

**Pablo Población**



**Manual de**  
**PSICODRAMA**  
**DIÁDICO**

Bipersonal, individual, de la relación

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER





# **MANUAL DE PSICODRAMA DIÁDICO**

**Bipersonal, individual, de la relación**



PABLO POBLACIÓN KNAPPE

# **MANUAL DE PSICODRAMA DIÁDICO**

**Bipersonal, individual, de la relación**

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA  
DESCLÉE DE BROUWER**

© Pablo Población Knappe, 2010

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2010

Henao, 6 – 48009 Bilbao

[www.edesclée.com](http://www.edesclée.com)

[info@edesclée.com](mailto:info@edesclée.com)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos – [www.cedro.org](http://www.cedro.org)), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Impreso en España - Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-2419-0

Depósito Legal: BI-1950/2010

Impresión: RGM, S.A. - Urduliz

*Ser moreniano en psicodrama es no ser moreniano.*



# Índice

---

Agradecimientos .....	15
Dedicatoria .....	17
Al lector .....	19
1. Psicodrama diádico, bipersonal, individual .....	21
¿Psicoterapia psicodramática diádica, psicoterapia bipersonal?.....	21
Características del psicodrama diádico.....	22
Sobre lo interno y lo externo en la dramatización... ..	25
Tele, transferencia y juegos de la relación .....	26
La escena primigenia.....	26
Las relaciones entre ambos participantes del psicodrama diádico .....	27
Mitos y ritos .....	30
Idea general del desarrollo del proceso de psicodrama diádico .....	31
Algunos aspectos prácticos a tener en cuenta en el psicodrama diádico .....	32
Psicodrama diádico vs psicodrama grupal .....	34

2. La primera entrevista. La historia clínica . . . . .	37
La historia clínica . . . . .	38
Nuestro modelo de historia clínica . . . . .	39
Comentarios a diversos puntos de la historia clínica . . . . .	42
1. El remitente . . . . .	42
2. Enfermedad o dificultad actual. . . . .	42
3. Antecedentes . . . . .	43
3.1. Antecedentes familiares. . . . .	43
3.2. Antecedentes personales . . . . .	44
4. Estudios . . . . .	44
5. Historia psicosexual. . . . .	45
6. Situación social actual. . . . .	45
7. Adicciones . . . . .	45
8. Sueños y fantasías . . . . .	46
9. Autorretrato . . . . .	46
10. Planteamiento interno del profesional . . . . .	48
11. Devolución . . . . .	48
12. Contrato terapéutico . . . . .	51
Resumiendo . . . . .	52
3. La primera sesión. . . . .	55
Factores estructurales . . . . .	55
Expectativas del paciente y del terapeuta sobre el tratamiento . . . . .	58
Algunas normas previas . . . . .	59
Los primeros pasos . . . . .	59
Silencio . . . . .	60
Sobre los movimientos, gestos y distancia durante la sesión . . . . .	67
Sobre el manejo del humor . . . . .	68
4. Las sesiones siguientes. . . . .	69
Desarrollo del proceso terapéutico . . . . .	69
¿Qué? . . . . .	70
¿Cómo?. . . . .	71

¿Para qué? .....	73
¿Por qué? .....	74
¿Y ahora qué? .....	77
¿Por qué no? .....	78
Algunas técnicas en relación con las fases descritas .....	85
5. Algunos aspectos importantes en la aplicación de las técnicas .....	91
Sobre el contacto físico en la terapia psicodramática .....	91
Pasos para aplicar una técnica .....	94
1. Valoración del momento del sistema terapéutico .....	96
2. Decisión sobre la introducción (o no) de una técnica .....	97
3. Elección de una técnica concreta .....	97
4. Propuesta técnica .....	99
5. Instrucciones o consignas .....	100
6. Desarrollo .....	100
Psicodrama horizontal/vertical .....	101
6. Técnicas .....	105
Ideas generales .....	105
Descripción de las técnicas .....	111
Autopresentación .....	112
Autobiografía .....	112
Exploración de la familia .....	112
Caminar y percibir el cuerpo .....	113
Expresar con el rostro distintos sentimientos .....	114
Magnificación .....	114
Concretización .....	115
Dramatización en escena abierta .....	115
Escultura individual .....	116
Escultura en relación, con una o más personas .....	116
Sesiones verbales .....	116
A propósito de la expresión: ¿Te apetece? .....	117
Psicodrama interno .....	117
Viaje al futuro .....	120

Viaje al pasado . . . . .	121
La peana . . . . .	121
Dramatizar escenas descritas en producciones externas	121
Las dos sillas . . . . .	122
Rematrización . . . . .	124
Integración de roles rechazados . . . . .	125
Mitos del antiguo testamento . . . . .	125
Role-playing pedagógico terapéutico . . . . .	126
Juegos y ejercicios . . . . .	126
<b>7. Técnicas. Continuación . . . . .</b>	<b>129</b>
Los símbolos en el trabajo psicodramático . . . . .	129
Técnicas con objetos intermediarios . . . . .	135
Cojines . . . . .	136
La pareja . . . . .	136
Las sillas . . . . .	137
Títeres . . . . .	137
Muñecos de peluche y peponas . . . . .	137
Otros objetos . . . . .	138
Música . . . . .	138
Técnicas que utilizan medios plásticos . . . . .	138
Dibujo . . . . .	141
Técnica de collage . . . . .	142
Plastilina y arcilla . . . . .	142
Técnicas para el abordaje de algunas situaciones	
específicas . . . . .	142
Duelo y muerte . . . . .	142
Técnica en el duelo individual . . . . .	143
Hablar con la persona fallecida . . . . .	143
Otras técnicas . . . . .	144
Ante la propia muerte . . . . .	144
Sobre determinados aspectos creenciales . . . . .	144
Abordaje de la agresividad . . . . .	145
Abordaje de problemas sexuales . . . . .	146

8. La formación en psicodrama bipersonal. . . . .	149
¿Qué motiva a la formación en psicodrama? . . . . .	153
Algunas características del psicodrama diádico . . . . .	153
9. Una comprensión dinámica de los fenómenos psicopatológicos . . . . .	155
Las heridas de la primera fase de la matriz de identidad .	158
La escena primigenia es la primera escena engendada. Es la escena de la relación de unicidad madre-hijo . . . .	158
El niño herido y los roles compensatorios . . . . .	163
El Sistema Familiar se interioriza y permanece como Sistema-Escena Familiar Interno . . . . .	165
Descripción de una sesión . . . . .	176
Análisis de la sesión . . . . .	179
10. El inicio del psicodrama en España . . . . .	187
Historia de la Asociación Española de Psicodrama (A.E.P). Del caos a la creación . . . . .	187
Bibliografía . . . . .	199



## Agradecimientos

---

Ante todo agradezco a mis alumnos y pacientes haberme enseñado la mayoría del psicodrama que conozco.

A María Rodrigo, licenciada en Psicopedagogía, que por el motivo de obtener brillantes notas en una oposición, renunció al puesto de secretaria. Le agradezco haberme ayudado con su paciencia, con sus preguntas y su deseo de aprender, a pergeñar los primeros balbuceos de este libro.

Agradezco a Verónica Azañedo, psicóloga, que sustituyó en el puesto a María, su esfuerzo por la incursión en mis dictados de psicodrama que le resultaban extraños por su cultura psicoanalítica.

Agradezco a María Eugenia Fernández, psicóloga, psicodramatista y buena amiga, su ayuda a realizar la lectura casi definitiva del libro. Sus preguntas, nuestras risas y nuestras paradas para bromear, han ayudado a cristalizar una vez más el deseo de Moreno de traer la alegría a la psicología.

Finalmente quiero reconocer la labor de mi mujer y compañera, Elisa López-Barberá, también psicóloga clínica y psicodramatista, por haber quitado tiempo y espacio del poco que tiene por su trabajo

y dedicármelo para dar el último repaso al libro en unos niveles que la convierten en co-autora.

Quiero añadir, por último, lo que debo a la inestimable ayuda de Mónica González, psicóloga, en la corrección de las pruebas de este libro.

Sin todos ellos *Manual de psicodrama diádico*” nunca hubiera visto la luz.

# Dedicatoria

---

A todos aquellos que nos apasionamos con ese juego de vida, muerte y renacimiento, que significa vivir el psicodrama.



## Al lector

---

Querido amigo. Permíteme que te llame así dado que has tenido la atención de leer este libro. Al escribirlo me he divertido y he aprendido bastante. En este orden. Espero que tú puedas aprender y divertirme, en ese mismo orden o en el inverso.

He perseguido escribir un manual, con lo que esto significa para mí. Un libro para tener a mano, consultarlo y servir de ayuda y guía en el ejercicio, en este caso, del psicodrama diádico. A lo largo de mi ejercicio profesional como terapeuta, he ido sumando al psicodrama Moreniano conceptos sobre la escena, la escena como sistema, dentro de los conceptos de la Teoría General de Sistemas y aquellos conceptos que he desarrollado sobre la teoría del poder. De este conjunto, de ensamblar y crear una síntesis que naciera de la unión de todas estas raíces, ha surgido la planta que representa mi quehacer profesional. Debido a ello encontrarás términos pertenecientes al psicodrama de siempre, pero también a esos otros modelos, y, sobre todo, un planteamiento de la psicopatología que puede parecer apartado de la ortodoxia.

Lo cierto es que creo que al final es útil para el trabajo terapéutico.

Encontrarás una primera parte dedicada a una idea general del psicodrama diádico, seguida de la intervención que recomiendo como primer acto de encuentro con el paciente, la realización de una historia clínica.

Continúo con la estructura y el desarrollo del proceso terapéutico.

Describo, en dos capítulos, un alto número de técnicas que siempre podremos aumentar a lo largo de nuestra práctica.

En el capítulo noveno, muestro mi concepto de patología desde la teoría del poder. Recomendando, al finalizar este capítulo, volver a leer el capítulo cuarto, puesto que están íntimamente relacionados.

Como capítulo décimo, pero ya fuera de lo que constituye el manual, como un añadido para cubrir la curiosidad de los psicodramatistas españoles, incluyo un décimo capítulo sobre la historia del inicio del psicodrama en España.

(Advertencia: en ocasiones podré utilizar la denominación de psicodrama individual o bipersonal en lugar de diádico).

# 1

## Psicodrama diádico, bipersonal, individual

---

### **¿Psicoterapia psicodramática diádica, psicoterapia bipersonal?**

Algunos autores utilizan la expresión, quizás la mas extendida, de psicodrama bipersonal (D. Bustos) para referirse a una terapia en la que sólo están presentes el interesado y el terapeuta. Así lo diferenciamos de la terapia individual que habitualmente realizaba Moreno con un paciente y un equipo de yo auxiliares, aunque también algunos autores hablan de psicodrama individual para aquel en que sólo están presentes terapeuta y paciente. Otros psicodramatistas prefieren la expresión de psicodrama de la relación (J. Fonseca Filho, 2000). Yo me he decantado por utilizar el término psicodrama diádico que, como menciono en la presentación del libro, me da la impresión de que, a estas alturas, Moreno aceptaría con una sonrisa.

Jacob Levi Moreno introdujo el concepto de grupo en psicoterapia con una posición revolucionaria, tercera gran revolución psiquiátrica, según Ramón Sarró (Sarró, R., en Schutzenberger A.A., 1970). La terapia psicodramática se realiza a través del grupo, sea un grupo natural o artificial. Entonces estamos obligados a preguntarnos si la terapia individual (bipersonal o diádica) se somete a la

ortodoxia de la teoría psicodramática o es un caso excepcional que rompe las reglas del juego de este modelo.

Aquí puedo argumentar, frente a los que defienden que para que exista un grupo debe haber tres individuos, que dos personas también constituyen un grupo. Si todo grupo es un sistema, dos personas en interacción conforman un sistema relacional, por lo tanto creo que puedo defender que esta terapia se desarrolla dentro de un proceso grupal.

### **Características del psicodrama diádico**

Creo interesante ver qué fenómenos son propios de este pequeño grupo de dos:

1. En principio hay que destacar que este sistema remite a la diáda madre-hijo, base metafórica de todas las diádas en las que nos movemos a lo largo de nuestra biografía. De esta manera se convierte en una matriz básica. Al igual que en los grupos habituales podemos describir, a nivel simbólico, una matriz que remite a la de identidad, es decir, el grupo como “madre”, una matriz familiar, con la depositación de la familia en los miembros del grupo, y una matriz social, con representación de distintos miembros de la sociedad, la diáda, que da nombre al psicodrama diádico, se centra más en esa primera matriz fundamental con todas sus ventajas e inconvenientes, puesto que lleva no solo a una complementariedad de roles, sino también a una suplementariedad, factores que deberá manejar el terapeuta a lo largo del desarrollo de la terapia.

2. En el espacio virtual del psicodrama diádico, no solo están presentes los roles manifiestos de terapeuta-paciente sino toda una multitud de personajes correspondientes a los roles que constituyen las escenas internas del paciente y del psicodramatista, pertenecientes a aquellas que se hayan movilizado por la puesta en juego en el concreto espacio-tiempo, por la relación y por los correspondientes actos dramáticos, surgidos desde el discurso del paciente con el terapeuta. Es importante que el psicodramatista sea consciente de esta

“multitud” y sepa jugar en su trabajo terapéutico con los más importantes personajes de esta relación, no de un modo necesario revelándolos al protagonista, pero sí teniéndolos en consideración en sus propuestas técnicas.

3. También hay que considerar que aquí se establece un espacio de encuentro con múltiples posibilidades de relación circular entre uno y otro de los participantes. Se trata de una relación dialógica, que es el modo de expresión en el plano manifiesto de lo que en el plano latente, inconsciente, de la relación diádica. Este diálogo entre paciente y terapeuta no se limita a lo verbal, sino que incluye todos los modos de comunicación analógica, gestual, actitudinal, comportamental. Recordemos que más del 80% de la comunicación humana está ocupada por el espacio no verbal. De esta manera, el diálogo al que nos referimos se muestra con una gran presencia comunicacional.

Esta comunicación recursiva entre paciente y terapeuta puede considerarse como un texto. En el libro *La Escultura y otras técnicas psicodramáticas* (López Barberá, E., Población, P., 1997), escribimos un capítulo sobre el texto implicado en la escultura, atendiendo tanto a sus aspectos sintácticos como semánticos. Lo mismo podemos hacer con este texto del que ahora hablamos. Podría parecer que el autor es el paciente pero sabemos que no es así, que se trata de una creación de ambas personas presentes. En el caso de una terapia de grupo de más de dos miembros, todos los presentes son co-autores simultáneos de los textos que se desarrollan en la sesión. Aquí, en psicodrama diádico, el autor principal es el paciente, aunque el terapeuta facilite y cierre el círculo del texto.

De nuevo la semántica del texto puede referirse a las palabras, pero hay que considerar también como morfemas cada uno de los gestos y movimientos de ambos participantes e, incluso, los aspectos no puramente literales de las palabras. Sabemos que éstas adquieren muchos posibles sentidos según la entonación, el momento, la intensidad de la voz en la que aparece. Lo no verbal convierte a las palabras en polisémicas.

Suelo ser partidario de facilitar o, al menos, no frenar una pequeña charla antes del inicio de la sesión en sí, y tras esa breve conversación abro, como diré mas adelante, con un “hola” el comienzo real de la sesión. Este preámbulo contiene en sí mismo un texto ya anticipatorio de lo que va a aportarse en momentos posteriores. Se trata de una especie de prólogo que, por la posición inocente, ingenua, transmite de modo inconsciente aspectos que el sujeto quizá no pensaba desvelar, y que este preámbulo le arrastra a dar forma.

Un segundo texto puede leerse en el caldeamiento general y en el específico. Le sigue el texto más complejo, pero también más fácil de leer, que es el que se crea durante la fase de la representación. El comentario aparece como el epílogo que encierra la totalidad del texto.

Los componentes no verbales traslucen, de modo a veces muy directo, las sensaciones corporales, las emociones y los sentimientos del sujeto, incluso aquellos que no expresa verbalmente. Aquí nos damos cuenta de cómo el lenguaje, considerado como lo puramente verbal, “se ha inventado para mentir”, mientras que los movimientos corporales desvelan la verdad profunda del mundo interior del sujeto (Shimmerlik, S., 2008).

La relación dialógica, el texto del que hablo, nos dice lo que ocurre en los aspectos diádicos de la relación, desvelando la latencia, los contenidos ocultos a todos los niveles. Este emerger de lo oculto es el material que origina el texto pero, de modo circular, la expresión externa de estos contenidos influye de modo inevitable en una modificación de dicha latencia. El proceso dialógico en sí no solo es desvelador, sino también parte del proceso de desestructuración-reestructuración, que será fundamental en todo proceso terapéutico.

Además de narrador del texto el paciente es el protagonista y, pretendidamente, está presente su yo. Sin embargo distintas formas de lenguaje dan lugar a muy diversos modos de expresión. Por ejemplo, el relato de algo ocurrido en un tiempo de la vida del sujeto, lo que puede denominarse relato de una cronoexperiencia, puede transmitir una distancia entre el relato y el protagonista-paciente del mismo.

Es lo que a veces comento como “contar la película”. Frente a ello está la narración situada en el tiempo actual, aunque remita a distintos pasados, en la cual el yo del paciente está presente en una reviviscencia de lo que aparece en el contenido de lo que cuenta. Sin embargo aquí también puede haber mecanismos de defensa, como cuando el sujeto se refiere a sí mismo en segunda persona, por ejemplo, nos dice “si tú te tomas una copa...” en lugar de “si yo me tomo una copa...”, está procurando alejarse de la autoría del hecho.

En otro lugar (Población, P., 1997) planteaba que el escenario pasa de ser utópico y ucrónico a ser ocupado por un tiempo y un espacio que corresponden a los de la dramatización. Lo mismo ocurre y se refleja en el texto al que me estoy refiriendo, pero conviene añadir que toda historia humana es atemporal, puesto que puede ser compartida de algún modo por todo ser humano. Atemporalidad del acto dramático.

### ***Sobre lo interno y lo externo en la dramatización***

En el psicodrama diádico aparece más patente que en el grupal la evidencia de cuánto es interno, intrapsíquico, y cuánto relacional en la experiencia dramática. Sin duda el yo auxiliar, en la dramatización grupal, va a representar los personajes desde fuera, y ello nos conduce a asentarnos más en una posición relacional, tal como insiste Moreno al contemplar el proceso terapéutico. Sin embargo, en el psicodrama diádico todo el mundo externo nace de una producción del mundo interno del sujeto, y ello hace exclamar a una paciente, al término de una cadena de dramatizaciones, “Ahora me doy cuenta de que todo está dentro de mí...”. También viene a decir lo mismo aquella expresión de “la mirada con que te miro es la mirada con la que yo me miro” ¿Cuánto de real externo ha existido en la dramatización de esta persona o de cualquier persona, también en el grupo, y cuánto es una creación de un mundo externo desde el mundo interno del sujeto? Esto nos acerca al pronunciamiento cartesiano del solipsismo. Nada hay externo a mí, todo es una producción de mi mente. No podemos obviar aceptar que navegamos en estas aguas metafísicas.

### ***Tele, transferencia y juegos de la relación***

En este interjuego entre paciente y terapeuta se presenta siempre algún tipo de tele, positivo, negativo o neutro (Moreno, J.L., 1966, 1967) y, también, los posibles fenómenos transferenciales, no solo desde el paciente, sino también desde el terapeuta. Entonces, además de los fenómenos que podemos considerar “habituales” como es la transferencia entre estos dos seres humanos, aparecen todo tipo de “juegos patológicos”, casi siempre entroncados con distintas formas de ejercicio más o menos claro o sutil del poder: dominio, sumisión, manipulación de cualquier tipo, seducción, etc. El terapeuta, sobre todo cuando está aún inseguro por falta de experiencia, puede caer de modo inconsciente en posiciones de omnipotencia, paternalismo, y otros modos de actuar con los que intenta reasegurarse. Una falsa seguridad que da lugar a contra-roles del paciente con el establecimiento, también desde este origen, de juegos relacionales patológicos.

### ***La escena primigenia***

De modo inevitable el psicodrama diádico, por el hecho de ser dos individuos, remite a la díada primaria madre-hijo y, por ello, la escena latente es la escena primigenia, tal como la describí en otros trabajos (Población, P., 1989) y que reseño en el capítulo correspondiente a los procesos dinámicos del psicodrama individual (Población, López Barberá, Apuntes Tomo I, 2006). Desde esta perspectiva, se establecen con facilidad no solo la natural situación complementaria, sino que tiende a configurarse una relación suplementaria, como ya he señalado, de lo cual tiene que estar sobre aviso el terapeuta. Sobre este cimiento de la escena primigenia latente se moviliza, por debajo de las escenas que se estén dramatizando y quizás remitiendo a latencias profundas, una regulación o birregulación de los estadios primigenios, en función de los fenómenos tólicos o transferenciales que ocurren en la díada. Quiero decir que la vinculación emocional, de modo consciente o inconsciente, entre el terapeuta y paciente conforma una matriz de identidad de la cual

depende, según sea su matiz, el desarrollo profundo de una evolución subterránea, subyacente al trabajo terapéutico manifiesto.

Por otra parte, sabemos que la escena primigenia o primera escena engendrada en la matriz de identidad, se configura como base y cimentación de las subsiguientes escenas de la biografía del sujeto. Es en realidad, la estructura sociométrica de roles que se constituye al iniciarse cualquier grupo. Por ello, sobre esta escena primigenia van a aparecer y conformarse de un modo u otro no solo las escenas que aporte el sujeto en su proceso terapéutico, sino también las escenas del desarrollo de la biografía de la díada terapéutica. Estos dos encadenamientos de escenas suelen aparecer paralelos en los casos de un desarrollo básicamente lineal del proceso terapéutico.

Sin duda, tal como queda implícito en el párrafo anterior, es este espacio virtual el campo agónico en el que se pueden producir y, es de esperar que se produzcan, las necesarias desestructuraciones y reestructuraciones, solo posibles si dicho campo, como he indicado unas líneas más arriba, se ha constituido como una matriz de confianza (Bowlby, J., 1989) y adecuado espacio de crecimiento desde la co-experiencia y co-creación como conceptos básicos de la terapia psicodramática y, de modo muy especial, en este espacio limitado a dos individuos. En psicodrama diádico se hacen muy evidentes los conceptos de Moreno de co-existencia y co-creación.

### **Las relaciones entre ambos participantes del psicodrama diádico**

El paciente puede tomar un rol desde el poder de arriba o desde el poder de abajo, con demanda de dependencia y una postura sumisa (Población, P., 2005).

Como se hace evidente en el párrafo anterior, no considero que la transferencia del terapeuta hacia el paciente sea siempre un fenómeno contratransferencial, sino que, también, en mi opinión, el terapeuta, por mucho que haya profundizado en sus propios conflictos y muy avezado que esté en el ejercicio de la terapia, puede sufrir una situación transferencial con respecto al paciente. Lo que algunos lla-

man contratransferencia, sería para nosotros entrar en el “juego” transferencial del paciente, dentro de la inevitable circularidad de toda relación.

El psicodrama diádico hace evidente que en psicodrama la terapia no es algo que hace el terapeuta con el paciente sino que, como suelo decir, se convierte en “un trabajo de equipo”. Con esta perspectiva de trabajo se facilita una menor dependencia en la relación terapéutica. Cuando aparece, como sucede en otros modelos, una dependencia mas intensa, ésta exige un largo proceso de elaboración hasta lograr una sana independencia del sujeto respecto al terapeuta.

Creo conveniente rescatar la expresión “Eros terapéutico”, es decir, el amor hacia el paciente, del que se ha comentado en numerosas ocasiones que es, quizás, un motor fundamental para el éxito de la terapia. Mas arriba hemos comentado sobre el proceso télico que si es positivo, implica una atracción mutua con una posibilidad de encuentro en el sentido Moreniano. También hemos hablado de la transferencia, y el hecho es que una transferencia positiva del terapeuta hacia el paciente, puede confundirse con un proceso empático o con el Eros terapéutico, cuando, de hecho, son conceptos distintos. Como en el caso de la transferencia, el Eros terapéutico es también unidireccional y no bidireccional como el proceso télico.

Con todo ello, conviene clarificar este concepto. El “Eros terapéutico”, como amor terapéutico del profesional al paciente, puede calificarse por lo que no es y por lo que es: no se trata de una satisfacción paternalista, de una búsqueda de omnipotencia y satisfacción luciferina por ayudar al otro, no, por supuesto, de una atracción centrada en lo sensual. Por el contrario, en él se integra un respeto al otro, a su individualidad, a su desarrollo personal, una transmisión de que se confía en el otro, que se aprecia y cree en su honestidad y capacidad para desarrollar sus potenciales, un deseo de crecimiento, de verlo crecer e independizarse del terapeuta, un afecto centrado en la comprensión y capacidad de compartir los sentimientos profundos del otro, y de admitirlos como propios de aquel y no necesariamente análogos a los que vive el terapeuta, en suma, tal como me gusta repetir, como dice la canción, “amor del bueno”.

Esta actitud profunda, que se puede resumir en una aceptación integral del otro en su individualidad, y que integra la empatía, permite al terapeuta dejarse sentir una resonancia emocional de los sentimientos, sensaciones y emociones del paciente, con la necesaria “distancia” para “estar dentro y fuera”, es decir, poder percibir al otro no solo desde el plano racional sino también desde la comprensión emocional, pero sin el riesgo de entrar en el juego del paciente desde las propias dificultades o necesidades afectivas.

En el libro *Las relaciones de poder* (Población, P., 2005) trato de hacer una clara distinción entre autoridad y poder. Esta distinción es muy importante en cuanto a la actitud y modo de relación del terapeuta hacia el paciente. Recuerdo aquí que autoridad proviene etimológicamente del latín auctoritas, (autor o creador), es decir, la autoridad, como profesional, implica saber y estar preparado para una labor creativa, en este caso de ayuda al crecimiento del paciente. Por el contrario, una posición de poder significa, de un modo muy genérico, el aprovechamiento, por parte del terapeuta, del paciente en su propio beneficio, un beneficio no necesariamente económico, sino para una satisfacción de su ego. Por ejemplo, sentirse más inteligente, más sabio, ingenioso, ocurrente... más capaz de conducir al otro, como posición omnipotente, etc.

Como veremos más adelante, en la mayoría de los juegos patológicos una gran parte de la psicopatología se funda en permanecer el sujeto, sentir y actuar, desde el área del poder. Es natural que esto le suceda al paciente. Es difícilmente admisible que esto le ocurra de modo habitual al terapeuta, aunque sí es preciso admitir que pueda sucederle en alguna ocasión.

Paciente-terapeuta trabajan juntos como equipo con la finalidad de obtener un mayor monto de espontaneidad-creatividad en el paciente. Se traduce esto en una disminución del cuadro patológico y un mayor bienestar. El proceso, a través de la aplicación de las técnicas psicodramáticas, aparece como una mayéutica. Se trata de lograr que el paciente sea el co-responsable de su evolución, limitando así el campo de acción del terapeuta a la de partero, dado que en el parto no sólo es la matrona o matrócn quién ayuda al alumbramiento, sino que también colabora el personaje único madre-hijo.

## Mitos y ritos

La historia emocional y espiritual del ser humano se funda culturalmente en diversos mitos, de los cuales, quizá los más importantes sean los mitos de la creación. En estos mitos se deposita la aparición del ser humano, su creación a través de distintos dioses, la aparición del medio ambiente en el que vive y las primeras reglas que debe mantener para evitar la muerte física y/o espiritual. Según estos mitos el ser humano, en principio, es un ser inocente, puro, casi perfecto, pero su propia naturaleza intrínseca, con su deseo de poder, deteriora esta naturaleza y su relación con los seres creadores. Ante este deterioro surge la necesidad de unos ritos con los que se toma contacto con aquel tiempo mítico, *illo tempore*, como una vía para una renovación (Eliade, M., 1954, 1955 y 1968). De esta manera mitos y ritos aparecen íntimamente unidos.

El desarrollo del individuo desde cualquier posición dinámica nos muestra un paralelo con este mismo proceso. Desde un ser nuevo, limpio de conflictos (quizás hay que señalar aquí la posibilidad de fallo genético), que a lo largo de la vida en su caminar por el sendero de su existencia, en su relación con hombres y cosas, además de significar un proceso de aprendizaje y enriquecimiento positivo, puede devenir en un deterioro, complejizando sus dificultades y procesos internos que aparecen como el campo de su patología.

En este contexto la psicoterapia puede ser considerada como un ritual que persigue el reencuentro del hombre con su yo prístino, yo verdadero o *puer divinus* de Jung, limpiando al sujeto de aquello que ha ido acumulando y que le impide vivir de un modo más satisfactorio. Son muy frecuentes en todas las culturas los rituales para realizar el proceso de reencuentro con el ser puro originario, como es el caso de la eucaristía en el mundo Católico.

Otros rituales persiguen más bien la destrucción o el desprendimiento de falsos mitos. Creemos que el psicodrama suma de un modo evidente los dos tipos de rituales: primero, a través de un encuentro y eliminación de los productos negativos de la psique, con

frecuencia a través de un psicodrama horizontal, quizás el más clásico, y que entre los desconocedores del psicodrama colocan a éste en exclusiva. Y, por otra parte, mediante un psicodrama vertical, la búsqueda de comprensión de los orígenes profundos de los conflictos, en periódicos buceos que aparecen a lo largo del proceso de la espiral terapéutica.

### **Idea general del desarrollo del proceso de psicodrama diádico**

Podría pensarse que el desarrollo de un psicodrama bipersonal habría de seguir un trazo lineal de modo más claro que en un tratamiento grupal. Sin embargo, es aquí, sin duda, donde de modo más claro se puede apreciar lo que hemos descrito como desarrollo espiral de la terapia.

De modo aparente las sesiones carecen de una continuidad, de una ilación que parezca dar un sentido a lo que está ocurriendo en este caminar de aquellas dos personas que transitan juntas. Sin embargo, transcurrido un tiempo del proceso, es cuando puede delimitarse en el imaginario la figura de esa espiral a la que hago referencia. Esta espiral se desarrolla no solo en un plano único, sino que sube como un cono invertido de un modo espacial. En las primeras sesiones, aunque se traten situaciones actuales, se aprecia, en sus contenidos latentes, una referencia a la sima más arcaica de la biografía del sujeto. Pero conviene mantenerse en lo que aparece como más superficial.

En las sesiones subsiguientes se elaboran progresivamente situaciones que, aun pareciendo que solo tienen una importancia en la vida inmediata del sujeto, traslucen cada vez de un modo más evidente los procesos más primitivos. Periódicamente, las sesiones aparecen como inmersiones más claras a lo más profundo. El sujeto va creciendo, madurando, y cada vez está más capacitado para bucear a mayor profundidad. De esta manera se puede definir una espiral, como la representación gráfica de la forma habitual de crecimiento a través de la terapia. En ella de modo aparente, pudiera creerse que se

está dando vueltas en círculo sobre los mismos temas conflictivos. En realidad se está desarrollando un proceso de crecimiento en el que cada uno de estos momentos de encuentro con lo más primitivo contribuye a que en lugar de cerrarse el círculo, la curva se convierta en una espiral progresivamente ascendente y expansiva.

Es lícito cuestionarse cuándo concluye nuestro viaje en esta espiral. Se podría confundir la finalización de este camino con la terminación de la terapia, pero no es así. Podemos interrumpir ésta en distintos momentos, pero es de esperar para cada uno y todos nosotros, que ese camino espiral persista a lo largo de toda la vida.

Retomo lo que acabo de señalar. La terapia se puede interrumpir en diversos momentos, de modo análogo a quien está estudiando un idioma. Hay quien le es suficiente chapurrearlo para poder entenderse con los demás en sus viajes por el extranjero, otros buscan manejar con fluidez esa lengua y lo interrumpen cuando se encuentran a un nivel que les satisface y aún hay otros más que prolongan el estudio de la lengua a lo largo de toda la vida. De esta manera cada uno va a continuar su proceso terapéutico, como camino de crecimiento personal, hasta el nivel que desea y precisa. Estamos en contra de las supuestas terapias “absolutas” ¿eso existe?

### **Algunos aspectos prácticos a tener en cuenta en el psicodrama diádico**

Considero contraindicada la utilización por parte del terapeuta con el paciente de un lenguaje profesional, técnico, que desde su estilo críptico se convierte en un lenguaje mágico para aquél, incomprensible y fuente, con frecuencia, de temores y fantasías de diversos tipos. Defiendo por ello el uso de un lenguaje coloquial, llano, siempre adecuado al del nivel y modelo cultural del otro, introduciendo los modismos propios de su grupo de pertenencia. De este modo, el terapeuta facilita el encuentro humano.

Como en el tratamiento de cualquier sistema, la psicoterapia bipersonal puede ser realizada por un psicólogo o por un psiquiatra

y, en algún caso, por un profesional perteneciente al área de otras profesiones de la salud. Por supuesto que la condición fundamental es que tenga una buena formación como psicodramatista, tanto en el área emocional como en la teoría y la técnica. Lo que quiero señalar aquí, es la necesidad de que el terapeuta sea psicodramatista o utilice cualquier otro modelo teórico, debe tener un conocimiento suficiente de psicopatología como para poder realizar un diagnóstico diferencial del que depende en algunas ocasiones la diferencia entre la vida y la muerte. No quiero parecer exagerado, pero un desliz en no saber hacer el diagnóstico diferencial entre un cuadro de origen psicológico y una depresión endógena o un síndrome psico-orgánico puede ser funesto para el paciente si sufre uno de estos cuadros y se le conduce por el camino exclusivo de la psicoterapia. Un matiz diferencial importante entre psicólogo y psiquiatra es que el segundo, en cuanto es médico, puede recetar psicofármacos y esto es a veces conveniente como coadyuvante al proceso psicoterapéutico. En el caso de que quien atiende al paciente no sea médico, convendrá que contacte con un profesional de la medicina para trabajar en equipo, si se precisa también tratamiento psicofarmacológico.

En algunas ocasiones se presenta la conveniencia de combinar psicodrama individual con otra forma de psicoterapia, como psicodrama de pareja, de familia o de grupo y, también, administración de psicofármacos que ayuden en la evolución del proceso terapéutico. Considero que hay que valorar con atención la introducción de sesiones aisladas de pareja o familia en el proceso diádico pero mi opinión es que, con el oportuno cuidado, puede ser de gran utilidad intercalar algunas sesiones de este tipo. Estas últimas suelo preferir que las realice otro profesional mientras que las de pareja barajo la conveniencia de realizarlas personalmente o recurrir a otro terapeuta.

Próximo a este tema es la demanda de los padres del paciente o de la pareja o cónyuge, de intervenir en el curso de la terapia con la petición de hablar con el terapeuta. Ante esta incidencia puedo tomar tres resoluciones:

- Negarme a ello, aduciendo que tal injerencia puede redundar en un perjuicio de la terapia en este concreto momento.
- Aceptar, si el paciente está de acuerdo, una o mas sesiones en que el familiar que lo ha demandado, exprese lo que desee en presencia del paciente, pudiendo así elaborarse el material emergente de esta incidencia.
- Aceptar, también con el permiso del paciente, una sesión con aquel o aquellos familiares, sin la presencia del sujeto en tratamiento. En este caso se tratará de los conflictos de aquellos, sin remitirse en ningún momento a los datos que haya podido aportar el paciente en su terapia.

Con respecto a la terapia grupal, somos muchos los psicodramatistas que proponemos a algunos pacientes el interés de realizar simultáneamente ambas terapias.

Cuando hablo de ayuda farmacológica me refiero a la administración de ansiolíticos, casi siempre en pequeñas dosis, como coadyuvante para disminuir un monto excesivo de ansiedad que aparece como una dificultad añadida para la terapia, pero siempre en dosis, insisto, pequeñas, para evitar que se elimine totalmente aquella y dejar al sujeto indiferente. En la mayoría de las ocasiones considero que lo oportuno es que el psicodramatista y el profesional que administra y controla la medicación, sean dos sujetos diferentes.

Con la administración de antidepresivos perseguimos disminuir o eliminar la fase depresiva endógena y poder, entonces, profundizar en un proceso psicoterapéutico que interese a los posibles aspectos “neuróticos” del paciente.

### **Psicodrama diádico vs psicodrama grupal**

El modelo de psicodrama diádico presenta ventajas y desventajas con respecto a la habitual terapia del pequeño grupo.

El inconveniente más destacado es la falta de yo auxiliares con la consecuencia, más aparente que real, de focalizar las transferencias

en el terapeuta. De hecho, aunque las transferencias no se diluyen aquí en los roles representados por los yo auxiliares como sucede en el grupo, se elaboran en las escenas donde el personaje “antagonista” aparece, sea de modo virtual, sea representado por un objeto intermediario. También hay técnicas muy útiles, como la escultura, cuya aplicación ofrece dificultades en psicodrama individual.

Otro inconveniente nace de la limitación de las matrices sociométricas a la matriz de identidad. Sin embargo, este hecho presenta también ventajas, porque esta situación fecunda el encuentro interpersonal a nivel de la suplementaridad, e intrapsíquico movilizándolo contenidos de la cadena de matrices.

Frente a la multiplicidad de experiencias que ofrece el grupo, el psicodrama bipersonal aprovecha, paradójicamente, la limitación a una relación “única” para poder crear posibilidades de vivencias profundas de modo más directo y rápido.

Por otra parte, no está presente la potente capacidad o creatividad “sanadora” del grupo exigiendo del terapeuta una mayor habilidad. Desde el punto de vista simbólico, el proceso de psicodrama bipersonal nos acerca al viaje místico que han de vivir los chamanes en su formación, los dioses y héroes de otras religiones y que aparece también retratado en la literatura. Me refiero al descenso a los infiernos y el ascenso al cielo, a la luz. Este viaje místico aparece en el trasfondo de toda evolución y crecimiento profundo de todo ser humano.



# 2

## La primera entrevista. La historia clínica

---

En éste y en el siguiente capítulo nos ocuparemos, tanto de la estructura de una sesión, como del desarrollo general del proceso terapéutico a lo largo de una serie de sesiones. Estos dos asuntos se encuentran íntimamente relacionados y para comprender cómo se desarrolla una sesión en psicodrama individual, es conveniente tener una comprensión de lo que es el desarrollo total de un tratamiento de este tipo, pero también para comprender el proceso terapéutico bipersonal conviene conocer cómo se desarrolla una sesión aparentemente aislada. Aparentemente porque como acabo de indicar aparece una relación circular en la que cada sesión marca el proceso que denominamos de espiral terapéutica y, dentro de la totalidad del tratamiento, cada sesión es un eslabón claro de una cadena, aunque pueda parecer un hecho aislado.

Por lo dicho, podría comenzar este capítulo tanto intentando describir el desarrollo general de una terapia psicodramática bipersonal, como transmitir la esencia de una sesión, o bien con un encuentro con la primera sesión del proceso terapéutico, pero prefiero hacerlo con lo que considero, si no imprescindible, sí muy conveniente, como primer contacto entre paciente y terapeuta. Se trata de la toma de datos para la realización de la historia clínica del individuo.

## La historia clínica

Algunos profesionales de la psicoterapia comienzan las sesiones directamente desde la primera entrevista. Personalmente soy partidario, quizá como parte de mi formación o deformación profesional de médico, de realizar una historia clínica el día de la primera entrevista. Se trata de un modelo influido por los modelos médicos, pero que se interesa de modo especial por aquellos datos que pueden ayudar al psicodramatista en el futuro desarrollo de la terapia y que sirva de referente ante dudas surgidas a lo largo de aquella.

También hay que destacar que la historia clínica se constituye en la depositaria de un primer acto terapéutico. Dependiendo de la actitud del profesional, del modo de manejar la relación, de realizar las preguntas y, al final, de la devolución que hace y cómo la hace, no solo se abre el camino para una buena relación terapéutica sino que en muchas ocasiones, el sujeto ha podido clarificar ya aspectos de lo que le sucede.

Comenzando con la toma de una historia clínica se logran diversos fines:

- Disponer de un espacio para un primer encuentro en el que el terapeuta tiene conciencia de los fenómenos transferenciales y télicos que se presentan en cada caso particular.
- Es el espacio en el que, en relación con lo dicho en el punto anterior, queda construida la estructura sociométrica de la diada.
- El paciente tiene un espacio para conocer y valorar al profesional en el cual va a depositar, o no, su confianza como coadyuvante en su tratamiento.
- Y, por supuesto, tomar una serie de datos que van a ayudar primero, al terapeuta a tener una visión bastante extensa y profunda de lo que le ocurre al sujeto y así realizar un diagnóstico dinámico y también, en algunos casos, diferencial con cuadros de origen orgánico. Y, segundo, al paciente, a revisar

sus propios contenidos de una manera global, al verse impelido a expresarlos en voz alta y ponerlos en un cierto orden.

Existen muchos modelos de historias clínicas pero en todos ellos deben aparecer, al menos, las tres preguntas hipocráticas: ¿qué le ocurre?, ¿desde cuándo? Y ¿a qué lo atribuye?, antecedentes familiares y personales, datos sobre posibles adicciones, vida de relación incluida la sexualidad, y expectativas depositadas en la terapia. Paso a continuación a transcribir mi propio modelo de historia clínica con la aclaración de que no siempre la llevo a la práctica de un modo completo y absoluto.

Veamos este modelo y, a continuación, comentaré los puntos de interés o que puedan prestarse a duda.

## **Nuestro modelo de historia clínica**

### ***(Pacientes individuales)***

Nombre y apellidos.

Fecha de nacimiento, estado civil, profesión, ocupación

Dirección: ciudad, código, calle o plaza, nº piso...

Teléfonos:

e – mail:

Fecha de la primera entrevista.

### ***1. Remitente***

### ***2. Enfermedad actual***

- Relato libre. Perfilar las 3 preguntas hipocráticas: Qué le ocurre, desde cuando y a que lo achaca.
- Qué datos recoger y cómo perfilarlos.
- Modo de solicitarlos. Importancia de las fechas. Correlaciones temporales.
- Lo no verbal.
- Perfilar la situación actual.

### **3. Antecedentes**

#### *3.1. Familiares*

- La familia de origen:  
**Padres:** vivos (edad) o fallecidos (fechas, causas)  
Breve retrato de cada uno de los padres.  
Antecedentes patológicos (psíquicos y orgánicos)  
Abuelos, tíos y otros familiares.  
**Hermanos:** edades y sexos. Datos de interés.
- Relaciones en la familia:  
Entre padres.  
Paciente con los padres.  
Paciente con los hermanos.  
Rol familiar.  
Red familiar.

#### *3.2. Personales*

- Embarazo y Nacimiento.
- Desarrollo psicomotor.
- Incidencias físicas, familiares o sociales significativas.
- Escolaridad y otros estudios (actitud, rendimiento...)
- Historia psicosexual (relaciones, actividad sexual, homosexualidad, “perversiones”, etc.)
- Enfermedades de interés.
- Situación actual (con quién vive, átomo social, trabajo, sueldo, horarios, alimentación,...)
- Adicciones (tabaco, alcohol, cánnabis, cocaína, heroína, otros..)

### **4. Sueños**

### **5. Fantasías**

### **6. Autorretrato**

### **7. ¿Algo más, significativo?**

### **8. Como ha sido remitido (expectativas, etc.)**

## ***9. Que espera del profesional y como espera que actúe***

### ***10. Planteamiento del profesional***

- Hipótesis diagnóstica.
- Hipótesis dinámica relacional.
- Hipótesis del modo en que se ha establecido la relación con el paciente (tele y transferencia) (cambio de roles).
- Hipótesis de estrategias terapéuticas.

### ***11. Devolución***

- Qué, cuánto y cómo devolver.
- La devolución como 2º acto terapéutico.
- Propuesta de estrategia terapéutica:
  - Psicoterapia individual o grupal.
  - Psicoterapia pareja o familiar.
  - Farmacoterapia.
  - Otros: dieta, ejercicio, formas vida, etc.
  - Combinaciones de los anteriores.
  - Remisión a otros profesionales.
  - División de trabajo con éstos.

### ***12. Contrato terapéutico***

- Honorarios.
- Inasistencias. Falta de pagos
- Vacaciones.
- Aspectos secundarios
- Normas a seguir el paciente
- Psicoterapia
  - Modelo médico y modelo lúdico
  - El modelo del terapeuta
- Frecuencia y duración sesiones.
- Posible duración del tratamiento y contrato temporal.
- La ruptura del contrato terapéutico.
- Las consultas telefónicas y por correo electrónico (control-abuso)

### **13. Anexo**

Como anotar los datos del discurso del paciente: literal, descrito. Anotaciones personales

## **Comentarios a diversos puntos de la historia clínica**

### **1. El remitente**

Interesa saber quién remite al paciente a nuestra consulta. Puede ser un antiguo paciente, un amigo, etc. o en la actualidad, haber tomado nuestro nombre a través de Internet.

Pero lo que más suele incidir en la relación es el modo en que se le ha hablado de nosotros: los excesivos elogios, frases como “es el mejor”, “seguro que te curará”, y análogas, son casi un seguro pasaporte para el fracaso, puesto que va a implicar un nivel de exageradas expectativas en el paciente y, lamentablemente, quizás también una exigencia en el terapeuta, de adecuarse a aquellas.

### **2. Enfermedad o dificultad actual**

Comenzando con la primera pregunta:

*¿Qué le ocurre?*

Que se puede formular de varias maneras: dejamos al paciente que se explye, ayudándole con preguntas no directivas a aumentar la información si lo creemos conveniente. Casi siempre el paciente se remite también al origen de su malestar. Si no lo hace así procederemos a hacer la segunda pregunta:

*¿Desde cuando le ocurre?*

No siempre aparece un proceso lineal, inequívoco, sino que ha habido cuadros análogos al actual que han remitido y posteriormente han reaparecido en varias ocasiones. Conviene tomar nota de las fechas y aquí introducir la tercera pregunta:

*¿A qué causa ha atribuido este o estos periodos de enfermar?*

Con los datos obtenidos en esta primera aproximación al sufrimiento del paciente, disponemos de material básico para realizar una hipótesis bastante plausible de su diagnóstico, no solo como entidad nosológica, sino también del posible proceso dinámico que se oculta bajo el mismo.

Es importante dejar una libertad al sujeto, pero hay dos casos extremos que conviene tener en cuenta. El primero es el de aquella persona que habla sin parar, se extiende en multitud de datos y detalles secundarios, pierde el hilo, y nos puede desbordar con su verbosidad. Suelen ser personalidades obsesivas o enequéticas. En estos casos, hay que saber cortar y reconducir el discurso procurando no herir la sensibilidad del paciente. En el caso de la persona silenciosa suele dar resultado reafirmarla, contenerla en su ansiedad, e incluso bromear y estimular a la expresión de lo que le ocurre.

Durante toda la exploración se debe estar atento no solo al discurso verbal sino también a la psicomotricidad acompañante, gestos, posturas, sonrisa, llanto, etc. Y tomaremos nota de lo más relevante tanto de lo verbal como de lo no verbal.

### ***3. Antecedentes***

Interesan tanto los datos correspondientes a la familia de origen del sujeto, incluso un cierto genograma, como los datos que afectan de modo exclusivo al interesado.

#### ***3.1. Antecedentes familiares***

En el esquema de historia clínica están claros los datos que interesan. Solo creo conveniente hacer la consideración de que se requiere un “retrato” de cada uno de los padres, resaltando que no interesa tanto en la actualidad como cuando el paciente era niño y joven, que es cuando las figuras parentales dejaron una más importante huella. Obtenidos ambos retratos solicitamos de qué modo se vinculó con cada uno de ellos, qué tipo de relación circular se fue gestando desde

la infancia, cómo se relacionaban los padres entre sí y de qué modo todo ello influyó en su desarrollo personal.

Los datos correspondientes a enfermedades orgánicas, sobre todo crónicas, interesan por la posible repercusión de la misma en otros cuadros, sean psicosis o neurosis.

Conviene tomar datos de la fratría con número de hermanos, edades y sexos y relaciones entre ellos y del paciente con los mismos.

Suelo solicitar el rol que ha ocupado en la familia, que depende de la posición entre los hermanos, de la relación con las figuras parentales, la posibilidad de haber podido vivir separado cuidado por otros familiares como los abuelos, etc.

### *3.2. Antecedentes personales*

Entre ellos tomamos nota de embarazo y parto. Un embarazo dificultoso, un parto distócico, etc., pueden haber influido a través de una lesión orgánica y/o psicosomáticamente.

Del desarrollo psicomotor suele ser suficiente conocer si caminó y habló a su tiempo, si hubo retrasos o adelantos.

Separaciones prolongadas por cualquier motivo en los primeros años.

Enfermedades significativas desde el nacimiento hasta la actualidad e intervenciones quirúrgicas. Las repercusiones emocionales que pudieron tener.

Situaciones de abuso, maltrato, violencia y violaciones son otros a tener muy en cuenta.

## **4. Estudios**

A lo largo de las distintas etapas de estudiante pasamos por unas matrices de significativa importancia como es el grupo de compañeros de juego en la infancia, la panda en la adolescencia y, posteriormente, el grupo de compañeros de estudios superiores o de Forma-

ción Profesional, en los cuales puede también gestarse escenas disfuncionales que suelen incidir en etapas posteriores de la vida, por ejemplo, el “empollón”, “el solitario”, “el maltratado”, “el líder”, etc., siempre como parte de un grupo.

Así mismo interesa conocer el rendimiento académico y las causas de un rendimiento insatisfactorio o superior.

### ***5. Historia psicosexual***

Averiguaremos si está casado o tiene una pareja estable, nivel de satisfacción en la pareja, tanto de tipo emocional como sexual. Parejas anteriores. Posibles rupturas y su causa. Forma de relación habitual con el otro sexo o, en general, con las parejas hetero u homosexuales. Y, en general, todos aquellos aspectos de su vida sexual que parecieran relevantes como causa o consecuencia de su sufrimiento actual.

### ***6. Situación social actual***

Átomo social, familia, amigos, compañeros y modo de relación con ellos. Situación laboral, nivel de satisfacción en el trabajo.

### ***7. Adicciones***

Tomo nota de todas las adicciones, incluso el tabaquismo; por supuesto también niveles de ingestión alcohólica, concretando tipo de bebida y cantidades, puesto que para muchos embriagarse dos veces por semana y beber copiosamente en las comidas el resto de la semana no es alcoholismo, cuando desde nuestro punto de vista está dentro de unos límites de excesiva ingestión.

No hay que olvidar insistir en otro tipo de adicciones. Muchas personas consideran normal el uso de marihuana en cualquiera de sus formas sin tener consciencia del riesgo que implica esta droga. No digamos nada de la cocaína, heroína, LSD, drogas sintéticas etc.

## **8. Sueños y fantasías**

Al elaborar la historia clínica no suelo solicitar que se relaten sueños, lo que si sugiero es poder utilizarlos a lo largo de la terapia. Pero si el historiado tiene interés en aportar un sueño que le ha impresionado o que es reiterativo, considero útil tomar nota del mismo.

Las fantasías son interesantes, no solo en su contenido sexual, laboral, lúdico, etc., sino sobre todo poder ver si el sujeto tiende a volcarse en un mundo de fantasía más que en la realidad.

## **9. Autorretrato**

En función del tiempo disponible, podré prescindir de alguno de los apartados de la historia clínica, como pueden ser el de fantasías o sueños, pero procuro siempre solicitar el autorretrato, es decir, una semblanza de la propia personalidad, lo más extensa posible, incluyendo “virtudes y defectos”, modos de relación consigo mismo, con los demás, con el trabajo, con el ocio, etc.

Al llegar a este punto considero completada la historia clínica, pero pregunto siempre al interesado si se le ocurre algún otro dato acerca de su padecer que considere significativo para mi conocimiento. De un modo sorpresivo el sujeto señala a veces datos realmente relevantes que no habían aparecido al tomar la historia clínica.

Al finalizar la historia clínica es de esperar que tengamos datos suficientes para realizar un diagnóstico clínico y tener una visión comprensiva de la dinámica de sus conflictos. Insisto en el diagnóstico nosológico nacido de un proceso de diagnóstico diferencial para descartar entidades que no son susceptibles, de modo primordial, de psicoterapia e, incluso, en las cuales pueda estar la misma contraindicada, sea porque puede empeorar el proceso o, porque una dilación en el comienzo del tratamiento adecuado provocada por el tiempo dedicado a intentar un tratamiento psicoterapéutico, puede llevar a un agravamiento peligroso. Citemos los cuadros endógenos monopolares o bipolares que precisan un tratamiento farmacológico lo

mas inmediato posible, los síndromes psicoorgánicos, las depresiones premonitorias de una enfermedad grave como el cáncer, etc. Este diagnóstico diferencial exige un conocimiento suficiente de la psicopatología.

Creo de especial interés señalar el riesgo que implica el desconocimiento o la falta de conocimientos suficientes de psicopatología en relación con el tratamiento de síndromes depresivos. En ocasiones he escuchado alguna comunicación o he leído en alguna revista o libro profesional que el autor comenta la favorable evolución del paciente en un proceso psicoterapéutico y su sorpresa cuando, de un modo para él inesperado, reaparecen agravados todos los síntomas. En algún caso, incluso relatan el suicidio del paciente. Lo interpretan como que no estaba suficientemente tratado el “núcleo melancólico”. Sin duda, estaba insuficientemente tratado, sin una medicación apropiada, puesto que parece evidente que se trataba de una depresión fásica endógena, que no se había diagnosticado oportunamente. Puede tratarse de una fase maníaca o hipomaníaca, que también exige tratamiento farmacológico.

Lo señalado en los dos párrafos anteriores no significa que no se deba tratar desde el psicodrama u otro modelo psicoterapéutico a estos sujetos, puesto que además de un cuadro endógeno, sean portadores de los más diversos conflictos psíquicos. Pero siempre estando avisado de la aparición fásica durante la cual puede resultar conveniente interrumpir la terapia o permanecer en una posición de apoyo.

Se ha debatido si el psicodramatista debe rechazar como pacientes a las personalidades histriónicas, apoyándose en que en lugar de representaciones psicodramáticas terapéuticas se muestran como esmerados actores de teatro. Si nos limitamos a esta visión superficial estamos de acuerdo con esta aseveración, pero nuestra propia posición es que, yendo un poco más allá, vamos a dramatizar esa posición histriónica. El histrionismo como síntoma a dramatizar. Se trata de una posición metadramática. El objeto del acto dramático no sería la situación que propone el sujeto sino su posición al proponerla.

Cifro la duración de una buena historia clínica en, aproximadamente, una hora. Para realizarla en este tiempo hemos pasado por alto alguno de los apartados que, apoyados en los datos anteriores, comprendemos que en algún caso pueden ser innecesarios o irrelevantes.

Unas últimas cuestiones son las relativas a cómo ha sido remitido o derivado, que nos sirve para comprender posibles expectativas fantaseadas por el paciente respecto a nuestras posibilidades de actuación. También en función de esto podemos preguntarle qué espera de nosotros, y no me refiero a la respuesta obvia de que le ayudemos a evitar su sufrimiento, sino por qué vía, si farmacológica, psicoterapéutica, etc., duración del tratamiento, etc.

### ***10. Planteamiento interno del profesional***

Como acabo de comentar, es de suponer que ya se haya llegado a una hipótesis diagnóstica y, si el cuadro se centra en una situación conflictiva, a una hipótesis de la estructura relacional de las escenas internas patológicas y de los modos relacionales inadecuados en relación con las mismas. Pero también habremos llegado a captar el modo vincular que ha comenzado a establecerse entre profesional y paciente, apoyado más en la transferencia o en el tele y, en el primer caso, el modo transferencial del sujeto. En función de todo ello, también habremos llegado a una hipótesis de las posibles vías terapéuticas que podemos sugerir al paciente.

### ***11. Devolución***

El paciente siempre espera una devolución, es decir, la opinión del profesional sobre su padecer y el tratamiento que conviene seguir.

La devolución se convierte siempre en un acto terapéutico privilegiado. El fruto que obtengamos, depende de nuestra habilidad en dar dicha devolución. Podría sugerir varias reglas básicas de la misma:

1. Pensar en lo que puede ser útil para el otro y no buscar el propio lucimiento.
2. No utilizar en lo posible diagnósticos profesionales que se convierten en nombres mágicos que significan una carga para el futuro del sujeto. Por ejemplo, en lugar de decir: “sufre una fobia”, confirmar algo que ya sabe el sujeto: tiene miedo.
3. Aportar lo que sea suficiente para que el paciente tenga un primer nivel de comprensión de las causas de su padecer, pero no tanto que le sea difícil o imposible metabolizar en aquel momento.
4. Si el sujeto se encuentra en situación de crisis, suelo darle la enhorabuena, aclarando ante su estupor que una crisis siempre significa un aviso de que estamos haciendo algo disfuncional con nuestra vida y que conviene replantearla.
5. Destacar los aspectos esperanzadores en lugar de los atemorizadores.
6. No dar falsas esperanzas sino anticipar lo que dentro de la prudencia creemos se pueda llegar a conseguir.
7. Y, como suelo añadir en listas de este tipo, hacer un cambio interno de roles, es decir, ponernos en su lugar, para llegar a lo que nosotros nos gustaría oír en tal situación.

Otro aspecto importante de la devolución es la sugerencia del tratamiento a seguir. Soy partidario acérrimo de la conveniencia, en gran parte de los casos, de los tratamientos múltiples. Quiero decir, combinar, por ejemplo, un tratamiento farmacológico y psicoterapia, dos o mas tipos de psicoterapia como individual, de grupo y familiar, normas dietéticas y de vida en general, ejercicio físico, etc.

Como ya he mencionado, la combinación de psicofármacos con la psicoterapia se muestra conveniente en muchos casos, porque un exceso de ansiedad puede dificultar la marcha del proceso terapéutico y unas pequeñas dosis de ansiolíticos en las primeras etapas de la psicoterapia aceleran la misma y la facilitan.

El trabajo en terapia individual comporta con mucha frecuencia el abordaje de los problemas de pareja o de familia. Como he apuntado cuando trataba de la propuesta terapéutica en páginas anteriores,

no rechazo la convocatoria, si el sujeto está de acuerdo, de intercalar alguna sesión de pareja y/o de familia para reanudar posteriormente la terapia individual o, incluso, seguir en principio uno de estos dos caminos. Pero no siempre es esto conveniente o necesario. De hecho, la elaboración y resolución de los conflictos de pareja en un sujeto durante el transcurso de su terapia individual, suele dar lugar a un cambio correspondiente de la pareja. Este cambio puede expresarse de tres formas: en el sentido de una mayor madurez, ajustada a la conseguida por el sujeto en terapia. Una segunda opción, de solicitud de una terapia personal con, por supuesto, otro terapeuta, y como tercera posibilidad, la ruptura de la pareja.

A mi parecer esta última opción se suele dar cuándo el vínculo que unía a la pareja era de tipo casi exclusivo transferencial y, al resolverse ésta, queda al descubierto un tele negativo, origen profundo, en el sistema, de las dificultades de pareja, que llevan a ambos componentes de la díada a considerar que lo más oportuno es la separación.

Al hablar de pareja he apuntado que, al tratar a un elemento del sistema diádico, cambia, de modo necesario, el otro elemento de la díada. Esta proposición es también válida para el sistema familiar. Al comienzo de la importante expansión de la terapia sistémica se consideraba necesario que acudieran a las sesiones todos los elementos de la familia. Posteriormente, en una postura que ya habíamos adoptado los psicodramatistas, se vio que podían tratarse los conflictos de la misma a veces, incluso, tratando a uno solo de sus elementos. No es esto lo más deseable pero, sin duda, al cambiar una pieza se modifica de modo necesario todo el engranaje. Por lo que no hay que rechazar esta opción aunque suele ser más conveniente, en caso de conflictos familiares graves de los que nuestro paciente es el P.I. (paciente identificado), sugerir algunas sesiones de familia, sea con el propio terapeuta o, en paralelo a la terapia individual, con otro terapeuta.

Una pregunta que nos hacen nuestros alumnos cuando abordamos el tema de la terapia individual, dentro de la formación general en psicodrama, es la de las motivaciones para la elección de una terapia individual en lugar de la terapia grupal. Son varias las indicaciones para una terapia bipersonal:

1. Una grave dificultad, expresada como pudor o timidez, para poder aceptar la situación grupal. Se trata de una verdadera fobia que suele convenir abordar previamente con terapia individual, sin que eso signifique no poder pasar posteriormente a un grupo.
2. Sujetos con Trastorno límite de personalidad cuya presencia en el grupo puede ser lesiva para el mismo. O que, por otra parte, se tema la posibilidad de una desestructuración del individuo.
3. Una estructura de personalidad con rasgos paranoides, que en el caso de estar en un grupo, va a tratar de centrar toda la atención sobre sí mismo, puede proyectar todos los conflictos sobre los otros miembros del grupo y mostrar unas resistencias tan importantes que lo hagan impermeable a la acción grupal.
4. Una situación que no puede descartarse es la del ejercicio de la psicoterapia en una pequeña ciudad. En ella cualquiera de sus habitantes puede encontrarse de modo frecuente o habitual con otros posibles participantes en una terapia de grupo. En terapia bipersonal va a poder explayarse sin temor a que se difundan sus intimidades.
5. Otra posibilidad es la de que, aunque tengamos grupos estructurados, la persona no sea adecuada para integrarse en tal grupo, por su edad, situación personal o cualquier otro factor.

Ante la pregunta del paciente del modelo psicoterapéutico que proponemos, si éste es el psicodrama, suele poner en un brete a muchos profesionales que intentan explicar el mismo. Creo que hay dos buenas respuestas: una de ellas es comentarles que lo verá cuando lo experimente en el proceso terapéutico y la otra es hacerle una mínima demostración en ese mismo momento.

## ***12. Contrato terapéutico***

Antes de iniciar el tratamiento, y me refiero aquí sobre todo a un proceso psicoterapéutico, conviene clarificar el contrato terapéutico: honorarios, pago de las sesiones a las que no se asista sea cual

sea la causa de la falta. En el caso de psicoterapia de grupo, normas grupales, de secreto y restitución. Es importante transmitirles el sentido beneficioso de las mismas.

Suelo añadir, en psicodrama individual, que en cada sesión permaneceré silencioso y esperaré que el interesado hable sobre lo que le ocurre o lo que desea dramatizar o elaborar, de preferencia aportando una situación o escena a ser llevada a la acción.

No siempre es posible incluir, por falta de tiempo, la devolución en la primera entrevista. En este caso se le puede transmitir en la primera sesión de psicoterapia con la ventaja incluso, de que sirve para romper el fuego ante la ansiedad de esta primera sesión.

## **Resumiendo**

La redacción de una historia clínica no se limita a la adquisición de una serie de datos formales. Su función es múltiple:

- Desde luego permite la adquisición de numerosos datos sobre el paciente que serán útiles para un conocimiento general del sujeto y para deducir el diagnóstico, hacer un diagnóstico diferencial y, en su caso, establecer una primera hipótesis plausible de la dinámica de su proceso patológico.
- Este primer contacto profesional-paciente va a establecer, a nivel inconsciente, la estructura sociométrica del sistema diádico y, desde una óptica próxima, la escena primigenia de dicho sistema. Estos hechos van a significar, como sabemos, el cimiento sobre el que se va a construir el desarrollo del proceso terapéutico y lo va a marcar en su línea significativa.
- En este primer encuentro se accede a un primer contacto con el otro que permite al terapeuta formarse no solo una primera idea del paciente, sino también contactar emocionalmente con él. Del mismo modo el paciente establece su primera vivencia sobre la personalidad del terapeuta que lo va a tratar. En este primer contacto intervienen una serie de factores “reales” y

múltiples factores productos de la fantasía, deseos, temores, prejuicios culturales, transferencia, etc.

- El terapeuta puede intentar comenzar a clarificar niveles de verbal y factores transferenciales a través de la comunicación verbal y no verbal del sujeto.
- El terapeuta debe haber podido tomar contacto con su propio modo de reaccionar ante el paciente, con afecto, recelo, temor, rechazo, sobreprotección, etc., el cual estará en relación con sus propias escenas internas.
- Además de los puntos anteriores y, sin duda fundada en ellos, el terapeuta ha de valorar la devolución pertinente al paciente. Ha obtenido los suficientes datos para estimar qué devolución dar, en qué cuantía y profundidad, teniendo siempre en cuenta la capacidad del sujeto para integrar dicha devolución.



# 3

## La primera sesión

---

### **Factores estructurales**

Si se ha llegado a un acuerdo de iniciar la psicoterapia al final de la aplicación de la historia clínica, nos encontramos en la primera sesión. Es de suponer que han quedado claras las normas básicas sobre posibles faltas de asistencia, vacaciones, horario y otros aspectos de esta índole. Si no ha sido así, es conveniente no olvidar aclararlos, ya que podría dar lugar, más adelante, a malos entendidos. Lo que sí suelo reservar para el comienzo de la primera sesión son las instrucciones de cómo se va a desarrollar ésta y las siguientes sesiones.

Conviene estructurar los aspectos externos del despacho o sala donde se desarrolle la psicoterapia. La mayoría de los profesionales utilizamos dos sillones, lo más cómodos posible, situados en ángulo recto y con una mesa baja en el hueco correspondiente al ángulo que forman los asientos. Siempre tengo pañuelos de celulosa y algún objeto intermediario, dado que sirve simultáneamente de adorno. Estos son los sillones “de hablar”. Es el espacio donde se desarrolla el primer encuentro de cada sesión, el precaldeamiento y, a veces, el caldeamiento general a través de lo que aporta el sujeto. Sea cual fuere su discurso, estos primeros momentos remiten siempre a lo

que permanece latente y surgirá un poco más adelante. Esa disposición de los muebles facilita establecer una distancia intermedia entre la social y la de intimidad (Hall), que abre la posibilidad de crear un ENCUENTRO, inevitable como estructura sociométrica primaria, dada la latencia que en esta terapia remite a la relación diádica madre-hijo.

Frente a estos sillones es importante contar con un espacio suficiente para desarrollar la dramatización. Es un espacio que se mantiene, antes de su utilización, de modo utópico y ucrónico, es decir, no es portador aún de un tiempo ni un espacio virtuales, sino que se encuentra abierto a la depositación de tiempos y espacios correspondientes a la escena dramatizada. Conviene que estén disponibles algunas sillas, cojines, en mi caso tengo también un puf cúbico de unos 40 cms. de lado, “la peana”, de múltiple utilidad tanto para la exploración del área del poder como otros muchos casos. Objetos variados en las estanterías, recuerdos de viajes, regalos, etc., pueden ser utilizados por el paciente, por su representación simbólica.

En relación a la periodicidad de las sesiones propongo habitualmente una sesión semanal de cincuenta minutos, que se interrumpe con las fiestas y vacaciones. Frente a temores expresados por algunos, estas interrupciones no suelen deteriorar el proceso. Es más, sobre todo si este proceso está ya relativamente avanzado, las interrupciones son útiles, por permitir un tiempo de reflexión sobre lo elaborado hasta entonces, un refuerzo del yo, al constatar la capacidad de vivir adecuadamente sin recurrir al apoyo semanal del terapeuta y, a través de ello, una disminución de la dependencia de aquel.

Aparece un momento en que el terapeuta piensa en la posibilidad de espaciar las sesiones a dos semanas. Es habitual que el propio sujeto, en esos mismos días, proponga lo mismo. Este hecho, achacable al co-inconsciente del sistema diádico, reasegura esta posibilidad. Algunos sujetos preguntan si podrían volver a sesiones semanales si lo precisaran. Por supuesto se deja abierta esta posibilidad, a la que rara vez se recurre. Más adelante puede ya interrumpirse el tratamiento o pasar por un periodo de sesiones mensuales.

No encuentro casi nunca la necesidad de elaborar la separación. Pienso que esto es achacable a que en un buen proceso psicodramático las depositaciones transferenciales se realizan en gran parte fuera de la figura del terapeuta, y a que, además, no se cultiva la dependencia del terapeuta ya que se persigue siempre ayudar al sujeto a encontrar por sí mismo las respuestas a sus preguntas y a sus nuevos caminos.

He experimentado en raras ocasiones con sesiones de tres horas una vez al mes, para dar opción de realizar terapia a pacientes provenientes de lugares lejanos. No es una vía de elección pero, en caso necesario, puede ser útil para no dejar abandonado a un paciente que precisa tratamiento. Por suerte, en la actualidad, suele haber buenos terapeutas en todos los puntos de España.

Algunos autores sugieren pautas muy concretas y diferenciadas para distintos tipos de pacientes. Soy contrario, en general, a este modo de actuar, ya que es la evolución de cada paciente la que va marcando la pauta más conveniente de intervención.

Sí conviene diferenciar aquí los modos de intervención según edades y algunas patologías concretas.

En el caso de los niños es factible la vía de la escuela francesa (Anzieu, D., 1979) de tratamiento mediante una pareja de terapeutas que simbolizan las figuras parentales y juegan las situaciones conflictivas de los niños ayudándose o no de juguetes u otros objetos intermediarios, para que los niños puedan encontrar vías alternativas de relación a las que se ven obligados en sus hogares. Pero, en general, soy contrario a los tratamientos centrados de modo exclusivo en los niños. En mi experiencia, con frecuencia los cambios obtenidos en las horas de terapia se neutralizan al reintegrarse el niño a su hogar, en el ambiente patógeno origen de sus dificultades. Por ello soy partidario de recomendar prácticamente siempre una terapia familiar en la cual, al modificarse el sistema, se logra un cambio del niño como parte del mismo. En todo caso, en aquellas situaciones en las que haya un daño psíquico grave, es muy conveniente intercalar sesiones individuales del menor.

Algunos pacientes no precisan de un proceso psicodramático profundo, o, por diversas circunstancias, no puede procederse de este modo. En tales casos, lo recomendable es recurrir a una terapia de apoyo en la que nos solemos manejar con psicodrama horizontal y el uso de rol playing pedagógico terapéutico.

Los cuadros esquizofrénicos pueden ser objeto de una terapia psicodramática, pero sin la expectativa de una “curación”, es decir, de una remisión total del cuadro, sino más bien de una adaptación psicosocial. Los cuadros descritos como esquizofrenia con una evolución favorable, suelen ser no de esquizofrenia procesual, sino de síndromes esquizo-afectivos. Y, desde luego, se exige el tratamiento farmacológico simultáneo.

Algo parecido sucede con las graves toxicomanías que deben ser tratadas en un centro adecuado y con un equipo interdisciplinario y la psicoterapia realizada en principio en el mismo lugar, aunque se puede continuar, y ello suele ser necesario, después de un periodo de adecuada desintoxicación y comienzo de la rehabilitación.

Un enfrentamiento diferente merecen los cuadros de grave situación de estrés, es decir, de agotamiento del síndrome general de adaptación de Selye. El origen del agotamiento puede ser por un exceso de trabajo, situaciones emocionales mal elaboradas y, casi siempre, una personalidad con un gran componente de autoexigencia. La psicoterapia suele ser precisa en estos casos pero siempre con una ayuda farmacológica, de modo habitual algún ansiolítico, vitaminoterapia, baja laboral o descanso general, con alejamiento de la fuente del estrés, etc.

### **Expectativas del paciente y del terapeuta sobre el tratamiento**

En relación con lo anterior, es importante contemplar las expectativas del paciente y del terapeuta. El primero puede esperar un tratamiento “mágico” que le libere de sus síntomas en un breve espacio de tiempo, sin modificar de ninguna manera sus planteamientos existenciales y sus actitudes y conductas habituales. Desea “cambiar sin cam-

biar". También, por parte del terapeuta, puede existir una posición omnipotente, creyendo que es capaz de abordar cualquier cuadro y "curar" a sus pacientes, sin límites de gravedad y diagnóstico. No es necesario decir que estos terapeutas precisan completar su formación.

### **Algunas normas previas**

Aclaro que, en cada sesión, yo voy a quedar en silencio en espera de que el interesado se exprese sobre el tema que desea charlar o elaborar dramáticamente, que puede ser un sentimiento, una escena, un conflicto, etc. Que yo no le voy a instar a continuar sobre el tema de la sesión anterior ni proponer ningún camino, puesto que *"lo que en cada sesión le puede interesar está en usted y no en mí"*.

### **Los primeros pasos**

En función del discurso del sujeto, me planteo si esperar a que se explye más ampliamente o proponer ya una dramatización. Aquí cuentan factores como el monto de ansiedad y, en este caso, puede interesar que se "desfogue" un rato hablando. La racionalización interesa cortarla con una actuación y otras posibles vías que, en cada caso, hay que valorar a nivel individual pues no hay una regla fija para ello.

En estos momentos es fácil que tengamos que debatirnos, en la mayoría de los casos, con los juegos patológicos que el paciente tiende a establecer de modo inconsciente en su relación con el terapeuta. Es decir, que no solo tendremos que abordar los problemas profundos del paciente, sino también todo aquello que éste traslada a la relación con el profesional. Consideramos que ello conforma en sí un proceso más amplio que el de la transferencia.

Cada sesión se inicia con un cierto caldeamiento general. El paciente viene de un contexto social y ha de entrar en el contexto terapéutico. Por ello, con frecuencia, inicio la sesión con una breve

charla sobre temas superficiales, como es el tiempo, la dificultad de aparcar, etc. Haya habido o no esta breve charla tengo la costumbre de decir un “Hola” cuyo significado es abrir la puerta al paciente al comienzo de la sesión para entrar en el contexto terapéutico. Ya he advertido, antes de iniciar el tratamiento, que después de ese “Hola” permanecería en silencio, abierto a su intervención, sea cual fuere esta. Que nunca voy a marcar el camino a seguir con indicaciones o preguntas.

A partir de aquí el terapeuta está abierto al discurso del paciente que puede consistir en:

- Silencio.
- “No sé qué decir”, “dígame usted qué hacer”, “usted es el profesional, es el que tiene que saber qué hacer...”.
- Hostilidad, agresividad en distintos grados.
- Algún tipo de seducción, intelectual, erótica, etc.
- Concreción de la tarea con postura cooperativa.
- Confusión.
- Verborrea.

Con este listado no trato de cubrir todas las posibilidades que podemos encontrar en el discurso del paciente, pero son las más frecuentes. Voy a intentar aportar algunas opciones que nos dicta la práctica en cada una de estas situaciones:

## **Silencio**

Podemos probar a mantener el silencio hasta que el sujeto lo rompa. Este silencio puede significar tanto una resistencia como la necesidad de tener un tiempo para ordenar lo que desea decir o reflexionar sobre sus contenidos. Si se prolonga mucho el silencio suele ser indicador de resistencia, en ese caso podemos recurrir a proponer alguna técnica que le facilite superarla. Podemos sugerir pasear y, de modo sorpresivo, preguntar ¿Quién es la persona que le viene en este momento a la mente? Esta persona suele ser origen

de algún tipo de conflicto, y, a partir de una ligera entrevista sobre esta persona, se conformará la escena a dramatizar.

En otras ocasiones proponemos que mire a su alrededor, se detenga y tome en sus manos cualquier objeto de la habitación, se pregunta qué significa para él, por qué lo ha elegido, etc. Y de ello suele surgir una vía para dramatizar.

En el segundo apartado nos encontramos con distintos grados de intentar establecer una relación de dependencia. Como en todos los movimientos que implican la creación de un juego patológico, de la demanda de jugar un rol complementario patológico, es importante no ceder y entrar en el mismo, lo que marcaría todo el proceso terapéutico fundado en una vinculación disfuncional. A veces es útil aplicar un cambio de roles paciente-terapeuta, aunque en ocasiones puede ser usado fácilmente para reforzar la demanda. Conviene recordar la norma establecida desde el principio de que será el sujeto quien aporte el tema sobre el cual trabajar. Pero, sin duda, es preciso tomar en consideración que, con su demanda de ser guiado, ya está expresando un aspecto importante de su modo relacional, con lo cual podemos sugerir ampliar esta demanda a otra persona de su entorno y comenzar a elaborar su petición de dependencia, su deseo de ser guiado y de evitar con ello tomar sus propias decisiones, dirigir su propia vida.

Para el terapeuta novel es fácil caer en la tentación de responder ante una postura hostil, agresiva, con su propia agresividad o defendiéndose de ella. Es decir, estableciendo un pulso de poder o tomando una postura victimista desde lo que denomino poder de abajo. En cualquier caso, estos tipos de respuesta a la agresividad del paciente establecen ya otra forma de juego patológico que va a impedir la elaboración de los conflictos y un proceso terapéutico adecuado.

Una técnica que utilizo cuando hay una referencia directa al terapeuta, es colocar una silla frente al paciente y en ella un cojín u otro objeto sin forma determinada e indicar “ese es Pablo, puedes expresarle a él todo lo que quieras, con toda libertad”. Con esta vía de utilización de un objeto intermediario, el paciente se encuentra más libre para hablarle sin trabas a un terapeuta imaginario. Si acepta la

propuesta aparecen los motivos de su hostilidad que suelen ser transferenciales de figuras actuales o parentales, lo que permite tomar conciencia de este proceso patológico, contactar con los orígenes de su agresividad y acceder a vías para una solución más adecuada.

Es algo análogo a cuando manejamos un títere que representa al terapeuta en el trabajo con esquizofrénicos. Aquel es portador de un rol, pero no es el sujeto en su integridad total.

Los intentos de seducción dentro del espacio terapéutico, es raro que sean debidos a una atracción sana de tipo erótico o admiración intelectual, suelen ser en cambio una vía de manipulación, es decir, de manejo del poder. Si el terapeuta no ha elaborado convenientemente su inseguridad profunda y, en consecuencia, su necesidad de “engordar su ego”, es posible que caiga en la tentación de seguir este juego. Aquí puede ser útil el cambio de roles, el uso del cojín como en el apartado anterior, o la propuesta de estructurar una escena en que utilice su modo de seducción en personas de su entorno habitual.

Algunos sujetos, ya desde el principio del tratamiento o al cabo de un tiempo, cuando han interiorizado y aceptado las reglas del juego, plantean desde el inicio de cada sesión aquello que desean elaborar. Aquí no hay más que ayudar a montar la escena, proceder a un caldeamiento específico y la dramatización correspondiente.

Es relativamente frecuente que el paciente, al principio o en un momento del proceso terapéutico, exprese que está confuso. Estar confundido implica que el sujeto está mezclando, fundiendo, distintas ideas, emociones, temores, necesidades, etc. Muchas veces expresa una dificultad de clarificar y separar lo que piensa, lo que siente y lo que desea. Todo se mezcla y forma un algo aglutinado, fuente de angustia por la oscuridad que provoca en el sujeto. Utilizo varias vías para ayudar a salir de la confusión. Una de ellas consiste en proponer que mire a su alrededor y escoja un objeto para cada uno de los aspectos importantes de su vida. Puede escoger las distintas áreas de convivencia de pareja, familia, trabajo, etc. o elegir objetos para representar sus sentimientos, sus deseos, sus temores, etc. Ambas posibilidades son útiles. Se le indica que coloque estos objetos en el

espacio más cerca o más lejos en función de la carga o interés en cada uno de ellos. La distribución topológica ya es un indicativo para el propio sujeto y el terapeuta, pero también lo es el contenido simbólico. A partir de la aplicación de esta técnica comienza a disolverse la confusión puesto que ha podido separar los diversos contenidos de su mundo interior, con lo que se abre el punto de partida para una dramatización.

Otra técnica que empleo se funda en el dibujo. Tomo un folio, dibujo en él un círculo lo más amplio posible y se lo entrego diciéndole “Este es su mundo interior, dibuje dentro de él todos los aspectos que lo llenan”. Una vez que ha realizado esta tarea se puede comenzar a trabajar con los distintos aspectos que ha plasmado de un modo parecido a lo que lo hacíamos con la técnica de los objetos.

Hay pacientes que nos inundan de palabras, una catarata verbosiva que puede ahogarnos en la angustia de querer tomar en consideración todo lo que dice o conducirnos al sueño si renunciamos a lo anterior. Esta forma de comunicación suele presentarse en pacientes obsesivos, que no quieren dejar de aportar ningún detalle por nimio que sea, en pacientes “histéricos”, en pacientes enequéticos y en algunos otros casos. Suelo dejarles hablar diez, quince minutos intentando captar aquellos puntos que me parecen significativos, al cabo de ese tiempo les procuro interrumpir comentando “En lo que ha dicho hasta ahora me ha parecido que había estos puntos que pueden ser interesantes o significativos para profundizar en ellos”. Es posible que sean de verdad significativos y es posible que no lo sean, pero de cualquier manera, si acepta tomar uno de estos ítems como punto de partida, podemos profundizar. Otra vía, más puramente psicodramática, es la de sugerirle que trate de expresar lo que desea comunicarnos con su cuerpo, sin utilizar la palabra. Aunque le ofrezca dificultad, suele obtenerse una cierta comunicación expresiva de los contenidos que más le importan.

En el caso de que el terapeuta proponga una dramatización fundada en el discurso del paciente, se realizará siempre en función de aquello que esté subrayado, consciente e inconscientemente, por el interés del sujeto, y procurando que transcurra de un modo suave, de

tal manera que evite el temor del paciente a una indagación demasiado incisiva en estos momentos tempranos del proceso.

Aunque el paciente sepa con antelación el modelo terapéutico que vamos a usar, es habitual que le sorprenda por la diferencia con el modelo que popularmente se achaca a la psicoterapia, muy influido por las películas y telenovelas. Es preciso reasegurar, ya en la primera dramatización, que es importante que se sienta con libertad para poder interrumpir la dramatización si así lo desea por cualquier motivo.

Aquí, como a lo largo de todo el proceso, hay que mantener la escucha atenta para intentar captar lo que late bajo el discurso manifiesto y, sobre ello, hacer una hipótesis de lo que le ocurre al paciente y una primera elección de aquella técnica que pueda ser más útil en este momento.

En función de lo que nos muestra el paciente podemos prolongar y profundizar más o menos la dramatización y, si es necesario, detenerla, pedir que haga un soliloquio o, directamente, sugerirle que exprese cómo se encuentra, siempre buscando que la primera sesión no le sea traumática.

Al finalizar la dramatización y, además del natural comentario, correspondiente o equivalente a lo que en el grupo se denomina eco grupal, siempre le pregunto cómo se ha encontrado a través de la utilización de estas técnicas, si se ha sentido cómodo o incómodo, si le parece útil para él, etc. Lo más frecuente es que comente que le ha sorprendido, que ha podido tomar contacto en muy poco tiempo con contenidos sean inconscientes o, simplemente, que había pensado pero que necesitaba clarificar y darles forma, concretándolos en palabras.

Como terapeuta valoro hasta qué punto puedo colaborar al comentario expresando, no solo mi opinión, sino también, quizá, las emociones que he podido compartir.

Tal como he descrito, el comienzo de la sesión parece que se suele desarrollar de un modo fácil pudiendo tener una relación de comprensión y sano encuentro con el paciente, e ir manejando la relación y la técnica sin mayor dificultad, pero, como apunté anterior-

mente, en una gran proporción de los casos, va a subyacer en el discurso de aquel un intento inconsciente de establecer algún tipo de juego patológico con el terapeuta. Quizás el más frecuente es el de la dependencia, sea diciendo “guíeme usted”, “de qué hablo”, “qué le cuento”, producto de modo habitual de una actitud transferencial. También puede mostrarse victimista (“me encuentro mal, angustiado, necesito que usted me ayude”, “soy torpe para esto”, “me parece que yo no tengo capacidad”. Alguno incluso exige ser dirigido “usted es el profesional y está obligado a curarme, a decirme lo que tengo que hacer para curarme” o expresiones de esta índole.

Estos últimos ya están a caballo con los que toman una posición dominante de poder, sea exigiendo que se le den respuestas y soluciones inmediatas a lo que plantean, sea atacando al profesional con dudas sobre su capacidad. Esto último lo pueden hacer de forma más sutil comentando que ya han consultado a varios profesionales y que ninguno ha sabido ayudarle, dejando en el aire la duda sobre nuestra capacidad.

Como se puede ver, todas estas intervenciones del paciente procuran establecer una relación a través de un juego patológico con el terapeuta y, como también es evidente, todas tienen que ver con manifestaciones del poder de arriba o con el poder de abajo.

Es preciso estar prevenido de estas posibilidades y evitar “entrar en el juego” puesto que ya se entablaría la relación vincular patológica estando el terapeuta inmerso en la “patología del paciente”, perdiendo la necesaria lejanía y objetividad para poder ayudar al mismo. Por supuesto si esto ocurre, sobre todo en una primera sesión, la estructura sociométrica o escena primigenia que se establece como cimiento de la relación va a marcar todo el curso de la misma que, de modo muy probable, finalizará en un fracaso terapéutico.

Cualquier actitud que tome el paciente, tanto las descritas en el párrafo anterior como cualquier otra que pueda aparecer, marcan los primeros caminos a seguir en el trabajo terapéutico. Nos aportan interesantes hipótesis diagnósticas y abren caminos a las intervenciones.

Creo que conviene prestar atención a algunos aspectos prácticos de la relación paciente-terapeuta. Me refiero al saludo, despedida, modo social de referirse el uno al otro, movilidad durante la sesión, etc.

En las primeras sesiones prefiero recibir al paciente con un saludo “social”. Posteriormente voy modulando este saludo en función del modo de relación que se ha ido estableciendo. Así pues puedo recibir al paciente estrechándole la mano o a la paciente con un beso en la mejilla. El saludo verbal puede oscilar entre un formal “buenos días, buenas tardes” a un “hola”, así como la entonación y posibles diversos gestos acompañantes.

Suelo tener en cuenta, al barajar estas posibilidades, la valoración de lo que percibo cada día en el paciente.

También la despedida oscila entre diversos modos de relación y estará influida por el curso habido en la sesión. No es raro que tras una sesión con una intensa catarsis el sujeto abrace al terapeuta. El tipo de respuesta hay que valorarlo para no caer en un juego de aproximación seductora, tanto del paciente como del terapeuta.

En psicodrama defendemos la espontaneidad en la relación, lo que conlleva una dificultad mayor que cuando la relación se limita al saludo formal estereotipado. La ventaja de éste es evitar crear cualquier tipo de fantasías a las que pueden dar lugar las formas de relación que acabo de describir.

Por otra parte, el manejo de esta amplia gama de posibles modos de relación se convierte en una vía técnica fuera de las técnicas que describiremos a utilizar durante el curso de la sesión.

Al hablar de la despedida quiero también referirme al intento de un buen número de pacientes de continuar charlando sobre la sesión, cuando ya se ha dado esta por finalizada y comienza la despedida. Es una situación en cierto modo incómoda, pues obliga a cortar al sujeto con el riesgo de herirle, pero es conveniente hacerlo, no sólo como salvaguarda del propio tiempo, sino también como vía terapéutica que ayuda al otro a tener que aceptar los límites de realidad.

## **Sobre los movimientos, gestos y distancias durante la sesión**

En el transcurso de la sesión podríamos permanecer en una postura fija todo el tiempo. Esto no sólo resultaría artificial sino que, en función del efecto sobre el paciente, provocaría en éste, según han demostrado los estudios sobre células espejo, la adopción de una postura análoga y, simultáneamente, la vivencia de una rigidez que puede resonar a exigencia.

Cruzar las piernas de una u otra manera, abriéndonos hacia el paciente o separándonos de él, aproximarnos corporalmente o alejarnos, los movimientos de manos y los gestos del rostro, todo ello debemos procurar que, sin dejar de ser espontáneos, no sea de modo absoluto casual, sino una vía de manejo no verbal de la relación en función de los beneficios terapéuticos que pueden conseguirse a través de ello.

Dentro de lo anterior quiero incluir la sonrisa, o el gesto serio e, incluso, más allá, la broma bien intencionada, nunca el humor agresivo, la utilización de un chiste que sirva para cristalizar aquello de que se está hablando, la utilización de una anécdota o de un cuento Zen o Sufí, todo ello como vía, indirecta pero en realidad de modo simbólico muy directa y profunda en la consecución de un nivel de catarsis.

Prestar atención y manejar todos los elementos referidos contribuye a orquestrar la sinfonía de los elementos instrumentales que intervienen en cada sesión.

Las actuales investigaciones en neurofisiología parecen apoyar y justificar la utilización de estas técnicas. Quiero reproducir aquí unas líneas del interesante libro de Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C., *Las neuronas espejo*, 2006: "... Esta serie de experimentos no hace sino corroborar el papel decisivo que desempeña el conocimiento motor en la comprensión del significado de las acciones ajenas. No es que tales acciones no puedan comprenderse de manera diversificada, mediante procesos intelectivos basados en una elaboración más o menos sofisticada de la información sensorial en general y de la visual en particular. Pero existe una profunda diferencia entre estas

dos modalidades de comprensión. En efecto, sólo en la primera el acontecimiento motor observado comporta una implicación en primera persona por parte del observador que le permite tener una experiencia inmediata de dicho acontecimiento, como si fuera él mismo quien lo realiza, y captar, así, plenamente su significado. La extensión y el alcance de este “como si” dependen del patrimonio motor del observador, ya sea propio del individuo ya de la especie. Diciéndolo con la brillante ocurrencia del pequeño Leo Sperber (hijo del famoso Dan): “¿Sabes, papá, por qué no quiero ser un perro? ¡Pues porque no sabría cómo mover la cola!” ...”.

### **Sobre el manejo del humor**

En el libro *El humor en psicoterapia*, (Idígoras, Á. y cols), los autores hacen una excelente revisión sobre las distintas formas de humor. Como acabo de indicar en el párrafo anterior, creo que el manejo de éste, incluso en forma de una broma o chiste, puede ayudar a desdramatizar una situación que encadenaba y dificultaba el curso de la sesión. Pero no quiero dejar de señalar, sin extenderme todo lo que ello merecería, en la distinción que hago entre humor con amor y humor como vía de poder.

Aunque he denominado este capítulo como “la primera sesión”, se hace evidente, a través de su lectura, que la mayoría de los aspectos tratados pueden hacerse extensivos a las sesiones sucesivas. Introducir esta variedad de puntos no es más que una manera de prestar atención desde el primer momento a los mismos, dado que el primer capítulo del libro va a marcar, como ya dijimos, la evolución del libro, como la primera sesión el del proceso terapéutico.

# 4

## Las sesiones siguientes

---

### **Desarrollo del proceso terapéutico.**

Propongo como base de una guía general del proceso terapéutico una serie de preguntas, algunas de las cuales no son originales, pero otras y el conjunto de ellas, sí. Las preguntas expresadas a través de una forma breve son las siguientes: **¿qué?, ¿cómo?, ¿por qué?, ¿para qué?, ¿y ahora qué? y ¿por qué no?** Cada una de estas palabras o breves frases corresponde o puede corresponder a una fase de la totalidad del proceso terapéutico individual. En una primera aproximación se puede decir:

*¿Qué?:*

Se trata de lo que el sujeto aporta como motivo de su consulta, lo que le afecta, lo que le hace sufrir.

*¿Cómo?:*

Es el cómo o de qué manera afecta este sufrimiento a su mundo interno, sus procesos intrapsíquicos y a sus relaciones externas con los otros, con las cosas, etc.

*¿Por qué?:*

Remite al origen biográfico del sufrimiento.

*¿Para qué?:*

Su respuesta nos da la clave de qué motiva consciente o inconscientemente al sujeto a continuar aferrado a sus síntomas.

*¿Y ahora qué?:*

Es lo que nos preguntan los pacientes cuando se han liberado de sus estructuras patológicas.

*¿Por qué no?:*

Sería el replanteamiento de modo profundo de una posición existencial, desprendimiento de modos relacionales, esquemas axiológicos, etc., para sumergirse en una nueva forma de vida. Está muy bien expresado en el último paso del conocido libro *El caballero de la armadura oxidada* como el salto al abismo.

Cada una de estas preguntas corresponde, de modo habitual, a una fase del proceso terapéutico y exige determinadas pautas de actuación, distintos manejos técnicos y estrategias psicodramáticas. Veamos:

*¿Qué?*

Cuando el sujeto accede a comenzar un tratamiento de psicoterapia suele venir angustiado, confuso, triste. Percibe que se encuentra mal consigo mismo y/o con los demás y desea ser ayudado para salir del sufrimiento:

a) Este sufrimiento puede tener muchos niveles, comprende todo lo que el sujeto percibe como doloroso o que afecta a su integridad física o psíquica. Temores, obsesiones, luchas internas, dificultades en la relación interpersonal, trastornos psicósomáticos, dificultades

de pareja, laborales, etc. Es decir, se trata de una demanda tácita o explícita para ayudar a ser liberado de lo que le perturba.

b) Lo que perseguimos en estas primeras sesiones, y aquí incluyo el primer encuentro, sea o no la construcción de una historia clínica, es clarificar lo que le ocurre, poniendo un cierto orden en el caos y la confusión que invade al paciente. También establecer un campo de confianza y contención que puede estar fundado en una suplementariedad que remite a la disposición diádica, o en algún caso a una relación complementaria que facilite evitar una excesiva posición regresiva y dependiente.

Es el momento, también, de ayudar al paciente a tomar contacto con que todos estos síntomas no son más que signos, la parte emergente del iceberg, que todos los síntomas están en relación con una causa última y que lo importante es trabajar con ésta.

c) En función de lo anterior la intervención irá dirigida principalmente a tranquilizar al sujeto, ayudarle a tomar conciencia de que todos los síntomas tienen un origen común y, evitar que se centre en ellos de un modo compulsivo. Puede dársele el ejemplo de una persona que tuviera neumonía y se preocupara solo de la fiebre olvidando el tratamiento de la infección subyacente, causa común de la hipertermia, el dolor costal y otros síntomas de la pulmonía.

Las dramatizaciones serán exploratorias (Martínez Bouquet, C., Moccio, F., Paulovssky, E., 1971) en las que el sujeto tenga ocasión de aclarar, como acabo de señalar, algo de su caos, poderlo expresar en voz alta, compartirlo con otro, el terapeuta, en quién deposita su confianza, comenzar a establecer un encuentro con él mismo como base de la estructura sociométrica que va a ser el cimiento del proceso terapéutico.

### ***¿Cómo?***

a) Remite a cómo influyen los síntomas en la relación del sujeto consigo mismo y con su entorno, incluido el terapeuta. Es decir, cómo o de qué manera se expresan en el día a día del sujeto, como

los interpreta, elabora, integra, lucha contra ello, etc. También incluyo aquí las interpretaciones y fantasías sobre el origen de su malestar, relación de estas con otros hechos de su vida, con ideas de culpa ética o religiosa, mitos familiares y culturales, etc.

b) En esta fase utilizaremos vías para que el sujeto vaya dándose cuenta de lo anterior. Esto aporta una comprensión tranquilizadora puesto que empieza a poder dar sentido a su sufrimiento y un principio de aproximación a que no se trata ni de algo genético (“no he nacido con esto”), ni es su culpa (“no lo he producido a conciencia”).

c) El psicodrama sigue siendo exploratorio en algunos de los actos dramáticos y en otros, demostrativo. Ejemplo de ello son la exploración del átomo familiar, átomo social (amigos, compañeros de trabajo, relaciones con el otro sexo, etc.), también técnicas a través de escenas abiertas (Cukier. 1992), etc. Un aspecto importante del trabajo terapéutico en esta fase es que el sujeto se dé cuenta de que reacciona de forma similar en distintas situaciones de su vida, pareja, familia, trabajo, ocio, etc. Con lo que va acercándose a poder tener una imagen de sus modos patológicos de sentir y actuar. Por tanto en el trabajo con el *como*, va tomando forma la fisonomía de lo que he dado en llamar el personaje, y también lo que el sujeto persigue inconscientemente viviendo desde este personaje. Al igual que la dramatización del *qué*, como también lo será la del *por qué*, persiguen hallar el significado de los hechos psíquicos, el *cómo* y el *para qué* nos desvelan el sentido oculto de los mismos.

A partir de aquí el terapeuta se puede plantear tomar dos caminos, uno que responde a la pregunta del *por qué* y otro del *para qué*. Me suelo inclinar por el segundo camino y quiero argumentar esta decisión. Ahora que el sujeto ha tomado contacto más profundo con su sufrimiento y con los primeros niveles de latencia, como los describo en otro momento de este libro, retroceder buscando un encuentro con lo que denominamos escenas primigenias puede ser causa de un sufrimiento prematuro que le provoque establecer mayores mecanismos de defensa y una mayor resistencia a la terapia.

Sin embargo, seguir el camino del *para qué* va a ayudar de modo general, a una mayor seguridad del sujeto en sí mismo, en su capacidad de contener aquello que comienza a encontrar en su mundo interno como causa de su sufrimiento y, de modo general, un refuerzo de sus potenciales.

### ***¿Para qué?***

a) Según describo en el capítulo de comprensión dinámica de los fenómenos psicopatológicos, mi hipótesis es que a partir de nuestras primeras heridas de rechazo, soledad, desolación, ausencia de amor, etc., por parte del entorno en el que crecemos, construimos unas estructuras que denomino de supervivencia y que darán lugar a lo que llamo “los personajes”, desde los que solemos ponernos en relación con el mundo y con nosotros mismos, y que corresponderían a lo que en otros lenguajes puede denominarse falso yo, ego (C. Jung), roles complementarios patológicos, etc.

El manejo desde estos personajes ha sido útil, ha permitido “sobrevivir”. Sin embargo, a partir de cierto momento de la biografía no sólo han dejado de ser adaptativos a la realidad del sujeto, sino que se convierten en una carga y causa de sufrimiento por los conflictos que crea en las nuevas relaciones y situaciones de la vida. Pero de modo inconsciente nos aferramos a mantenerlos y continuar manejándonos desde estos personajes. Solemos situar el origen de nuestro sufrimiento en el momento histórico en que, sin darnos cuenta de ello, estos mecanismos comienzan a fallar.

b) En el encuentro progresivo con los personajes desde la fase del *cómo* se va haciendo evidente que los mismos pertenecen al mundo de las relaciones de poder, del área del “poder de arriba” o del área del “poder de abajo”, por lo que se crean situaciones de contradicción y de dependencia y o dominancia, que colocan al individuo en paradojas al parecer insolubles, fuente de profunda angustia. Para superar todo lo anterior, en esta fase perseguimos ayudar al sujeto a definir lo mejor posible los personajes desde los que se mueve, diferenciarlos del verdadero yo y hacer un balance entre aquellos aspectos que pueden seguir siendo útiles y el daño que están causando.

c) Aquí recurrimos a un psicodrama de exploración horizontal, centrado en distintas escenas que remiten a cómo se mueve el sujeto desde el falso yo o personaje en las más variadas circunstancias de la vida. Suelo trabajar aquí con tales escenas y ayudar a cristalizar la diferenciación entre falso y verdadero yo en el trabajo con dos sillas enfrentadas, con todas sus posibilidades.

En las técnicas para delimitar el personaje no solo perseguiremos la definición de los perfiles individuales del mismo, sino también en qué época o en qué edad tiene la impresión de haber comenzado a construirlo, qué utilidad le surtía en su vida, el contrapeso actual entre utilidad y causa de sufrimiento, deseo/temor de prescindir del mismo, etc.

Bautizar en un momento dado al personaje permite referirse a él como a un ente separado del yo. Una técnica que utilizo mucho para profundizar en el personaje es la de trabajo con las dos sillas simbolizando con animales o cosas tanto el falso yo como el personaje. Recuerdo el caso de una paciente que, en el lugar del falso yo, se vió como una jaula con un ave dentro, que en un primer momento era un gorrión y en otro un águila, lo que simbolizaba claramente sus posiciones de poder de arriba y de abajo. En el lugar del verdadero yo, se vió como una zorra. Después de un momento de sorpresa, incluso de malestar, pudo tomar conciencia de que este animal representaba toda su capacidad de astucia y de espontaneidad para enfrentar todas las situaciones de la vida y también, comentó sonriendo, su deseo de ser un poco “zorra” frente a la rigidez moral de su familia.

A lo largo de la fase del *para qué*, nos encontraremos con la conveniencia de tomar el *por qué* como una manera de zambullirnos en el origen de lo que encontramos construido en el *para qué* y el *cómo*.

### ***¿Por qué?***

a) Esta pregunta nos remite al origen de las heridas primitivas. Heridas del alma infantil, de lo que denomino escena primigenia y diabólica, rechazo, vacío, etc. Aunque también, podemos encontrar lesiones importantes en otros momentos posteriores del desarrollo vital.

b) El encuentro, a través de una dramatización, con las situaciones que originaron las heridas, es siempre algo imaginario. Sabemos que no podemos regresar a la infancia, que las escenas que aporta el sujeto como causa de este antiguo dolor se encuentran en él de un modo actual. La memoria es engañosa, pero sí es cierto que es su verdad actual y que por tanto está actuando en él como algo cierto.

Al dramatizar estas situaciones el sujeto puede encontrarse triste, desolado o incluso romper en llanto. Aquí considero importante distinguir entre una tristeza, unas lágrimas que corresponden al dolor profundo que persiste en la psique del sujeto, de otras lágrimas debidas a una posición de victimismo. Se trata de dos situaciones que exigen de un tratamiento muy diferente y que, por supuesto, la segunda no tiene nada que ver con un encuentro veraz con el hondón del alma del sujeto.

c) Las dramatizaciones correspondientes al *por qué* son regresivas. En un grupo nos solemos ayudar de un yo auxiliar que representa la imagen materna. En la terapia diádica recurriremos a objetos que puedan simbolizar el cálido encuentro de fusión de la matriz de identidad indiferenciada. Habitualmente, se recurre a un gran cojín tierno y cálido, un peluche, etc. En primer lugar, se propone al sujeto pasar por el rol de madre de este objeto para, posteriormente, invertir los roles en un proceso de rematrización a través de la introyección actual de un rol psicodramático que sustituya o sea vicariante del rol social de la madre inadecuada.

Estos buceos en el *por qué*, ayudan a la comprensión de cómo se ha llegado a la forja de los personajes de supervivencia, y con ello, a una tranquilización de la ansiedad. Pero en algunas ocasiones dan lugar al cultivo de fantasías de sufrimiento infantil, que suelen estar deformadas por falsos recuerdos y que utiliza el sujeto para justificar su problemática actual, recurriendo una y otra vez al victimismo y a la culpabilización de su entorno infantil, en lugar de dar cara a su situación actual y al *para qué*.

Se puede uno preguntar de qué modo llegamos a esas escenas “regresivas”, es decir, el contacto con las vivencias de dolor pretérito.

A veces surge de modo natural, en el transcurso del discurso terapéutico. Otro camino aprovecha la presencia actual de una experiencia de frustración, una herida del orgullo que provoca el surgimiento de rabia, ira, protestas proyectivas, etc. La asunción de que esa rabia es una forma de rechazo y ocultación de otras emociones, ofrece poner en contacto al sujeto con aquellos sentimientos primitivos de desolación, tristeza, desvalimiento, con todo el correlato de necesidad de una ayuda que se ve ya tan imposible como lo fue en su día. Dejar al sujeto sumido en este dolor resulta ser desestructurante o, cuanto menos, inútil. Por ello el paso siguiente será introducir una dramatización en la que, jugando con el pasado y el presente, el paciente pueda integrar que esa experiencia dolorosa es una reminiscencia de un tiempo pasado y que carece de existencia real en su tiempo presente, "es un fantasma".

Pienso que estos buceos no deben interrumpir la vuelta al proceso de la fase del *para qué*.

Cuando se culmina la cristalización de las respuestas al conocimiento nítido de los personajes y su distinción del verdadero yo, se plantea si el sujeto desea desprenderse de esos personajes. Es el momento de las siguientes preguntas, *por qué no*, y *ahora qué*.

Hemos visto que en las escenas regresivas que elaboramos como una manera de encuentro con el *por qué* de la situación actual, es decir, con un supuesto origen primario de la patología, podemos dramatizar desde un intento de rematrización simbólica, como he descrito, a través de objetos intermediarios. Pero, dado que las situaciones que el sujeto "recuerda" están impregnadas por lo sucedido a lo largo de toda su biografía y, por ende, lo que nos interesa es el momento actual, podemos también seguir otro proceso terapéutico correspondiente a esta etapa del *por qué*.

Partimos de una situación atemporal en la cual entablamos un diálogo reparador entre el protagonista (niño, adulto) y su madre o quién desarrolló esta función (madre en la infancia, madre actual aún en el caso de haber fallecido). El paciente pasa por su propio rol-infantil, actual- y cambia roles con el de la madre, también con él y

él mismo. Se abre un proceso de reconstrucción, puesto que se trata de tomar contacto con aquellos aspectos con los que no había contado desde el dolor de su herida, tal como el posible sufrimiento de su madre, el amor no expresado de la misma pero muy probable, la propia posición de rechazo, es decir, la contribución a cerrar el círculo de desencuentro, etc. En este proceso es conveniente no caer en crear una fantasía que a la larga sería origen de mayor dolor, sino siempre moverse dentro de lo posible y probable.

Así pues, vemos como las dos vías terapéuticas, la horizontal y la vertical, son plenamente complementarias. La horizontal centrada en el *para qué*, nos ayuda a recolocarnos en nuestra mirada desde la actualidad hacia el futuro, abrir camino a una nueva posición existencial, basada en la desestructuración del “personaje”, abandono de esta cultura en conserva y apertura a la libertad y espontaneidad creadora.

La otra vía, la del buceo en el *por qué*, no aparece como necesaria en todos los casos pero sí en la mayoría. Cuando nos abocamos, no a la construcción posterior adaptativa, que es el comienzo de la conformación del “personaje”, sino que nos remitimos al dolor, a la herida en sí, de un problema no en el área del poder, sino en el área del amor, estamos trabajando con la problemática de la aceptación, rechazo, indiferencia, es decir, con todo lo concerniente al área del amor. Lo que hacemos con esta estrategia es, de alguna manera, evitar tratar con el problema del poder, lo cual puede ser muy positivo, porque si se cierra la herida a través de una rematrización, queda inútil, desbancada, la necesidad de la construcción del personaje.

### *¿Y ahora qué?*

- a) La vivencia que aparece detrás de esta pregunta es la de desnudez, de sentirse frágil sin la coraza del personaje, de vulnerabilidad.
- b) Tiene derecho a ser ayudado a encontrar sus potenciales reales, la fortaleza de ánimo del verdadero yo para evitar la tentación de volver a recuperar sus personajes.

- c) En esta fase recurriremos a un psicodrama reconstructivo. Entre otras técnicas podremos sugerir realizar pequeñas escenas abiertas de su vida habitual, contrastando su actuar y sentir en una misma escena desde el uso del personaje y sin él mismo. Otra opción es el role-playing con la misma finalidad y también diversos ejercicios corporales que ayudan a tomar contacto con las distintas posturas y actitudes corporales, desde los personajes y desde el verdadero yo.

Pese a la elaboración realizada hasta este momento con la consecución de un monto satisfactorio de bienestar, adaptabilidad, en suma un estado nuevo de mayor salud, vemos que persisten una serie de factores que influyen en la forma de vida, que condicionan y que puede ser importante tomar cuenta de ellos y ver cómo se abordan.

Me refiero a aquellos factores que trascienden la influencia que ha tenido en el proceso psicopatológico la relación directa con la familia en el sentido de la relación paterno-filial, la fratría, y el ámbito escolar. Hablo de lo que se encuentra mas allá, ideales y valores, que remiten a componentes culturales que corresponden a una estructura sociométrica mas amplia, como son su “pueblo”, su etnia, etc., o también pertenecientes a su aprendizaje religioso, ético y, de modo amplio, todo el campo de la interiorización de esquemas axiológicos generales. Este es el momento de poder plantear:

### ***¿Por qué no?***

- a) Hay un momento en que, como en la frase que utilizo al principio del libro, “que tu moral no te impida las buenas acciones”, es la ocasión de plantearse todos esos esquemas a los que me acabo de referir.
- b) Defiendo que para crear es preciso transgredir. Toda trasgresión implica un proceso creativo de algo nuevo, sin que esto signifique una valoración positiva-negativa de este hecho. Luego, es en esta fase donde trataremos de plantear al sujeto si desea o no dar este “salto al vacío” que es como suelen expresarlo los sujetos en terapia llegado este momento.
- c) Suele ser bastante útil en esta fase el psicodrama simbólico.

Representación de mitos familiares y sociales, pero también recurrir a mitos pertenecientes a la cultura clásica o la cultura judeo-cristiana. Sabemos que las dramatizaciones, cuando aparecen como rituales, no de confirmación de los orígenes, sino de puesta en crítica de los mitos, ayudan a disolver éstos y encontrar una mayor libertad en el planteamiento de la propia existencia.

Esta resolución implica, en mi sentir, una última disolución del ego entendido como falso yo, llevado en una última mochila de cargas inútiles para una apertura más completa a la espontaneidad y la libertad. Esta disolución está expresada de un modo dramáticamente bello, en unas páginas que me envió V., filósofo y poeta, en las que expresaba su sentir sobre este último salto. (Me permito sustituir la palabra “yo” que utiliza el autor, por la de “ego” para ajustar el texto al lenguaje utilizado en este libro:

*“La extirpación del ego”:*

*“¿Para qué nos extirpamos el ego? Para ser libres de nosotros mismos”.*

*“¿Qué hay que hacer?”*

*“Primero:*

*Ver que todos son contenidos, unos exteriores que se nos han introducido, ver cómo, a partir de esos pocos, hemos generado otros y, con esos otros, y, finalmente, hemos construido un orden universal, una explicación de la totalidad. Entonces, criticarla, destacar los fallos, la totalidad no puede ser aprisionada, no puede ser concebida a partir de un opuesto, no hay un afuera del ser aunque éste lo tomemos como la totalidad espacial del ente.*

*Segundo:*

*Identificar claramente cómo hacemos del ser un ente, el ser es un verbo.*

*Tercero:*

*El ego es un almacén de contenidos, el catálogo de esos contenidos es la memoria. Darse cuenta de que nosotros mismos nos vivi-*

*mos tanto como un contenido, como un continente, cuando no somos ninguna de las dos cosas porque somos lo que genera contenidos.*

*Cuarto:*

*El sentido lo ponemos nosotros, para poder llegar al sentido que hay en las cosas y que es independiente a nosotros. Primero hay que despojarse de cualquier sentido o significado con el que pretendemos organizar el mundo. La experiencia del nihilismo es la experiencia de nosotros mismos.*

*Quinto:*

*Considerar que solo hay ego, que no hay lo otro, que lo otro es una autoposición del ego. Empezar por el principio, por los primeros recuerdos, dudar de nosotros mismos, dudar de si eso pasaba por nosotros o si pasaba porque tenía que pasar. Premisa: no somos tan importantes, el mundo sigue aunque nosotros no estemos en él, pero no olvidar, sin nosotros el universo entero estaría mudo y no podría auto-comprenderse. En este sentido somos el instrumento que Dios utiliza para poderse sentir, para poderse conocer.*

*Sexto:*

*No somos tan importantes, quítate del objeto de tu conocer, réstale todo lo que pones en él. Ahora solo queda la nada, familiarízate con ella, posesiona su carne para tenerte a ti mismo.*

*Séptimo:*

*¿Qué es tu ego sino una urna de cristal que te separa del otro como si tú fueras la reliquia de algún otro?*

*Octavo:*

*Los egos.*

*Todo ego oculta en sí mismo, en tanto que falso, un ego verdadero que a su vez oculta otro falso y así hasta el infinito. Recorre hasta donde puedas toda la estructura de auto-ocultarte a ti mismo para permanecer cuerdo.*

*¿Qué es la cordura sino la autoimposición de un ego? En este sentido lo último que queda para experimentar el mundo y a nosotros desde dentro es enloquecer, fría y metódicamente, ¿cómo se hace eso? Es bien sencillo, cada cosa es una máscara de otra cosa, coge el bisturí del entendimiento, ponte ante el espejo y húndelo en tu rostro, quítate lo que puedas, aparecerá otro rostro, quítatelo, aparecerá otro, así será durante mucho tiempo, al fin encontrarás algo que no te puedes extirpar, es el vacío, ese es tu verdadero rostro. La locura comienza cuando se ve con claridad que la cordura es algo construido, entonces se puede empezar a deconstruirla, lo que advenga entonces, la locura, será la verdadera estructura de la razón.*

*Noveno:*

*Será entonces cuando la coraza de tu ego ya ha caído, cuando el mundo y las cosas y tus otros te herirán sin piedad, acoge tu dolor como si fuera tu dicha, porque en realidad lo es, te estas transformando, el durmiente está despertando. Empiezas a descubrir que eres soñado por un muerto al que sueñas mientras vives. Aún te queda mucho por recorrer pero estás por el buen camino.*

*Décimo:*

*Identifica tu ego, dótalo de carne, mira que es un tumor en el centro de tu cerebro, es algo negro y nauseabundo y ponzoñoso que te está enfermando. Coge el taladro, perfórate el cráneo, sin anestesia, eso le preveniría, ahora el forceps, las pinzas, agárralo, nota como se resiste, como hunde sus garras en tu cerebro para que no te lo saques, no tengas piedad, tira sin importarte el dolor, ya lo tienes, sácalo, muy bien. Ahora lo tienes delante de ti, quiere volver a tu interior, rocíalo de gasolina y quémalo, sonríe mientras lo haces. Ahora por fin eres libre.”*

Tal como he descrito en los párrafos anteriores pienso que aporto una clave general para sostener las distintas fases del proceso terapéutico. Es obvio que no siempre nos podemos ajustar a este proceder lineal ya que, como he apuntado en otro momento, la terapia sigue un modelo de espiral ascendente que, con frecuencia, obliga a volver a fases anteriores para, posteriormente, retomar el camino interrumpido.

Ante la descripción de las fases de la terapia, según el modelo que acabo de desarrollar, puede pensarse que es preciso acceder a las fases más avanzadas para que se produzca el fenómeno de la catarsis de integración.

Sí es cierto que la catarsis es cada vez más fácil según se avanza en el proceso y en la espiral terapéutica, pero también hay que advertir que, con bastante frecuencia, ya en las primeras sesiones puede aparecer el fenómeno de “iluminación”, de encenderse la bombilla como en las viñetas de los comics, que implica no tan sólo un insight racional sino ese fenómeno de recolocación de las piezas, desestructuración-estructuración, con una apertura a una mayor espontaneidad, que denominamos catarsis de integración.

La mayor parte del tiempo dedicado a un proceso terapéutico transcurre en lo referente a las dos primeras cuestiones, *qué* y *cómo*, ya que en el espacio dedicado a estos puntos van apareciendo numerosas situaciones conflictivas, dificultades concretas, etc., que van desvelándose en su dinámica a través del trabajo psicodramático. En un principio aparecen como piezas sueltas sin aparente relación entre sí, pero llega un momento en que, como en la construcción de un puzzle, comienza a verse la figura. Confluyen en un “dibujo” que toma la apariencia reveladora de lo que he dado en llamar personaje.

En relación al personaje creo importante detenerme en una situación que surge, no como un hecho patológico del paciente, sino como una patología del proceso terapéutico.

Con cierta frecuencia, si el personaje o falso yo domina o predomina sobre el verdadero yo, puede ocurrir que en la dramatización el protagonista haga un planteamiento que dirija la atención sobre el falso yo. Se trata de que, inconscientemente, el paciente desvíe su interés de su yo a su falso yo.

El sujeto ha vivido a lo largo de muchos años sus conflictos, tanto intrapsíquicos como de relación, como pertenecientes a lo que él identifica como su verdadera identidad, aunque en realidad tienen que ver con su personaje.

En función de esto, el paciente persigue recuperar su equilibrio y su capacidad de adaptación curando las heridas de su personaje, intentando lograr que vuelva a ser el que era, a aquella situación en la que se veía adaptado. Se da así la situación paradójica de que el paciente quiere enmendar lo que cree que le hace daño, sin tener conciencia de que lo que persigue le causa más daño. Pero no es sólo él, el que cae en este error, sino también con frecuencia el terapeuta. Así se establece, a veces, una cadena de dramatizaciones en la que el desarrollo de la terapia se convierte en un círculo vicioso, no sólo sin salida, sino con perjuicio del paciente.

Cuando esto ocurre la vivencia del terapeuta es de estar sumido en el desconcierto, nadando en gelatina y, a su vez, el paciente persiste en sus quejas, en sus demandas de lograr una mejoría que nunca será tal, puesto que persigue el refuerzo del falso yo, origen de sus problemas.

La persistencia en este error, puede desembocar en varios finales:

1. Lograr realmente el refuerzo del falso yo, prolongando su falsa adaptación al entorno y, simultáneamente, sumiendo al verdadero yo cada vez más, en una mayor oscuridad del inconsciente. Más pronto o más tarde se presentarán, aumentadas, las perturbaciones que causaba el personaje.
2. Un fracaso de la sesión terapéutica que no aporta, no ya una catarsis de integración, sino tampoco una comprensión de los fenómenos patológicos que sufre el sujeto. Queda abierta la herida con los consiguientes sentimientos dolorosos de angustia, tristeza, rabia, etc.
3. La entrada en un círculo vicioso que prolongue inútilmente, durante años, la terapia.
4. Un intento, por parte del terapeuta, de encontrar la salida a este bloqueo, en un buceo atinente a las heridas infantiles, en un nuevo círculo vicioso a este nivel, en una situación repetitiva que se muestra inútil al cabo del tiempo.

El hecho de centrarse en mejorar el falso yo, aparece como una falsa dramatización, como una especie de metadrama, ya que el ver-

dadero acto dramático estaría centrado en la clarificación de una distinción entre yo y personaje. El objeto último de nuestro interés, es liberar al yo de los sufrimientos que le causa el personaje.

La verdadera solución está en la toma de contacto de la presencia del falso yo y su posterior disolución o, al menos, disminución de su predominancia.

#### EJEMPLO:

En un grupo terapéutico en el que actúo como observador, una paciente surge como emergente expresando su dificultad en “dar y recibir”, que era el tema que predominaba en el discurso grupal.

El terapeuta se centra en este hecho, utilizando como técnica la actuación de un par de yoes auxiliares en las posiciones de “dar” y “recibir”, otro como “impotencia” y aún otro más, cómo “tristeza”. Todos ellos eran factores que habían surgido al caldear a la protagonista.

La dramatización se centra en la relación de “dar” y “recibir”, cuyos yoes auxiliares se colocan sentados en el suelo, uno frente al otro, tomados de las manos, tirando y soltando, en una especie de suave forcejeo. La atención del terapeuta se centra en estos dos roles, intentando que lleguen a una solución o negociación.

Estos dos yoes auxiliares se emocionan, pero persiste la situación sin una solución clara.

Tanto en el eco grupal, como en el procesamiento posterior que dirijo, la protagonista y el terapeuta coinciden en que ha quedado un vacío, algo irresuelto. Varios miembros del grupo coinciden en lo mismo, aunque dicen haber conectado emocionalmente con la lucha entre los personajes de “dar” y “recibir”.

Como una de mis funciones en este grupo es, según expresión de alguien del mismo grupo, poner tiritas cuando quedan heridas, sugiero repetir el final de la dramatización y le indico a la protagonista, que califique de alguna manera esa lucha entre el “dar” y “el recibir”, que tiene claro que es una parte suya. Da varias denominaciones, coincidiendo todas en una actitud de autoexigencia, de inten-

tar darse a todo el mundo, en el fondo para recibir, pero componiendo un personaje al que dio; entre otras, las denominaciones de ayudadora y salvadora, lo que ha significado a lo largo de su vida una lucha fuente de inseguridad, insatisfacción y vivencia de fracaso. Señalándola a ella como algo diferenciado de lo que dramatizan los yoes auxiliares le pregunto: “¿y tú, quién eres? Sorprendida pero con una sonrisa de reconocimiento, responde: “soy yo misma”.

A partir de este momento reconoce claramente entre su yo, “ella misma”, y su falso yo, ese personaje que, como expresa desde aquí, creó desde niña, reforzó en la adolescencia y ha sido la fuente de sus dificultades.

Le lanzo a la protagonista una última pregunta: ¿cómo te encuentras ahora? Con el rostro iluminado responde: “libre”.

Desde aquí queda abierta la posibilidad de proseguir la terapia centrada en este reconocimiento.

### **Algunas técnicas en relación con las fases descritas**

En este capítulo describiré distintas técnicas aplicables en las fases anteriormente mencionadas, desde aquellas que corresponden a un caldeoamiento en el comienzo de cada sesión, hasta otras que cada terapeuta podrá integrar en el momento terapéutico correspondiente a cada fase.

Ajustándome a la norma indicada a seguir en el primer día de terapia, al comienzo de cada sesión permanezco silencioso en espera de que el sujeto exprese lo que desee, sea una propuesta de dramatización, sea un sentimiento, una sensación física, o cualquier propuesta, queja o demanda. Por lo general es conveniente, como vía de caldeoamiento, dejar que concrete más allá su discurso. Durante este espacio de expresión es preciso mantener una atención flotante para poder captar, a veces por la vía emocional, lo que verdaderamente es el centro de interés para el sujeto, no siempre consciente para él mismo.

Fundado en este dato que actúa como catalizador de una hipótesis, el terapeuta puede actuar proponiendo una dramatización que tenga que ver con ello o demandar al sujeto qué es lo que de verdad nos quiere transmitir y quiere actuar.

Si lo que ha aportado el paciente es una situación conflictiva suelo comenzar proponiendo una primera exploración mediante la técnica de las dos sillas. En una de ellas se sienta el “otro”, sujeto antagonista del conflicto y en la otra silla el propio sujeto, comenzando un diálogo con cambio de roles frecuentes. Esta primera exploración puede dar lugar a veces a un trabajo simbólico imaginando los personajes como animales, vegetales u objetos, o pasando a tomar contacto con el rol interno que se había transferido o proyectado en el otro y continuando el trabajo con las dos sillas pero ahora con los roles de los dos personajes internos.

Si lo que el paciente trae a colación es un sentimiento o sensación, pueden ser útiles las técnicas de concretización o de magnificación.

Otra propuesta que surge en las primeras sesiones suele ser la del abordaje de las relaciones familiares. En este caso se propone representar cada miembro de la familia con una silla u objeto. A partir de aquí, sugiero pasar por cada rol convirtiéndose en ese personaje y hablando de “si mismo” en primera persona. Desde cada rol, propongo también que diga alguna frase a cada uno de los otros miembros de la familia y, por último, que se detenga para tomar contacto con aquellos aspectos que encuentra similares el sujeto con el rol que ha asumido, lo cual permite tomar un primer contacto con roles internalizados de los miembros de la familia.

El último rol que asume es el propio, hablando y dirigiéndose a todos los demás. La distribución en el espacio de las sillas u objetos, dará un mapa topológico y proxémico de la familia internalizada, por lo que al final propongo que salga del escenario y lo contemple desde fuera. Esa observación externa, le aporta otros datos complementarios a los del resto de la exploración. Esta técnica suele dar lugar a la plasmación de dramatizaciones de conflictos del conjunto de la familia o de parte de sus miembros.

Las primeras sesiones suelen ser también el escenario de los juegos relacionales, transferenciales y proyectivos que intentan jugar de modo consciente o inconsciente, los pacientes con el terapeuta. Es conveniente comenzar a dramatizarlos para desvelarlos, puesto que esto ayuda al paciente a darse cuenta de que no solo los han trasladado al terapeuta sino que son movimientos habituales en sus relaciones externas a la terapia.

Al finalizar la dramatización de cada sesión es conveniente no olvidar el comentario, aunque sea breve.

Como apuntaba en el capítulo primero, nunca sugiero al paciente encadenar una sesión con la anterior, creo que es importante que cada sesión aporte los contenidos inmediatos del sujeto. De esta manera sí suele aparecer una continuidad, a veces por vías inesperadas, o se revelan aspectos que han quedado sin desvelar de un modo total. Pero, aunque en lo manifiesto pueda parecer que una serie de sesiones no tienen nada que ver con las anteriores, poco a poco se va descubriendo que todas forman parte de un rompecabezas que va tomando forma y adquiriendo sentido para el paciente.

Algo que se va haciendo evidente en el curso de la terapia es que todos los puntos que se dramatizan, todos los hilos de los que se tira en las distintas sesiones, conducen a un mismo núcleo. Es el núcleo central del conflicto de aquella persona. La exclamación “¡otra vez lo de hoy nos lleva a lo mismo!” es habitual en el proceso terapéutico.

Aunque puedan encontrarse similitudes entre una sesión y otra, tanto las correspondientes a un mismo individuo como a diversos sujetos, suele haber una gran variedad de desarrollos de cada sesión, en función del momento evolutivo y de otros factores a veces imponderables.

A continuación introduzco un ejemplo. Se trata de un matrimonio, Luisa y Miguel. Ella ha estado previamente y continúa en un grupo terapéutico y solicita en un momento determinado una terapia de pareja. En el transcurso de ésta aparece el interés por realizar una sesión individual de Luisa, pese a que será breve por surgir a mitad de la sesión de pareja. Transcribo aquí dicha sesión.

LO MANIFIESTO	COMENTARIOS
<p>Se trata de una sesión de terapia de pareja. Últimamente había acudido el marido a una terapia individual. Comento que creo que es un buen momento para que Miguel deje esta terapia y que Luisa haga unas sesiones en su lugar.</p> <p>La mujer acepta la propuesta, diciendo que pensaba demandarlo ella misma.</p> <p>Ruego a Miguel que salga, proponiendo a Luisa hacer una sesión en los treinta y cinco minutos que nos restan de tiempo.</p>	<p>Es evidente el alivio del marido y la necesidad de la mujer de abordar el problema que les afecta, según ella, en la relación matrimonial: la relación sexual.</p> <p>He creído conveniente aprovechar el caldeamiento de la esposa para penetrar de modo inmediato en el problema.</p>
<p>Aunque se ha manifestado la intención de trabajar sobre el tema de las relaciones sexuales, Luisa, de modo inesperado, comienza a hablar de su infancia: “yo era el ojito derecho en mi casa, siempre conseguía todo lo que quería...” “...pero en mi casa eran muy exigentes conmigo y además yo era la mayor de los hermanos...”.</p>	<p>Aunque el comentario de Luisa se amplía bastante, me he quedado con la impresión de que lo importante era el hecho de haber sido la preferida. Mi hipótesis es que éste es el punto idóneo de partida de la dramatización, pero centrándose en la exigencia sufrida.</p>
<p>Propongo comenzar a explorar con dos sillas, una frente a otra, colocando en una de ellas la exigencia y en la otra ella misma, es decir Luisa sin exigencia, y que establezcan un diálogo. Luisa decide comenzar a hablar desde ella a la exigencia. Le expresa el daño que le ha hecho, lo que ha sufrido con la exigencia que volcaron hacia ella, etc.</p>	<p>Veo evidente que la exigencia vivida es también su exigencia y la utiliza con su pareja y con otros miembros de su entorno. Me planteo un cambio de roles.</p>
<p>Al situarse Luisa como exigencia, se muestra con una fuerza excepcional hacia Luisa con todo tipo de exigencias.</p>	<p>Me parece evidente la internalización de un rol parental.</p>
<p>Antes de poder preguntarla, como era mi intención, a quién le recordaba esta actuación, exclama “¡es que esta es mi madre, soy mi madre!”.</p>	<p>Tengo la impresión de que no es consciente de que no solo está hablando como su madre, sino de que es su rol internalizado de madre.</p>
<p>Pregunto: “¿Luisa, lo que has dicho te suena también como algo tuyo?” “¿Te ves a tí misma actuando de ese modo?”.</p> <p>Con una cierta confusión y, de modo apasionado, comenta: “claro que sí, soy así con mi marido, pero también con mis hijos, en mi trabajo, con los amigos...”.</p>	<p>Ahora es evidente que es consciente de su actuación desde un rol interiorizado y que vive como si fuera su propia identidad.</p>

<p>Le sugiero volver a cambiar de silla y contemplar esa faceta suya como un personaje ajeno a su propio yo. Luisa “pero soy así desde muy pequeña” contesta. Le pregunto: “¿crees que esa eres tú misma o algo aprendido?” Con cierta duda responde: “Si, claro, creo que es algo aprendido”.</p>	<p>Parece que va cristalizando el contacto con la realidad de que está actuando desde un rol o personaje, ajeno a su verdadero yo.</p>
<p>Le pregunto “¿qué beneficios obtienes y qué perjuicios recibes de manifestarte desde ese rol o personaje?” Luisa “Pues, intento conseguir lo que quiero en cada momento”. T.: “¿y lo consigues?” Luisa: “no, la verdad es que casi siempre lo que consigo es que se enfaden conmigo”. “De niña obedeciendo a las exigencias y siendo yo exigente, mi madre me valoraba y me aceptaba mejor...”. T.: “¿y actualmente?” Luisa: “No. Claro”. T.: “¿y qué perjuicio te produce?” Luisa: “me produce conflictos con la pareja, con mis hijos y con otras personas...”. “En el trabajo, en todo”. T.: “Entonces, ¿quieres mantenerlo o desprenderte de ello?” Luisa: “Quitármelo, pero no sé cómo”.</p>	<p>El proceso que describo en lo manifiesto no es completo, es un resumen que creo suficiente para transmitir lo sucedido. Este momento en que el sujeto se plantea prescindir de un rol, desprenderse de un personaje, es un momento crucial, que produce temor y que suele ser vivido como una verdadera muerte, como la muerte de la identidad, aunque realmente es la muerte de la falsa identidad, del falso yo.</p>
<p>Luisa repite: “Quiero prescindir de esto que me hace mucho daño... pero me da miedo”. T.: “¿Qué miedo, Luisa?” En este último tramo de diálogo captando su temor, me aproximo y le pongo la mano sobre el brazo. Luisa “Sí, tengo miedo a no saber cómo actuar, cómo relacionarme, sin esta forma mía de siempre... pero también es que... T.: “¿También, qué?” Luisa: “Es que, cuando me lo imagino, me veo sola, vulnerable, que me pueden hacer daño”. T.: “quizás podemos preguntarnos cómo te pueden hacer más daño, si desde el personaje o sin él?”.</p>	<p>Aunque se aproxima el final de la sesión pienso que es importante ayudar a Luisa a darse cuenta de que puede tener mayor fortaleza en las relaciones si prescinde del personaje.</p>

Este relato de una sesión es solamente un resumen y carece, por otra parte, de la riqueza emocional de la experiencia vivida, que considero muy difícil de transmitir en esta transcripción de la sesión.

Creo que puede ser útil que haga un resumen de lo anterior en lenguaje coloquial. Con frecuencia la utilización de los términos profesionales puede confundir a aquel que se está iniciando en el tema o incluso, resultar realmente críptico, tal como denuncié en el libro *Las relaciones de poder*. Así pues, dicho de un modo sencillo, lo que propongo frente a nuestro nuevo paciente es ayudarlo a desvelar lo antes posible la diferencia entre su verdadero ser, su verdadero yo, de sus personajes.

El paso siguiente es ayudar a ver los aspectos positivos y negativos de tales personajes. Sopesar si hacen más daño que bien en la actualidad. Al llegar a este punto, el sujeto suele expresar su deseo de desprenderse de aquellos hábitos generadores de dolor, pero la pregunta legítima es ¿cómo se hace eso?

Aquí comienza una labor, a veces larga y premiosa, puesto que esto que llamo personajes, tiene multitud de facetas, de tentáculos que se introducen en los aspectos más recónditos de la vida del sujeto. Una paciente lo identificaba de modo muy acertado como un pulpo lleno de tentáculos.

Cuando al fin el sujeto se atreve a intentar desprenderse de aquella construcción falsa, surge un nuevo miedo. Siempre ha estado vestido con aquellos trajes y su contacto con el mundo ha sido a través de ellos. Desprenderse de los mismos provoca una tremenda sensación de desnudez, de vulnerabilidad, de fragilidad. No es suficiente dejarlos aquí, asegurándoles que irán descubriendo vías más espontáneas de adaptación a la realidad en esta nueva situación. Suele ser preciso usar alguna de las técnicas que describí más arriba.

Todavía es habitual que quede un tiempo de terapia necesario para cristalizar su identidad recién descubierta, fortalecerla y reafirmarse en nuevos valores tan importantes, por ejemplo, como el de la libertad.

# 5

## Algunos aspectos importantes en la aplicación de las técnicas

---

Antes de describir algunas de las técnicas que solemos utilizar en psicodrama diádico, creo conveniente contemplar tres puntos de interés en lo que se trata del desarrollo del proceso terapéutico. Estos tres ítems son: una reflexión sobre el contacto físico en psicodrama, los pasos en la aplicación de una técnica, y el psicodrama vertical versus psicodrama horizontal.

### **Sobre el contacto físico en la terapia psicodramática**

El psicodrama es uno de los escasos modelos de psicoterapia profunda en los que se introduce la opción del contacto físico.

La tercera revolución psiquiátrica que, según el profesor Ramón Sarró, fue la aparición del psicodrama creado por Moreno, introdujo numerosos factores no solo en la teoría del hombre desde un punto de vista biopsicosocial, sino también importantes novedades en la práctica de la nueva terapia. El trabajo en grupo implica de modo necesario la interacción y, por tanto, el contacto físico entre los actores del drama terapéutico. Hasta aquí, casi todos los autores que utilizan el psicodrama aceptan este hecho. La discusión y los

desacuerdos surgen sobre la posibilidad del contacto físico del terapeuta con los pacientes.

Cualquier contacto físico significa introducir la incidencia de la creación inconsciente de nuevas escenas tanto en el paciente como en el grupo, y cómo no, en el terapeuta. Se produce una modificación inevitable de las escenas internas del sujeto en función de la depositación que haga en el profesional de una u otra figura fantaseada.

Algunos profesionales, como aquellos que se inscriben en el psicodrama *lacaniano*, prefieren prescindir del contacto físico y seguir la dramatización desde una “prudente” lejanía, pero la mayoría de los psicodramatistas que podemos llamar *morenianos* no rechazamos esta posibilidad.

He comentado la influencia del contacto físico en el mundo interno de protagonistas, público y terapeuta. Este proceso es inconsciente, pero a nivel consciente la vivencia es de una invasión a través del contacto con la piel y la presión en las estructuras internas. Invasión que puede ser vivida como una irrupción impertinente en el territorio personal, o interpretada sea como un apoyo, sea como una caricia. No olvidemos aquí que la piel es el órgano intermediario entre nuestro mundo interno, nuestro cuerpo, y el mundo que nos rodea; es la frontera que nos defiende por una parte, y por otra, nos pone en contacto con esa realidad.

Dentro de los riesgos del contacto físico, quizás el más importante sea que el sujeto lo perciba como una aproximación erótica, sea deseada o rechazada, pero en ambos casos ajena en principio a lo que el terapeuta persigue como efecto terapéutico.

Desde mi experiencia, creo que se puede distinguir entre varias modalidades de contacto terapéutico:

1. Tomar al protagonista de la mano para ayudarlo a entrar en el espacio terapéutico es una forma de acompañamiento que puede interpretarse como un gesto amistoso, pero que también puede crear o cultivar una cierta dependencia. A nivel simbólico nos remite a la matriz social.

2. Tomar al protagonista por el brazo en el camino a la integración en el drama terapéutico o, dentro de éste, hasta un espacio imaginario en el que teme penetrar por el significado que se le ha dado, tiene otra carga emocional, puesto que parece remitir a la ayuda de la figura paterna y así lo suelen expresar los sujetos en el eco grupal.
3. Más íntimo es el gesto de acompañar al protagonista pasando el brazo por sus hombros, sujetando el brazo opuesto con la mano, significando con ello un abrazo aunque sea lateral. Simbólicamente remite a la matriz de identidad, es “la madre abrazando y acunando al hijo”.
4. Si el terapeuta se mantiene fuera de los límites de lo que se ha dado en llamar espacio de la intimidad (Hall, 1959), transmite o al menos quiere transmitir, que confía en los potenciales del protagonista para desarrollar la acción terapéutica sin necesidad de un apoyo más próximo. En mi sentir, simboliza el buen padre maestro que observa con satisfacción la capacidad de crecimiento del hijo o del aprendiz.

En los puntos descritos trato de plasmar mi experiencia en la diferente incidencia de cada forma de aproximación física del terapeuta al protagonista, lo cual interesa, no solo para tener un conocimiento mayor de lo que está ocurriendo en el proceso, sino para utilizar estas diferentes formas de contacto como técnicas terapéuticas en sí.

He comentado que el terapeuta tampoco está libre de la influencia del contacto físico en su propio mundo interno. Por ejemplo: puede existir en él la tendencia irresuelta de un deseo de apoyar y proteger a los que sufren, a los desvalidos, y entonces utilizar de modo excesivo ese contacto maternal al que me he referido, con lo que tiende a provocar en el sujeto el contrarol correspondiente de ansias de protección. Otro ejemplo se muestra ante el riesgo de sentirse atraído sexualmente por el o la protagonista y su contacto está más determinado por la satisfacción del propio deseo que por lo que puede ser útil para aquel. Basten estos dos ejemplos para estar atentos en el papel del terapeuta si en la utilización del contacto físico se persigue el interés del paciente o la satisfacción personal del terapeuta.

Hay contactos físicos entre el terapeuta y el paciente que pueden aparecer dentro del contexto terapéutico o ya dentro del contexto social, ejemplos de ello son el apretón de manos más o menos efusivo, un abrazo que puede surgir de modo espontáneo desde el paciente al terapeuta cuando la sesión le ha significado un cambio importante y enriquecedor, etc. Soy partidario de aceptar estos gestos espontáneos del otro pero estando atento a que nuestra respuesta no exceda de determinados límites. De nuevo mantener siempre presente lo que puede ser útil para el paciente y no para la satisfacción propia.

Otros casos son el de los contactos en la relajación. En el curso de la misma podemos tocar brazos o piernas para comprobar el grado de relajación. También si vemos que tiene dificultad en la respiración podemos tocar a nivel costal superior, lateral y abdominal para ayudar a tomar consciencia de los tres niveles de inspiración profunda. Procuero siempre advertir previamente que puede haber estos contactos y pedir permiso para ello. Esto me recuerda cuando, durante una dramatización, el protagonista racionaliza y entonces dirijo mis manos hacia su pecho diciendo “habla con el corazón”. Siempre procuro evitar el contacto de la mano con el cuerpo para no crear malos entendidos.

### **Pasos para aplicar una técnica**

En la elección y propuesta de una técnica coinciden factores racionales e intuitivos. El terapeuta, a través de su propio caldeoamiento, mantiene un estado de alerta, de apertura. En este estado es consciente de modo racional de lo que está sucediendo pero también lo percibe de un modo profundamente intuitivo, incluso sensorial. En algunas filosofías orientales esto se denomina la “posición del guerrero”. Percibe de un modo integrado de su entorno y de sí mismo todo lo que ocurre, pero nada le distrae. Ello le permite golpear de modo espontáneo en el momento oportuno. Esta misma posición es la del terapeuta si trasladamos el concepto de golpe a su intervención. Hablamos de la intervención terapéutica, sea ésta una indica-

ción verbal o una propuesta técnica. Traducir posteriormente a un mensaje racional en palabras lo acaecido implica, de modo inevitable, un empobrecimiento, ya que lo que ha vivido el terapeuta es la consecuencia de la inmersión en una totalidad que concilia su sí mismo y su entorno. Es una dimensión inasible por el plano de los límites de la expresión verbal.

Aquí podemos recurrir a la expresión de mapa y territorio, donde la experiencia vivida es el territorio y la palabra para explicarlo es el mapa. Desde aquí podemos comprender la dificultad que a veces aparece en la comunicación entre el experto y el alumno, en el primero para transmitir una explicación a la demanda del segundo del por qué de la actuación terapéutica, y en el segundo para integrar la explicación en su esquema casi siempre volcado excesivamente a lo racional.

Una técnica no se elige y aplica por pura intuición o, aún menos, para comprobar qué ocurre. Es conveniente seguir una serie de pasos que, con el tiempo, se irán automatizando y que constituyen el proceso que media entre el planteamiento de pasar a aplicar una técnica y cristalizar la propuesta.

En una obra anterior “La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia” (López Barberá, E., Población, P. 1997), hacíamos mención a este tema, planteando un símil. Cuando aprendemos a conducir un automóvil nos indican cuidadosamente la metodología correspondiente: comprobar que no hay marcha introducida, arrancar el motor, calentarlo, quitar el freno de mano, apretar el embrague, introducir la primera marcha, pisar suavemente el acelerador mientras se separa el pie del embrague... Durante los primeros tiempos del aprendizaje nos repetimos mentalmente estos pasos; con el tiempo se van automatizando, no es preciso detenerse en ellos; solo en alguna ocasión especial volvemos a considerarlo. Con la misma finalidad proponemos organizar una metodología de aplicación de las técnicas en el período de aprendizaje de la conducción de casos con técnicas activas siguiendo el siguiente esquema:

1. Valoración del momento del sistema en tratamiento.	Percepción del nivel manifiesto y del nivel latente. Captación del sistema como totalidad.
2. Decisión sobre la introducción (o no) de una técnica.	¿Es el momento oportuno? Valoración del riesgo.
3. Elección de una técnica concreta.	¿Qué se busca? Saber como actúa. A todo o parte del sistema.
4. Propuesta técnica.	Sorpresiva/Advirtiendo/Pidiendo permiso. A quién/es se propone.
5. Instrucciones o consignas.	Precisas, claras: – En lenguaje. – En momento. – En el sistema concreto.
6. Desarrollo.	Eslabonamiento y/o relación con otras técnicas. Tempo. ¿Caldeamiento?

### ***1. Valoración del momento del sistema en tratamiento***

Como base de todos los pasos posteriores es muy conveniente, si no imprescindible, que el terapeuta tenga una percepción lo más clara posible de lo que está ocurriendo en aquel momento en el sistema terapéutico. Cuando hablamos de percibir claramente nos referimos a que desde su óptica subjetiva haya podido hacer su propia construcción mental de la red relacional, de la función que cumple el síntoma en el sistema, del sistema a tratar y del sistema terapéutico en su totalidad, es decir, qué y cual es la vinculación entre estos y él mismo; o entre el paciente y él, en caso de terapia bipersonal. Captación a modo de esquema mental tridimensional de lo que está ocurriendo en el aquí-ahora. Luego tendrá que ocuparse también de la dimensión tiempo.

Pero a lo que ocurre a nivel manifiesto procurará añadir una hipótesis de lo que subyace, es decir, la red relacional en los niveles ocultos o escenas ocultas, que a veces difieren considerablemente de lo que propone el drama filmable o manifiesto. Ello no es siempre posible y desde luego cuando construimos tales hipótesis deben quedar como opciones o caminos que solo los siguientes pasos confirmarán o negarán y nunca como una guía rígida de la actuación.

A esta construcción mental general se añadirá la de cada uno de los elementos o sujetos en juego, incluyendo el propio terapeuta, que debe tomar contacto con los factores personales, sean emocionales, axiológicos, cognitivos, etc. que se están movilizandando en aquella relación.

Esta evaluación primera, que impregna al terapeuta, le muestra el mapa del territorio con el que va a desarrollar el drama terapéutico que se inicia ya aquí.

## ***2. Decisión sobre la introducción (o no) de una técnica***

Acabamos de evaluar el sistema en tratamiento y tenemos que cuestionarnos si es el momento adecuado para irrumpir en el proceso comunicacional e insertar una técnica, o es preferible esperar otra oportunidad.

Intervenir para hacer una propuesta técnica siempre va a modificar lo que está ocurriendo en ese momento y no siempre carece de riesgos. Por de pronto interrumpe el flujo natural de sucesos, la atención se centra en el terapeuta y surge una expectación ante lo que se plantea o exige, ya que de ambas maneras se vive la propuesta. Aquí comienza a crearse entre todos una nueva historia. O mejor dicho a hacerse evidente, ya que el comienzo es siempre desde el instante del encuentro e incluso desde las fantasías de las partes sobre el encuentro antes de ocurrir éste. Incidir o no en esta historia y en su desarrollo mediante el acto terapéutico significa cambiar la historia, una historia que no sabemos como se desarrollará sin la intervención del terapeuta.

Por tanto un riesgo inmediato es que interrumamos la afluencia posible de un material interesante y aún en estado latente. La técnica que sugiramos ¿va a enriquecer la producción terapéutica, o el material que está surgiendo es lo suficientemente valioso y no conviene interrumpir?

## ***3. Elección de una técnica concreta***

Si tras la evaluación general y la valoración del momento hemos decidido la conveniencia de aplicar una técnica, tenemos que elegir la más adecuada y para ello habremos de respondernos a cuatro preguntas:

- a) ¿Qué perseguimos obtener?
- b) Cómo actúa la técnica a aplicar?
- c) ¿Lo haremos a todo o parte del sistema (aquí nos referimos a sistemas más amplios que el de la terapia bipersonal)?
- d) Por fin ¿Qué técnica concreta elegimos?

- a) ¿Qué se busca?

Podemos desear explorar algún área desconocida, conocer más datos o más clara o más profundamente lo que tenemos delante, o nuestro interés está en mostrar o demostrar a los sujetos en conflicto lo que no acaban de ver; o provocar una crisis, o llegar a una situación catártica, o preparar, caldear la situación para la posterior aplicación de otra técnica. En cada caso vamos a incidir en la reconducción del drama y ésta incidencia no presupone una respuesta segura; tenemos que admitir el factor de imprevisibilidad aún cuando persigamos la línea de reconducción que hemos presupuesto y deseado.

- b) Las técnicas que barajamos. ¿Cómo actúan?

La capacidad profundamente incisiva de un doblaje bien realizado dista mucho en su acción de un doblaje superficial o de un soliloquio, que incluso puede servir para tapar la latencia emocional. Es tanto como admitir que, aunque a cada técnica se le asigne un modo de actuar, no podemos asegurarlo nunca, ya que la norma general de actuación se modificará en función de numerosas variables, de las cuales solo algunas podemos controlar. Estas variables van desde la convicción del terapeuta en la efectividad de tal técnica hasta el tono y la intensidad de voz, el momento preciso en que se interviene, hacia quién se dirige, etc.

- c) ¿Todo o parte del sistema?

No me extendiendo en este punto puesto que estamos tratando de psicodrama bipersonal.

d) Elección final de una técnica determinada.

Aún después de haber contemplado los puntos anteriores puede encontrarse el terapeuta ante varias técnicas de posible aplicación. No vacile y déjese aplicar la más sencilla; las técnicas complicadas suelen ser una alternativa de lucirse el terapeuta pero su sofisticación no suele corresponderse con su utilidad. Ya nos detendremos más en este punto pero podemos anticipar que la dramatización simple, la escultura y las técnicas fundamentales, doble, espejo, cambio de roles y soliloquio, son las más habituales. Su aplicación adecuada implica un grado de complejidad, pero un buen aprendizaje debe convertirlas en las más sencillas, útiles, frecuentes e inmediatas.

#### **4. Propuesta técnica**

Tendremos que elegir entre diversas vías y modos:

- **Sorpresivo:** casos típicos son el espejo que realizamos a un psicótico o la interpolación de resistencias, en que se procede a introducir una respuesta que conlleva un contrarrol inesperado, diferente al que esperaba el sujeto que lo recibe y que por tanto le obliga a romper el círculo reiterativo de interrelación, provocándole la necesidad de una nueva respuesta, de crear una nueva narrativa.
- **Advirtiendo:** como es el caso de un manejo topológico en el que el terapeuta avisa: “Me voy a sentar ahora al lado de sus hijos...” o con objetos intermediarios: “le voy a arrojar a ustedes este cojín, etc.”.
- **Pidiendo permiso:** Es el caso más habitual; hacer una propuesta pero solicitando la anuencia y colaboración del/de los otro/s.
- **De modo directivo que trasluce una relación de poder:** inevitablemente se creará una nueva dinámica en la estructura del sistema terapéutico, sea de dependencia o de rebeldía. Modifica la estructura jerárquica.

### **5. Instrucciones o consignas**

No nos cansaremos de repetir la necesidad de que las instrucciones o consignas que damos a los sujetos sean claras, precisas y comprensibles. Para ello debemos siempre adecuar el lenguaje al utilizado coloquialmente por los pacientes en función de su nivel cultural; también que el momento elegido sea el oportuno para que lo “pueda oír” claramente el interesado.

En muchos casos es preciso desdramatizar al dar las consignas, sobre todo cuando quién las va a recibir no tiene experiencia en las técnicas activas. En nuestra cultura, sobre todo aquellas personas estereotipadas, en que hasta lo lúdico ha perdido su carácter de tal por falta de espontaneidad, proponer dramatizar una escena familiar, realizar una escultura y no digamos desarrollar un juego simbólico de asunción de roles de animales, puede provocar unas resistencias enormes. El pudor, el sentido del ridículo, el quedar expuesto en modos de conducta inhabituales, se refleja en justificaciones como “yo no sé hacer teatro”, “no se me ocurre como hacer eso”, “soy muy mayor para jueguecitos”, etc. A veces basta con reasegurarlos, explicar claramente lo que se persigue, dar la tranquilidad de que se pueden negar, que nada será obligatorio. Pero la mejor receta es el humor, la risa. Sabemos por los etólogos que la risa es una vía de ritualización de la agresividad de los primates, incluido el homo sapiens (Lorentz, 1985). Y la inseguridad y temor que provocan las propuestas de juego desencadenan una agresividad soterrada o expresa. Bromear, reír, “vamos a hacer teatrillo”, es la vía regia para hacer fácil el camino de la aceptación de las técnicas activas.

### **6. Desarrollo**

Ya hemos hablado del caldeamiento. Es de suponer que de llegar el momento de proponer una técnica, paciente-terapeuta han seguido un proceso de warming-up general a través de la conversación, del ir entrando en materia rompiendo el hielo; a ello colabora también el proceso de dar consignas. Pero aún así es posible que haya que profundizar en el caldeamiento si tratamos, por ejemplo, de

reproducir una situación cargada de tensiones. En este caso hay que reforzar el caldeamiento específico. Se trata de disminuir resistencias, motivar, crear una mayor conexión emocional y facilitar la puesta en juego, todo ello para lograr trabajar en un nivel que pueda producir una opción de contacto con la movilización de las estructuras profundas.

Una buena técnica puede ser enlazar con otra nueva técnica sobre el caldeamiento aportado por la anterior, o utilizarla como base para intervenciones parciales más incisivas. Podemos proponer un cambio topológico y desde la reflexión que sigue continuar con un juego o una escultura. O durante un juego sugerir un cambio de roles, o tras una clara toma de conciencia del estancamiento en un modo relacional fijo, proponer un role-playing de búsqueda de alternativas, etc.

Otro punto que introducimos en este apartado es que una vez en marcha una técnica, por ejemplo la construcción de una escultura, debemos ser respetuosos con el tempo de los protagonistas, su ritmo y tiempo personal que puede diferir del nuestro. No debemos presionar sino dejar que lo lleve a cabo a su manera y con su cadencia personal.

### **Psicodrama horizontal / vertical**

Hemos dado en diferenciar con una finalidad práctica entre lo que denominamos psicodrama horizontal y psicodrama vertical. Reservamos la expresión psicodrama horizontal para aquel que se desarrolla en la actualidad de la historia del sujeto. Se mueve en el primer nivel de latencia y su dialéctica con lo manifiesto, es decir, nos movemos en los deseos y temores conscientes o preconscientes del sujeto, en cómo estos mueven su conducta, toma de conciencia de lo adecuado e inadecuado de sus actos, etc.

Cuándo utilizamos el término psicodrama vertical nos referimos a una profundización o buceo en el resto de los niveles de latencia, llegando según el caso al nivel de la matriz familiar (familia de ori-

gen) o, incluso, a nivel de lo sucedido en la matriz de identidad. Lo habitual es que en ocasiones pasemos de una a otra forma de trabajo psicodramático, como ya he descrito.

Quizás estemos explorando en el nivel horizontal y en un momento dado, al encontrar un punto del cuál interesa la comprensión profunda del origen del conflicto que se está tratando, penetramos en la historia con una profundización o buceo, volviendo luego a surgir a la superficie del psicodrama horizontal. En estos casos hablo de trabajo en lanzadera, como referencia a esta pieza del telar que va y viene creando la trama del tejido.

Creo que hay mucho que hablar sobre esas zambullidas en el pasado, sobre el trabajo con situaciones infantiles. Lo primero que hay que considerar es que lo que yo recuerdo de determinada época infantil de mi vida es algo que, de modo muy probable, es diferente de lo que viví en realidad en aquellos años. Se trata de mi propia construcción actual, es mi VERDAD actual, y, en esta construcción, han intervenido diferentes factores: las múltiples experiencias de mi trayecto vital que han ido deformando los recuerdos, quitando o agregando datos incómodos, molestos, deseados, temidos, etc.; mi deseo actual de que aquella historia se ajuste a lo que yo quiero demostrar, usar como queja en una postura victimaria, acrecentar con resentimientos o incluso buscar una utilidad para fines materiales actuales. No hay que olvidar tampoco la potente capacidad de fabulación de determinados pacientes, quizás un poco de todos nosotros. Entonces el trabajo terapéutico “con la infancia” no podemos considerar que remita a lo que fue realmente vivido en la infancia sino como situación actual del sujeto. Cuando un terapeuta afirma que trabaja con situaciones regresivas infantiles tiendo a pensar que se trata de una fantasía del propio terapeuta.

Por otra parte, estos trabajos regresivos pueden dar lugar, como se ha visto con terapia hipnótica, a esos falsos recuerdos y fabulaciones a los que me acabo de referir, llegando a provocar conflictos graves en la realidad actual, incluso a nivel judicial. No es necesario recurrir al recordar la confirmación de la investigación neurológica sobre las afirmaciones anteriores.

Un fallo que he registrado con frecuencia es la detención casi exclusiva en estas exploraciones regresivas, en los aspectos de las heridas sufridas por el niño por la intervención de los padres, sin considerar también las repuestas defensivas que han organizado los hijos frente a éstas actitudes lesivas.

Por todo lo anterior, cuando hablo de bucear a distintos niveles de latencia, me estoy refiriendo a intentar tomar contacto con las huellas mnémicas que dejaron, en la actualidad, distintos hechos de la biografía, siempre aceptando el componente de configuración y deformación sufrido en el tiempo, pero muy rico en su contenido simbólico, en lo que aquellos recuerdos más o menos falsos o verdaderos simbolizan para el paciente y están llenos de ricas cargas emocionales.

En este terreno tiene especial relevancia el trabajo corporal, ya que, sobre todo en lo que concierne a la matriz de identidad, los “recuerdos” están inscritos a nivel organísmico.

Un riesgo más de estos intentos de trabajar básicamente con la regresión a la infancia, es el llegar al abandono, al olvido, de lo que le ocurre en la actualidad al sujeto, que es lo que verdaderamente importa. Nos encontramos con muchos sujetos que han realizado años de terapia escarbando, investigando e, incluso, refocilándose, en sus experiencias infantiles y que recurren una y otra vez a ellas como un mecanismo de defensa para no enfrentar su realidad actual. Siguen hablando de “lo malos que eran papá y mamá” y no de lo inadecuadamente que están ellos comportándose en su vida. Casi siempre encontramos en estos casos una postura victimista con un claro ejercicio de lo que denomino el poder de abajo, ya que con esta postura manipulan a las personas constitutivas de su átomo social.



# 6 Técnicas

---

*“Casi todas las indicaciones técnicas psicodramáticas encierran una paradoja. Parece que te digo qué hacer pero eres tú el que lo hace o no. Si lo haces te hará más libre, si te niegas, también”.*

*“Paradoja de la consigna psicodramática, el paciente pide poder, se le da autoridad”.*

P.P.K. Aforismos

## **Ideas generales**

Desde Jacob Levi Moreno se han multiplicado las técnicas que pueden introducirse en el proceso psicodramático. A.A. Schtutzenberger describe 70 técnicas en su clásico *Introducción al psicodrama* (1970), aclarando que existen muchas más. En realidad cada profesional suele ir construyendo nuevas técnicas adecuadas al momento terapéutico grupal o individual pero es conveniente conocer las más clásicas que han mostrado su eficacia desde su creación por distintos autores.

La técnica fundamental es, desde luego, la dramatización de una situación real, imaginaria o simbólica, perteneciente al pasado, presente o futuro. Las distintas técnicas que se describen a continuación se incluyen en el proceso de la dramatización de la escena o constituyen por sí mismas verdaderas dramatizaciones.

En psicodrama individual podemos utilizar la mayoría de las técnicas nacidas del psicodrama grupal. Hay que exceptuar los juegos y los ejercicios, que exigen, desde su definición, un grupo humano más amplio que la díada para su realización. Otras técnicas como la escultura muestran una especial dificultad en el psicodrama individual pero no es imposible realizarla.

Existe un riesgo en el uso de las técnicas psicodramáticas. Son tan eficaces para desvelar tanto al propio sujeto como al terapeuta los conflictos latentes, que algunos terapeutas poco expertos las utilizan sin el suficiente detenimiento en el soporte teórico que las justifica; un soporte teórico suficientemente profundo de lo que significan estas técnicas, de la dinámica general del proceso terapéutico psicodramático y de modo concreto, del caso que tienen entre las manos.

Por otra parte, parece innecesario recordar que, más importante que las técnicas, es el proceso de escucha detenida del terapeuta. “Oír y mirar cognitiva y emocionalmente”, abierto a tomar contacto, no solo con lo manifiesto, sino también con lo latente, es más importante que el uso de las técnicas, o al menos necesario para aplicar éstas de modo adecuado.

A partir de ahora voy a describir una serie de técnicas aplicables en distintos momentos del proceso terapéutico.

La herramienta más importante en la terapia, en cualquier terapia, es la personalidad del terapeuta.

No podemos exigir una personalidad “sana” puesto que nadie goza de una salud físico-psíquica completa. Sin embargo sí consideramos deseable que quien toma la función de terapeuta haya elaborado sus dificultades personales, sus conflictos profundos, de un modo razonable, de tal manera que le permita evitar espacios ciegos

en su mirada al discurso del alma del otro, enganches en juegos patológicos nacidos de sí mismo o provocados por el otro, en un círculo que neutraliza la efectividad del proceso terapéutico.

No se trata de un conocimiento racional de la psicodinámica desde cualquier encuadre, esto que se consigue a través de la lectura de libros profesionales o de cursos teóricos, de masters que tanto proliferan en la actualidad. Se trata de algo más complejo, más íntimo, más humano: la comprensión emocional del paciente, desde la propia comprensión, es decir, ese encuentro que proclama el psicodrama y que no es posible cuando existen barreras personales en la aceptación de sí mismo y por ello también del prójimo.

Creo que vale la pena dedicar un espacio de este libro a la formación en general del terapeuta y, de modo específico, a la formación en psicodrama individual. Por ello aquí, solo quiero redundar en la necesidad de esa base firme, de ese cimiento en la formación emocional del terapeuta para que la utilización de las técnicas no se convierta en un recurso vicario a una falta de contacto y comprensión del otro, a un intento, a veces desesperado, de rellenar huecos en el proceso terapéutico, en un afán ciego de que las técnicas sembradas al azar, ayuden a resolver de modo “milagroso” una situación que se escapa a la visión del terapeuta.

No obstante lo anterior, creo que vale la pena señalar que el proceso de aprendizaje de las técnicas psicodramáticas, tanto en tratamiento individual, grupal, pareja, familia, etc., se suele realizar a través de la experiencia como paciente, de la propia terapia psicodramática, la experiencia supervisada como terapeuta y la ayuda, siempre en segundo lugar, de la lectura de las técnicas descritas en diversos textos como éste.

Para describir las técnicas de intervención en psicodrama individual las he agrupado por bloques, reconociendo la dificultad que ello conlleva, pues una técnica de caldeamiento se comporta ya como portadora de una posible catarsis de integración, las técnicas se encadenan, pueden tener distintas finalidades en función del momento del paciente...

Para la descripción de las técnicas podemos partir de distintas formas de clasificación, por ej.:

- Caldeamiento, desarrollo, finalización y eco.
- Dramatizaciones generales y técnicas fundamentales empleadas en psicodrama bipersonal.
- Psicodrama interno y psicodrama externo.
- Técnicas “reales” versus “simbólicas”.
- Utilización o no de objetos intermediarios

Al iniciarse la sesión nos encontramos con varias posibilidades:

1. El sujeto plantea el hecho concreto que quiere abordar en la sesión.
2. El sujeto habla espontáneamente relatando situaciones, en ocasiones en referencia a lo vivido durante la semana anterior, situaciones conflictivas, problemas en su pareja, en su trabajo, etc., todo ello sin concretar en que punto de este discurso se quiere detener para dramatizar.
3. Solo expresa sus emociones, sentimientos, sensaciones corporales.
4. Demanda, incluso con insistencia, que se le diga de qué hablar o qué debe tratar.
5. Permanece en silencio.
6. Comenta que no sabe de qué hablar.
7. Muestra una actitud agresiva, o quejándose de que no mejora en la terapia, manifestando su disconformidad con la metodología, ejerciendo una crítica y comparación con otras experiencias terapéuticas...
8. El sujeto busca seducir intelectual o eróticamente al terapeuta.

Estas son algunas de las opciones más habituales. Vamos a ver como se puede posicionar el terapeuta ante cada una de estas posibilidades:

1. Este planteamiento de una situación que, de modo concreto, desea abordar el sujeto, facilita el comienzo de la sesión y es

producto, en ocasiones, del acuerdo de una norma establecida entre terapeuta y paciente: traer en cada sesión una escena concreta para dramatizar. Sin embargo, a veces, la demanda concreta es trasunto de una resistencia, por ejemplo, trayendo por enésima vez algo ya elaborado en ocasiones anteriores.

2. Un relato cargado de datos puede ser expresión de la ansiedad del sujeto por sacar a colación sus experiencias, pero también ser expresión de una verbalización hipomaníaca, obsesiva o defensiva. Si se le interrumpe para demandar qué es lo más importante para él de todo lo dicho, es fácil que responda “pues no lo sé, dígamelo usted”. No podemos caer en esta “trampa” tendida inconscientemente por el sujeto. En su lugar podemos recordarle los puntos que ha tocado, volviendo a preguntar si ahora quiere destacar alguno sobre los demás. Una opción consiste en representar cada uno de los puntos, por un objeto elegido por el interesado y colocados en un lugar que él designe en el espacio escénico. A continuación se le indica que dialogue con y desde cada uno de ellos. Se trata de ayudar a desbrozar el terreno confuso del discurso del paciente.
3. En este caso, animaremos al diálogo hasta que el individuo alcance a percibir la relación de esta vivencia con sus experiencias. Se trata de abrir el diálogo interno entre emociones y experiencias, y un primer paso a su simbolización.

Otra vía es recurrir a las técnicas de concretización y / o de magnificación que describiré mas adelante.

4. Esta demanda podría ser interpretada por el terapeuta como un intento de establecer una relación de dependencia. Una opción es proponer un cambio de roles con el terapeuta. Y otra, elaborar la situación con dos sillas, colocando en una su demanda y en la otra a él mismo y estableciendo un diálogo a través de esta técnica de uso muy general. Una vía mas, es sugerirle levantarse, caminar con él y, de modo súbito, preguntarle “¿quién te viene a la mente?”. La persona que denomina, suele tener que ver con su actitud de dependencia y facilitar el material para una dramatización.

5. El silencio puede estar motivado por una resistencia, por un estado de confusión y ansiedad, porque el sujeto está reflexionando, o porque precisa de un tiempo para pasar del contexto social al contexto terapéutico, es decir, para caldearse al espacio de la sesión.

A veces es posible establecer una hipótesis sobre cuál de estas posibilidades es la que se oculta tras el silencio mediante la observación del lenguaje corporal, pero creo que lo adecuado es permitir que el sujeto disponga de un tiempo en silencio, para darle opción a clarificarse él mismo.

No soy partidario de grandes silencios, por lo que si éste se prolonga, suelo sugerir la técnica comentada en el punto anterior, de levantarse, pasear, y pedirle en un momento que traiga a colación a alguna persona, una imagen o una situación o escena que se le cruce en ese momento por la mente.

6. Lo más importante es “no entrar al juego”, no entablar una lucha de poder. Ante esta situación, con frecuencia recorro a la técnica indicada en la primera entrevista de colocar una silla frente al sujeto diciéndole que en ella se encuentra el terapeuta y dando la consigna de que le exprese: “todo lo que le quieras decir, sea lo que sea”.

Con esta propuesta lo que se consigue es que el sujeto se encuentre frente al rol y no frente a la totalidad de la persona, sobre todo si en aquella silla se coloca un objeto como un cojín para representar al terapeuta. De este modo también el profesional queda fuera de la escena como director terapéutico para dirigir un cambio de roles, expresión de un soliloquio y otras técnicas fundamentales que lleven a desvelar lo que le ocurre al sujeto con el terapeuta, casi siempre una situación transaccional.

7. Dispongamos de suficiente autocrítica para no creernos tan competentes, como está indicando el paciente.

Todas las situaciones descritas anteriormente pertenecen al inicio de la sesión y se corresponden con el caldeamiento general. A partir de cualquiera de ellas, aparecerá una escena que podremos dramatizar.

Antes de la descripción de cada una de las técnicas quiero señalar que me parece conveniente que toda sesión individual finalice, como en el caso de las sesiones grupales, con un comentario de lo vivido. Para ello animaremos al paciente a su realización tanto desde el punto de vista emocional, como cognitivo. No desdeño la posibilidad de compartir también desde las propias vivencias movilizadas durante la dramatización. Hay emociones, dependientes de los “personajes”, como son su tristeza y llanto, su alegría, su rabia, que no hacen eco en mi propio mundo emocional, lo que puedo comentar o no con el sujeto. Es diferente cuando las emociones pertenecen al mundo del verdadero yo, que sí comparto y lo suelo expresar.

Aquí se abre la puerta a la descripción de una serie de técnicas, intentando señalar su utilidad, las consignas, su desarrollo, enlace con otras técnicas, etc. a lo que procederemos a continuación.

### **Descripción de las técnicas**

En este apartado describo una abundante variedad de técnicas, algunas creadas ya por Moreno y por otros autores, otras de mi propia cosecha.

En escasas ocasiones se utiliza una sola técnica durante una sesión terapéutica, lo más frecuente es que se enlacen diversas técnicas persiguiendo en este recorrido facilitar la consecución del encuentro, comprensión, catarsis como finalidad de la sesión. Por ejemplo: el paciente se limita a expresar una sensación física, lo que da lugar a proponer la técnica de magnificación. Al sugerir que “hable” la sensación, aparece la imagen de una escena. Se propone el trabajo en escena abierta. Durante la misma introducimos las técnicas fundamentales: doblaje, cambio de roles y soliloquio. En un momento en que aparece bien delimitado el conflicto del sujeto con un personaje de su entorno, proponemos trabajar con las dos sillas, lo que puede dar lugar a elaborar la transferencia con la técnica del cojín y, posteriormente, seguir con las dos sillas pero aquí con el propio sujeto enfrente al personaje transferido a la persona de su entorno...

Como se ve a través de este ejemplo, utilizamos el encadenamiento de técnicas para ir clarificando el conflicto y profundizando en los niveles de latencia, sea con una dramatización en lo real y/o en lo simbólico.

### ***Autopresentación***

Se trata de que el paciente se de a conocer más allá de relato verbal.

Consigna: “muestre en breves escenas aspectos importantes de su biografía y de su vida actual, aquellos que considere más significativos”. Se caldea y se ayuda a montar las escenas, pequeños skeches que expresen, según el paciente lo más importante de su biografía. Con ello se evita que el sujeto reincida en “contar la película” de su vida.

En cada escena el terapeuta ayuda al paciente a montarla, pasando por los distintos personajes de la misma.

### ***Autobiografía***

Consigna: “se trata de mostrar su biografía caminando a lo largo de una pared de la sala de psicoterapia. Considere que este trayecto es el primer tercio de su vida, desde su nacimiento hasta “x años (depende de la edad de la persona). Se detiene en los momentos significativos y muestra éstos a través de una pequeña dramatización. Sigue por la siguiente pared y en la tercera finaliza el momento actual”.

### ***Exploración de la familia***

Casi siempre, al inicio de la terapia, aunque también puede surgir en otros momentos de su curso, interesa sugerir una exploración de la red familiar. De modo habitual, la familia de origen, aunque también esta técnica vale para la familia actual.

Consigna: “coloca en el espacio una silla para cada uno de los miembros de tu familia, incluido tú mismo (esto se complica cuando

son varios hermanos, en este caso suelo sugerir que solo deje a los más significativos). Coloca cada silla en el espacio de manera que sus posiciones de mayor o menor proximidad y la dirección que señala la silla, tenga que ver con lo que ocurre en la familia”.

“Como primer paso, tras colocar a tu familia mira desde fuera para que veas el conjunto y te des cuenta a quiénes has colocado más próximos o más separados y todo lo que esto significa para ti” (exploración topológica y proxémica).

Pasado este comentario “ve pasando por cada uno de los miembros de tu familia en el orden que tú elijas, siendo siempre tú el último”. Una vez en el lugar del miembro correspondiente “¿cómo te llamas?” (el nombre del miembro de la familia). “Habla de ti” (del rol). Conviene animar a una expresión lo más profunda y sincera posible desde cada rol. Al terminar de hablar desde éste, pregunto: “Al hablar en primera persona de este personaje, ¿has encontrado algo que también sea tuyo?” (investigación de los roles internalizados). Por último, “habla desde el rol, dile algo, a cada uno de los otros miembros de la familia”.

Tras pasar por todos los roles toma su propia posición para expresar sus opiniones y sentimientos hacia la familia y hacia cada uno de sus miembros.

Se puede dar por terminada aquí la aplicación de esta técnica o sugerir repetirlo construyendo la familia deseada y volver a dar los pasos anteriores.

Con esta técnica, que combina topología, proxemia y psicodrama, exploramos las relaciones familiares externas, pero también la familia interiorizada, las identificaciones, transferencias, y proyecciones.

### ***Caminar y percibir el cuerpo***

Cuando el paciente se extiende en un monólogo racionalizador, se puede recurrir a sugerir que camine en compañía del profesional y mientras lo hace ir dejándose “sentir el cuerpo”. La toma de contacto

con el peso del mismo, la mayor o menor agilidad en el caminar, la respiración, sensaciones cenestésicas, etc.; todo ello facilita de un modo casi imperceptible pero paulatino la toma de contacto con emociones y sentimientos, como la ansiedad, la tristeza, la rabia, el miedo, etc., e incluso, desvelar lo que los motiva.

Este ejercicio resulta útil también de modo simultáneo para el propio terapeuta, ya que le permite encontrar el eco que existe en él, de los movimientos anímicos del paciente.

### ***Expresar con el rostro distintos sentimientos***

Es una técnica que recomienda Rosa Cuquier (op. cit). Se impulsa al sujeto a mostrar con la cara, aunque sea forzándose artificialmente, aquellas emociones que parecen estar controladas o reprimidas de un modo patológico. Rabia, dolor, tristeza... llegan a aflorar desde su expresión mímica.

Aquí podemos añadir la movilización corporal con la misma finalidad. Cerrar los puños con fuerza, patalear, nos va a llevar a la expresión de la rabia, del enfado.

### ***Magnificación***

En algunas ocasiones el sujeto está centrado en una sensación física o en una emoción o sentimiento que no logra asociar con ninguna situación concreta. Se trata de ayudarle a encontrar esta relación que se le oculta.

Consigna: “trate de relajarse un poco y concentrarse en la sensación (o sentimiento) dominante. No trate de eliminarlo, de evitarlo, todo lo contrario, deje que crezca, acéptelo en este momento presente”.

Cuando el sujeto ha logrado dejar crecer esta sensación o sentimiento se le sugiere que marque la localización en su cuerpo con la mano, lo que ya da alguna pista del sentido de esa sensación. A continuación se le dice: “déle palabras o deje hablar a esa sensación.”

Se puede facilitar la expresión, jugando con colocar la sensación en una silla frente al sujeto. Si pese a todo no se le ocurre nada, se le sugiere “¿quiere preguntarle para qué está aquí?”.

Otra vía es hacer la visión simbólica que ya conocemos de una técnica anterior. De cualquier modo es habitual que logremos dar salida a la expresión del sentimiento presente que suele esconder alguna dificultad importante para el sujeto.

### ***Concretización***

Esta técnica es parecida a la anterior. Ante una sensación o sentimiento se sugiere al sujeto que trate de imaginar una forma física correspondiente a esa emoción o sensación. Una vez logrado esto seguiremos jugando con la forma aparecida hasta lograr la conexión con la situación que provoca estos sentimientos.

### ***Dramatización en escena abierta***

Nos referimos al hecho de dramatizar la escena aportada por el sujeto. Al carecer de yoes auxiliares se recurre a utilizar objetos, sillas, cojines u otros para simbolizar los distintos personajes de la escena o, simplemente, situar los personajes en puntos del espacio. Nos privamos de la riqueza de las aportaciones de los yoes auxiliares humanos, con su modo personal de representar los roles requeridos, pero por otra parte aumenta la riqueza de la inevitable presentación por parte del protagonista de roles y escenas internas, que permiten abordar transferencias y proyecciones y tomar contacto con aquel mundo interno con el que se relaciona consigo mismo y con el entorno.

En el curso de estas escenas pueden introducirse todas las técnicas fundamentales.

También a lo largo de la dramatización de la escena abierta, puede pensarse en la conveniencia de pasar al uso de otras técnicas y de otras escenas, que surjan al profundizar en los diversos niveles de latencia que subyace a la primera escena propuesta.

### ***Escultura individual***

Se trata de expresar corporalmente un estado de ánimo, una forma de relación con los demás, una actitud general ante determinadas situaciones, etc. Es la vía para romper una expresión racionalizada casi siempre convertida en cultura en conserva y cargada de elementos defensivos. Estos pueden ser rotos por la escultura.

Consigna: “construye con tu cuerpo, modelando en el espacio la posición de piernas, manos, brazos, etc. Puedes estar de pie, sentado en el suelo, echado, lo que desees para cristalizar lo que quieres expresar”. Como en toda escultura puede continuarse con la construcción de la escultura deseada, pasos entre esculturas, etc. (López Barberá E., Población, P. 1997)

### ***Escultura en relación con una o más personas***

A esta escultura me refería como la que connota más dificultad por no contar con yoes auxiliares.

Consigna: Tras instruirle cual es la finalidad de la escultura, se sugiere: “Toma con tu cuerpo la posición en la que formas parte de la relación con el otro. A continuación toma la del otro u otros. Imagina el conjunto”. Es discutible si el terapeuta puede tomar o no el rol de antagonista. De todos modos aquí también aplicamos las técnicas de soliloquio, cambio de roles e, incluso, espejo, este paso sí a través del terapeuta.

### ***Sesiones verbales***

En ocasiones una sesión en el curso de un proceso psicodramático se limita a la comunicación verbal. Esto está justificado cuando el sujeto precisa, debido a su ansiedad, expresar y compartir todo un conjunto de contenidos que no permiten el espacio a la dramatización. Con más frecuencia su origen se encuentra en la sesión o sesiones anteriores, en las que se han movilizado tantos contenidos nuevos para el sujeto, que necesita elaborarlos comunicando su experiencia al terapeuta. Recordemos que cualquier dramatización moviliza muchos más contenidos de los que se pueden manejar en una sola sesión terapéutica.

### ***A propósito de la expresión: ¿Te apetece?***

Con este título no me refiero a ninguna técnica. Lo que quiero señalar es la utilización, por parte de algunos terapeutas casi siempre noveles, de esta expresión ¿Te apetece? en su propuesta para proceder a dramatizar.

Parece evidente que en la mayoría de los casos no apetece una dramatización que significa un esfuerzo, una movilización y una ruptura de las resistencias al cambio. Sugiero la sustitución de esta frase por las de “¿Quieres?” o “¿Podrías...?” o “Te sugiero”... Que atienden a una respuesta del adulto y no a una demanda al “niño”, según la terminología de Berne (1966)

### ***Psicodrama interno***

Bajo esta expresión podemos describir varias técnicas. El creador del término y gran maestro en esta técnica es el psicodramatista brasileño Jose Fonseca Filho (2000). Lo que se trata con el psicodrama interno es poder dramatizar de un modo imaginario, sin acción externa. Es especialmente adecuado para aquellas personas que tengan dificultad al principio en actuar.

Vamos a mostrar tres de estas técnicas:

1. **Psicodrama interno en sentido estricto:** relajado el sujeto, se trae a colación la escena a dramatizar y se hace de modo imaginario, viviendo internamente la situación y relatando su desarrollo en voz alta. El terapeuta puede proponer cambio de roles, doblajes, soliloquio, y otras técnicas que puedan ser adecuadas.

2. **El cuento:** se trata de una técnica que he desarrollado personalmente. Consiste en una exploración a través del mundo simbólico. Consigna: “Ahora que ya está relajado le voy a sugerir que construya un cuento. Un cuento con su principio, desarrollo y final. Pero con la condición de que los personajes no sean humanos, sino que sean fantástico o simbólicos. El desarrollo puede ser fantástico, surrealista. Finalícelo cuando le parezca oportuno”.

Aunque se puede intervenir en el curso del relato del cuento con una indicación o alguna técnica fundamental, considero preferible dejarlo a la espontaneidad del sujeto. Una vez finalizado el cuento suelo preguntar cómo se encuentra, cómo ha sido la vivencia durante el cuento. A partir de aquí surgen varios caminos posibles:

- a) Que se limite a tomar conciencia de que se trata de un contenido de su inconsciente, procurando aceptarlo tal cual. Esta aceptación no significa que el trabajo realizado con el cuento no haya surtido efecto reestructurante, ya que definiendo que no siempre es necesario el paso a una traducción cognitiva de los contenidos simbólicos.
- b) Se puede sugerir la traducción por parte del sujeto del cuento, lo que le suele ser fácil.
- c) Una última opción es dramatizar el cuento, como si fuera un sueño, de modo preferible por la técnica gestáltica que describo mas adelante.

Un ejemplo: “Un dragón vuela, sintiéndose muy poderoso. Se dirige hacia una montaña en cuya ladera aparece la boca de una gran cueva, por la que penetra. El dragón se encuentra dentro de una bóveda inmensa que, de pronto, no tiene salida. Por un resquicio ve que en la cima de otro monte hay un castillo que le atrae. Se trata de un castillo de aspecto medieval, como una fortificación de guerra. El dragón intenta salir de la cueva, no encuentra salida y lo intenta echando fuego por la boca. No logra romper un hueco y queda defraudado”.

El sujeto es un joven homosexual. Ha vivido sobreprotegido por su madre y con una dificultad de acceso al diálogo con su padre. Muy inteligente y con una alta capacidad verbal que no le sirve para solucionar sus problemas. Es muy clara la relación de los símbolos con los puntos esenciales de su biografía y con su situación actual, que es encontrarse en un momento “sin salida”. La dramatización de este cuento, **sin** necesidad de traducir los símbolos, significó un punto clave en su evolución hacia su independencia de su situación en la familia. De hecho, poco después marchó a una provincia alejada en la que encontró un trabajo y dónde continúa en la actualidad.

3. Se trata de una técnica que recuerda al ensueño dirigido de Coue. Se realiza de muchas maneras, por ejemplo, después de realizar una relajación profunda se sugiere: “imagínesse dónde está en este momento, en qué espacio” una vez que lo ha señalado, se continúa. “Vaya caminando por ese espacio y ¿quién o qué se encuentra?”. Así se sugieren distintos encuentros y avatares en su caminar. En todos estos momentos es el sujeto el que da los contenidos que surte su imaginación.

Puede ocurrir que sea el propio sujeto el que de por finalizada la experiencia o sea el terapeuta quien le indique detenerse por considerar que ha aparecido suficiente material significativo. La historia resultante será comentada y “traducida” por el paciente, o dramatizada, dibujada, etc.

En ocasiones utilizo un psicodrama interno como vía de exploración diagnóstica del momento del curso de la terapia pero, sobre todo, cuando parece útil plantear su finalización o, al menos, distanciar las sesiones. Lo que persigo es conocer, de modo simbólico, ese momento.

Por ejemplo:

Ana (nombre supuesto), lleva varias sesiones relatando lo bien que se encuentra y su dificultad para aportar lo que podría considerarse conflictos importantes en su vida, puesto que tiene la sensación de haber encarado y resuelto todo aquello que más le perturbaba. Le propongo relajarse ligeramente y le doy la siguiente consigna: “estás en el campo, ¿cómo es?”

A: “Es un campo muy bonito, se ven unas montañas nevadas, hay rocas, árboles y un sendero”.

T: “¿Qué haces?”.

A: “Me siento en la piedra que es cómoda, los árboles me dan sombra y la nieve de las montañas me refresca. Al cabo de un momento comienzo a caminar por el sendero”.

T: “Al final del mismo hay un punto que se va acercando, ¿qué o quién es?”.

A: Sonríe, “Es M. (su pareja), se acerca corriendo y nos abrazamos y besamos”.

T: “¿Qué pasa después?”.

A: “Seguimos caminando”.

T: “¿A dónde vais?”

A: “No tenemos una meta fija. Vamos viviendo el momento”.

Parece evidente que no fue precisa una interpretación de los contenidos de éste interesante psicodrama interno. La adaptación al entorno, la relación de afecto y la posición existencial en su camino vital parecen mostrar, de un modo obvio, una posición espontánea y adaptativa.

### ***Viaje al futuro***

Es una técnica para desvelar, plasmándola en la fantasía del devenir en el futuro, los contenidos latentes que existen en el momento actual. Es útil sobretodo cuando el sujeto esta hablando de su futuro sin tomar conciencia de que se está refiriendo a sus contenidos actuales.

La consigna, que puede ser expresada con humor, es de este estilo: “Tenemos aquí una máquina del tiempo y le propongo utilizarla para viajar al futuro”. Una vez dispuesto el sujeto se continúa: “Voy a marcar diversos momentos de su futuro y cuando pulse el botón de la máquina del tiempo usted se dejará imaginar su situación en ese momento, en ese espacio-tiempo: ¿En qué lugar se encuentra?, ¿con quién está?, ¿qué escena se está desarrollando?”. Los periodos de tiempo que marca el terapeuta dependerán de lo que considere adecuado para cada sujeto. Suelen ser, en términos generales, dentro de 6 meses, 2 años, 5 años, 10 años, 20 años y al final ya ha fallecido, la consigna es: “Mire la lápida, y lo que usted ha indicado que se escriba en ella”.

En el transcurrir por los distintos momentos de su vida, el sujeto plasma toda las fantasías que están latentes en su momento actual, sobre su proceso existencial, con lo que adquiere una visión muy rica y expresiva de su hoy. Significa un encuentro para el propio sujeto de dichos contenidos.

Un paciente que llamaremos Luis, dice en su primer salto al futuro: “Estoy con Irene en casa, muy cariñosos”. Al siguiente salto se expresa casi con las mismas palabras y así hasta el final de su vida. Al terminar, muestra su sorpresa por no haber introducido los personajes de hijos, amigos, ni ningún otro. Ante ello desliza por primera vez que se siente un poco agobiado por una relación de fusión con su pareja, de verdadera simbiosis.

### ***Viaje al pasado***

Similar a la técnica anterior, pero retrocediendo a momentos significativos del pasado. En este caso lo que se persigue es revivir una serie de acaeceres puntuales de la biografía del sujeto. Al realizar esta técnica se sorprende al paciente que se ve obligado a sintetizar en una escena las claves de cada una de estas etapas de su vida.

### ***La peana***

Sugiero al paciente subir a “una peana”, en mi caso un puf cúbico de 40 x 40. Podría ser una silla o una pequeña escalera de biblioteca. Utilizo esta técnica cuando el paciente transmite situaciones de poder, es decir, prepotencia, vanidad, paternalismo, etc. No indico la finalidad de la exploración.

Consigna: “¿cómo se encuentra ahí arriba?”. Seguidamente, según va expresando su vivencia, le pregunto: “¿Cuál es su relación desde ahí con las personas de su entorno?”, “¿qué impresión tiene de ellos?”, “¿se siente próximo o lejano?”, y otras muchas cuestiones que pueden ayudarle a tomar conciencia de su posición en la vida, representada simbólicamente por ese “estar en un pedestal”.

### ***Dramatizar escenas descritas en producciones externas***

Una de las primeras aportaciones de J.L Moreno en el ámbito de la producción terapéutica de grupo fue el periódico viviente. Se trataba de que los miembros del grupo eligieran por votación una noticia o suceso presente en los periódicos diarios de la fecha. La poste-

rior dramatización ayudaba a mostrar que aquella elección respondía a un interés no solo grupal sino de la mayoría de los individuos presentes. La técnica del periódico viviente se convertía en una vía para tomar contacto no sólo con los contenidos sociales importantes del momento sino también con los personales de cada individuo. Del mismo modo, a nivel individual, cualquier producción externa, noticia de periódico, película, novela, cuento, serie de televisión, etc., puede despertar y movilizar contenidos profundos en el protagonista.

Suele ser el propio paciente el que relate lo que ha significado para él la lectura u observación de una película, noticia de la TV, obra de teatro, etc. La carga emocional con que relata estas vivencias es un indicador para proceder a una dramatización en la que el sujeto se convierte en protagonista de la historia.

Especial interés han despertado siempre la dramatización de los cuentos populares. Estos cuentos han sido la vía de transmisión de la cultura del pueblo en ausencia de una transmisión escrita. Conllevan mitos, historias ejemplares, consejos latentes y otras enseñanzas que persiguen la preparación para la vida y crecimiento personal de los oyentes. Su dramatización recupera esta riqueza en un momento en el que está desapareciendo este modo de cultura popular.

### ***Las dos sillas***

Utilizo esta técnica como primer paso en la exploración de numerosas situaciones planteadas en la sesión. Acostumbro a invitar a elegir una silla para sí mismo y la de enfrente para aquél otro que ha surgido en la conversación (pareja, figuras parentales, compañeros de trabajo, etc.).

Consigna: “Conversa con el otro, cambiándote de silla cuando lo creas oportuno para mantener la conversación”. Esta técnica tiene matices diferentes si se usa como exploración de la relación con el otro, en cuyo caso sugiero expresarse con absoluta libertad como no lo haría estando el otro realmente presente y no solo de modo imaginario, con lo cual puede hacer expreso todos los contenidos interio-

res sin necesidad de control. También se utiliza como role playing pedagógico en la terapia para explorar distintas posibilidades de relación con ese otro, búsqueda de nuevas vías de expresión más adecuadas y espontáneas.

En esta técnica puede introducirse, además del cambio de roles, espejo y doblaje realizados por el terapeuta y soliloquio.

En un momento determinado el sujeto, en el rol de antagonista, puede expresar “yo también me comporto así”. Es el encuentro con el rol internalizado, casi siempre de una figura parental. A partir de ahí sugerimos que ya no va a estar la persona elegida sino que va a estar esa parte suya interna en una silla y él en la otra. Retomamos la conversación entre ambos roles, lo que suele llevar a tomar consciencia clara de uno de los personajes desde los que ha vivido como parte de su falso yo. Este encuentro suele dar lugar a distintos juegos dramáticos para explorar más a fondo esta situación.

Una manera de profundizar en esta técnica para complementar el material surgido por el lenguaje racional, es utilizar la vía simbólica.

Consigna: “Desde la silla en que te encuentras, con los ojos cerrados, imagina a quien tienes en frente en figura de animal, vegetal o cosa. Lo primero que se te venga a la imaginación, aunque te parezca absurdo”. Tras cambiar de asiento se sugiere lo mismo con respecto al otro rol. A partir de aquí la conversación será entre estos personajes simbólicos que acaban de surgir y cómo se mueve en la vida desde cada uno de estos roles. Suelen ser roles complementarios y, con frecuencia, representación de posiciones de poder de arriba y abajo. Por ejemplo, un paciente dice, para un personaje “una margarita que cualquiera puede deshojar” y para el otro “un tigre”.

Aprovecho la aparición de estos personajes para proponer dramatizar una misma situación de relación, con personas de su átomo social, primero desde uno de los personajes y luego desde el otro.

Otra opción es el diálogo entre ambos personajes y, cuántas opciones vea de aprovechar el terapeuta.

### ***Rematrización***

A veces, en el curso de un psicodrama vertical profundo nos encontramos que la herida infantil primigenia se debe a la experiencia diádica con una madre que fue inadecuada. La pregunta que nos hacemos es ¿qué se puede hacer con este rol materno interiorizado que ha actuado y que persiste actuando de un modo agresivo o de vacío?

En las aportaciones de distintos autores aparece un debate sobre la posibilidad de una rematrización, es decir, la modificación profunda del hecho que acabo de describir. Desde las aportaciones de la neurociencia, que nos dice que es posible un cambio en el adulto de las relaciones interneuronales, pienso que es potencialmente accesible una rematrización profunda. Una vía que en la práctica se muestra con frecuencia eficaz es la técnica de la introyección de “una nueva madre”, es decir, el rol psicodramático de una madre más adecuada. Partimos de que el rol de madre que está presente en la estructura mental del sujeto, forma parte de la experiencia “grabada” en la red neuronal y que podría ser sustituida por la creación de un nuevo rol de madre más adecuado.

Por otra parte en el proceso de desarrollo en los primeros años de vida del infante, existe una unicidad entre la madre y el hijo, sin una verdadera separación de roles, lo cual sucede posteriormente y, más adelante, se abre la posibilidad del cambio de roles.

La técnica que se utiliza es muy sencilla en apariencia, pero en la práctica exige un profundo caldeamiento, la creación de un estado de conciencia alterado, receptivo a lo que se va a tratar de hacer. Se sugiere al protagonista, con independencia del sexo, que se convierta en la madre deseada de un bebé. Este puede estar representado por un cojín. Se impulsa a que lo acune, acaricie, le diga palabras cariñosas hasta que se encuentre sumergido en la vivencia de poder llegar a sentirse una madre realmente adecuada, capaz de dar amor en lugar de rechazo o vacío. A través de este proceso toma conciencia que puede portar tanto en su conducta externa como interna el rol de la madre adecuada que no tuvo, y que, según la profundidad y efectividad del proceso técnico realizado, puede dicho rol haberse super-

puesto o, incluso, sustituir, al que tenía anteriormente interiorizado. En este último caso es cuando podemos hablar de verdadera reametrización, como proceso biológico.

### ***Integración de roles rechazados***

Quiero recordar una sesión en la que una joven comentó que con frecuencia percibía una presencia oscura, “como un fantasma”. Decía que la inquietaba y angustiaba. Estaba claro que no se trataba de una alucinación ni de un delirio. Le propuse sentarse en una silla y procedí a un caldeamiento, relajada y con los ojos cerrados, que le permitiría recuperar y magnificar esa presencia. Al cabo de un corto espacio de tiempo se podía percibir en su expresión y respiración un aumento de la angustia. “El fantasma”, estaba presente. Su deseo era huir o rechazarlo. Le sugerí que intentara mirarlo imaginariamente. Al instante comenzó a reír y comentó “Soy yo, alegre, saltando, jugando...”. A partir de aquí relató que en su casa siempre habían rechazado cualquier expresión de ese tipo en cualquier miembro de la familia. Era preciso mostrarse siempre serio y no permitirse la frivolidad de las diversiones, risas, cantos, etc. Su deseo de conectar con este posible rol suyo pero con el rechazo de la prohibición, lo convierten en el fantasma que la perseguía.

Con una gran frecuencia los “fantasmas” de los roles temidos, aparecen como perseguidores externos o como fantasías internas. Se muestran desprovistos de su carácter destructivo o lesivo cuando pueden aceptarse e integrarse. Es el camino de la integración de los arquetipos de “la sombra” del análisis de Jung.

### ***Mitos del antiguo testamento***

Me ha sido muy útil el uso de la representación de distintos mitos del antiguo testamento que se mostraban análogos al conflicto actual del sujeto. Entre otros he experimentado con las escenas del Génesis, con los personajes de Adán y Eva, con la ofrenda de Abraham, de su hijo Isaac a Jehová, el mito de Job, por supuesto, la figura y mito de Lucifer y varios otros. Da la impresión de que todas estas situaciones

del antiguo testamento aparecen como escenas míticas cuyos personajes son verdaderos arquetipos y que se desarrollan como parte de rituales de diverso signo.

### ***Role playing pedagógico terapéutico***

Esta técnica se muestra útil para entrenar al sujeto en situaciones que le ofrecen dificultad en la relación personal, sobre todo si ya ha elaborado el conflicto subyacente pero aun se encuentra con dificultades para manejar un tipo de rol que había estado deteriorado, o que no había desarrollado. Puede realizarse en escena abierta o utilizando los asientos enfrentados.

### ***Juegos y ejercicios***

En mi libro *Teoría y práctica del juego en psicoterapia* (1997), desarrollo mis conceptos sobre el juego, apoyado esencialmente, no tanto en teorías psicológicas, como en los riquísimos estudios de los etólogos, sobre todo en el excelente libro de Eibl Eibesfeldt (1979). En este libro el autor estudia el comportamiento de juego de las crías de distintos animales y deduce unas conclusiones que coinciden de modo sorprendente con los postulados de J.L. Moreno sobre lo que es el juego dramático. Aparecen en el juego de los animales varias condiciones que se repiten: El “como sí”, en una lucha en la que nunca aparecen lesiones y en un juego sexual que nunca termina en la realización del acto sexual.

Es decir, el juego aparece como un “como sí”, o sea, con el mismo condicionante esencial que expone Moreno para el juego dramático, en el cual todo se desarrolla en el espacio de lo imaginario, en el “como sí”.

Tras esta comparación entre el juego animal y humano agregaba dos puntos que me parecían importantes, uno de ellos, el de la curiosidad como motivo para el inicio y motivación para el juego, y por otra parte, el hecho de que si en los animales el juego es una vía para aprender, en el ser humano, es una vía para aprender y aprender a aprender.

Desde este punto de vista toda dramatización puede considerarse incluida dentro del concepto de juego. Ya Winnicott, desde su perspectiva psicoanalítica, intuía que la terapia es un proceso de juego entre el paciente y el psicoanalista. Pero, en el psicodrama esto se hace una realidad tangible, el juego se convierte en el proceso creativo en que se deconstruye aquello que se ha aprendido de un modo disfuncional, patológico, y se reconstruye de modo que se crea un universo abierto, libre y espontáneo-creativo. Es el sujeto el que, como sabemos, encuentra a través del acto dramático sus propias respuestas para nuevos caminos de vida.

En varias ocasiones, tanto en el libro *Teoría y práctica del juego en psicoterapia*, como en el de *La escultura y otras técnicas psicodramáticas* (E. López Barberá, P. Población, 1997) intento hacer una cierta clasificación y reordenamiento de las técnicas psicodramáticas con un apartado que denomino juegos y ejercicios. En algunas obras de otros psicodramatistas he podido ver como también se utilizaba esta separación para la elaboración de su trabajo. Sin embargo esta separación tiene algo de engañoso, puesto que de nuevo todo acto dramático es un juego, e implica también un ejercicio tal como lo describo en estos libros. La diferencia esencial que se establece, es que los juegos se desarrollan a nivel simbólico mientras que los ejercicios buscan el contacto corporal con los compañeros de grupo. Desde la definición que se hace en esos textos puede verse que tanto los juegos como los ejercicios, exigen casi inevitablemente, la existencia de un grupo. Es muy difícil el juego solitario.

He tenido la impresión, sobre todo en la obra de Rosa Cukier, *Psicodrama Bipessoal* (1992), que propugna determinadas técnicas que incluye en el apartado de juegos y ejercicios, pero que a mi parecer no son más que otras técnicas psicodramáticas bipersonales, alguna de las cuales se apoya en el uso de la topología y la proxemia. No sé si yo me atrevería a designar éstas técnicas como juegos o ejercicios, dada la ausencia de los compañeros con los que jugar. De modo inevitable aquí el juego de nuevo es solitario sin yo-es auxiliares, aunque estén presentes todas las figuras ausentes del átomo social del paciente y del profesional.



# 7

## Técnicas. Continuación

---

### **Los símbolos en el trabajo psicodramático**

Una vez más un grupo de alumnos me solicitó que habláramos sobre el trabajo a nivel simbólico. Estaban deslumbrados por un taller en el cual se había manejado figuras de historias y cuentos a los que habían dado vida y que posteriormente se interpretaron como símbolos arquetípicos. Sin duda este tipo de taller puede ser útil y demostrativo, pero creo que para iniciarse en el mundo del psicodrama simbólico es preciso ir algo más allá.

El trabajo con símbolos no se puede reducir al aprendizaje de una serie de técnicas con cuentos populares y otras historias; precisa de una actitud profunda, precisa colocarse en una “actitud simbólica”, es decir, aceptar que vivimos inmersos en un mundo de símbolos, que todo son símbolos y que nosotros mismos estamos conformados por símbolos. Sólo sobre esta base podemos entender, comprender y trabajar en el mundo de lo simbólico.

Como desarrollé, quizá de un modo demasiado breve, en mi conferencia “El parto de la acción”, podemos encontrar en cualquier situación psicodramática una verdadera cadena de procesos de sim-

bolización. En aquella ocasión partí del ejemplo de la escultura como técnica psicodramática.

El primer paso simbólico que enumeraba, era poder expresar el sujeto en sensaciones físicas lo que le transmitía su cerebro al tomar una determinada postura. El segundo paso era poder enlazar, simbolizar, éstas sensaciones en forma de sentimientos que, en un siguiente paso, podían expresarse en palabras. El siguiente eslabón era esta vivencia puesta en palabras al unirlas, asociarlas, simbolizarlas, con la situación vital del sujeto y aun mas allá con su proyecto existencial.

Cualquier modo de enfrenar la comprensión simbólica de una expresión espontánea debe recordar que el encuentro con lo simbólico puede ser frenado por la barrera de la racionalización, aunque sin duda todo símbolo comporta un componente emocional y otro cognitivo. Por ello, aunque solemos encontrar una relación muy directa del símbolo con el mundo sensible, intuitivo y suele ser leído desde estos instrumentos, procedemos de modo habitual también, a su valoración racional.

Antes de entrar en las técnicas de psicodrama con el mundo simbólico, conviene detenernos en el espacio contextual al que pertenecen los símbolos. Los símbolos por excelencia, los arquetipos –es decir, los tipos de expresión más primitivos y universales– son los personajes de los mitos. Pero no podemos olvidar que también las simples letras, las palabras y los gestos, son símbolos.

Según los mitólogos (Mircea Eliade, Jung, entre otros), debemos reservar el nombre de mito para aquellas historias que remiten al *illo tempore*, tiempo fuera del tiempo cronológico, donde los dioses crean al hombre, les enseñaron las vías para su supervivencia, siendo estos primeros seres superhombres o demiurgos que forjarán las normas que deben de seguir sus descendientes, los hombres, nosotros, para poder mantenernos espiritualmente vivos.

A los mitos están íntimamente ligados los ritos, (M. Eliade, Victor W. Turner (1968, 1988)), como los de eterno retorno, que deben de ser repetidos periódicamente para volver a recordar nuestro origen y, de esa manera, preservar nuestra identidad. Desde una posición

estricta estos mitólogos niegan el carácter de mitos a las historias de los dioses griegos, a los que dan la simple categoría de historias de contenido religioso.

En el campo de la psicología salimos de esta ortodoxia rígida, y, por ejemplo, los sistémicos hablan de mitos familiares. Y aún más allá podemos considerar desde esta perspectiva como mitos a muchos cuentos populares.

Los mitos familiares son construcciones que han aparecido en una familia, a veces con varias generaciones de antelación, en otras en el inicio de la propia familia de origen. Suele tratarse del mantenimiento de valores o de actitudes existenciales que deben a veces repetirse de un modo implacable para no romper y salirse de la historia familiar. De modo habitual los componentes de la familia los aceptan ciegamente, sin la menor crítica, como la VERDAD. Estas creaciones tienen siempre un profundo contenido simbólico. La aceptación de las mismas puede llevar a verdaderas dificultades de encuentro con la realidad, fuentes de desencuentros en la relación con los demás, con la cultura, el entorno y por ello fuente de malestar.

Toda historia mítica, sea la de las culturas más primitivas, las familiares o las que aparecen en los cuentos populares, están constituidas en sus “personajes” por figuras más allá de la realidad cotidiana. Se trata de figuras simbólicas y el encuentro con los mitos siempre implica el encuentro con los símbolos de las que son depositarias y que tienen su contrapunto o contra rol en su mundo interno.

La vía para acceder al mito es el rito. Si abordamos una situación religiosa se tratará de rituales en los que se persigue un reencuentro con lo sucedido en *illo tempore* y como señalaba, volver a reconstruir el mundo y poder conservar la propia identidad cultural.

Un ejemplo próximo a nuestra cultura lo tenemos en la eucaristía, en la cual con la rememoración de la última cena y el consumo de la carne y la sangre de Cristo se trata de volver a recrear el nacimiento de la nueva ley. En una interpretación psicodramática podríamos decir que se trata de un ritual de regresión a la primera matriz de identidad y que lo que en realidad tomamos es la leche

de la madre primigenia que nos da en un acto de amor supremo, aquel que no recibimos de la madre propia.

Pero nosotros trabajamos más con los mitos familiares y con situaciones simbólicas como los cuentos y lo hacemos a través de rituales en los que a veces tratamos de reforzar algo importante para reconstruir nuestra identidad o deconstruir el mito que nos es dañino. O, aún, en otras vías de trabajo simbólico, para el encuentro con nuestro mundo interno. Y todo ello lo hacemos a través de rituales que llamamos dramatizaciones.

En cualquier dramatización en la que profundizamos, llegamos al encuentro con aquellos roles patológicos que suelen tener que ver con roles parentales o de otras personas del entorno que han sido introyectados desde la personal visión, naturalmente deformada, del hijo y, también, aquellos roles que aparecen como reacción adaptativa a los sufrimientos producidos por la relación con las figuras del entorno. Estos últimos son los que hemos dado en llamar “personajes” como veremos más adelante.

Moreno planteaba que podían representarse escenas reales, imaginarias y simbólicas. Pero, de hecho, cuando el paciente plantea dramatizar una situación real, su propuesta es la resultante de un encadenamiento de sucesos que se inician con la percepción de lo que para él es real, que ha movilizado una serie de contenidos inconscientes que dan como resultante la propuesta manifiesta. Este encuentro entre lo percibido y los contenidos latentes es, sin duda, un proceso de simbolización, por lo que la escena que se va a representar, nos pone en contacto con los más profundos contenidos simbólicos. Lo que denominamos escena real es en verdad el final de un proceso de simbolización.

Visto todo lo anterior podemos pasar al conocimiento de algunas de las técnicas de trabajo simbólico:

La primera es recordar lo que acabamos de decir.

- **Atender al hallazgo con el símbolo clave que se oculta en cada dramatización, origen de un trastorno y objetivo último de nuestro quehacer terapéutico.** Por ejemplo, en el cur-

so de un grupo de supervisión de formandos, una participante comenta lo sucedido con sus hijos. A lo largo del relato, refiriéndose al más pequeño, hace un gesto de mecerlo en sus brazos. Continúa su historia y el compañero que en ese momento toma el rol de psicodramatista, le propone dramatizar el conflicto escolar que había planteado referido a sus chicos. Dado que el terapeuta está en supervisión, le señalo que ha obviado el rápido gesto de la mujer simulando que mecía a un niño pequeño. La persona que aporta esta situación, compañera del grupo de supervisión, comenta que realmente el hijo que más le importa es el pequeño. Le sugiero que muestre cómo es un niño pequeño. Se ovilla en el seno de otra compañera, llora, y comenta que su madre nunca la tuvo así. El terapeuta en formación no ha podido captar el mensaje simbólico, el símbolo que une a esta persona con su historia más profunda, con su dolor de no haberse sentido amada por su madre y que era el conflicto que yacía en lo más hondo de su personalidad. En esta historia podemos decir que había dos símbolos importantes, el contenido del gesto que hace la mujer durante su relato y el de la figura de “mala madre” que subyacía en el trasfondo afectivo de la misma.

- **El psicodrama simbólico puede realizarse con símbolos tomados de las distintas culturas, religiones, etc.,** como pueden ser figuras de los dioses griegos, nórdicos, antiguo testamento, figuras de los cómics o, como en los Autos Sacramentales, de Calderón De la Barca, representaciones de las virtudes y los vicios. Por supuesto, estas figuras simbólicas remiten siempre a nuestras figuras internas, a facetas de nuestros contenidos internos.

Del antiguo testamento he tenido ocasión de proponer dramatizaciones de la historia de Adán y Eva en grupos de formación, el sueño de Nabucodonosor para mostrar el trabajo con sueños, la historia de Lucifer (en Isaías) como base del desarrollo de la teoría del poder, etc. Recuerdo en especial la dramatización en el proceso de una terapia bipersonal, de la historia de Abraham e Isaac. El paciente, que

había tomado en principio el rol del hijo a sacrificar, pasó posteriormente por el rol de Dios y por el de Abraham, desde el cual se reveló, atreviéndose a transgredir el mandato de Jehová que, supuestamente, reclamaba que hiciera el sacrificio por amor. El paciente, que había vivido sacrificándose y sacrificado de algún modo a su familia como una “forma de amor”, vivió una profunda catarsis con un replanteamiento de esta posición, de este “personaje” interno. La dramatización se realizó en tres niveles de altura correspondientes al Dios, al Hombre y al Hijo, que, a mí entender, remitían al poder de arriba, al yo verdadero y al poder de abajo. En la rebeldía contra Jehová, como personaje simbólico, se estaba atreviendo a romper la dependencia, tanto frente a imágenes parentales externas, como a los roles interiorizados de los mismos, en una búsqueda de libertad e independencia.

- Otro camino es la utilización de **historias escritas**. Quizá las más usadas y vistosas en su juego dramático, son las de los cuentos infantiles tradicionales y populares. La mayoría de éstos han tenido en su origen una finalidad didáctica, por lo que encierran mensajes expresados en símbolos conducentes a la formación de la persona. También pueden ser utilizadas historias pertenecientes a novelas, películas, telefilmes, obras de teatro, historias de los mitos, etc. En ocasiones se ha denominado ha esto último dramaterapia, queriendo independizarlo del psicodrama, sin embargo, quiero recordar aquí, que ya Moreno a través del teatro espontáneo y del periódico vivo, practicaba este modo de hacer psicodrama.
- Un campo extraordinario para el trabajo simbólico es el **dibujo y la pintura** y también, aunque más incómodo, el del uso de **la plastilina**. Me extiendo en la descripción de las técnicas específicas en otro apartado de este libro.

El uso de máscaras puede constituirse en un verdadero apartado del trabajo psicodramático. Quizá su máximo exponente es el profesor Mario Buchbinder, director del Instituto de la Máscara. En nuestra práctica diaria utilizamos rectángulos de cartulina en la que los participantes dibujan su propia máscara, la recortan y aplican unas

gomas para poderlas mantener sujetas. Aquí hay que recordar la famosa frase de “la máscara que desenmascara”, ya que las máscaras que elegimos o dibujamos nos remiten a roles ocultos.

### **Técnicas con objetos intermediarios**

Se puede denominar objeto intermediario a todo objeto que se utilice como mediador de la relación. En la misma no hay una interacción directa sino que está mediada por el objeto intermediario. Destaco tres tipos:

1. O.I. portadores de rol.
  2. O.I. que aportan un lenguaje simbólico.
  3. O.I. que significan un instrumento para la comunicación.
1. Un determinado tipo de O.I. son los *portadores de un rol*. Al utilizarlos el individuo, le permite comunicarse desde tal rol, de un modo claramente explícito y sólo desde ese rol y no desde todos los demás de su yo operativo. Por ejemplo, títeres y máscaras.
  2. Aportan un lenguaje alternativo a la palabra y a lo gestual. Se trata de lenguajes de expresión simbólica con un soporte material. Por ejemplo: el dibujo, la pintura, la música, etc.
  3. Un instrumento es siempre una extensión de los miembros y órganos del cuerpo. Un cojín u otro objeto lanzado es una prolongación del brazo, una lente aumenta la potencia de visión del ojo, etc.

En psicodrama bipersonal pueden utilizarse prácticamente todo tipo de objetos intermediarios, pero los que utilizamos con más frecuencia son muñecos, títeres, medios plásticos, sillas, cojines, y objetos en general que se pueden tomar de los que se encuentran como decoración del espacio donde se realiza la terapia.

De los varios tipos de objetos intermediarios utilizamos sobre todo aquellos que llamamos portadores de rol y aquellos que permiten una expresión plástica. Con menos frecuencia los otros tipos de objetos.

### ***Cojines***

Se utilizan para golpearlos, arrojarlos, colocarlos en una silla para representar al rol antagonista, etc. Pero quiero señalar un uso que me es bastante útil, es el de elaborar la transferencia. El proceso es el siguiente: Cuando el paciente ha tomado conciencia de que está actuando como, por ejemplo, una de sus figuras parentales, se da cuenta de que éste es, en nuestro lenguaje, un personaje de su falso yo. Le sugiero entonces dejar a su verdadero yo en una silla y colocar el cojín delante como expresión del falso yo. Por ejemplo el personaje madre internalizada. Colocado en el asiento de enfrente puede ver cómo su relación con otros puede ser a través de este rol representado por el cojín, es decir, cómo está transfiriendo en otros, los roles de sus personajes internos.

Me ha resultado sorprendente la eficacia de esta técnica para liquidar la transferencia de una imagen parental sobre el propio padre o madre. El sujeto tiene internalizado desde niño el rol del padre, por ejemplo, y ve a su padre actual a través de este mecanismo transferencial. Si le ayudamos a desprender esta transferencia de su padre real aparece un nuevo padre (o madre) con la posibilidad de establecer un nuevo vínculo, casi siempre más enriquecedor. Como decía una paciente tras utilizar esta técnica: “..Ahora veo a mi padre como un hombre tierno y afectuoso..”

### ***La pareja***

Se trata de utilizar una pareja de muñecos, uno femenino y otro masculino, de aspecto relativamente neutro en los rasgos, pero expresivos en sus órganos sexuales. Los que yo utilizo miden unos 15 cm de altura, son de cerámica y están desnudos. La técnica más usual es que el paciente tome uno en cada mano y los haga dialogar en temas de pareja, sexuales, etc. El terapeuta puede intervenir proponiendo cambio de roles, soliloquios, y haciendo doblajes. Los muñecos se convierten en portadores aparentes de los roles de ambos miembros de la pareja, aunque, sin duda, el “otro miembro” que no es el protagonista, está muy contaminado por los contenidos internos de éste, sus deseos, sus temores, fantasías, etc.

### ***Las sillas***

Los asientos son de uso habitual en el montaje de cualquier acto dramático y ya he descrito anteriormente técnicas en las que se utilizan dos sillas enfrentadas.

### ***Títeres***

Los títeres son, con mucho, los objetos intermediarios de rol más interesantes por representar, de un modo simbólico, diversos personajes arquetípicos. Una colección apropiada puede estar constituida por los muñecos que representen una niña, una mujer adulta, una anciana, una bruja, un adulto, un niño, un ogro, algún animal como el cerdo, que simboliza los aspectos más bajos de los instintos animales, un dragón que nos acerca a la fuerza mítica, con el doble significado de figura destructiva y de ayuda, un caballo, la nobleza y la fuerza bruta, y, alguno más que cada cual piense que le puede ser útil en su trabajo. De todos modos estos títeres son suficientes para representar muy diversas situaciones.

En la relación con algún tipo de pacientes, como el esquizofrénico, el títere es especialmente útil. Si lo presento en mi mano frente al paciente, este lo vive como que soy yo, el profesional, pero también alguien que no soy yo propiamente. El sujeto puede admitir el contacto entre el títere que porta el terapeuta y el que él mismo toma en su mano, ya que el muñeco del profesional remite solamente al rol de terapeuta pero no a la totalidad de roles de éste. Un contacto que parecía imposible de realizar de modo directo entre el profesional y el esquizofrénico, se abre a la expresión tanto de agresiones (entre los títeres) como afectivas. Éste juego abre el camino a un posible contacto directo posterior entre ambas personas, profesional y paciente.

### ***Muñecos peluches y peponas***

Pueden ser útiles en escenas regresivas que buscan la rematrización de las primeras matrices.

### ***Otros objetos***

Como he señalado anteriormente cualquier objeto presente en el local donde se realiza la terapia puede ser utilizado como objeto intermediario, pero sugiero la utilidad de las máscaras, pequeñas esculturas primitivas que son representaciones simbólicas de personajes positivos o negativos, etc.

### ***Música***

En el psicodrama grupal recurrimos en ocasiones a una cierta musicoterapia utilizando tanto algunos pequeños instrumentos musicales como objetos que pueden servir para la percusión. También utilizamos música, sobre todo de percusión, como fondo sonoro de algunos ejercicios y juegos. En psicodrama individual manejo estas técnicas con mucha menor frecuencia.

### **Técnicas que utilizan medios plásticos**

Sabemos que toda producción plástica espontánea, sea dibujo, pintura o escultura o modelado en arcilla o plastilina, es una proyección del sujeto que la ha creado, pero para nuestro objetivo terapéutico nos es suficiente el conocimiento de este hecho y pensamos que podemos aproximarnos a la creación artística desde numerosos puntos de vista para su análisis y comprensión profunda. La producción artística espontánea del sujeto con conflictos, o del paciente con una enfermedad psíquica, obedece casi siempre a un impulso muy potente que lleva al sujeto a buscar cualquier medio para poder expresarse.

Hemos visto producciones realizadas en papel de envolver, periódicos usados, y otros materiales desusados, que recuerdan, por otra parte, la pintura de algunos pintores revolucionarios como Picasso o Braque. Este impulso a crear de un modo espontáneo me hace revisar el concepto moreniano de espontaneidad-creatividad. Parece que falta por una parte la curiosidad, que según mi hipótesis, es el paso pre-

vio a la espontaneidad, y también, la adecuación de la respuesta al estímulo, como postula Moreno. Entonces ¿Se puede considerar que existe un proceso espontáneo creativo en la producción naïf, ingenua, del paciente psíquico? Si negamos esta posibilidad tendríamos que rechazar la creación de tantos artistas famosos que han sido, sin duda, enfermos mentales como Van Gogh. Si admitimos lo que acabo de postular tendremos que plantearnos limitar la ecuación espontaneidad-creatividad igual a salud mental, a las áreas de las relaciones humanas, remitiendo sobre todo al encuentro emocional desde la díada a los grupos “saludables”.

La visión del conjunto de la obra como totalidad y con una actitud impresionista nos produce, si prescindimos del análisis, un efecto emocional que suele tener que ver con la esencia del mensaje del creador. También la propuesta al sujeto de que haga la misma experiencia le ayuda a tomar contacto con aquello que ha extroyectado como perteneciente a su mundo interior. Es una vía para saber y comprender algo de su ser.

En el polo opuesto, podemos proceder a un análisis en el que diseccamos la obra. Esto se puede hacer de varias formas. Una opción es el análisis semántico y sintáctico, es decir, considerar cada fracción de la misma como un término del lenguaje artístico con su contenido parcial específico. Esta aproximación nos facilita entender cada uno de los términos, pero de un modo disociado. Si ahora intentamos el análisis sintáctico, podemos aproximarnos a la red que conecta los objetos parciales y que conforman el o los mensajes que el sujeto ha depositado en su obra. Todos estos mensajes están dirigidos por una parte al observador que, de modo inevitable, introduce su propia visión y comprensión de la obra, sus propios contenidos, hace su propia lectura diferente en gran parte de la que haría otro observador. Pero el mensaje de la obra también está dirigido al propio autor. En una conferencia que impartí hace años, defendí que toda obra artística espontánea es un intento del autor de re-crearse, de salir de los conflictos que lo atenazan y simultáneamente de lanzar un grito de demandar ayuda a semejanza del que expresa claramente Munch en su obra.

Otra aproximación para analizar el contenido de la obra es la de trazar una hipotética línea horizontal a la mitad del dibujo y otra vertical también a la mitad. En general se considera los contenidos de la parte izquierda los aspectos rechazados y la parte derecha los aceptados y, por otra parte, la mitad superior como aquella a la que tiene más acceso la conciencia y la mitad inferior a la inconsciente más profunda. Para este análisis nos fijamos de modo natural en los aspectos simbólicos de cada uno de los cuadrantes y ello nos lleva a la importancia de la lectura simbólica de los contenidos de la obra.

Podemos hacer nuestra propia traducción de los símbolos presentes en la producción, pero esto puede acarrear la deformación de los mismos desde nuestros propios contenidos y ahí es cuando se presenta de nuevo la vía del psicodrama como camino para que el autor pueda desvelar sus símbolos.

Como dije en otro momento, en una terapia psicodramática no utilizamos el análisis e interpretación verbal de los contenidos de la obra, sino que sugerimos al autor proceder a dramatizarlo, vía que permite acceder a los contenidos simbólicos ocultos del autor.

## ***Dibujo***

Utilizo con frecuencia el dibujo en psicodrama bipersonal, en distintos momentos y con diferentes finalidades. A nivel estructural utilizo folios en blanco y lápices de cera o ceras de colores. En pocas ocasiones bolígrafos y rotuladores. Los modos más frecuentes en que sugiero practicar el dibujo son:

- Como caldeamiento propongo varias posibilidades: una serie de tres viñetas en que dibujen, aunque sea del modo más elemental, una historia que tenga que ver con el previo discurso de inicio o “lo primero que se le ocurra” cuando el sujeto dice no saber de qué hablar.
- Otra opción es dibujarle un círculo que ocupe todo el folio y marcar la siguiente consigna: “esto es su mente, dibuje, como quiera, lo que tiene dentro, o lo que le inquieta o sus problemas o sus dificultades”.

- Otras posibilidades son el dibujo de sí mismo, dibujo del verdadero yo y del personaje con que se mueve en su entorno, el dibujo de la familia, el dibujo libre, y cualquier otra posibilidad que surja como ocurrencia espontánea del momento.

A lo largo del proceso terapéutico pueden sugerirse multitud de producciones en relación con el discurso del sujeto, en general con la finalidad de obtener una plasmación externa simbólica, de su mundo interno, que sirva para una dramatización más que para un comentario interpretativo.

Entre otras muchas propongo el dibujo de sí mismo, de la pareja, de la familia, de sus fantasmas internos, de los personajes en el sentido que doy a este término en este libro, su niño herido, la madre interna, el padre interno, viñetas, sueños, etc.

De hecho, sugiero que no intenten hacer un dibujo realista sino que se dejen llevar por la emoción o por la intuición, que no importa que resulte un dibujo fantástico. De esta manera trato de encontrarme con los aspectos más primitivos de estos roles en relación con los juegos arquetípicos. La primera indicación, una vez realizado el dibujo, es que el sujeto lo contemple intentando no analizarlo, no interpretarlo, dejándose sentir de un modo ingenuo que “eso es parte de él”, admitiéndolo y aceptándolo como un contenido interno le guste o le disguste. A veces interesa prescindir aquí de intervenir terapéuticamente sin intentar ir más allá, pero en otras ocasiones puede ser útil proceder a dramatizar el personaje aparecido. La primera forma remite a sugerencias de Jung en el trabajo con imágenes.

Todos estos dibujos son, evidentemente, proyectivos, el sujeto plasma, de modo inevitable, su mundo interior desde su subjetividad y no sólo como algo real sino también como algo simbólico y con distintos niveles de lectura. El terapeuta decide si comentar y analizar con el paciente el material desde estos puntos de vista y, posteriormente, proceder a dramatizar los contenidos o dramatizar directamente.

Otra opción es proceder a un análisis semántico seguido de un análisis sintáctico como acabo de referir en párrafos anteriores.

### ***Técnica del collage***

Los temas pueden ser parecidos a los que surgen para el dibujo, pero la diferencia mayor con éste, es que se trata de una construcción casi tridimensional. Los papeles recortados y adheridos emergen de la bidimensionalidad. Por otra parte, la búsqueda del material en una serie de revistas moviliza contenidos que a lo mejor no hubieran surgido de un modo espontáneo.

### ***Plastilina y arcilla***

Las dimensiones se hacen tres cuando se utiliza plastilina o arcilla plástica. Prefiero las primeras porque pueden ser de diversos colores, con lo que se enriquece la representación simbólica. No es lo mismo modelar la figura propia y de la pareja en una arcilla de un solo color que modelar a la pareja con plastilina gris y a sí mismo en rojo o amarillo. Los motivos suelen ser de nuevo muy variados, el propio cuerpo, la pareja, la familia, los monstruos de su interior, etc. Una vez realizado el modelado puede jugarse con los personajes y objetos que se han realizado en plastilina o proceder a una dramatización como es el caso del dibujo.

## **Técnicas para el abordaje de algunas situaciones específicas**

Algunas situaciones merecen que se les dedique una atención técnica diferenciada, concretamente asuntos como el duelo y la muerte, problemas sexuales y problemas con la agresividad.

### ***Duelo y muerte***

Ya desde la obra de Kübler-Ross, E. (1987), se han multiplicado los cursos y seminarios que persiguen ayudar a los profesionales al abordaje del duelo y la muerte. En nuestro centro, ITGP de Madrid, realizamos periódicamente un seminario-taller teórico-práctico para ayudar a los participantes frente a las angustias y temores que despierta la muerte propia y ajena (“Seminario del Duelo la Muerte y el

Morir”). También en el ejercicio de la psicoterapia individual nos encontraremos con esta temática con frecuencia, de ahí la importancia de conocer una serie de técnicas para ayudar a sobrellevar la angustia y temores derivadas de las mismas.

Un duelo adecuado no precisa ningún tipo de tratamiento psicológico ni farmacológico. Pero con cierta frecuencia aparecen duelos patológicos por diversas causas, como se describen en los libros sobre este tema, ocuparse de ellos excede los límites de este manual. El tratamiento del duelo patológico puede realizarse ante la demanda del doliente, y ello implica una cadena de procesos adecuados a cada sujeto. También en casos de menor importancia, podemos encontrar la necesidad en el sujeto que está en psicoterapia de resolver un duelo patológico sobre todo cuando esta patología se debe a la excesiva permanencia en el tiempo o una intensidad acentuada por cualquier otra experiencia.

Sabemos que en el duelo normal, –nos referimos al proceso que sufrimos frente a la pérdida de un ser querido–, pasamos por distintas fases: shock, rabia, depresión, aceptación, y revinculación. También se describe el duelo patológico familiar, que suele implicar la no aceptación de la realidad de la pérdida y la falta de una reestructuración adecuada del sistema familiar, tras la ausencia del fallecido.

### ***Técnicas en el duelo individual***

#### *Hablar con la persona fallecida*

Con el sujeto relajado y con los ojos cerrados se sugiere al paciente, que frente a él, en un sillón o preferentemente en un sofá, se encuentra el deudo que ha fallecido. Puede hacerse más creíble si se conforma el supuesto cuerpo con unos cojines tapados por una manta. Se caldea al paciente y se le motiva para que comience a hablarle al “muerto”, diciéndole todo aquello que no pudo decirle en vida, por miedo, pudor o cualquier otro motivo. Se trata de liquidar deudas emocionales y tomar contacto con los posibles sentimientos de culpa, resentimiento, afecto, etc., para poder elaborarlos. En algún caso puede ser útil un cambio de roles.

Cuando no se trata de una pérdida que ya ha ocurrido sino el anticipo de una nueva, sea porque el sujeto tiene un familiar en estado terminal, o muy anciano, se puede utilizar la misma técnica, procurando que aborde esta situación cuando la persona está aún viva. Que exprese todo aquello que signifique causa de temor, angustia o cualquier otra forma de sufrimiento, para no quedar más tarde con sentimientos de frustración, de culpa o deuda.

### *Otras técnicas*

Aportar fotografías y comentar las relaciones habidas, recordadas por dichas fotografías. Ello permite ir elaborando paulatinamente la pérdida.

Proponer visitar la tumba y hablar con el muerto, despidiéndose de él, pero con la conciencia de “dejar el muerto dentro de mí”. (Perazzo, 1990),

### *Ante la propia muerte*

Podemos utilizar, entre otras, dos técnicas básicas. Una, imaginarse a sí mismo en el lugar del muerto y charlar con él, procurando aceptar este hecho inevitable que es la propia muerte.

La segunda, consiste en tomar la posición del muerto e ir elaborando, con la ayuda del terapeuta, todo el proceso de agonía, muerte y posibilidad fantaseada de retorno a la vida.

Conviene recordar la importancia que tienen las pequeñas muertes, como son las pérdidas de todo tipo, materiales y, sobre todo, emocionales. Aquí entran los procesos de separación y ruptura de vínculos como los de pareja, separación por independización de los hijos, y otras situaciones análogas.

### ***Sobre determinados aspectos creenciales***

A lo largo del proceso terapéutico, con mayor frecuencia en sus últimas fases, no es raro que el paciente introduzca sus inquietudes en torno a la espiritualidad, su preocupación por la religión, lo tras-

cedente, la moral predicada por determinadas doctrinas religiosas, etc. Creo que hay varios modos de abordar estas incidencias durante las sesiones de terapia.

Sin duda una opción es la de considerar estos temas como parte y reflejo de conflictos pertenecientes a otras áreas, como es habitual en gran número de modelos terapéuticos. Esta vía puede corresponder a la realidad en algunos casos, pero cabe el riesgo de incidir en el paciente desde las posiciones creenciales o carentes de creencia en este terreno, del propio terapeuta. Posición contraria a la de cualquier buen psicodramatista.

Otra opción es la de remitir al paciente al correspondiente sacerdote o equivalente, supuesto entendido en estos temas.

Mi propia opinión es la de, respetando cuidadosamente las creencias propias de cada individuo, acompañarlo, como psicodramatista en la exploración de estos temas que también pueden ser elaborados con nuestras vías profesionales.

En último término creo en el derecho, e incluso la conveniencia, de que cada cual se plantee el importante tema de la trascendencia desde su propia óptica necesariamente individualizada.

En nuestra experiencia el trabajo sobre estos temas, en sus aspectos técnicos, es muy “abierto”, recurriendo a vías simbólicas, psicodrama interno, escenas con las figuras correspondientes a su particular creencia, etc., y, a veces limitándose a sesiones verbales en las que el terapeuta anime a la reflexión personal del sujeto. Aquí la figura del terapeuta adquiere el carácter, el rol, del que oye y respeta el camino del otro, sin inmiscuirse en el mismo.

Ahora que trato el tema del respeto a aspectos creenciales del sujeto, quiero insistir en que éste se debe extender también a las creencias y tendencias políticas, en un sentido amplio. Las creencias del terapeuta nunca deben contaminar las de sus pacientes.

### ***Abordaje de la agresividad***

En ocasiones he sido espectador de cómo, ante la expresión de un sujeto de su temor a la agresividad o de su tendencia a la misma

el terapeuta le proponía golpear un cojín o un asiento, profiriendo simultáneamente gritos o insultos. Soy contrario a esta práctica que en todo caso, puede servir para obtener una abreacción momentánea, pero que pienso que no ayuda a tomar contacto con lo que subyace a esos temores, ni desde luego sirve para elaborar la agresividad. En todo caso podemos utilizar esta práctica como comienzo pero introduciendo intervenciones que ayuden al sujeto a encontrar un camino para iniciar la elaboración de la causa de su agresividad y/o violencia.

Por ejemplo, puede sugerírsele que vaya poniendo nombre a aquello que golpea, situaciones o personas. Esto permite llegar a una dramatización inmediata en la que suele aparecer la rabia como reacción ante la impotencia y, profundizando, la dificultad de aceptar dicha impotencia y tomar contacto con el dolor casi siempre tristeza, que subyace.

También puede ocurrir que la violencia aparezca por el síndrome “de la olla a presión sin válvula de seguridad”, es decir, aquella persona que por su represión de lo que podemos considerar agresividad sana, va cargándose de rabia hasta que llega un momento que estalla en violencia. Son personas que no se permiten poner límites, decir que no, rechazar, por el motivo profundo que sea.

### ***Abordaje de problemas sexuales***

En una terapia individual se puede dar el caso de abordar problemas sexuales, sea porque son los que ha traído el sujeto a consulta, sea porque surgen a lo largo del proceso como un aspecto más de sus conflictos.

Podemos usar muchas de las técnicas descritas a lo largo de este capítulo, pero quiero concretar algunas de las más utilizadas.

La dramatización en escena abierta, cuando el sujeto plantea problemas en la relación sexual con su pareja o en general con miembros del otro o mismo sexo, habrá que realizarla como hemos descrito sustituyendo al otro con objetos, por ejemplo, cojines. Más liber-

tad ofrece el uso del psicodrama interno, ya que a lo largo del mismo pueden desarrollarse las escenas más íntimas, más complejas, incluso “perversas” que no pueden realizarse, no ya en escena abierta, sino ni siquiera en el seno del grupo.

Otras técnicas son:

- Las dos sillas, colocando en la de enfrente “la sexualidad” propia y a partir de ahí todo el proceso descrito con esta técnica en otro punto;
- Manejo de dos muñecos de barro o plástico, representando ambos sexos o el mismo sexo.
- Títeres.
- Dibujo del propio cuerpo, del cuerpo del otro o de relaciones sexuales, etc.

Todas estas técnicas son útiles tanto para las dificultades que puedan presentarse en las relaciones cotidianas como en aquellos casos que vienen a resolver un conflicto concreto en éste área, por ejemplo, la homo-fobia, la impotencia, frigidez, dispareumia, etc.

Dado que este libro trata de ser un manual de psicodrama diádico, (bipersonal, individual...), he procurado reproducir un conjunto de técnicas que he experimentado personalmente y que creo pueden servir de referente y ayuda para el profesional, recordando de nuevo que, en numerosas ocasiones, lo adecuado es crear una nueva técnica desde la posición creativa del terapeuta y también que la finalidad no es la practica técnica sino el proceso terapéutico en su totalidad, que va mucho mas allá del conocimiento de un dispositivo de técnicas, por muy eficaces que se muestren.



# 8

## La formación en psicodrama bipersonal

---

Una experiencia que hemos vivido en varias ocasiones es la de aquel profesional, bien formado en psicoterapia individual, que al pasar a la práctica de la psicoterapia grupal, se ha encontrado con una diferente complejidad, con muchas variables, teniendo la impresión de que debía iniciar una nueva formación en esta área de la terapia de grupos. En el caso contrario, el paso de un sujeto formado en terapia grupal a la práctica de la terapia individual, es, aparentemente, un camino de menor dificultad, aunque esto no es cierto en el caso del psicodrama, en el que hay algunos factores no extrapolables del trabajo grupal al individual. En el grupo, se contemplan y elaboran los procesos individuales, puesto que, como sabemos, en psicodrama moreniano se trabaja el grupo, con el grupo y en el grupo, es decir, una parte de la labor terapéutica es individual dentro del conjunto grupal.

Entonces, podemos extrapolar en gran medida el aprendizaje de una formación grupal al psicodrama del individuo, psicodrama bipersonal, pero no en su totalidad, puesto que este último presenta condiciones específicas que lo hacen diferente:

- La falta de grupo y con ello de roles auxiliares para asumir los roles precisos para dar forma a la escena de la dramatización. Se trata de los roles antagonistas y deuteragonistas.
- La casi imposibilidad de utilizar determinadas técnicas, como algunos juegos y ejercicios, y la dificultad para otras, como la escultura.
- La limitación del público al terapeuta o, en todo caso, a personajes o roles imaginarios que pueden actuar como tales.
- La mayor facilidad para depositar las transferencias en el terapeuta, ya que no pueden desplegarse entre los roles auxiliares depositarios de rol. Ello exige una mayor depuración técnica. La actuación tiene que ser diferente a la del grupo.
- Por otra parte parece, en el sentir de diversos psicodramatistas y también en la expresión de los pacientes, que se produce una mayor facilidad para la profundización en los abismos de las latencias más ocultas, en relación con la matriz de identidad. Esta situación parece debida, en parte, a la mejor aceptación de los sujetos en tratamiento para desvelar estos procesos más remotos e íntimos en ese espacio de mayor confianza y privacidad, al estar sólo presente el terapeuta y no un grupo de personas. Derivado de esto es el camino propuesto por muchos terapeutas de combinar la terapia individual y la grupal, si no en todos los casos, sí en aquellos pacientes en los que se precisa una elaboración especialmente profunda por la conflictiva subyacente.

Creo que es el momento de sacar a colación el tema de la profundidad en terapia. Es decir, la capacidad de determinados modelos terapéuticos para alcanzar los niveles más profundos de la psique humana, con la finalidad de obtener un cambio de los conflictos que yacen en la sima de la mente.

El psicodrama nació como un nuevo modelo de comprensión tanto del hombre sano como del enfermo. Su cimiento filosófico, que va desde el existencialismo activo hasta el jassidismo, pasando por las ideas de Buber, dan un fundamento para construir sobre él una teoría psicosocial que aborda la comprensión tanto del hombre como de los

grupos a los que éste pertenece y que éste conforma. La comprensión de la evolución a través de una serie de matrices o espacios de crecimiento desde el nacimiento hasta el momento actual, aportan una vía de conocimiento que, en la práctica, al utilizar en terapia no sólo la palabra como vía de comunicación, sino también la acción, convierte al psicodrama en una vía de penetración especialmente profunda dentro del abanico de las terapias hoy existentes. Y es que el uso de la acción y la interacción permite una exploración de aquellos niveles presimbólicos en los que la información, el aprendizaje, ha penetrado a niveles orgánicos, que sólo son accesibles por esta vía.

En nuestro propio caso, la teoría de matrices y roles, complementada con la teoría de la escena, la óptica sistémica y, aún, la teoría del poder, son sobradamente útiles para explicar y comprender hasta los niveles más remotos del acontecer del mundo psíquico.

Con independencia del camino emprendido por la psicología para intentar considerar como ciencia la psicoterapia, –me refiero al conductismo y sus derivados más modernos–, nos encontramos dos modelos fundamentales que marcan la historia de la psicoterapia: el psicoanálisis y el psicodrama. Muchos otros modelos derivan de estos dos. Parece que no podemos afirmar que estos modelos, psicoanálisis y psicodrama, pertenezcan realmente al mundo científico, ya insistía en ello el filósofo Popper, refiriéndose concretamente al psicoanálisis. Lo cual no quiere decir que desde su nacimiento no haya mostrado su utilidad para ayudar a resolver el sufrimiento humano.

Entonces, a modo de resumen, podemos decir que el psicodrama nace de una concepción biopsicosocial, observa al hombre como un ser en relación “que nace en grupo y forma parte del grupo”. Parte de la observación de las relaciones en los grupos y, desde ahí, intenta llegar a una concepción del hombre sano, que juega su vida, siendo la comprensión patológica secundaria a la comprensión del ser humano tal y como es en su vida habitual.

La terapia creada por Moreno comprende al grupo y al individuo. Al ser una terapia activa incluye el cuerpo en su totalidad y eso ha

hecho que sus fenómenos puedan estudiarse y comprenderse realmente a través de la investigación biológica y neurológica.

Según diversas investigaciones en neurociencia, la relación infante-cuidador se conceptualiza como un proceso recurrente. Se considera que la experiencia interna emerge de la experiencia relacional, (Bebe, Jaffe y Bachmann (1992); Sander (1983, 2000), Tronicka (1989), Shimmerlik, (2008). Esto parece confirmar la observación de J.L. Moreno acerca de que el yo, aparece como producto de la relación entre roles, ya en la primera infancia. (Surce, Enade, Campos y Klinnert, 1985) consideran que, a partir de “la segunda mitad del primer año de vida, el niño mirará a la madre en una situación ambigua para determinar cómo proceder”. En este libro insisto en que, ya en la matriz de identidad indiferenciada, el niño posee vías para “manipular” a la madre en una relación de dependencia, tomando posiciones que necesariamente influirán en la madre.

De hecho, hay una evidencia cada vez mayor de que la mayoría de lo que los individuos se comunican, está fuera de la conciencia. Pally, (2005), en su resumen de la investigación en neurociencia relevante para las formas de inter-subjetividad, realizó varias aportaciones concretamente importantes para esta discusión: 1) “En todas las fases del desarrollo, desde la infancia y a lo largo de toda la vida, la inmensa mayoría de la actividad cerebral tiene lugar fuera de la conciencia y, por tanto, es no verbal e implícita” (p. 194, 2) “La neurociencia enfatiza que los procesos no conscientes, no verbales, influyen en el nivel de excitación, emoción y conducta entre individuos que interactúan” (p. 195); 3) “La investigación sugiere que muchas conductas no verbales están diseñadas de forma innata para desencadenar una conducta no verbal en los otros...” (p. 195).

Según Lyons-Ruth (1999) Op.cit., “la organización de la memoria y del significado en el campo implícito de puesta en acto, solo se vuelve manifiesta en el hacer”, es decir, a través de la acción y no de la reflexión. En el interesante artículo de Shimmerlick se encuentran muchos otros datos en la línea de los mencionados. Otro camino abierto en el estudio de las conductas de relación entre individuos, está planteado desde el estudio de las células espejo.

He transcrito estos datos elegidos de entre otros muchos, para señalar el interés que tienen los hallazgos de las neurociencias para la confirmación experimental de las hipótesis empíricas de J.L. Moreno.

### **Qué motiva a la formación en Psicodrama**

La elección del psicodrama como modelo en el que formarse como terapeuta, obedece a muy diversos factores. La personalidad y los intereses y actividades previas, como puede ser formación teatral, gusto por la acción, curiosidad general, etc. Un factor importante son los aspectos creativos de la personalidad. Los estudios sobre personalidad creativa (Vecina Jiménez, M.L, 2006), que siempre aparece "...cierta tendencia al riesgo, inconformismo, gusto por la soledad y por el establecimiento de reglas nuevas, independencia de juicio y tolerancia a la ambigüedad...". "...Tiene que ver con la capacidad de ejecución en contextos muy diversos y con su funcionamiento óptimo, con la innovación, con la solución de problemas de todo tipo, con los avances científicos y tecnológicos, con los cambios sociales, etc.". La conjunción de todos los factores desde la oportunidad concreta en la que se encuentra un profesional para formarse en esta vía, hasta cualidades de la personalidad, confluyen para desembocar en la elección del psicodrama como modelo deseado.

### **Algunas características del Psicodrama Diádico**

El psicodrama bipersonal se surte, amén de las técnicas habituales utilizadas en el grupo, de una serie de técnicas específicas y concretas para él mismo que es preciso estudiar, conocer y practicar.

Por todo lo anterior, la formación en psicodrama bipersonal exige un tiempo, espacio de estudio y práctica, sumados a la formación grupal. En realidad lo ideal es que este aprendizaje se realice sobre el previo soporte de una formación en grupo. A nuestro parecer no es suficiente, después de esta formación grupal, limitarse a la lectura y

estudio de tratados de psicodrama bipersonal. Tenemos la experiencia de que dicha formación exige haber pasado por un proceso del propio psicodrama a nivel personal individual.

En resumen, el proceso de formación para psicodrama bipersonal exige:

1. Una formación general en psicodrama que incluya la evolución personal o terapia y el aprendizaje de la teoría y las técnicas del psicodrama.
2. La realización de un tiempo de psicoterapia individual desde el modelo psicodramático.
3. Aprendizaje de la teoría y las técnicas específicas de psicodrama individual.
4. Un entrenamiento en el manejo del cuerpo con una facilidad para la interacción física.

En la formación en psicodrama diádico es aún más importante que en el aprendizaje para psicodrama grupal, la profundización en la complejidad emocional de los procesos diádicos y sus posibles complicaciones patológicas y, también, de modo especial, la elaboración de los componentes de confianza presentes en este nivel de relación (Bolwy, 1989). La vivencia de un monto fundamental de confianza en sí mismo y en el otro, en la relación yo-tu, parece imprescindible para desarrollar una labor eficaz en cualquier proceso terapéutico, pero de modo muy especial en los modelos bipersonales.

La formación en psicodrama, y esto creo que puede ser válido para otros modelos terapéuticos, implica desde luego, un enfrentamiento valiente y una revisión crítica de las posiciones, actitudes, conductas, etc., mantenidas hasta el momento, aceptando un cierto caos interno que es necesario como punto de partida para la apertura hacia una posición mas abierta, libre, espontánea y creativa.

# 9

## Una comprensión dinámica de los fenómenos psicopatológicos

---

Las bases teóricas en las que nosotros nos apoyamos en nuestro trabajo psicodramático para la comprensión de la dinámica de los procesos patológicos, son: en primer lugar aquellas estructuras que definen lo que ocurre en las distintas fases del desarrollo evolutivo y que Moreno denominó matrices. En segundo lugar la teoría de la escena, ya implícita en la teoría moreniana, desarrollada con gran acierto posteriormente por Martínez Bouquet (1977), y más tarde también por nosotros (Elisa López Barberá y Pablo Población) con los conceptos de sistema-escena. La tercera aportación es la de la Teoría General de los Sistemas y la cuarta la teoría del poder, desarrollada personalmente en el artículo “La antinomia amor/poder” (2001), posteriormente en el libro *Las relaciones de poder* (2005) y en numerosas publicaciones en varios congresos.

Sobre la base de las diversas matrices, indiferenciada, diferenciada, fantasía-realidad y todas las que aparecen como matrices sociales: familiar, escolar, laboral, etc., podemos describir las escenas que se desarrollan en cada una de ellas y que se interiorizan como siste-

mas de roles, es decir, como un conjunto de roles relacionados entre sí y que, una vez interiorizados, actúan como condicionantes de formas de vida tanto sanas como patológicas. Se trata del desarrollo, dentro de estas escenas, de roles complementarios patológicos que en su mayoría tienen que ver con estructuras de poder. El diagnóstico de la situación actual del sujeto, la aproximación al mismo desde una adecuada historia clínica y, si es preciso, alguna sesión exploratoria y/o la práctica de algún test proyectivo, permiten una aproximación a una hipótesis muy plausible de la dinámica procesual matricial del sujeto.

Personalmente, como dije, he llegado a la convicción de que gran parte de los cuadros patológicos pueden interpretarse desde esas posiciones de poder. De la ponencia “Herida, poder y cuaternidad. Una contribución a la comprensión psicodramática de la estructuración de la identidad” (2006), traslado algunos párrafos con algunas modificaciones y ampliaciones:

*“Uno, ninguno y cien mil”. Esta novela de Pirandello, autor mas conocido por su obra de teatro “Seis personajes en busca de autor”, fue, en mi adolescencia, un impacto y una apertura hacia la comprensión de la complejidad de nuestro ser y de su entronque en un espacio existencial que se hace vida multiforme o mil formas de vida llevado, la mayoría de las veces de un modo inconsciente de la mano de tantos personajes internos que conforman nuestra identidad. Creemos ser uno y ser dueño de ese uno como el protagonista de aquella novela y, cuando nos detenemos en contemplar las simas de nuestro mundo interno descubrimos que somos cien mil. Todos sabemos por nosotros mismos y por nuestros pacientes que este descubrimiento nos desconcierta y, a veces, nos aterra. Nos sentimos despersonalizados y como invadidos por todo un enjambre de outsiders, de seres extragalácticos que nos han invadido sin percatarnos de ello y que manejan nuestra vida a su antojo”...*

Desde el punto de vista de la investigación psiconeurológica Ramachandran, (1999) se pregunta si podemos hablar de un yo único por la multiplicidad de “yoes” que encuentra en sus investigaciones.

*“... Pero esta diversidad que puede llegar a agobiarnos también constituye la riqueza de cada ser humano que, de una u otra manera, puede tomar contacto e irse haciendo dueño y no esclavo de todos aquellos ‘invasores’ ... Lo que trato es de conocer alguno de estos personajes o al menos, sacar a la luz a dos personajes que habían sido tratados como uno solo y resultan ser, a mi entender, como gemelos dicigóticos”...*

Hijos de los mismos padres, nacidos al mismo tiempo y pocas veces de acuerdo porque con frecuencia entran en conflicto de intereses. A todo ello agrego el encuentro con el ropaje con que se cubren estos dos sujetos para pervivir y supervivir en su ambiente con unas herramientas de relación que se constituyen en variados modelos de poder.

La construcción de Moreno del desarrollo y formación de la identidad a través de sucesivas matrices y roles es de una gran riqueza para una comprensión de este tema, más allá de las posiciones lineales de otros modelos.

*“... En esta ocasión voy a tratar de expresar una serie de hipótesis, deducidas empíricamente a partir de mi experiencia clínica, que se encadenan en la comprensión del proceso de formación de la identidad del niño desde su nacimiento hasta la pubertad.*

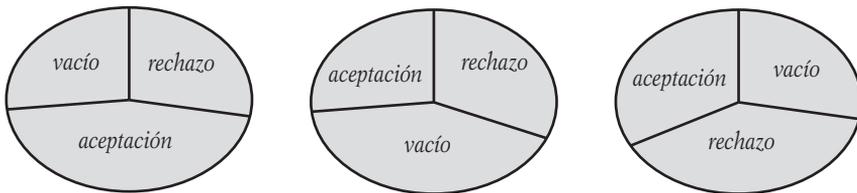
*El título de esta ponencia remite a tres pasos de este proceso; las posibles heridas en las primeras fases de la matriz de identidad, la construcción de roles defensivos que lleva a cabo el niño para sobrevivir con estas heridas en sus primeras matrices, entorno familiar y escolar y que tienen que ver con mecanismos del área del poder y, en tercer lugar, los escenarios donde éstos se desarrollan: el sistema escena diádico de la relación madre-hijo y, posteriormente, el sistema escena padre-madre-hijo...”*

## Las heridas de la primera fase de la matriz de identidad

... “En relación a esta fase, J. L Moreno escribió sobre la formación de los roles psicosomáticos, y las ‘zonas’ en las que se desarrollaban de un modo determinado quizás influido, aunque él no lo admitiría, por los conceptos psicoanalíticos de las fases oral y demás.

Por otra parte, insistió en la relación madre hijo refiriéndose a la primera como la placenta social del bebé. Esta idea, junto con su concepto de unicidad, es para mí más rica como punto de partida que la anterior de los roles psicosomáticos. Lo que quiero decir es que, si estudiamos más a fondo esta relación, utilizando además los conceptos de aceptación, rechazo e indiferencia, que maneja Moreno en otros contextos, podemos llegar a una comprensión dinámica profunda en escenas de lo que acaece en las primeras etapas de la vida del niño o, mejor, de la díada hijo-madre.

Esta relación y sus variantes, la planteé en mi trabajo ‘La escena primigenia y la relación diabólica’ (1989) en el que estudié las consecuencias que podía sufrir el bebe si la relación que establecía la madre (función materna) y a la que respondía el niño fuera de rechazo, de aceptación o de indiferencia...”.



## La escena primigenia es la primera engendrada. Es la escena de la relación de unicidad madre-hijo

“... Cuando hablo de rechazo me refiero a las múltiples formas que éste puede adquirir, desde la incomodidad de la madre con el bebé hasta el maltrato más violento. Este rechazo puede encubrirse sin duda, con frecuencia con una sobreprotección o un exceso de atención y cuidados materiales. Aquí tiene su lugar lo que fue descrito por Haley como relación de doble vínculo.

*Al hablar de indiferencia, me situó explícitamente en esta situación de falta de amor, de vacío afectivo, también con distintos grados y que también puede ser cubierta con cuidados y atenciones materiales.*

*Cuando hablo de aceptación señalo la forma más saludable de amor, es decir, una conjunción de ternura, respeto a la integridad del otro, deseo de crecimiento, confianza en su capacidad de desarrollo, etc. Todo ello desde una posición centrífuga, de amor 'hacia', en contra de lo que he denominado en algún lugar 'amores perversos', que tienen un carácter centrípeto, buscan siempre el propio beneficio y que, de una manera evidente o sutil, están integrados en las relaciones de poder.*

*Es evidente que nunca aparecen de un modo único uno de estos tres factores: 'rechazo, indiferencia, amor'. Por lo cual lo que nos interesa es cuál de ellos predomina, aunque aparezcan parcelas inevitables de los otros dos factores.*

*Sin duda, cuando el factor predominante es el de aceptación o amor, no suelen crearse conflictos relevantes que condicionen en el futuro los sentimientos, actitudes y conductas del sujeto, aunque la presencia de pequeñas parcelas de los otros componentes pueden dejar algunas leves heridas que, en circunstancias de gran impacto en la futura vida del sujeto, lo reaviven y sean cimiento de un conflicto "actual".*

*Cuando los factores predominantes son el rechazo o la indiferencia se crea un sistema de realimentación entre madre e hijo, en esa relación de unicidad, en la cual el niño recibe el impacto de uno de los dos factores y se establece una relación mutua patógena. Para más claridad voy a describirlo con más detenimiento en el caso de uno de estos dos factores, por ejemplo, la agresividad o rechazo.*

*Cuando la madre rechaza al hijo, esto marca una impronta a nivel de memoria organísmica en el bebe. Este rechazo no solo queda como la herida de ser agredido, de no ser aceptado, sino también como una posición vincular básica de rechazo al otro, y también, de rechazo a si mismo. Pues en este magma indiferenciado madre-hijo, todos los sentimientos y actitudes profundos actúan en ambos sentidos, tanto relacional como intrapsíquico"...*

Un ejemplo de lo que puede suceder si se ha vivido este tipo de escena primigenia lo tenemos en Encarna. Esta mujer de edad media, excelente inteligencia y alto nivel cultural, acude a la consulta por un cuadro complejo que incluía distintas fobias, actitudes obsesivas y paranoides, etc. Lo que voy a resaltar van a ser tres anécdotas de su proceso terapéutico: en el grupo fue aproximándose emocionalmente a dos compañeras a las que decía apreciar especialmente pero, según se fue forjando esta aproximación social se desató en lo profundo el modo vincular aprendido de la agresión, por lo que cada vez más las agredía verbalmente e incluso, en alguna ocasión físicamente. La segunda anécdota la relató en su terapia individual, expresando que cuando había tenido alguna alegría o éxito y deseaba autogratificarse, devoraba una cantidad extrema de tabletas de chocolate y de embutidos, lo que le provocaba un cólico vesicular que la hacía vomitar, descomponerse y todo ello con fuertes dolores. Su “amor” a sí misma se expresaba paradójicamente a través de la autoagresión. La tercera anécdota remite a cuando pidió si podía venir a sus sesiones individuales un buen amigo, una posible pareja. En un acto dramático de “encuentro en el centro” con la consigna de que, al encontrarse, cada uno hiciera lo primero que le surgiera espontáneamente, Encarna lanza sus manos súbitamente al cuello del hombre, dañándole, aunque las retira asustada de este acto inconsciente. De nuevo se realiza la ecuación amor = agresión propia de la persona que ha vivido una situación de rechazo profundo por parte de su madre. Esta mujer era hija única y su madre siempre, desde donde ella podía recordar, la había tratado de un modo hostil y agresivo.

Entonces, estos hechos que acaecen en estas edades y dan forma a lo que denomino la escena primigenia, es decir la primera escena engendrada en la vida, marcan y condicionan de un modo muy poderoso la vida futura del sujeto.

Utilizo la expresión diabólica como antónimo de simbólica (simbólico es lo que une, diabólico lo que separa, de ahí la denominación de Satanás como el Diablo, el separador). Esta escena sucede como una nueva fase a la escena primigenia y es el resultado de la separación que se va estableciendo entre madre e hijo por efecto de la maduración psicobiológica del segundo.

*“... Si el factor predominante en la escena anterior ha sido la aceptación, esta separación transcurre sin conflicto, incluso fundamenta una construcción sana de la identidad. Si, por el contrario, predomina, por ejemplo, el rechazo, la agresividad que ya existía por la falta de un encuentro amoroso adecuado y por la vivencia agresiva de rechazo, se incrementa notablemente por esta nueva separación. Con independencia de la clara influencia en el sujeto adulto de esta herida que, simultáneamente, indica la presencia profunda de una agresividad a veces incontrolable. Por nombrar aquí solamente uno de estos fenómenos, es el que denomino falso conflicto edípico, en el cual el niño de tres a cinco años y posteriores, rechaza agresivamente al padre, pero no por efecto del fenómeno triangular descrito como Conflicto Edípico y ampliado en una concepción más compleja y moderna por J.L. Moreno y por el Modelo Sistémico, sino como consecuencia de un desplazamiento hacia el padre de la agresividad que el niño siente hacia la madre, con lo cual salvaguarda una relación que precisa de modo más primario, aunque sea a nivel pseudomutual.*

*Los efectos de las escenas primigenias, producto de una situación predominante de rechazo o indiferencia, son lo que denomino, junto con Cuquier, heridas primarias del infante, y que pueden ser expresadas como roles adquiridos en esta temprana edad: rol de agresividad y rol de vacío. Ambos soportando un componente común de sentimientos de falta de amor, de vacío, de desolación.*

*El tremendo dolor que soporta el niño rechazado o tratado con indiferencia precisa la construcción de una estructura que le permita la supervivencia en la pervivencia de la situación familiar, ya que el rechazo o la indiferencia no se terminan al final de la matriz de identidad. Así nace de modo inconsciente, en parte consciente, una estructura defensiva que se constituye como un nuevo rol para la relación dentro del ámbito familiar. Desde este rol intenta, y habitualmente lo logra, ser aceptado y, aun más allá, manipular a su entorno. Esto comienza hacia los dos o tres años y se consolida progresivamente. Es curioso, que en la investigación del*

*pasado de estos sujetos cuando son adultos, suelen remitirse a los seis, siete años como edad en la que apareció esta estructura.*

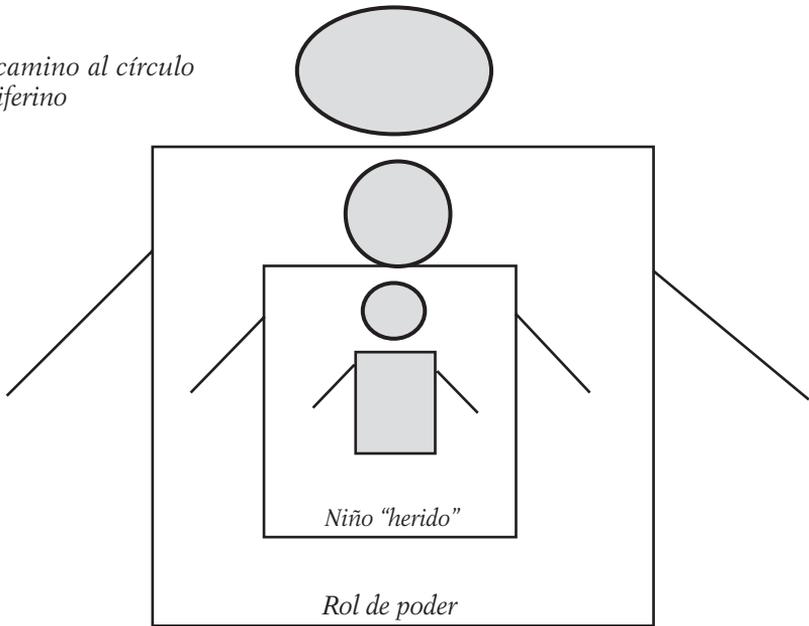
*Un factor de importancia relevante en este punto del proceso, me refiero al paso en los tres o cuatro años de la matriz de identidad a la matriz familiar, el cambio de universo marcado por lo que Moreno denomina la matriz de la brecha fantasía – realidad, en la que la posibilidad de comenzar a diferenciar entre roles psicodramáticos y roles sociales, incide en los contenidos que hemos descrito anteriormente. Si se ha construido ya una figura defensiva “un personaje”, incipiente, éste se funde con el yo del infante en forma de rol psicodramático patológico que se confunde con los roles sociales que van apareciendo en el entorno. Es una confusión que va a persistir durante muchos años.*

*También hay que considerar en este tiempo de la vida del infante la influencia de la matriz escolar. La escuela es un espacio, matriz, que aporta nuevas e importantes experiencias en la vida del niño, tanto en la relación con las figuras de autoridad, maestros, como en el primer grupo extraño a la familia en el que se ve inmerso y donde se encuentra por primera vez con todos los fenómenos grupales, liderazgo, luchas, luchas por el poder, aceptación o rechazo social, acoso, abuso, etc. Las experiencias previas de la vida familiar suelen marcar la posición, los roles que adopta dentro de esta estructura grupal, acrecentando o disminuyendo la intensidad o fortaleza de los roles adquiridos en aquella.*

*Acabo de indicar que desde estos roles pueden manejar hasta cierto punto a los miembros de su entorno para obtener beneficios de cuidado, atención, valoración, aceptación, etc. Son, por tanto, mecanismos de poder, se trata de roles de poder. Son roles muy variados, como el del niño listo, el estudioso, el perfeccionista, el rebelde, el gracioso, el bueno, el serio, el histriónico, el invisible, etc.*

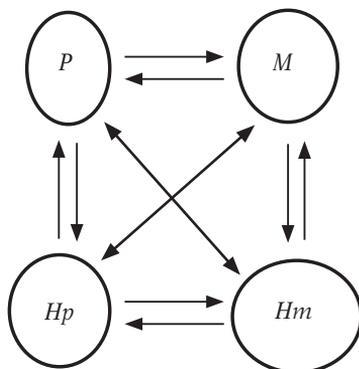
*Hasta ahora nos encontramos con la dinámica de la gestación de una u otra herida con sus correspondientes roles construidos desde cimientos de tristeza, desolación, miedo, etc., y la construcción de roles de supervivencia, que cubren como un caparazón a los anteriores, evitan ser más profundamente heridos y sirven para relacionarse de un modo poderoso con el entorno”.*

*El camino al círculo  
luciferino*



### **El niño herido y los roles compensatorios**

*“... A esta altura quiero introducir un nuevo factor en este camino que sigo de revisión de la construcción de la identidad. Se trata de la contemplación de la familia primordial: madre, padre e hijo, no como un hecho ternario sino como un hecho cuaternario. Quiero recordar que en muchos modelos psicológicos, mitológicos, la cuaternidad supera y cubre a la idea de lo ternario. Yo creo personalmente, y así lo he desarrollado en varias ocasiones, que es demasiado elemental hablar del triángulo madre, padre e hijo, ya que, en realidad, la estructura es de madre, padre, hijo de la madre e hijo del padre, considerando estos dos últimos roles como correspondientes al mismo sujeto.*



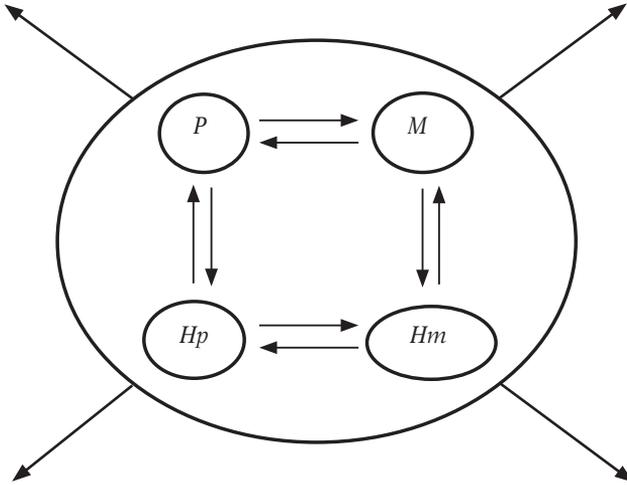
*Un hijo da lugar a dos roles de hijo psicológico, el hijo del padre y el hijo de la madre*

*Como podemos apreciar en el grafo se establece un entrecruzamiento de relaciones entre los cuatro roles de esta escena interna (recuerdo que cuando hablo de escenas internas estoy hablando de un constructo útil para la comprensión de determinados fenómenos, no como escenas conservadas como tales en el cerebro).*

*Aparecen relaciones entre los roles internos de padre-madre, madre-hijo de la madre, madre-hijo del padre, padre-hijo del padre, padre-hijo de la madre e hijo del padre-hijo de la madre.*

*La aceptación de este esquema de relaciones entre los roles internos y de la totalidad de la escena constituida por el conjunto de todos ellos, implica distintas posibilidades de modo de relación con personas del exterior, pero también de relaciones intrapsíquicas. El sujeto, en el futuro, puede relacionarse con los sujetos de su entorno desde cualquiera de aquellos roles internos, dependiendo la puesta en juego de uno u otro de estos roles, del estímulo que provoca el rol de la otra persona. Pero también puede ocurrir, y esto es una fuente muy frecuente de conflicto, que reaccionen simultáneamente y /o alternativamente desde dos o más de estos roles. A nivel intrapsíquico es muy fácil que aparezcan conflictos entre los roles internos, a veces tan diferentes como el rol de hijo del padre y el rol de hijo de la madre.*

*Contemplando el esquema del grafo puede aumentarse el número de posibilidades y la complejidad a la que puede dar lugar este esquema de la cuaternidad.*



### **El Sistema Familiar se interioriza y permanece como Sistema-Escena Familiar Interno**

*“Todos o parte de los roles de esta escena interna pueden establecer relaciones de poder o relaciones de amor.*

*Si además aceptamos y, en mi construcción de hipótesis así es, que ambos roles de hijo han podido llegar a constituirse en roles de poder, podemos dibujar el establecimiento de un falso yo que ocupa la mayoría de los espacios relacionales del sujeto que vive esta construcción como su verdadera identidad, aunque a veces capte vislumbres del verdadero yo que subyace y que le lleva a demandar: “yo quiero llegar a ser yo mismo”...*

En los párrafos anteriores he intentado desarrollar, desde mi hipótesis, una construcción de la identidad del sujeto centrada en la construcción de una falsa identidad, o falso yo, que se apoya en los roles de poder y que, en conjunto, aparece como la estructura de poder que llamo luciferina (2005). Creo que es preciso aceptar que la mayoría de nosotros compartimos, en mayor o menor grado, estas construcciones que aparecen como cimiento de gran parte de las dificultades de relación con el entorno y de falta de espontaneidad y, por lo tanto, de salud emocional. Esta falsa personalidad nos remite a la distinción que hace Jung entre el parecer (falso yo) y el ser (yo verdadero).

Vamos a ver un ejemplo:

Alberto, de 47 años, acude a consulta con un cuadro en el que predomina la angustia, con un cierto tinte de tristeza. Se hace un diagnóstico diferencial en el que se descarta cualquier cuadro de tipo endógeno, y queda claro, que sus dificultades y sus conflictos, tanto intrapsíquicos como de relación con los demás, tienen que ver con problemas de estructuración de la personalidad.

Se considera un buen trabajador, un buen amigo, dispuesto a obedecer las órdenes del jefe en el trabajo y a atender las demandas de amigos y compañeros. Es “UN BUEN CHICO”.

A través del relato de su biografía vemos cómo fue siempre el niño bueno de la casa. Tercero de cuatro hermanos, nació en un momento en que no era deseado. Su vivencia de soledad le llevó a ganarse la atención y el beneplácito de sus padres, sobre todo de su madre, siendo “dócil, obediente, etc.”. Desde esta postura podía manejar, no era plenamente consciente de ello, las actitudes de sus figuras parentales. Sólo su padre, el mayor opositor a su nacimiento, escapaba con frecuencia a esta manipulación. En el colegio sigue siendo el buen alumno, obediente a los profesores, estudioso, dócil...

En todas estas fases de su desarrollo obtiene variados beneficios, se le cuida, se le atiende, se le disculpan sus fallos y le regalan una hermosa bicicleta.

El personaje se va reforzando y está plenamente constituido cuando accede a su primer trabajo en una pequeña empresa. Aquí el niño ya no es el bueno, es “el tonto”, el ingenuo, aquel que es objeto de las burlas, de pequeños abusos, de cargar con los trabajos que sus compañeros rechazan, etc. Hasta ahora disfrutaba de su personaje, ahora empieza a sufrirlo.

Este personaje de “chico bueno” no es, por supuesto, unívoco. Como hijo del padre desarrolla un rol de fondo, habitualmente oculto, contradependiente, agresivo. Desde el papel de empollón en el colegio tuvo que reaccionar frente a las burlas y abusos de sus compañeros y desarrollar también matices de astucia, resentimiento, envidias y odios. También desde la fratría, quedan residuos de roles

adaptativos. Es decir, este personaje, como todos los personajes en el sentido que aquí desarrollo, puede soportar un calificativo general, pero siempre está lleno de matices que lo personalizan desde las múltiples vivencias específicas de cada sujeto.

Aquí describo uno de los muchos personajes que, como señalé anteriormente, podemos encontrar en nuestro entorno, no sólo en nuestro espacio de terapia.

En el trabajo que acabo de transcribir no me he centrado en otros espacios matriciales importantes como son los pertenecientes a otras matrices sociales: escuela, grupo de amigos en la adolescencia, otros grupos de pertenencia y, más allá, las relaciones laborales y de pareja. Todos ellos pueden incidir en la generación de aquellos “personajes” a los que me he referido, aumentando la intensidad de su influencia, distorsionándolos o, con menor frecuencia, disminuyéndolos. En la adolescencia, con su tremendo tambaleo biopsicosocial, suelen cristalizar de un modo casi definitivo estos personajes, que ya van a persistir durante gran parte de la existencia del sujeto o, incluso, toda su vida si algún factor como una psicoterapia suficientemente incisiva y profunda no ayuda a deshacerse de ellos, o también, quizás alguna vivencia de gran impacto existencial.

Cuando hablo de “personajes” me refiero a estos roles patológicos desarrollados desde la infancia de los cuales son ejemplos frecuentes el “niño bueno”, el rebelde, el dócil sumiso, el invisible, el ignorante, etc., estos roles complementarios patológicos pueden aparecer aislados o en forma de un ramillete que muestra las distintas facetas, a veces muy complejas, de un mismo personaje que adquiere así una gran riqueza de matices que aún confunde más al portador del mismo. Las numerosas variables que comporta la vida de cada individuo, estructura familiar, historia familiar, personalidad de cada uno de los miembros de la familia, padres, hermanos, abuelos, etc., circunstancias escolares y tantas otras, hacen que la ecuación personal de cada uno de nosotros presente, sobre un esquema general de un personaje relativamente bien definido, una infinidad de posibles matices diferenciales que no solo hacen único a aquel individuo en su yo y sus personajes, sino en lo que requiere su terapia personal.

Por ejemplo, junto a una actitud de aparente humildad, docilidad, bondad, se suma un paternalismo dominante y un componente dictatorial agresivo que surge cuando se contradice al personaje. Como he dicho unas líneas más arriba, estos personajes forman parte de la estructura luciferina y comportan todos los factores de la misma, como son el egocentrismo, la autoexigencia y exigencia para los demás, la inmediatez, vanidad, etc. Existe una cierta analogía entre esta construcción y la del narcisismo según algunos psicoanalistas (Calcavanti, R. 1992). Pero creo que nuestra construcción aporta un matiz más complejo ya que ofrece, no solo una comprensión lineal, sino también circular o sistémica, tanto en la relación del sujeto consigo mismo como la tendencia a crear círculos de relación patológicos de poder con los otros.

De modo resumido podemos concebir el personaje como el producto final de la fusión de distintos contenidos, tanto roles interiorizados, como son los roles parentales, como la construcción de roles reactivos a lo que el niño recibe de su entorno, desde los padres hasta otras personas, como compañeros, maestros, etc. En su relación posterior con personas de su entorno el sujeto se encuentra con varias posibilidades:

- Una mera transferencia tal como la define el psicoanálisis (Laplanche, Pontalis), es decir, una expresión última de deseos insatisfechos.
- Una proyección, en cuanto los contenidos del personaje son vividos inconscientemente como rechazables.
- Una búsqueda inconsciente –rara vez consciente– de conseguir una relación de poder.

Las reacciones del otro en los casos de transferencia y proyección han sido muy bien estudiados por diversos autores.

La tercera posibilidad que hemos planteado establece una relación circular siempre dentro del área del poder. Puede consistir en una aceptación por parte del otro de lo que el sujeto deposita en él, casi siempre cristalizada en una figura del poder de abajo. Se establece una relación de dominio-sumisión. Cuando en el personaje

predomina el área del poder de abajo concluye en una situación análoga pero inversa, es decir, el otro se ve abocado a adoptar una posición del poder de arriba. Estas dos facetas que implican ambas aceptación de lo depositado, significa la aceptación en el otro de un contrarol que tiene que ver, de modo habitual, con su propio personaje y no con su verdadero yo.

Dentro de la relación de poder, la segunda posibilidad es que, al no encajar en el personaje del otro los contenidos inducidos por el sujeto, aquel rechace de alguna manera tal depositación y de lugar al nacimiento de una lucha de poder, una escalada de poder.

En todos los casos la dinámica del personaje en la relación con el otro, no se queda reducida de un modo intrapsíquico al personaje depositario de aquel, sino que se establece una vía circular en que el otro, a su vez, a través de sus propias depositaciones, desde sus propias posiciones de poder, revierte sobre el primero, creando una situación habitualmente de conflicto. Sólo en raras ocasiones parece tratarse de un equilibrio funcional, como en los casos de relación de dominio-sumisión, que ambos parecen aceptar con satisfacción, pero que con el tiempo conducen a una crisis por tratarse de situaciones esencialmente disfuncionales.

Cuando observamos al sujeto en el curso de la terapia vemos cómo comienzan a tomar forma estos “personajes” hasta que puede llegar a lograrse la disociación entre estos y el verdadero yo. El sujeto toma conciencia de que es algo que hasta entonces percibía como su propia identidad y que no es así, se trata de una especie de traje que lo envuelve o en otros un invasor “extragaláctico” que opera desde el centro de su ser. También encuentro cierta analogía entre este proceso de ir conociendo y desprendiéndose de los personajes con el descrito por Jung de encuentro, asunción e integración de los arquetipos de la sombra (Jung, 1964)

De modo inevitable el desarrollo psicológico o psicosocial normal y el patológico se imbrican. No podemos concebir a un individuo humano absolutamente sano, todos portamos en mayor o menor grado la huella de diversas heridas que hemos sufrido en nuestra primera

infancia o a lo largo de la vida. Esto trae a colación el debatido tema de cuándo podemos considerar a un sujeto como enfermo, con todas las respuestas que se han dado a esta cuestión, desde aquella de “enfermo es el que va al médico” hasta la de que es “aquel cuyo sufrimiento le impide el desarrollo de una vida adecuada” o, con Moreno, “aquel que carece del monto conveniente de espontaneidad-creatividad”. Lo anterior es válido tanto para el individuo como para las distintas agrupaciones de los seres humanos, pareja, familia, grupo, etc.

El psicodrama se muestra de modo muy especial abierto y capaz de abordar desde las dificultades cotidianas de los individuos y grupos hasta sus mayores dificultades patológicas. Incluyo aquí el abordaje de las enfermedades orgánicas en sus repercusiones o relaciones dialécticas con la personalidad del sujeto que las sufre.

En la práctica clínica nos vamos a encontrar que los síntomas actuales, las dificultades y sufrimientos del sujeto en terapia, se fundan en los procesos dinámicos que hemos descrito más arriba. Cuando un individuo expresa en psicodrama bipersonal o grupal una determinada dificultad de relación la remite, habitualmente, a su vida actual. Esta expresión manifiesta, sea verbal o activa en el hecho psicodramático de lo evidente, es decir lo que denomino filmable, encierra unos niveles de latencia. No sólo un nivel de latencia sino una concatenación de varios niveles de latencia de distinta profundidad. Tomo los siguientes párrafos del “El parto de la acción”.

*... “Como punto de partida empírico y pragmático podría utilizar cualquier acto dramático, es decir, cualquier situación en la que manejamos la acción, pero me parece privilegiado apoyarme en la técnica de la escultura...”*

*... Cuando hablo de la escultura como una técnica privilegiada para lo que me propongo, es que valoro el hecho de que en su ejercicio se plasman los contenidos internos en una complejidad motora que, como escena externa, refleja muy vivamente de modo analógico, lo que denominamos escena interna. El concepto de escena interna, que no es original propio, es un constructo que, a mi entender, define satisfactoriamente la plasma-*

*ción, en una cierta historia interna, de un proceso que se inicia en un movimiento del caos neuronal y que se organiza oscuramente en dicha escena, que es lo que el sujeto tratará de forjar, de esculpir, en esa forma externa que denominamos escultura. A mí me gusta hablar aquí de acción inmóvil”.*

Para lograr lo anterior es preciso utilizar unas consignas muy concretas que requieren al protagonista plasmar la escultura, no desde lo que piensa que es la relación, sino desde la intuición, desde el funcionamiento que se pone en marcha iniciado por un caldeamiento adecuado y que moviliza un cambio momentáneo de la disposición cerebral, con un paso al predominio de las estructuras del hemisferio derecho del cerebro, como defendemos Grete Leutz y yo mismo, entre otros. Es, por tanto, una llamada, como acabo de señalar, precedida de un buen caldeamiento, a dejar que surja la acción de esculpir de un modo espontáneo, creativo, en una vía directa desde la mente a la forma. Si logramos estas metas deseables somos espectadores de cómo el protagonista llega a un encuentro, casi siempre sorprendente, con su mundo interno y con su mundo relacional, plasmado en la estructura que acaba de esculpir.

A este momento es al que me gusta llamar, como apunté anteriormente, el parto de la acción, puesto que algo que estaba aún dentro del sujeto surge en un proceso de esfuerzo creativo y da lugar al nacimiento de un cuerpo externo. En este paso no sólo aparecen estos fenómenos externos sino que sabemos que simultáneamente se mueve todo un magma interno, no manifiesto, del oscuro mundo de los mitos, arquetipos y símbolos. Es también el primer paso simbolizante de una cadena que veremos a continuación. Lo que podemos ver recién parido lo podemos considerar una metáfora de lo que ocurre y se mueve en los contenidos internos de la mente, es la expresión formal de los movimientos neurofisiológicos ocultos a la percepción directa y que, por esta vía, se hacen visibles.

A partir de este momento, y con la ayuda, en su papel de partero, del terapeuta, va a ir apareciendo una cadena de acontecimientos que van desde esa primera aparición del cuerpo de la acción, o de la

acción del cuerpo, hasta un último momento en que la palabra tomará el primer plano de un modo razonador y expresivo. Se trata de un proceso de organización progresiva desde lo informe y caótico hasta el entendimiento racional de los fenómenos ocurridos.

Vamos a ver cuáles son los pasos sucesivos:

El primer paso es el del parto de la acción, de la acción inmóvil, es decir, de la plasmación formal de la escultura a través de un movimiento de tanteo desde lo vivencial. A esta construcción contribuyen los contenidos internos del sujeto, como hemos dicho, pero también la influencia que éste recibe del otro, o de los otros cuerpos que van a formar parte de la escultura y que movilizan los contenidos internos del escultor, promoviendo que la escultura no sea ya solo un puro producto del protagonista sino también un hecho dramático, la configuración de una escena con varios participantes y que, por tanto, ya pertenece también al otro, a los otros, al mundo de la relación.

Una vez más aparece la circularidad como productor de la fecundación mutua entre protagonista y antagonista. En este primer paso el sujeto está inmerso en el proceso espontáneo-creativo, en el tiempo atemporal de la creación, lo que Moreno denomina Momento y, por ello, no percibe ó, quizás, no aprecia ninguna sensación y sentimiento, al menos como un procesamiento consciente, sino sólo la acción en sí misma.

Llega un momento, que consideramos el segundo paso, en que, finalizada la construcción de la escultura, con todos los elementos inmóviles, el protagonista y también el otro o los otros, pueden detenerse a tomar contacto consigo mismos y percibir de un modo sensible las sensaciones osteo-articulares, musculares, viscerales, cenestésicas en general. Durante un breve periodo de tiempo el protagonista es el sujeto percibiente de estas vivencias pero aún no encuentra la denominación correspondiente, que aparecerá muy poco después. El lenguaje verbal se limita aún a ser meramente descriptivo. Un lenguaje para describir. Cuando comienza a poder dar nombre a lo que siente se desliza rápidamente a relacionar todo ello con el mundo emocional, que es el siguiente paso.

Este tercer paso es, como acabamos de mencionar, el de la elaboración inconsciente que lleva a connotar aquellas sensaciones como reflejo de un complejo mundo emocional que se hace consciente pero que a veces es aún inefable, aunque pronto se empieza a dar los nombres a ciertas emociones y sentimientos. En este filtrarse la posibilidad de usar el lenguaje interno, hablamos del lenguaje como denominador, puesto que denomina por primera vez ese mundo vivencial.

A partir de aquí el sujeto desea comprender lo que le ocurre, lo que se mueve en su interior consigo mismo y con los otros, en la escultura, puesto que con gran frecuencia, por no decir casi siempre, se ha visto abocado al descubrimiento de una escena nueva, de una historia o narrativa desconocida hasta este momento. Persigue entonces la utilización del lenguaje para llegar a una comprensión de esta nueva historia. Es el uso del lenguaje para comprender.

En el último paso se intenta llegar más allá de la mera comprensión y se persigue un intento de explicación y racionalización de todo lo ocurrido. Se desea explicarse a sí mismo y compartir con el otro, todo este mundo nuevo, e intentar integrarlo en la propia historia vital, de que forme parte de la biografía. Es un lenguaje para explicar. Este es un momento en el que hay que estar alerta porque aquí cobra el lenguaje su máxima sofisticación y puede, tanto ayudar a desvelar lo nuevo y desconocido, como ser utilizado para la mentira y el engaño y convertirse, incluso, en instrumento de poder, y ello no solo por parte del protagonista, sino también del terapeuta.

El tiempo total del transcurrir de estos pasos es muy breve. No más de algunos minutos.

Jugando aún con la construcción que he forjado, se puede añadir otra óptica más de los pasos que comporta la escultura. Por ejemplo: desde una lectura de los niveles que toca el psicodrama encontramos:

- a) *Lo manifiesto*, lo que hemos dado, en otras ocasiones, en denominar lo filmable, las personas en sus modos y en su proceso detenido en la escultura. Son siempre “reales” y portadores de subjetividad. Es la expresión plástica que se construye desde la subjetividad.

- b) *Primer nivel inconsciente ó pre-consciente*, constituido por los personajes. Se trata del mundo de los roles, psicodramáticos y sociales, que son constructos simbólicos para intentar comprender los modos de vinculación del sujeto.
- c) *Aparecen los contenidos de lo que denomino lo oculto*. Todos los niveles de latencia que he descrito en otras páginas de este libro, se expresan en escenas que remiten a todos los niveles biográficos más allá del primer nivel de latencia inmediata. Están plasmadas en escenas que remiten a la vida laboral, la adolescencia, el colegio, la vida familiar y, desde luego, la matriz de identidad. Estas últimas son las que he descrito como escena primigenia y diabólica.
- d) *Lo más profundo*, la sima, el magma orgánico depositario de escenas potenciales. “Los esquemas de acción que bailan en las redes de la mente...”.

A modo de resumen quiero referirme a las latencias que podemos encontrar bajo una expresión manifiesta, sea esta verbal, activa, plástica o cualquier otra forma de expresarse un sujeto.

- Primer nivel de latencia bajo lo manifiesto, lo que el sujeto oculta de modo consciente, porque considera inadecuado expresarlo o por pudor, temor, olvido inmediato, o cualquier otro motivo.
- Latencia que remite al nivel biográfico del curso de las escenas familiares en la infancia.
- Latencia que remite a la matriz escolar.
- Latencia en relación con la díada madre-hijo.
- Latencia del submundo simbólico.

Solo cuando tenemos consciencia de que siempre en cualquier dramatización, coexisten todos estos niveles de latencia, podemos abordar una determinada hipótesis que nos facilite la ayuda al paciente.

En la oferta de una determinada técnica, el sujeto va a hallar caminos para el encuentro con sus contenidos en estos niveles de latencias. ¿Por qué y para qué entonces proponer una técnica u

otra? La respuesta está siempre en el camino que ha seguido el sujeto y su momento en la espiral terapéutica. El mismo está transmitiendo en su discurso verbal y gestual, si estamos abiertos a oír y mirar qué niveles de latencia son los primordiales en ese momento para su terapia, llegando incluso hasta la herida infantil que hemos considerado como producto de relaciones vinculares diádicas disfuncionales en la matriz de identidad. Formas de la escena primigenia lesivas y base de la construcción de lo que he dado en llamar “personajes”, como una denominación para determinados roles o mejor, haces de roles patológicos, constituyentes a su vez de lo que denomino posición luciferina.

A estos niveles se llega a través del despojamiento de tales “personajes”. No quiero decir que sea necesario llegar al encuentro y elaboración de dicha herida infantil en todos los casos, pero sí que es preciso considerar que suele estar presente, subyacente, en la mayoría de los síndromes que tratamos. Pero esta herida, cuando es de pequeña entidad, es decir, que no ha sido capaz de provocar un síndrome patológico, pueden verse multiplicada por una situación actual de desasimiento afectivo de cualquier tipo. Quiero decir, una experiencia con una importante carga lesiva como se da a veces en determinadas rupturas de pareja, accidentes de tráfico con pérdida de gran parte de la familia u otro tipo de accidentes, un acto terrorista, migraciones, etc. pueden llevar a crear una nueva herida o a reabrir y magnificar en el presente una herida infantil. En este caso nos encontramos con que hemos alcanzado esa herida, fuente de un importante sentimiento de tristeza, temor, desolación, entre otros sentimientos, pero no como producto de una elaboración hasta el centro de la personalidad, sino como una forma de estallido brusco. Recuerdo aquí con dolor el caso de un campesino que en una montería estaba esperando la llegada del jabalí. Al ver el movimiento de las hojas de las ramas de los arbustos que tenía delante, disparó su arma. Se acercó a ver el producto de su disparo y encontró a su hija de 12 años que venía a traerle la merienda. Tras muchos años todavía recuerdo el vacío, la profundidad enorme del dolor que sufría este hombre.

El abordaje terapéutico de estos traumas, aunque los sentimientos que lo conforman sean análogos a los que descubrimos en las heridas infantiles, es diferente. En mi experiencia son difíciles de abordar y conllevan sobre todo una elaboración terapéutica muy semejante a la de los duelos, crisis y episodios traumáticos.

Cuando sobrevienen estas heridas se construyen también mecanismos de defensa pero, de modo habitual, cuando llega el paciente a la consulta no ha habido un proceso histórico de consolidación de unos personajes definidos. Se trata de mecanismos compensatorios muy primarios, podría decirse que de lucha-huida, como una situación de aislamiento, de marasmo, de irritabilidad, de desasimiento de todos los intereses habituales, etc. En estas situaciones la modalidad terapéutica es la habitual a la de intervenciones en crisis, es decir, escucha y apoyo emocional, contención, permitir el desahogo y la expresión de emociones, clarificar la normalidad de determinados tipos de respuestas, etc.

### **Descripción de una sesión**

A continuación, y a modo de ejemplificación del proceso terapéutico, describiré una sesión psicodramática. La paciente es una mujer profesional, de 30 años, que realiza formación en psicodrama en nuestro centro de formación desde hace dos años.

En la sesión anterior salió a colación su vivencia de sentirse compelida a ayudar a todo el mundo de su entorno familiar, social y laboral. Esta actividad la agota porque constantemente surgen situaciones que, en su sentir, reclaman su apoyo y ayuda. Desde lo descrito en nuestra parte teórica, toma contacto con que esta actitud nace de su personaje, el traje con el que se ha investido desde muy niña.

En la sesión que vamos a describir acude con una cierta inquietud y expresa su desconcierto: “estoy perdida, siento muchas cosas pero no sé ponerlas en orden y expresarlas”. Le sugiero que, de todo

ese mundo interior, extraiga un personaje y lo coloque simbólicamente en la silla frente a ella, y que entable cualquier conversación. Así lo hace de modo inmediato. Le pregunto si estaba hablando desde su personaje o desde ella misma. Tiene claro que está utilizando su modo habitual de manejarse desde su personaje. Al llegar a este punto aparece plenamente caldeada y se ha establecido entre la paciente y el terapeuta una conexión emocional clara. La dejo reflexionar unos breves minutos y le indico que se ponga de pie “y ahora M. desnúdate”. Entiende perfectamente que no se trata de que se quite su ropa sino de que se quite el ropaje del personaje. M. hace el gesto de tomar una prenda desde cerca del suelo y la va elevando hasta la altura del vientre, donde se para.

- P. “Te has parado a la altura de las bragas ¿que ocurre?”
- M. “Se me están removiendo muchas cosas... es como si “... ”
- P. “Cómo si ¿qué?”
- M. “Me estoy sintiendo mujer. Me estoy dando cuenta de que ahora puedo permitirme sentir deseos hacia muchos hombres y no solo hacia X (su anterior pareja)”.
- P. “Quieres quedarte ahí o quieres terminar de quitarte el traje” (todo este proceso se desarrolla en un ambiente de una gran intensidad emocional).
- M. (tras una pequeña duda) “Sí” (en el “como sí”, se saca el traje por la cabeza). Conmovida, dice sentirse totalmente desnuda, como muy delgada, toda huesos. Le resulta extraño su cuerpo.
- P. “De niña ¿se burlaban de ti por lo delgada que eras?”
- M. “Sí, y de más mayor también”.
- P. “Déjate sentir tu cuerpo en este momento, tócalo, explóralo... Tras unos minutos ¿cómo lo percibes ahora?”
- M. “Ahora es mi cuerpo, pero es un cuerpo diferente del que tenía antes de quitarme el traje”.
- P. “¿Diferente...?”
- M. “Sí, ahora es un cuerpo de mujer, pero me resulta extraño por lo nuevo”.
- P. “Levántate y date un paseo por el salón imaginando que estas en distintas situaciones de tu vida”.

- M. Vuelve sonriente y dice sentirse reconciliada con su cuerpo pero que ahora no sabe cómo va a relacionarse con las personas desde esta nueva situación.
- P. “Te propongo que tomes a alguien de tu entorno, en una situación cualquiera y le hables primero desde cómo lo hacías cuando tenías el traje puesto y después, como te sale ahora sin el traje”.
- M. Elige a su madre y desde la primera posición se muestra cuidadora, le organiza la vida, le insiste en lo que tiene que hacer, le riñe por no hacerlo, etc. Cuando se dirige a la madre desde la nueva posición sólo puede decir, muy emocionada: “Te quiero, te necesito”.

Aún le sugiero que realice la misma experiencia con otra persona de su entorno y también le surgen dos respuestas muy diferentes. Se sorprende y comenta que al expresarse de un modo mucho más emocional, se siente más vulnerable.

- P. “Esa es la fantasía que te ha surgido con otras personas en esta misma situación, pero detente a darte cuenta ¿de qué manera sentías más fortaleza interior?”

Tras un instante, M. comenta que se sentía más fuerte con sus antiguas respuestas. Intento comenzar a decirle algo sobre lo ocurrido, pero me frena con un gesto de su mano, tras un intervalo comenta:

- M. “Se me están pasando mil situaciones de mi vida viendo las dos posibles posiciones”.

La dejo en su estado de introspección hasta que sonrío y comenta: “No creía que se pudiera una sentir tan bien, es algo nuevo, diferente”.

Tras un instante de silencio miro mi reloj y veo que es la hora. La sesión ha durado cuarenta minutos.

- M. Se despide emocionada.

## **Análisis de la sesión**

El comienzo de esta sesión se ve claramente marcado por el de la semana anterior. A través del discurso verbal y, sobre todo, no verbal –aquel que marca los gestos de las manos– se aprecia una situación de ansiedad, con un componente depresivo regresivo, pero, simultáneamente, un deseo, cargado de expectativa, de progresión.

La vivencia del terapeuta es la de estar presente una profundización dentro de la espiral terapéutica, con la presencia en el sistema terapéutico, de una matriz diádica en la cual el terapeuta tiene claramente el rol psicodramático equivalente al de la madre deseada.

Parece evidente que la paciente percibe ya como algo independizado su verdadero yo, los aspectos esenciales de su personalidad, podríamos decir el “puer divino” de Jung y los aspectos producto de un artificio de lo que hemos dado en llamar el personaje. De hecho se hace presente la vivencia compartida de percibirlo como un ropaje artificial. Es en este momento cuando el terapeuta, apoyado en estas hipótesis sufre la duda de si es el momento pertinente de proponer el salto que significa para la paciente desposeerse de lo que ha vivido hasta ahora, a lo largo de su vida como su “verdadera personalidad”, como su sí mismo. Si el terapeuta toma una decisión equivocada puede provocar la desestructuración psíquica del paciente, pudiendo este entrar en una confusión entre su verdadero y falso yo que puede llevarle a buscar respuestas en la fantasía, construyendo una nueva y falsa identidad. En este momento es cuando aparece la importancia de que el terapeuta este viviendo realmente una situación de simbiosis emocional con la paciente.

Tomada la decisión de proponer “quitarse el traje” encamina a la paciente a forzar el desposeimiento de lo que identifica como “su ser”, lo que ha vivido como su verdadera esencia. La propuesta se apoya en que en las últimas sesiones ha comenzado un encuentro con este personaje y una primera disposición a percibirlo como algo ajeno a su verdadero yo.

Es importante la parada que realiza la paciente al levantarse el traje a la altura del bajo vientre. Esto parece hacer evidente que uno

de los factores, habitual en estos casos, que frenan el proceso de desprenderse del "traje" es el encuentro de su feminidad y hembridad, derecho nuevo para la paciente de ser realmente mujer; lo que antes había vivido siempre de un modo confuso, tanto en una relación estable como en relaciones sexuales esporádicas.

El terapeuta elige una frase con la que procura desdramatizar la situación para que siga quitándose el traje: "Te has parado a la altura de las bragas". Finaliza "sacándose" el traje por la cabeza y arrojándolo a un lado. Surge la vivencia de desnudez (recordemos que la paciente sigue todo el tiempo vestida con su ropa habitual) pero la vivencia de desnudez es intensa y va acompañada de sentimientos de fragilidad, de vulnerabilidad, etc. Aquí es importante la presencia reaseguradora de la "madre", el terapeuta en su función simbólica, inconsciente para la paciente, de madre, que admite su realidad tal como es (su "desnudez") y apoya su capacidad para crecer a partir de este estado. Es obvio que cuando se le propone elegir una persona con la que hablar desde esta desnudez, desde su verdadero yo, y compararlo con una conversación desde el falso yo, elige a su madre verdadera. En el mensaje que da a su madre de "te quiero, te necesito", esta presente la interiorización del rol de buena madre que ha vivido en el proceso, de modo inconsciente a través de la simbiosis con el "terapeuta madre".

Las técnicas aplicadas a partir de este momento y de manera fundamental, el modo relacional del terapeuta, facilitan la admisión de su nuevo estado y la elaboración, no sólo del proceso vivido, sino también la reelaboración y translaboración de multitud de situaciones en las que desde el aquí ahora percibe en un pasado inmediato.

Al aportar este análisis de la sesión no estoy proponiendo que cada vez que se realiza un acto dramático se esté elaborando un proceso del modo que acabo de hacer con esta sesión. Sí creo que son convenientes varios puntos a tener en cuenta: trabajar desde hipótesis plausibles que pueden cumplirse en el proceso o no, pero que, de alguna manera, significan una pequeña guía para actuar de un modo intuitivo. En segundo lugar, tener siempre en cuenta los niveles de regresión, de profundización a antiguas matrices en el buceo que sig-

nifican algunas dramatizaciones verticales, calibrar el grado de caldeamiento del sujeto y el propio del terapeuta y valorar si existe un encuentro en el sentido moreniano. Finalmente, no dejar nunca abierta la situación de un modo doloroso, es decir, procurar dejar cerrada la sesión o, si no es posible, al menos haberla enfocado hacia una vía que signifique para el sujeto la posibilidad de continuidad en su exploración personal.

A lo largo de este capítulo destaca la posición que defiendo sobre la dinámica de la mayor parte de los cuadros patológicos que describo por la presencia de respuestas que pertenecen al área del poder. He escrito en numerosas ocasiones sobre la antinomia amor/poder, insistiendo sobre el hecho de que cuando aparecen respuestas vinculadas, relaciones fundadas en el poder, desaparecen aquellas que suponen funcionar en el área del amor. Es decir, cuando nos movemos desde el poder no nos movemos desde el amor.

Lo anterior no sólo es válido para los casos que podríamos situar en la vida “normal” y “sana” de los seres humanos, sino también, para los cuadros patológicos. Recordemos que tanto el psicoanálisis como el psicodrama moreniano se han movido en una patología del amor. En lenguaje moreniano, de la aceptación, la indiferencia y el rechazo, es decir, los aspectos que podríamos denominar positivos y negativos del área del amor. Exceptuando posiciones extremas como cuando se habla de omnipotencia o de megalomanía, no se han detenido de modo habitual, en estos modelos, sobre la patología del poder. Autores como Dalmiro Bustos han descrito, sobre todo en las relaciones de pareja, modos de relación que podrían traducirse al área del poder o, en el caso del psicoanálisis, se habla de grupos paranoia-genéticos (Kernberg, 1993), cuya dinámica es perfectamente traducible como patología también del poder.

En el desarrollo que hago en este capítulo sobre la patología del poder, no omito que el primer paso aparece dentro de una patología del amor. Si la herida infantil podemos situarla en la matriz de identidad y como un modo de acción dentro de los posibles movimientos en la escena primigenia, estoy hablando de una herida por rechazo o por indiferencia, que son faltas en el área del amor.

Al quedar ocultas las posibilidades de “amor”, desaparece la posibilidad de encuentro, como modo vincular sano, ya que el amor es una de las fuentes más importantes que llevan a las personas a tomar contacto próximo de confianza, aceptación, etc. Mientras que el poder es siempre una fuente de separación y aislamiento, es decir, de dificultad de contacto.

En este capítulo he querido desarrollar mis ideas sobre la patología del poder, que me parece que remite a la mayoría de los cuadros disfuncionales de tipo psicógeno. Con ello no quiero negar la existencia de patologías del amor, es decir, de cuadros que aparecen como consecuencia de dificultades en las relaciones de afecto, ternura, confianza, es decir, en cualquier forma de amor, incluida la sexualidad en su sentido más amplio y de las cuales se han ocupado hasta ahora la mayoría de los investigadores en las áreas de la psicología humanista y la psicoterapia. Sin embargo, mi experiencia me indica que aparece un primer fallo en las relaciones de amor en las primeras etapas de la vida. Aparecen o como rechazo, llegando incluso a la agresividad, o desatención que llega hasta el abandono, sobrecompensada a veces, ambas opciones, con un exceso de protección.

Todas estas formas de vinculación de la madre y el hijo, tal como he descrito en este mismo capítulo, hablando de la escena primigenia, se constituyen en heridas más o menos graves sufridas por el infante en el área del amor, productora de desolación, inseguridad, etc. Hasta aquí la disfunción dentro del área afectiva y aquí, precisamente, comienza a forjarse las distintas formas de patología del poder en la forma de compensaciones o adaptaciones, para sobrevivir indemne y lo más reconfortado posible dentro de su sistema familiar. Se trata en último término de la constitución de una estructura de roles complementarios, adaptativos en estas edades y que se conformarán como patológicos en edades posteriores. Irán tomando forma en cada una de las fases del desarrollo del sujeto siempre en cada individuo en particular, según un modelo propio, que termina dando lugar al “personaje” que aparece como falsa identidad, aunque el sujeto pueda vivirlo como su verdadera identidad. Es de esta manera como se imbrican patologías del área del amor y patologías del poder.

La mayor parte de las patologías descritas en este capítulo pueden englobarse entre las que se han denominado neurosis, término que considero interesante seguir utilizando, pese a haber sido eliminado de los últimos DSM. También la mayoría de los trastornos de personalidad, incluidos los desarrollos paranoides, que podrían remitir a los cuadros descritos por Kretschmer, 1954. En los trastornos de personalidad hay que hacer la salvedad de que parece que hay que admitir en algunos de ellos un cierto componente genético.

Presentan cada vez mayor interés en nuestra cultura, los síndromes de estrés. Denominación inadecuada, puesto que el anglicismo estrés lo que remite es al estímulo que incide sobre la persona. Lo que denominamos estrés es lo que Selye planteó como agotamiento, estadio final del síndrome general de adaptación, producido por una serie de insultos emocionales, laborales o de cualquier otro tipo, que rebasan la capacidad de adaptación del individuo.

Estos cuadros de “estrés” pueden aparecer como algo ajeno, o al menos lejanos, a la personalidad del sujeto, por un excesivo input negativo desde el entorno. Pero en numerosas ocasiones la causa última es un excesivo perfeccionismo, autoexigencia, presente en el individuo, que le llevan a multiplicar sus esfuerzos en un estado de tensión que termina en agotamiento.

Aquí nos encontramos de nuevo con el cuadro descrito en este capítulo, ya que perfeccionismo, exigencia, orgullo, etc., son componentes del síndrome de poder o luciferino, tal como lo he descrito en mi obra ya citada. En la sintomatología del “estrés” suelen destacar, la ansiedad, la depresión, la dificultad de concentración y de la memoria, a veces una cierta confusión mental y, también, algunos síntomas físicos tales como el insomnio, trastornos sexuales (inhibición), dismenorreas y, en casos extremos toda una panoplia de muy diversos trastornos psicósomáticos que afectan a los más diversos órganos del cuerpo. Pero nuestro interés estará en conseguir disminuir ese alto nivel de exigencia, cuando este sea el caso, y, por supuesto, un tratamiento biológico que ayuda a combatir todos los componentes de patología orgánica.

Los problemas de acoso, violencia y maltrato es preciso, a mi entender, afrontarlos desde la patología del poder. Recordemos que violencia nos remite etimológicamente, al latín “vis”, que quiere decir, “fuerza, poder”.

Por supuesto no solo debemos centrarnos en la atención al que ejerce estas formas de poder, sino en aquellos que las reciben y en sus respuestas, ya que casi siempre son fenómenos circulares (si bien hay que tener en cuenta la diferencia en la calidad de los actos), hecho que se ha soslayado con frecuencia en los intentos sociales de solucionar estos temas. También hay que aceptar la existencia de casos en que no aparece esta circularidad, como tantas situaciones de violación, maltrato, homicidio, abuso infantil, etc.

Al finalizar este último capítulo, ya que el capítulo décimo está dedicado a la historia de los inicios del psicodrama en España, creo conveniente realizar un resumen de los conceptos que considero fundamentales desde mi esquema de comprensión de la psicopatología.

A lo largo de las páginas de este libro, he manejado con insistencia el término de “personaje”. Quiero aquí reivindicar la autoría, la creación del concepto de “personaje” tal como lo manejo en estas páginas. Ya lo utilicé en el artículo “La antinomia amor/poder” (trabajo presentado en la XV Reunión de la AEP, Barcelona 1999, publicado posteriormente en la Revista de la IAGP), “Relaciones de Poder”, V Congreso Iberoamericano de Psicodrama, México 2005, “Herida, poder y cuaternidad. Una contribución a la comprensión psicodramática de la estructuración de la identidad, Congreso Iberoamericano, A Coruña, 2007, y en mi libro *Las relaciones de poder* (Editorial Fundamentos, Madrid 2005).

Pienso que la introducción de este constructo psicológico es interesante en cuanto aparece como un falso yo que, en un determinado momento, interfiere en la vida del sujeto tanto en los aspectos emocionales como ideativos y contextuales. A partir de aquí aparece como la causa más frecuente, a mi entender, de los conflictos intrapsíquicos y relacionales.

El personaje tiene su origen, su nacimiento en la infancia, a veces en edades tan tempranas como los tres o cinco años. Su origen está

en los roles complementarios que moviliza el infante frente a las expectativas, demandas, exigencias... de su entorno, sobretodo de las figuras parentales. Se adapta así a su medio ambiente, se trata de sus soluciones de supervivencia.

La fuente no es unívoca, el niño responde con roles complementarios distintos al padre y a la madre. Así pues fluyen dos corrientes que se unen en un haz de roles al que llamamos personaje. Este doble origen da lugar a numerosas contradicciones de este conjunto de roles.

En la infancia, no podemos hablar de roles complementarios patológicos ya que no son fuente u origen de una patología del niño, son realmente adaptativos. Más adelante a partir de la adolescencia e incluso, en la edad adulta, es cuando este personaje deja de ser útil y comienza a ser fuente de conflictos de todo tipo, dando lugar a los más variados síntomas de lo que se ha denominado neurosis, trastornos de la personalidad, estrés, etc.

La adaptación del personaje implica, ya en la infancia, un manejo, una manipulación de las personas del entorno. Esto lo constituye en instrumentos en las áreas de poder. El "personaje" se mueve dentro del área de poder con todos los componentes que he descrito en otro momento, correspondientes a estos conceptos: manipulación "desde arriba" o "desde abajo", "autoexigencia y heteroexigencia", soberbia, dificultad para aceptar los fracasos o fallos, "posiciones egocéntricas y egolátricas", etc.

Este personaje se instaura en la vida del sujeto como una identidad alternativa al verdadero yo, o incluso, sustitutiva, anulando la actividad de este último.

En este manual de psicodrama diádico, he querido transmitir mis ideas sobre la utilidad de este concepto para el entendimiento, comprensión de la terapia de los distintos cuadros, fuentes de sufrimiento para numerosas personas.



# 10 El inicio del psicodrama en España

---

En este capítulo me propongo aportar al lector tanto una breve historia de la Asociación Española de Psicodrama, como de nuestro Centro de formación de postgrado, el ITGP (Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama), ya que ambas organizaciones marcan gran parte de la historia del Psicodrama en España.

## **Historia de La Asociación Española de Psicodrama (A.E.P.). Del caos a la creación**

Los orígenes de la A.E.P. son poco conocidos. Su fundación está precedida de movimientos en el campo de la psicoterapia de grupo, como la previa creación de la S.E.P.T.G. (Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo) y las Reuniones Nacionales convocadas por el PANAP (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica) en las que se presentaron las primeras ponencias de Psicodrama.

Desde mi pertenencia a la AEP y en mi calidad de miembro fundador he creído interesante pergeñar una breve historia de la misma. Hacía tiempo que latía en mí el germen de ésta iniciativa, pero como ocurre en tantas ocasiones, la presión de los requerimientos inme-

diatos hacían que fuera postergando una y otra vez esta tarea. Al parecer, el libro de actas en el que constaban todas las primeras reuniones habidas, incluidas las fundacionales, se ha debido despistar en el curso de los años y andar perdido por causas desconocidas.

Recordé entonces que tuve la precaución de sacar, hace tiempo, fotocopias de las transcripciones de las actas de las primeras juntas y asambleas, y que también tenía en mí poder otros documentos personales interesantes. Con la ayuda de este material creo poder plasmar las bases de una breve historia de los comienzos de la AEP.

Antes de introducirme en la historia concreta de la AEP, me parece interesante hacer un recorrido rápido por los antecedentes del psicodrama en España.

El primer hito es cuando viene Jacobo Leví Moreno a España, invitado por el Prof. Ramón Sarró, Catedrático de Psiquiatría de Barcelona. Sarró lo acoge con esa actitud abierta y cálida y ese “seny” catalán que recuerdo entrañablemente de las ocasiones en que tuve la suerte de compartir con él congresos, comidas e incluso su biblioteca personal.

El prof. Sarró promueve que J.L. Moreno sea nombrado Doctor Honoris Causa por la Universidad de Barcelona. Moreno ya había estado en España en 1958 y también en 1966, en el 2º Congreso Internacional de Psicoterapia, realizado en Barcelona del 29 de agosto al 3 de septiembre.

Para Moreno este reconocimiento fue muy importante porque significó para él un reencuentro con sus raíces españolas, ya que, como sabemos, era judío sefardí. Este segundo congreso causó un gran impacto y la primera siembra del psicodrama en España. Aparte de los profesionales catalanes, de Madrid acudió el Doctor Enrique García-Barros con el Profesor de Psiquiatría de Madrid Dr. D. Antonio Vallejo -Nájera.

El paso de Moreno por Cataluña dejó huella y varios psiquiatras comenzaron a practicar psicodrama. Recuerdo concretamente a J.L. Martí Tusquets en Barcelona, J.M. López Sánchez en Andalucía y García Barros en Madrid.

En Granada, López Sánchez se animó a utilizar el psicodrama en su trabajo hospitalario publicando el “Test de Espontaneidad” en la Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España, (Vol. III, 1968).

Y con posterioridad, el libro *El psicodrama en Psiquiatría clínica* (ED CEP, Granada, 1982).

E. García -Barros lo utilizó en el Hospital Clínico Universitario de Madrid y gracias a él tuve mis primeros contactos con el psicodrama.

En 1968 la dirección del Hospital de Mujeres del Sagrado Corazón de Ciempozuelos se planteó una reorganización general de la atención impartida en la institución y uno de los aspectos de la reestructuración fue la introducción de la psicoterapia en el ámbito hospitalario. Dado que era el único jefe clínico del Hospital que en aquel momento tenía una formación en este campo, se me sugirió la organización de esta actividad. Me planteé la elección entre grupos verbales y grupos psicodramáticos. Las características de la población hospitalaria me hicieron inclinarme por ésta segunda elección, aunque no tenía casi experiencia en ella, ni posibilidad de formarme en ningún centro ni con ningún maestro, puesto que no existían centros de formación en España.

Conocía parcialmente la obra de Moreno por lecturas y a través del Dr. García Barros y me zambullí de lleno en una inevitable autoformación. Aparte de un estudio profundo de las obras de Moreno y de alguna otra escasa literatura que pude conseguir, solicité la ayuda de un grupo independiente de teatro, el TEI, dirigido por J. Carlos Plaza, con formación básica en la escuela de Stanislavsky y del que yo había sido profesor de la asignatura de psicología del actor, años antes. Respondieron entusiasmados a la idea. Durante más de seis meses nos reunimos en mi consulta uno ó dos días a la semana, varias horas por las noches, para practicar psicodrama entre nosotros. Entretanto yo iba estructurando el futuro trabajo y caldeándome para los grupos que podrían realizarse en el Hospital.

No quiero presumir de que hiciéramos un psicodrama muy ortodoxo, pero sin duda, quizá más por nuestra entrega y entusiasmo, comenzaron a observarse resultados que compensaban la dureza de

la labor. Aquí es preciso resaltar la ayuda inestimable del grupo de actores y, de modo muy especial, de J. Carlos Plaza.

Este movimiento impulsó a la Dra. Carmen Comeche, entonces Jefa Clínica de Formación de Personal del PANAP (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica) a realizar una Reunión Nacional sobre psicoterapia de grupo. Se celebró en nuestro Sanatorio de Ciempozuelos, en 1971 el III Seminario de Psicoterapia de Grupo, cuya 2ª ponencia era “Psicodrama” y de la que fui responsable.

Por estas fechas comencé a formar a un grupo de psiquiatras y trabajadores sociales del Hospital clínico, algunos de los cuales han llegado a crear sus propias escuelas.

En este Seminario del PANAP tuve la suerte de tomar contacto con una entusiasta joven psicóloga que había iniciado su formación en psicodrama asistiendo a algunos seminarios en Francia, impartidos por A.A. Schutzenberger. La práctica del psicodrama, con varios y diversos grupos en el Hospital de Ciempozuelos duró varios años, creando un núcleo de irradiación de interés sobre esta práctica, que redundó en la posterior historia del psicodrama en España.

Aquí me parece de interés adentrarme en los aspectos de la relación con aquella compañera que he nombrado. Se trataba de Rocío Fernández Ballesteros, actualmente Catedrática de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. Después de aquel encuentro, la relación se convirtió en una buena amistad, y decidimos colaborar y crear un centro de formación en terapias grupales. Nos pusimos en contacto con Carmen Huici, especializada en dinámica de grupos, formada en Estados Unidos (actualmente, es Doctora en psicología y Catedrática de la Facultad de Psicología de la UNED), con el psiquiatra Daniel Valiente, que fue uno de los profesionales que realizó una primera formación psicodramática en el grupo del Hospital Clínico y que, después de una sólida formación en psicoanálisis, creó su propio centro de formación en Psicodrama Psicoanalítico, con el psicólogo Esteban Alonso, especializado en Dinámica de Grupos de orientación humanista y con el psiquiatra Luciano Sánchez, psicoanalista.

De este grupo nació el I.T.G.P. Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama, que se disolvió tras varios años de una labor creativa en el área del estudio y la formación didáctica en Psicodrama y Dinámica de Grupos. Quedando todos de acuerdo en que yo pudiera continuar haciendo uso del nombre de la Institución, como lo hice y continúo hasta la actualidad.

En esos años hay que destacar un acontecimiento de importancia para el psicodrama y las terapias grupales en España. Se trata de la idea que compartimos Rocío Fernández Ballesteros y yo mismo en principio y luego comentada y cristalizada con el resto de los “itegenses”, de promover la creación de una Sociedad de Psicoterapia de Grupos que estuviera abierta, según el modelo y la filosofía del I.T.G.P., a todas las tendencias y escuelas. Tras proponerla a un grupo de compañeros, la mayoría psicodramatistas y psicoanalistas, contactados estos sobre todo por Daniel Valiente, se constituyó el germen de una futura sociedad de grupos.

Esta idea fue tomando cuerpo hasta cristalizar en la fundación de la SEPTG (Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo). La historia de esta sociedad esta publicada en el Boletín de la SEPTG de mayo de 1998, con el título “Historia abierta... 25 años de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (S.E.P.T.G.)”. Reproduzco varios párrafos de los autores participantes en dicho boletín:

Dr. I. Rodríguez de Rivera (pág 147): ... *“Estuve presente y participé en la reunión fundacional de la SEPTG que tuvo lugar en Zaragoza en 1972...”*

*“...Las cabezas visibles ó promotores de aquél primer encuentro de Zaragoza fueron Alejandro Gallego, Pablo Población y Martí Tusquets. Se trataba de crear una Sociedad Nacional para reunir y establecer relaciones entre los profesionales que por aquel entonces nos ocupábamos del trabajo grupal, desde los diversos encuadres teóricos y técnicos. Pretendimos que fuera una Sociedad lo más amplia y abierta posible, de modo que ni siquiera se limitase a la aplicación terapéutica del grupo, sino que abarcara otras actividades grupales...”*

Dra. Hanne Campos (pág 177): “... La primera llamada a todos los socios y ex-socios a contribuir a una “historia abierta...” queda recogida en la carta del 15 de octubre de 1996. Por correo separado también se pide la colaboración a todos los miembros de las sucesivas Juntas Directivas. El primero en responder el mismo mes de octubre es Pablo Población, miembro fundador y ex-Presidente de la Sociedad. Incluye en su carta el programa del I Symposium de la SEPTG celebrado en Madrid los días 1 y 2 de junio de 1973, con la colaboración del PANAP. También incluye el programa del II Seminario sobre psicoterapia de grupo que el mismo Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica celebró en Oviedo los días 27, 28 y 29 de noviembre de 1970 y escribe: “Verás que en la introducción a la ponencia del IX Symposium aprovecho para recordar el proceso promocional, que no fundacional, de nuestra sociedad. Ya lo habíamos escrito años antes en un Boletín, el 1º de la 1ª época...”

Desde la fundación de la SEPTG hasta la creación de la AEP la mayoría de psicodramatistas estábamos integrados como miembros de la primera, ya que como se ve en las líneas anteriores, acogía las más diversas corrientes.

El día 11 de enero de 1984 recibo una carta de la licenciada en psicología Dña. Ruth Tarquini, comunicándome que, junto a su marido, D. Sergio Canadé (psicólogo) y el Dr. Enric Grañen, de grata memoria, y otros compañeros que constan en la 1ª Acta Fundacional, habían procedido a la fundación de una Sociedad, la Asociación Española de Psicodrama. La carta se acompañaba de una fotocopia de un documento del Ministerio del Interior en el que se comunica la inscripción de la AEP en los correspondientes registros públicos.

Previamente, habíamos mantenido un contacto telefónico del que por supuesto no conservo registro, en el que le propuse la inclusión de determinados psicodramatistas como miembros fundacionales.

A la reunión del 29 de enero de 1984 acudimos las personas que se habían citado, más otras, interesadas, cuyos nombres constan en el acta. La mayoría eran psicodramatistas formados en el ITGP,

hecho que fue determinante para lo que ocurrió en aquella reunión:

*“Después de quedar claro que los estatutos son provisionales que ahora se ha de proceder a elaborar los estatutos definitivos, se decide invitar a una próxima reunión a los profesionales interesados en participar como Miembros Fundadores, es decir proceder a la fundación definitiva.*

*Dicha reunión queda citada para el día 4 de marzo de 1984 a las 10 de la mañana en el Hotel Conde Duque de Madrid”.*

La verdadera Reunión Fundacional se realizó por tanto en Madrid, en el Hotel Conde Duque, el 4 de marzo de 1984. En las actas de esta Asamblea, se modifica la constitución de la Junta Directiva, se decide hacer un estudio y redacción más a fondo de los estatutos, se cuenta con una asistencia más nutrida y variada, se formulan los miembros fundadores y se convoca la primera Reunión Científica con la ponencia “Modelos teóricos y técnicos psicodramáticos”, tema propuesto por Población entre otros temas que, personalmente, consideré muy atractivos.

Unos días después recibo una carta firmada por R. Tarquini y fechada el 7 de marzo de 1984 que reproduzco a continuación.

*Barcelona, 7 de marzo de 1984*

*Apreciado amigo/ a:*

*Te escribo para enviarte el resumen de los temas que se trataron en la reunión que se celebró en Madrid el 4 de marzo, y para comunicarte que el próximo encuentro de los miembros fundadores de la Asociación Española de Psicodrama tendrá lugar en Granada los días 13 y 14 de octubre próximo.*

*Primer tema: Designación de los miembros fundadores, que son los siguientes:*

*Sergio Candé Pérez*

*Ada López Alonso*

*Cristina Castro Seoane*

*Elisa López Barberá*

*Antonio de las Morenas*

*José María López Sánchez*  
*Francisco Delgado*  
*J. Luís Moreno Chaparro*  
*José Félix Duarte*  
*Rosa Navarro*  
*Jeanine Escorne Siol*  
*Pablo Población Knappe.*  
*Charo Gil Ortega*  
*Cristina Rosales Fontcuberta*  
*Enric Grañen Raso*  
*Ignacio Sagastagoitia*  
*Antonio Guijarro*  
*Mara Sánchez Mur*  
*Manuel Hernández Yubero*  
*Ferran Sentis Vayreda*  
*Roberto Inocencio Biangel*  
*Ruth Tarquini*  
*José Jiménez Abelló*  
*Juan Carlos Uriszar*  
*Alba Juanola Manent*  
*Daniel Valiente*

*Con una cuota fundacional de dos mil pesetas por cada miembro y una cuota anual de dos mil quinientas pesetas.*

*Segundo tema: se designó a Roberto Inocencio Biangel como encargado de revisar los estatutos provisionales de la AEP, y preparar un proyecto de estatutos que será discutido y aprobado si procede en la próxima asamblea de los miembros fundadores, que tendrá lugar en Granada el día 14 de Octubre próximo.*

*Tercer tema: Elección y constitución de la Junta Directiva.*

*Presidente: Enric Grañen Raso.*  
*Vicepresidente: Francisco Delgado*  
*Secretaria: Ruth Tarquini*  
*Vicesecretario: Roberto Inocencio Biangel.*  
*Tesorera: Mara Sánchez Mur*  
*Vocal por Granada; José María López Sánchez*

*Vocal por la Coruña: Cristina Castro Seoane*

*Vocal por Sevilla: José Félix Duarte.*

*La sede de la AEP queda en el domicilio de su Presidente:  
Avenida Diagonal 598 principal, Barcelona 21.*

*Cuarto tema: programación de las actividades de la Asociación Española de Psicodrama. Se designó a José María López Sánchez como organizador de la primera reunión científica de la AEP, que se llevará a cabo en Granada el día 13 de Octubre próximo.*

*En esta reunión científica se desarrollará la ponencia "Modelos teóricos y técnicas psicodramáticas". Los ponentes serán Francisco Delgado, Charo Gil Ortega, Ruth Tarquini y Daniel Valiente, y actuarán como coordinadores José Félix Duarte y Pablo Población Knappe.*

*A su debido tiempo recibirás más información a través del organizador de la reunión arriba citado.*

*Quinto tema: en Abril próximo se llevará a cabo en México el Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo, y como allí se tratará el tema de la fundación de la Federación Internacional de Psicodrama, se designó como representante de la AEP a Roberto Inocencio Biangel, que participará en el mismo.*

*Hasta el próximo encuentro,*

*Un abrazo  
Ruth Tarquini  
Secretaría.*

A partir de esta 2ª reunión queda fundada, estructurada y en marcha la Asociación Española de Psicodrama y se puede cerrar un primer capítulo de su historia.

En la actualidad el ITGP sigue formando profesionales como directores psicodramáticos. La actual 2009/2010 es la 39 promoción. Algunos de estos compañeros constituyeron sus propias escuelas como es el caso de Marisol Filgueira, psicóloga clínica y Luis Ferrer, psiquiatra, en Galicia, José Antonio Espina, psiquiatra, en Vallado-

lid, Miriam Soler, psicóloga, en Sevilla, Teodoro Herranz, psicólogo, en Madrid, etc.

La AEP sigue celebrando sus Reuniones anuales, en un rico camino de producción científica y madurez institucional.

Volviendo al ITGP, se ha realizado, durante varios años formación en terapia sistémica y en psicodrama en San Sebastián, Bilbao, Ibiza, Sevilla, Toledo, Las Palmas de Gran Canaria, etc. También se realizan cursos y actividades docentes en colaboración con diversas universidades, instituciones sanitarias, etc.

En el capítulo de las publicaciones, iniciamos las mismas con la revista "ENCUENTROS", 1985, y posteriormente, la revista "VÍNCULOS" 1990-1992. De esta última se lanzaron seis números. El tiempo que exigía atender a su publicación e, incluso, factores económicos, debido a su alto coste, hicieron suspender su continuidad. En la actualidad esta revista nace a una segunda etapa a través de nuestra página web, con una edición trimestral.

En lo tocante a libros profesionales, hemos lanzado *Teoría y Práctica del Juego en Psicoterapia* de Pablo Población, Ed. Fundamentos, Madrid 1997, *El Role Playing Pedagógico*, de Elisa López Barberá y Pablo Población, Ed. Desclée De Brouwer, Bilbao 2000, *La Escultura y otras Técnicas Psicodramáticas*, de Elisa López Barberá y Pablo Población, Ed. Paidós, Barcelona 1997, *Las Relaciones de Poder* de Pablo Población, Ed. Fundamentos, Madrid 2005. Hemos editado en los últimos cuatro años, tres volúmenes en CD de Apuntes de psicodrama para la formación de profesionales en este modelo y está en vías de edición un cuarto volumen.

En los años 90 hubo una serie de contactos entre profesionales portugueses, españoles e iberoamericanos, para constituir un espacio de encuentros iberoamericanos, constituyéndose el Foro Iberoamericano de Psicodrama. En el año 1997 se convocó el primer congreso en la ciudad de Salamanca (España), cuya organización se solicitó a Elisa López Barberá. Tras este primer congreso se ha continuado realizando otras reuniones periódicamente, en distintas ciu-

dades españolas, portuguesas y en distintos países iberoamericanos, siempre con la asistencia del ITGP.

En el año 93 fuimos invitados por la IAGP (Internacional Association of Group Psychotherapy) a formar parte de la Internacional Psicodrama Section, que es una sección de aquella. Desde entonces el ITGP es una de las 80 instituciones que constan como miembros fundadores de esta entidad. A partir de del año 2003 el ITGP pertenece a la Federation of European Psicodrama training organisations (FEPTO)

Además de la formación en Psicodrama, todos los años se convocan cursos de formación especializada:

- Técnicas de Terapia Familiar Sistémica.
- Técnicas Activas para Profesionales procedentes de Modelos No Psicodramáticos.
- Preparación para el Duelo, la Muerte y el Morir.
- Grupos de Supervisión.

En cada curso lectivo se invita a uno o varios psicodramatistas de reconocido prestigio a practicar un seminario abierto tanto a nuestros alumnos como a asistentes libres.

A demás de las actividades académicas en el ITGP se realizan grupos de psicodrama terapéutico, terapia de pareja y familia y psicodrama diádico.

En nuestra página web se puede consultar otros datos sobre el ITGP y currículum de los profesionales que lo componen.

Página web: [www.itgpsicodrama.org](http://www.itgpsicodrama.org)

Correo electrónico: [itgp@itgp.org](mailto:itgp@itgp.org)

Dirección postal: C/ San Martín de Porres 12. 28035 Madrid.

Tlf: 91 316 42 16 / 47 27



## Bibliografía

---

- ANZIEU, D. *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescente*. Presses Universitaires de France, París, (1979).
- BERNE, E. *Los juegos en los que participamos*. Diana. México, 1966.
- BOWLBY, J. *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*, Morata. Madrid, 1989.
- CARUSO, Igor A. *Narcisismo y socialización*. Siglo Veintiuno Editores. México D.F., 1979.
- CAVALCANTI, Raissa. *O Mito de Narciso*. Editora Cultix Ltda. Sao Paulo, 1992.
- CUQUIER, Rosa. *Psicodrama Bipessoal*. Ed. Ágora, Sao Paulo, 1992.
- *Palabras de Jacob Levy Moreno. Vocabulario de citacoes do psicodrama, da psicoterapia de grupo, do sociodrama e da sociometria*. Editora Ágora. Sao Paulo, 2002.
- EIBL-ERBESFELDT, Irenäus. *Etología. Introducción al estudio comparado del comportamiento*. Ediciones Omega S.A. Barcelona, 1979.
- ELIADE, Mircea. *Tratado de historia de las religiones. Institutos de estudios políticos*. Madrid, 1954.
- *Mito y realidad*. Ed. Guadarrama, S. A. Madrid, 1968.

- *Imágenes y símbolos*. Ed. Taurus, Ediciones, S.L. Madrid, 1955.
- FONSECA FILHO, José. *Psicoterapia da Relação*. Ed. Ágora. Sao Paulo, 2000.
- *Psicodrama da loucura*. Correlações entre Buber e Moreno. Ed. Ágora. Sao Paulo, 1980.
- HALL, E.T. (1959), *The silent Language*. Ed. Doubleday and Co. (trad. cast.: *La dimensión oculta*, México, Siglo XXI, 1972).
- IDÍGORAS, Ángel Rz. *El valor terapéutico del humor*. Ed. Desclée De Brouwer, S.A., Bilbao, 2002.
- JUNG, C. G. *El hombre y sus símbolos*. Aguilar Ed. Madrid, 1964.
- KERNBERG, O.F. "Paranoigenesis in Organizations", en H.I. KAPLAN y B. J. SADOCK, *Comprehensive Group Psychotherapy*, Williams and Wilkins. 1993.
- KRESTSCHMER, Ernst. *Psicología Médica*. Editorial Labor, S.A. Barcelona, 1954.
- KÜBLER-ROSS, E. *Sobre la muerte y los moribundos*, Ediciones Grijalbo. Barcelona, 1987.
- LAPLANCHE, J.y PONTALIS, J.-B. *Diccionario de Psicoanálisis*. Ed. Labor, S.A. Barcelona, 1971.
- LEUTZ, Grete-Anna. *Mettre sa vie en scène. Le psychodrame*. Ed. Desclée de Brouwer, S.A. París, 1985.
- LÓPEZ BARBERÁ, Elisa, POBLACIÓN KNAPPE, Pablo. *La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia*. Ed. Paidós. Barcelona, 1997.
- *Introducción al role-playing pedagógico*. Ed. Desclée De Brouwer, S.A. Bilbao, 2000.
- LÓPEZ BARBERÁ, E., *Apuntes para la formación del director psicodramático*. Edición en CD-Rom. Autoedición del ITGP. Tomos I, II, III, 2006/07/08.
- LORENZ, Konrad. *Sobre la agresión, ese pretendido mal*. Siglo XXI Editores, S.A. España 1985.
- MARTÍNEZ BOUQUET, C. *Fundamentos para una teoría del psicodrama*. Ed. Siglo XXI. México, 1977.

- MARTÍNEZ BOUQUET, C., MOCCIO, F., PAULOVSSKY, E., *Cuándo y por qué dramatizar*. Ed. Proteo, Buenos Aires, 1971.
- MORENO, J.L. *Psicoterapia de Grupo y Psicodrama*, Ed, Fondo de Cultura Económica, México, 1966.
- *Las Bases de la Psicoterapia*, Ed, Hormé, Buenos Aires, 1967.
- PERAZZO, S. “Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim” Francisco Alves. Rio Janeiro, 1990.
- POBLACIÓN KNAPPE, Pablo. “La antinomia Amor-Poder”. *Anales del III Congreso Iberoamericano de Psicodrama*, Oporto, 2001.
- *Teoría y práctica del juego en psicoterapia*. Ed. Fundamentos. Madrid, 1997.
- “El sistema-escena en el psicodrama”. *Psicopatología*, 10, 3º (143-149). Madrid, 1990.
- “Apuntes para una aproximación a cierta patología del psicodramatista”. *Informaciones Psiquiátricas*. Nº 126/127. Trimestres 4º., 1991 / 1º., 1992.
- “La escena primigenia y el proceso diabólico”. *Informaciones Psiquiátricas*. Nº. 115 – 1º. Trimestre 1989.
- “El sistema-escena como modelo de comprensión de los sistemas psico-sociales”. *Informaciones Psiquiátricas*. Nº. 126-127 / Trimestres 4º., 1991 / 1º., 1992.
- *Apuntes para la formación del director psicodramático*. Edición en CD-Rom. Autoedición del ITGP. Tomos I, II, III, 2006/07/08.
- *Las relaciones de poder*. Editorial Fundamentos. Madrid, 2005.
- *La escena primigenia y el proceso diabólico*. Rev. *Informaciones Psiquiátricas*. Nº 115. 1989.
- “El parto de la acción”. Conferencia inaugural de la reunión anual de la AEP 2004
- “Objetos intermediarios”. *Revista Vínculos* (Primera Época) nº 6. Otoño, 1992.

- “Herida, poder y cuaternidad” (2006). Una contribución a la comprensión psicodramática de la estructuración de la identidad. *Ponencia inaugural VI Congreso Iberoamericano de Psicodrama*, A Coruña 2006
- RAÍSSA CAVALCANTI. *O Mito de Narciso. O Herói da Consciência*. Ed. Cultrix. Sao Paolo, 1992.
- RAMACHANDRAN. *Fantasmas en el cerebro*. Ed. El Debate, 1999.
- RAMÍREZ, José Agustín. *Psicodrama. Teoría y práctica*. Ed. Desclée De Brouwer, S.A. Bilbao, 1997.
- RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, C. *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona, 2006.
- SAGRADA BÍBLIA. *Traducción de la Vurgata Latina*. Madrid, 1956.
- Schutzenberger, A.A. *Introducción al Psicodrama*. Ed. Aguilar. Madrid, 1970.
- SHIMMERLIK, Susan. “The implicit domain in copules and couple therapy”. *Revista Psychoanalytic Dialogues*, 18: 371-389, 2008.
- SOSA PÉREZ, Carmen Dolores; LÓPEZ PÉREZ, Lourdes. “Neuronas espejo y transferencia”. *Interpsiquis*, 2006. Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
- TURNER, W. Víctor. *El proceso ritual*. Ed. Taurus, Ediciones, S.L. Madrid, 1988.
- Vecina Jiménez, M<sup>a</sup> Luisa. “Creatividad”. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 27 (1), pp. 31-39, 2006.

# BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Dirigida por **Beatriz Rodríguez Vega** y **Alberto Fernández Liria**

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Lely.
9. OBEEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.<sup>a</sup> Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.

52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por M<sup>a</sup> Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.

92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M<sup>a</sup> Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
  - Vol 1. Con ejercicios del profesor
  - Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).

127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. Mc.Gorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La “obra magna” inacabada de Clark L. Hull, por José M<sup>a</sup> Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
153. PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.

158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.
159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.
160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.
161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith y Donn Posner.
162. PSICOTERAPIA PARA ENFERMOS EN RIESGO VITAL, por Kenneth J. Doka.
163. MANUAL DE PSICODRAMA DIÁDICO. Bipersonal, individual, de la relación, por Pablo Población Knappe.





El psicodrama es una psicoterapia de grupo, sin embargo cada vez es más frecuente su utilización en psicoterapia individual. En este libro de psicodrama “diádico”, el autor parte de una concepción de la relación paciente-terapeuta como un sistema o grupo de dos individuos, marcando así las líneas básicas de comprensión de este enfoque psicodramático.

Por otra parte, Pablo Población se ha ocupado desde hace años de un tema al que se había prestado escasa atención en el campo de la psicoterapia. Se trata del factor “poder”, tanto en lo intrapsíquico como en las relaciones interpersonales.

En la presente obra se tratan diferentes aspectos teóricos del psicodrama individual y se aportan numerosas técnicas utilizadas en esta faceta terapéutica. Se muestra un interés especial por los roles de poder que aparecen desde la infancia y que dan lugar a la aparición de un “personaje”, conglomerado de roles que se constituye como un “falso yo” a lo largo de la vida del sujeto. Según el autor, gran parte de la patología que puede abordarse con la psicoterapia está fundada en estos roles complementarios patológicos de poder. Este libro aborda la descripción de todos estos conceptos psicopatológicos y aporta pautas para su abordaje terapéutico.

**Pablo Población Knappe** es Doctor en medicina, psiquiatra, psicodramatista y formador de terapeutas en este modelo desde hace 40 años. Ha colaborado en numerosas publicaciones y congresos de la especialidad tanto españoles como internacionales. Es autor de siete libros sobre Teoría y técnica psicodramática.

Es co-fundador de la Asociación Española de Psicodrama (AEP), de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG) y de la Sección de Psicodrama de la Asociación Internacional de Psicoterapia de Grupos (IAGP). Trabaja en Madrid, en el Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama (ITGP) que dirige junto a Elisa López Barberá, en donde desarrolla su labor clínica y docente.

ISBN: 978-84-330-2419-0



www.edesclee.com



biblioteca de psicología

