las sesiones, pero en ningún caso hemos tenido que enfrentarnos a acting-out de los pacientes.

Hemos visto que hay que estar atentos **a tensiones** que casi siempre suelen producir **inhibición** en el paciente, que deja de actuar aunque permanezca en escena. Por ejemplo, escenifican-

do un casino, el director dio la consigna de que un bingo cantado por un paciente era erróneo; al paciente ya le habían «tocado» dos bingos seguidos; el paciente de forma clara no toleró la frustración; el Ego confirmó entonces que el bingo era bueno, sin error; el paciente continuó participando. No es, pues, un capricho hacer escenas sencillas, apenas conflictivas, de mínima tensión; la mayoría de las veces con un soporte casi imprescindible: el aspecto **lúdico.** Creemos que en estos psicóticos está plenamente justificado hablar de juego dramático, subrayando aquella acepción de la palabra. El aspecto lúdico facilita el contacto. El **juego** es muy serio para ellos.

Valorar la experiencia en su conjunto requerirá, además, un seguimiento de la evolución de los pacientes y su repercusión en el hospital.

IV-2. **Evolución de los pacientes.**

Un número de seis sesiones con Esquizofrénicos Residuales nos ha parecido insuficiente para hacer una valoración de resultados con respecto a los objetivos planteados; pero podemos apuntar que ese número de sesiones ha sido suficiente para observar la evolución de los pacientes dentro del juego dramático. Esa evolución, positiva, no se ha reflejado apenas en la vida cotidiana, salvo alguna excepción, quizá porque la observación directa de que pueden ser objeto en las Unidades donde viven carece de la finura que pueda tener el análisis dentro de la actividad psicodramática. El no tratar de objetivar psicométricamente el cambio, utilizando la Escala de Letemendía, es porque tenemos claro, en nuestra experiencia con esta Escala, que se debe trabajar a partir de un mínimo de seis sesiones de evolución, las seis sesiones por grupo nos permitirán plantear un fin terapéutico más ambicioso de lo pensado en principio.

GRUPO I

E. F. C.: 58 a., mujer, más de 15 a. de hospitalización. Muy pasiva en la 1.ª sesión, sólo observa, no queda claro si diferencia ficción-realidad. Ha comentado en esa sesión: «Con ir a la iglesia sería suficiente, pues te lo encuentras todo hecho». Desde la 2.ª sesión, otra paciente la estimula a que participe, lo que hace abúlicamente, aunque mejora su comprensión de la escena y su diferenciación ficción-realidad. En la 5.ª disminuye su abulia; expresa frases largas y propone escenas. Comenta respecto a temas: «Lo

mismo da una cosa que otra, un espectáculo» (desinhibiéndose, salta, ríe).

Esta actitud se intensifica en la 6.ª sesión en la que interpreta un rol que exige gran expresividad, con convicción; a pesar de ello, dice: «Voluntariamente, no se me ocurre ninguna cosa». No hemos observado variaciones destacables en su vida cotidiana.

A. C. Z.: 48 a., mujer, más de 5 a. de hospitalización. Aunque ha participado en todas las sesiones activamente, llegando incluso a estimular la integración de otra paciente en repetidas ocasiones, siempre adopta una actitud pasiva, escogiendo roles poco comprometidos e inhibiéndose en los conflictos. A pesar de ello constatamos su valoración del aspecto lúdico («esto ha sido un relax», «eso es pasajero») de la experiencia, integrándose bien en su papel. Mejora su nivel de relación en la Unidad.

C. R. S.: 41 a., mujer, más de 7 a. ingresada. Sólo participa en dos sesiones (a tres no asiste por estar muy agitada, en otra ocasión por activación delirante). Mantiene una actitud inhibida y autista en la primera sesión; en la otra atiende a explicaciones y contesta con monosílabos, con expresión triste-apática. Ha mejorado mucho su nivel de relación, pero esta mejoría no es atribuible a las sesiones sino a otros factores (emparejamiento).

J. C. G.: 44 a., hombre, 18 años de hospitalización (15 de ellos en Penitenciario). Resistencias iniciales que van disminuyendo, adoptando roles sencillos y aumentando su capacidad de expresión y su creatividad. Mejor en cuanto a relación, pero han interferido otras circunstancias favorables además de las sesiones.

J. S. G.: 27 a., hombre, año y medio de hospitalización Fuertes resistencias iniciales, que disminuyen hasta ir encontrándose «más libre» en las escenas. Prefiere roles violentos, pero se muestra sensible a la influencia de los Egos. Bloqueo frente a roles de indefensión, negándose a hacer de niño-payaso (hubiera preferido ser «domador»). Progresivamente, mayor desinhibición y facilidad de relación. Mejoría en la relación y comunicación, atribuibles a las sesiones.

J. S. LL.: 48 a., hombre, 15 años de hospitalización. Activo y desinhibido, se adapta mal a los roles, con defensas rígidas y fuerte auto-crítica. Falto de espontaneidad. Final-

mente, se vá mostrando más flexible. No se observa variación en su conducta cotidiana.

GRUPO II

F. G. F.: 50 a., hombre, 17 a. de hospitalización. Fuerte inhibición, soslayada por la acción del Ego que logra una participación activa aunque no muy rica en principio. Progresivamente más espontáneo. Buena integración y adecuación en roles paternos «disfrazados»: v.g., vigilante. Es estimulado sin dificultad. Peor adecuación a roles de desvalimiento-pasividad. Mejoría de la socialización, pero inciden otras circunstancias favorables ajenas a las sesiones.

M. S. P.: 36 a., hombre, 16 años de hospitalización. En las primeras sesiones permanece fuera de la dramatización, no lográndose su estimulación. Participa posteriormente, de forma muy directiva, en roles sencillos; situaciones conflictivas le inhiben. «Micro escenas» con el Ego auxiliar. No se observan variaciones en su conducta cotidiana.

J. M. M.: 43 a., hombre, 3 años de hospitalización. Interesado y sin necesidad de estimulación, demanda mayor participación y actividad en el grupo de los demás miembros. Propone roles tendentes a salir de la regresión y pasividad: «salir del hospital», «ir en taxi a visitar a la familia», «cuando uno se va a hacer el servicio militar». Cierta inhibición frente a Egos femeninos. Ha mejorado tanto en socialización extrahospitalaria (permisos fin de semana) que la familia está empezando a quejarse.

J. A. C. O.: 40 a., hombre, 8 años de hospitalización. Muy ambivalente frente a la actividad psicodramática; resistencias por las que ha de ser estimulado. Introduce temáticas sexuales: «niño que juega a muchas cosas» (juegos sexuales). Frecuentes escenas sexualizadas, participando cómodamente; al salir de la dramatización pregunta: «¿Se puede uno casar... sin hacer nada?». Prefiere roles de niño: «Es más fácil». Mayor participación con Egos femeninos. Notoria desinhibición atribuible a las sesiones: se está produciendo una reinserción familiar obligada por el paciente.

D. E. V.: 35 a., hombre, 3 años de hospitalización. Comienza participando en el Grupo III pero pasa al cabo de varias sesiones al II. Escasa adecuación a las dramatizaciones permaneciendo fuera de escena. Varias veces iden-

tifica al Ego femenino con su padre. Dificultad para ser estimulado; rechazo del contacto físico. En la última sesión, más lúdica, se despide del director designándolo por su nombre, siendo la primera vez que esto ocurre. No se observa variación en su conducta cotidiana.

N. C. P.: 48 a., mujer, 18 años de hospitalización. Participa creativa y desinhibidamente en la primera sesión. No acude a la siguiente por sufrir mastectomía (neoformación).

I. A. S.: 59 a., mujer, más de 30 años de hospitalización. Desde la primera sesión (en la que recuerda su participación en el pasado Cursillo de Psicodrama) se muestra participativa y desinhibida (canta). Asume varios roles donde destaca su oralidad. Confunde roles de Egos o manifiesta su escisión: «¿Quién se ha sentado, he sido yo»? En ocasiones, actitudes más pasivas, como cuando baila con un Ego masculino, sin hablarle («la única que molestaba era yo»). A pesar de esas actitudes, se muestra muy lúdica, distinguiendo bien el espacio psicodramático. En la 6.ª sesión comenta: «Yo soy una niña, yo quiero ser una niña». No se ha modificado su nivel de relación ni su conducta cotidiana.

F. A. C.: 53 a., mujer, 37 años de hospitalización. Participa sólo desde la 4.ª sesión subtituyendo a otra paciente. Evidencia pasarlo muy bien (ríe, hace palmas) y propone «hacer una rueda y jugar». Muy lúdica. Cuando baila con una pareja no lo hace realmente, simplemente está junto al otro. Es la paciente en la que la mejoría en el nivel de relación ha sido más evidente y claramente más atribuible a las sesiones.

GRUPO III

M. L. U.: 53 a., mujer, más de 14 años de hospitalización. Se niega a asistir a las dos primeras sesiones. En la 3.ª sesión se trasladó la sesión a su Unidad. Se consigue que se asome a ver qué se hace, pero no permanece más que un instante; en la siguiente sesión, también en la Unidad, ni siquiera entra. Es muy estimulada para que acuda a las dos siguientes. La enferma muestra una mejoría posterior muy evidente, atribuible a la activación por parte del Equipo. Antes casi no hablaba y ahora trabaja en la Unidad y ha comenzado a salir acompañada del personal del Equipo.

V. B. M.: 50 a., mujer, 15 años de hospitalización. Acude a pocas sesiones (marchó unos días con su familia). Como espectadora del cuento habla de la escena del lobo y la abuelita como que «se han acostado y dado vueltas». Mejora en su participación e integración cuando utiliza títeres.

S. M. M.: 60 a., mujer, más de 20 años de hospitalización. Se han dirigido muchas energías hacia esta paciente; en realidad durante varias sesiones se hizo psicodrama casi «para» ella. Recordaba su participación en escenas del Cursillo pasado. A pesar de ser muy estimulada por el Ego apenas se desinhibe. Repite en comentarios: «Me gusta la mamá». Empatiza con el guiñol. En la segunda sesión mantiene una pequeña escena con títeres. En un momento se estremece: «Me han traído en plan de venirme a tirar por un barranco; esta otra no sé como se llama (por la sanitaria que la acompañó), me quiere tirar al mar». Se abraza a otra paciente. Pide que en otra sesión esté presente una sanitaria con la que simpatiza. En la 3.ª sesión ha cogido una muñeca, y al ser preguntada responde: «Muy bonita, el pelito es precioso, Laura... yo no la conocía la he conocido hoy, está cansada, por eso habla poco». Canta, sin mover el muñeco: «Laura no habla, le pasa lo mismo que a mi». En la 4.ª sesión, cuando se trata de representar a Blancanieves, aduce que la muñeca «está asustada, no canta ni nada, quiere irse con su mamá..., no habla, está dormida... ya se ha despertado... La acompañaban los enanos, estaban muy contentos de verla dormida, no lloraban». Los enanos no matan a la bruja: «Son buenos, no matan a nadie». En la 5.ª sesión se le pide que hable por la muñeca, Blancanieves silenciosa, y desde entonces accede a prestar su voz a la muñeca, de quien dice: «Se murió, está muerta», accediendo al contacto físico con el muñeco (el Príncipe) pero al ser llevada al palacio responde: «Quiere irse con su mamá y su papá, no quiere irse al palacio». Dinamismos semejantes se ponen de manifiesto en sesiones siguientes en el manejo de títeres: «No quería despertarse..., se quería ir con su mamá..., estaba muy agusto dormida...». Tras la conclusión fué volviendo a su actitud habitual, sin que se observasen mínimos cambios en su vida cotidiana.

A. J. G.: 63 a., hombre, más de 27 a. de hospitalización. Sólo participa en la 6.ª sesión, en sustitución de otro paciente. Permanece fuera del juego dramático. Sin variación en su conducta cotidiana.

G. G. M.: 48 a., hombre, 19 a. de hospitalización. Gran

dificultad para ser estimulado, participando finalmente con interés. Mejoría de su psicomotricidad y contacto interpersonal.

A. M. G.: 38 a., hombre, 11 a. de hospitalización. Participa interesado. Estimula espontáneamente a otros pacientes. Busca el contacto físico a través del títere. Apego a roles de triunfo social y carácter masculino dominante. No variaciones en la conducta cotidiana.

IV-3. **Evolución del Grupo.**

Ha mejorado a lo largo de las sesiones la técnica psicodramática, aumentando el grado de participación y nuestra capacidad de observación, no sólo en la escena psicodramática sino **también** en la Unidad, resultando claramente aumentada la **cohesión** del Equipo.

IV-4. **Evolución en el Hospital.**

Hemos puesto de manifiesto la posibilidad de realizar una terapia grupal en el medio y ha mejorado la asistencia que ofrece el Equipo desde la estimulación que ha supuesto el trabajo en Psicodrama.

BIBLIOGRAFIA.

HARRIS, A. D., LETEMENDIA, F. J. J. y WILLEMS, P. J. A. (1967): «A rating scale of the mental state», *Brit. J. Psychiat.*, 113, 941-949.

LOPEZ SANCHEZ, J. MARIA (1982): «*El Psicodrama en Psiquiatría Clínica*», Círculo de Estudios Psicopatológicos (Granada).

PINTADO, A., MEZQUITA, J., DIAZ, J., FABREGA, MARIA A. y SOLER, R. (1984).: «La Escala de Letemendía en la evaluacjón del proceso rehabilitador», *Folia Neuropsiquiátrica Sur Este de Esp.*, 19, 181-188.

EL PSICODRAMA COMO EXPLORACION

por los doctores Juan Piñero León
y José M.ª López Sánchez.

y las psicólogos Matilde Martínez Lao
y Carmen López Rodríguez.

El Psicodrama puede orientarse como una prueba de capacidad diagnóstica de cara al perfil de las actitudes internas y las defensas, lo que implica una virtualidad exploratoria al estilo de los tests estructurados al modo proyectivo. Esto no es nuevo. Hace ahora cuarenta años se hablaba del Psicodrama como «una técnica expresiva y proyectiva», o también como del «test proyectivo más completo».

Ya Moreno hablaba de ASUNCION de roles para designar la incorporación de un rol determinado y plenamente establecido que no permite al individuo variaciones; designaba como REPRESENTACION de roles la incorporación del rol con algún grado de libertad; y como CREACION de roles la incorporación más libre de ellos, incluso con delegación en el sujeto, de forma explícita o implícita, de la organización escénica. Pues son sus **límites** decisorios, creativos y de contacto, los que se trata precisamente de evidenciar. Es así como en el Psicodrama Diagnóstico las escenas, **vagamente estructuradas**, delegan el esfuerzo de su estructuración en el paciente.

Desde esta perspectiva el Psicodrama es un medio exploratorio idóneo. Pero no inocuo. Al despejar el terreno, lo **modifica.** Porque, como la actividad analítica, comporta inseparable el doble efecto de **investigar** y de **reorganizar**, como el efecto de **debilitar** en cuanto que **desarma**, por ser un trabajo que afecta simultáneamente la estructura que explora.

Nosotros, en una dimensión diferente, solemos extraer información de la exploración psicodramática al **indagar** sobre los materiales que han resultado **evocados** en las escenas, procurando registrar los recuerdos y defensas que las escenas van dejando tras de sí. Trabajando con una pequeña de doce años, en tratamiento por disturbios neuróticos en relación con graves di-

ficultades del medio familiar, sus escenas fueron situándose en un nivel **catártico**, con activación de emociones hostiles y enfrentamientos donde pudimos leer desplazamientos básicos de sus pulsiones agresivas. Cuando le preguntábamos después, en control clínico, por las escenas que recordaba de la exploración psicodramática, siempre rememoraba la de cuentos u otras de apariencia trivial, nunca las que incluyeron hostilidad. Ese solapamiento o negación venía a dotarnos a las escenas del valor de una plantilla que, superpuesta a un comportamiento, dejaba ver gráficamente las zonas oscuras de negaciones, rechazos y conflictos. Es verdad que ese proceder puede llevarse a cabo por medio de una entrevista. Pero es verdad también que en ninguna experiencia como en Psicodrama (que implica la actuación plena del sujeto) cabe poner de manifiesto tan gráficamente esas contradicciones relevantes para el conocimiento del mundo interno del paciente.

De estas observaciones deducíamos que la indagación de **la** actitud interna **tras** la experiencia psicodramática, facilitaba el conocimiento de las **defensas** del sujeto. De forma que la exploración dinámica se produce tanto **en la misma** escena y durante su transcurso como en el proceso **posterior** de elaboración de **la** experiencia.

Ese esquema fué el que trasladamos a nuestro estudio actual de pacientes **psicodramáticos**, en un programa que venimos desarrollando desde el verano de 1983. Nos vamos a referir aquí a nuestra **exploración** de pacientes **alopécicos** (pacientes afectos de caida irregular del cabello) en la cual podemos hoy dar cuenta de 25 casos, de ambos sexos, en edades comprendidas entre 9 y 65 años.

Nuestra exploración incluye **dos sesiones** de Psicodrama, con una semana de intervalo, entre las cuales tiene lugar el artificio exploratorio al que nos vamos a referir. Las sesiones se montan en orden a situaciones tomadas del estudio psicobiográfico previo, y en ello se ocupa la primera sesión. Al acabar esta se solicita del paciente algún tipo de material escrito o pensado sobre los temas que él estime más convenientes, para poder hacer las escenas de la segunda sesión en base a esa situación ideada por él. Los pacientes traen alguna escena escrita, o debilmente hilvanada, de forma que a veces hemos de estimularle a pergueñarla antes de la segunda sesión. En todo caso, es exclusivamente del paciente. Según hemos podido ir comprobando, la inmensa mayoría de los relatos de los pacientes alopécicos se sitúan en una franja relacionada con el manejo de

los impulsos hostiles y la agresividad, en forma de una notable **inhibición** de la misma.

Leeremos algunos de los relatos de los pacientes (de sus segundas sesiones) a título de ejemplo:

ABELARDO: Se sintió culpable y temió ser castigado especialmente, de forma que padeció una crisis de sobrecogimiento, quedando «como muerto» (lo menos agresivo que podía mostrarse) en el transcurso de la escena (eclosión en la escena de una crisis histérica).

HERMINIA: Quisiera tener el don de expresión de poder inventar o relatar cualquier situación.

ANTONIO: Cuenta un sueño suyo en que un amigo mata a otro. Esa escena le produjo tanto pánico que tuvo insomnio y nunca la contó a los protagonistas, amigos suyos, porque «sería horrible para ellos» y podría «costarles muy cara».

ESPERANZA: Frustrada porque no le daban premios en el colegio, se «volvió mala» y fue expulsada del centro.

ANGUSTIAS: El patrono se le insinuó y la persiguió. Ella tenía «miedo de que me hiciera algo».

MAGDALENA: Cuenta su ofensa cuando su cuñada interpretó que su hijo prematuro no lo era, y actuó así de mala fe con la enferma.

ARACELI: Cuenta un sueño en que se fue la luz, hay un asesino escapado, cierran las puertas de la casa, iba a matar a la madre, ella chillaba.

MANUEL: Un cliente remiso le obliga a «cantarle las cuarenta»: «soy de carácter débil y fácil de convencer».

Una lectura **caracteroclínica** se situaría en el nivel de la búsqueda de perfiles singulares en pacientes psicosomáticos, en la línea en que trabajaron hace ya muchos años Flenders Dunbar o Franz Alexander. O mucho más recientemente se ha descrito para la «Personalidad Alérgica Esencial» (P. Marty, 1958). Desde esos puntos de vista podemos defender la hipótesis de que los pacientes alopécicos se distinguen en su estructura caracterológica por una llamativa inhibición de la agresión, dominando en sus conductas los rasgos de la sumisión, la pasividad y la negación de los conflictos. La pérdida del cabello parece «simbolizar», como la literatura recogía antes que la Medicina, la pérdida de capacidades y de fuerza y el apagamiento de la vitalidad. Ello sucede en pacientes masculinos y femeninos.

Una segunda lectura puede ser más **psicodinámica.** La mala elaboración de las instancias agresivas implica, en los casos que llevamos estudiados, la presencia de figuras fuertemente castrativas en el desarrollo de la personalidad de los pacientes. Esa hipótesis no la comprobamos habitualmente en la generalidad de los pacientes. Desde un punto de vista evolutivo nos parece constatar en los niños que exploramos que aquella alteración de las pasiones hostiles (de su manejo) resulta en ellos expresada en forma de actitudes retativas, falta de control de la agresión, agresivoídia, oposicionismos, etc. En la edad adolescente y en cambio, parece que los alopécicos **Introyectan su agresión**, y no es raro encontrar en ellos **otras** expresiones psicopatológicas o psicosomáticas: crisis histéricas, somatizaciones digestivas, etc. Su actitud en las escenas es huidiza y regresiva, y la elaboración posterior de esa actitud persigue fallidas sobrecompensaciones al polo de la bondad, la entrega, la cordialidad, etc., sin verdadera conciencia de la real dinámica de los impulsos reprimidos.

Desde una perspectiva **técnica**, digamos que en la primera sesión, al menos en una escena (habitualmente en **una** sola escena) exploramos directamente las defensas frente a la agresión. Esa señalización conecta, por lo que vemos, con una «zona de sombra» en la dinámica defensiva caracterológica. La actitud de respuesta inmediata, recogida en la escena que luego el paciente nos propone, es una actitud de queja, de víctima, no necesariamente con acentos histeroides pero sí con rasgos **regresivos** evidentes. Como si el paciente nos dijera: no puedo participar en escenas de ese estilo, necesito ser comprendido en mi **debilidad**, no quiero oir hablar de enfrentamientos, ello me hace aparecer ante mí más débil e incapaz. Y ahí se articula la **negación de la realidad** como otra defensa característica de los pacientes psicosomáticos, lo que otros autores han apuntado tangencialmente, así como alguno de nosotros ha referido en trabajos publicados con anterioridad («Sobre la identidad clínica psicosomática», J. M. López Sánchez, 1974). En este punto advertimos los «**Núcleos Psicóticos**» de los pacientes psicosomáticos, de cuya **exploración** nos ocuparemos en otra oportunidad como la que hoy nos reune.

RESUMEN DEL COLOQUIO A LAS COMUNICACIONES

La primera intervención fue la pregunta a los seis primeros comunicantes, en los que se señaló una base teórica similar, sobre si pertenecían a una misma institución o no. Fue respondida

por todos y cada uno de los comunicantes, señalándose que trabajaban en sitios dispares, la mayoría de forma privada, pero que tenían todos en común el ser «pacientes» de análisis por Robert Levi.

A continuación, se criticó la comunicación expuesta por el Dr. Piñero León no por su contenido que pareció interesante, sino por la falta de un tratamiento para estos pacientes alopécicos, siendo sólo un estudio experimental.

El Dr. Piñero respondió, que esto no era cierto, y que él habia tratado de diversa manera a estos alopécicos. Hubo también intervenciones en el sentido de la necesidad de los trabajos experimentales para el progreso de los conocimientos.

Por el mismo asistente se alabó el trabajo realizado expuesto en la comunicación «utilización del psicodrama en psicóticos crónicos», pero se indicó que trabajar dentro de la Institución para mejorar el nivel de socialización a fin de seguir mejor en la Institución no tiene ningún sentido, sino que había que acabar con la Institución. Sobre este tema giraron numerosas intervenciones, tanto de los asistentes como de los miembros de la mesa. El Dr. Domingo Díaz del Peral contestó diciendo que el fin último que ellos perseguían con la utilización del psicodrama en psicóticos crónicos era la salida de estos del Hospital Psiquiátrico. Hubo quién indicó que dentro de la apatía asistencial existente en los Psiquiátricos, utilizar el psicodrama ya era una verdadera innovación. Alguien habló del desinterés total de los políticos por este tema, incluidos los actuales. Al final, hubo intervenciones en el sentido de la necesidad de que, más que una mejora asistencial, había que conseguir una adecuada prevención. También se habló en esta línea de la Salud Mental. Sin embargo, el Dr. Caramés Lage disintió en parte con esto último, hablando de la necesidad primordial de atender en primer lugar el «deseo» de los pacientes y de la sociedad en general, y que no se podía forzar a la gente a determinados tipos de asistencia o a la asistencia en general.

M.ª Isabel Leal Ruiz, a propósito de su comunicación, fue preguntada acerca del uso de títeres.

El Dr. Alvarez Valcarce intervino exponiendo las diferencias que él encontraba entre su psicodrama y el que se había expuesto en las primeras comunicaciones, de fondo teórico lacaniano, al que llegó a criticar. Afirmó que lo anterior era debido a la falta de un «corpus teórico» en la doctrina psicodramática de Moreno, lo que había permitido que el psicodrama fuese asumido por muy diversas doctrinas. Esto fue contestado por varios

de los ponentes en las primeras comunicaciones, que afirmaron había una doctrina psicodramática perfectamente detallada y completa, la de los Lemoine, de las que ellos habían aprendido. Finalizó esta discusión el mismo Dr. Alvarez Valcarce, haciendo hincapié en que precisamente el fin de esta I Reunión Nacional de Psicodrama era el tratar de integrar y aunar las diversas corrientes que había en nuestro país de psicodrama, y que ese debía de ser el objeto de trabajo de todos.

COMITE DE ORGANIZACION DE LA I REUNION NACIONAL DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICODRAMA.

Presidente: José Maria López Sánchez

Vocales: Adrián Argente del Castillo
Carmen Contreras Ibáñez
Ana Pilar Chinchilla Marín
Antonio de la Plata Caballero
Domingo Díaz del Peral
Carmen López Rodríguez
Joaquín C. Martín Muñoz
Manuel Martínez García de Castro
Matilde Martínez Lao
María José Martínez Martínez
José Antonio Montero Ponferrada
María E. Navas Moreno
Juan Piñero León
Maribel Quiñonero Fierro
Ana Távora Rivero

INDICE

Palabras de salutación ... 5

Ponencias

Modelos teóricos y técnicas psicodramáticas ... 9

Psicodrama psicoanalítico no ortodoxo ... 17

Psicodrama psicoanalítico ... 25

El cuerpo en la escena psicodramática ... 33

La Coterapia en el grupo de Psicodrama ... 43

Unidad de programa dramático ... 53

Resúmenes de Talleres ... 59

Comunicaciones:

Una orientación general en Psicodrama ... 64

El juego y la palabra en Psicodrama Freudiano ... 67

Una aproximación al Psicodrama Freudiano ... 71

Psicodrama Freudiano, análisis de un sujeto en grupo ... 77

El discurso, circulación del significante en Psicodrama ... 81

Psicodrama y sexualidad femenina ... 85

A propósito de un caso clínico de amor de transferencia en Psicodrama ... 91

Introducción al Psicodrama Freudiano ... 97

Sociodrama familiar, con objeto intermediario, con niños de un Aula de apoyo ... 103

Tratamiento con Sociodrama familiar de un niño epiléptico con disconductas ... 111

Utilización del Psicodrama en esquizofrénicos residuales ... 121

El Psicodrama como exploración ... 133

Resumen del Coloquio ... 136

Comité de Organización ... 139

DIPUTACION
PROVINCIAL DE
GRANADA

Imprenta Provincial