

7.13 Factores Terapéuticos en la Psicoterapia de las Distintas Psicopatologías. Casos Clínicos. Pablo Álvarez Valcarce.(pag.388-414)

ALVAREZ VALCARCE, P. 7.13 Factores Terapéuticos en la Psicoterapia de las distintas psicopatologías. Casos Clínicos (pag.388-414). En FACTORES TERAPEUTICOS , Capítulo 7 del MANUAL DE FORMACION DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICODRAMA Coordinadora General: Marisol Filgueira Bouza. Editado en: www.lulu.com/es . 2009

Además de los factores terapéuticos generales del psicodrama descritos hasta ahora y que van a operar siempre que se utiliza el método, y de los factores terapéuticos específicos de cada instrumentación técnica, mas los factores terapéuticos asociados cuando el psicodrama es utilizado como técnica activa por otras psicoterapias (psicoanálisis, sistémica, gestáltica, cognitivo-conductual, etc.), podemos tratar de pensar que es lo que constituye los factores terapéuticos concretos para cada psicopatología, para cada caso clínico concreto, para cada persona única y diferente que nos viene a buscar en el consultorio con una demanda de aliviar su sufrimiento psicológico . Vamos a tratar de ver como encaramos los psicodramatistas el trabajo clínico concreto con pacientes que presentan patologías gravemente invalidantes y como aplicamos los factores terapéuticos al trabajo clínico diario.

El psicodramatista bien entrenado, lo cual exige una formación compleja y larga mas allá de conocer “cuatro técnicas”, es sobre todo un lector de formas. Para ello desarrolla el pensamiento en imágenes , el pensamiento en escenas, y llega a tener una gran sensibilidad para observar las contradicciones entre forma y contenido, entre los mensajes analógicos preverbales y paraverbales y los mensajes lógicos lingüísticos, contradicciones estas que le orientan hacia la visión de lo faltante y lo sobrante en la escena manifiesta, puerta de entrada a la escena latente, al déficit o al conflicto en las matrices de identidad infantiles, al trastorno sociométrico en el grupo familiar transgeneracional de arrastre. Esta habilidad para evidenciar formas ocultas, para comunicarse a través del co-inconsciente, para abandonar momentáneamente la personalidad privada y convertirse en el “doble” del paciente capaz de “soñar sus sueños”, constituye el factor terapéutico fundamental, el “sine cuam non” que convierte al psicodramatista que lo logra en un verdadero hermeneuta.

Al inicio de una psicoterapia psicodramática y mientras se van realizando el diagnóstico y la historia psicodramática (ver Cap. 9), el factor terapéutico más importante es el análisis psicodramático de los vínculos compensatorios que el paciente intenta establecer con el terapeuta, pues constituyen la primera línea de defensa caracterial del paciente para evitar transformar su demanda de alivio en demanda de ayuda al cambio existencial.

Así, tendremos pacientes **fóbicos** con síntomas de ansiedad generalizada y ataques de pánico que se presentan como esperando del clínico una protección total, unos cuidados intensivos, un alivio inmediato, algo, lo que sea que proporcione satisfacción y quietud inmediatas, pero al mismo tiempo sintiéndose muy molestos por tener que depender de una medicación y de un psicoterapeuta, y mostrando reticencias que pueden llevar al abandono prematuro si en las primeras dramatizaciones demostrativas y diagnósticas se le hace entrar en contacto demasiado pronto con el conflicto vincular existente en el cluster materno, con su tendencia a repetir con los demás el modo frustrante de

conducta del que fue víctima y con la necesidad de cambiar su sistema de valores para curarse. La relación terapéutica tenderá a estancarse en la situación vincular en el afuera, con quejas y demandas de alivio que impiden ponerse en contacto con el adentro. Este tipo de vínculo compensatorio debe ser puesto en el foco a través de la utilización de espejos poniendo al paciente en el papel de “terapeuta” para que pueda darse cuenta de esas defensas del carácter y del efecto que provocan en el otro. Los pacientes histéricos también demandan una satisfacción y cuidados inmediatos por parte del otro, combinando la seducción a través del “regalo” para ocultar su hostilidad ávida y devoradora, con las llamadas de atención total a través de llamativos síntomas somáticos. En estos pacientes con dificultades en su Rol psicossomático de Ingeridor, en su cluster materno y en su matriz de identidad total diferenciada en la fase del reconocimiento y aceptación de la dependencia en el “Tu”, debe mantenerse el maternaje terapéutico en el nivel mínimo de frustración tolerable, ofreciendo los cuidados que se solicitan, pero empleando en las dramatizaciones el señalamiento y la interpretación desde el rol, tanto desde el doble como desde el cambio de roles, para ayudarles a ganar insight dramático sobre esas defensas y retomar entonces la responsabilidad de cuidarse y satisfacerse a sí mismos. Solo más adelante podrán entrar en foco las zonas relativas a las dificultades en el cluster materno y las escenas frustrantes de la matriz de identidad, así como sus proyecciones transferenciales en los vínculos actuales de su átomo social. En estos pacientes fóbicos van a aparecer escenas de relación ambivalente amor-odio con las figuras maternas, y al realizar escenas donde el sujeto se separa del otro, aparece la culpa por que el otro pueda ser víctima de los deseos de muerte simbolizados por los deseos regresivos de Ingeridor para obtener satisfacción.

En la dinámica **Histero-fóbica** existe una personalidad inmadura y frágil ligada a sensaciones de inseguridad y fenómenos de ansiedad muy agudos y dramatizados con síntomas conversivos respiratorios y descargas de hostilidad exageradas. En la historia psicodramática aparece una relación insatisfactoria con una madre fálica no afectiva y una figura paterna fragilizada y desvalorizada por la madre. Así podemos verlo en el **caso Tomasa**. Tomasa se presenta en el consultorio con un trastorno consistente en crisis de ansiedad que la llevan a actuaciones donde evita los contactos sociales para terminar con episodios donde agrede a su pareja mordiéndola, se golpea contra las paredes de forma muy sobreactuada, para luego pasarse varios días en la cama en estado de postración. A pesar de llevar más de dos años tomando todo tipo de psicofármacos, el cuadro empeora. En la exploración psicodramática aparece una historia infantil de abandono por parte de una madre que trabajaba hasta muy tarde en la noche. Se trata de una madre sobreprotectora y culpabilizadora que resulta intrusiva y se relaciona a través de forzar la alimentación. Es una madre que delega en la hija el cuidado de una hermana seis años menor, con los consiguientes celos y escenas de abuso sexual de la misma en los juegos infantiles donde la pedía que se acostara con ella para aminorar la sensación de miedo que la impedía dormir. El padre aparece como una figura débil dominado por la madre fálica. Realiza una imagen de rodillas ante la madre intrusiva e intenta rebelarse. Los miedos a quedarse sola son dramatizados y aparecen fantasías de ataque sádico-oral ante la sensación ambivalente de atrapamiento-abandono. Surgen muchas escenas de su enfrentamiento rebelde con la madre hasta el punto que se decide un encuadre simultáneo de sociodrama familiar donde puede minimizarse el poder de la posición sociométrica forzada de la madre a base de hacerla dramatizar sobre las escenas infantiles donde con 14 años tuvo que emigrar a la gran ciudad sintiéndose sola y abandonada. Tomasa tiene que ingresar en el hospital nuevamente por una crisis

muy aguda donde intenta maniobras parasuicidas como autoestrangularse con un cable o beberse gel de baño delante del marido. A su alta, puede dramatizar escenas de confrontación interna entre su rol de niña asustada que trata de manipular y atacar al mundo y su rol de adulta responsable por cuidarse a si misma. El proceso terapéutico se centra por algún tiempo en el difícil proceso de separarse psicológicamente de la madre y de su rol de “enferma” que busca compensatoriamente cuidados y atención. Puede soñar con escenas de rabia ante una hermana a la que envidia sus habilidades. Esto la lleva a las escenas infantiles donde abusó sexualmente de la hermana y a trabajar la culpa. Se producen sesiones conjuntas con la hermana de sociodrama vincular, donde esta puede desculpabilizarla en relación a su orientación homosexual. Tomasa trabaja escenas donde intenta superar la frustración de no salirse con la suya inmediatamente. La relación entre la problemática del Modelo de Ingeridor y su resignificación a posteriori en las fantasías sexuales inconscientes en la triangulación con el padre débil del que esperaría recibir la satisfacción oral negada por la madre, queda bien ejemplificada en el siguiente sueño: “Formo parte de una ONG que alimenta a los pobres. Me caso con un gitano viudo y consigo que su cuñada que era estéril, de a luz una niña que se llama Tomasa”. Al dramatizar el sueño aparecen las escenas latentes infantiles donde encerrada en la casa sin poder salir a jugar, abandonada por los padres que trabajaban en hostelería hasta muy tarde y teniendo que cuidar a su hermana, sentía miedo por las noches mientras fantaseaba con poder recibir satisfacciones de otros padres en una fantasía de filiación en la que sería hija de la unión de su padre viudo con otra mujer, haciendo así desaparecer a la madre frustrante de la escena. Se analiza en sociodrama familiar el aislamiento sociométrico de la familia que no tenía amigos, ni era capaz de confiar los cuidados de las niñas a un “canguro”, ni de confiar el trabajo a un “encargado”. La psicoterapia de Tomasa se centra en las escenas de ambivalencia y el rechazo inconsciente a sentirse obligada en los vínculos. El rechazo a la sexualidad con su marido es tratado en sesiones de sociodrama de pareja. Tomasa comienza a cambiar su aspecto social. Puede irse con amigos a divertirse y sentirse que es capaz de liberar sus conductas espontáneas y sus deseos sin recurrir a sus actuaciones histéricas. Las escenas se centran en las dificultades para aceptar la dependencia extrema en el Afuera Oral, que se vive como anuladora de la identidad. Ahora se trabajan directamente los problemas vinculares concretos con las personas concretas de su átomo social, en lugar de poner el foco en los síntomas llamativos que cada vez son de menor intensidad y necesitan menos medicación para su control. Las relaciones sexuales con su pareja mejoran recuperando su capacidad orgásmica. La progresión hacia la problemática del Modelo de Defecador y el abandono de la posición de Ingeridor quedan bien ejemplificados en el siguiente sueño: “Estoy haciendo un examen sentada en un vater. No hay profesor. Estoy encerrada. Me quedo en blanco. Pregunto a otra chica morena y guapa que es lo que hay en el vater de al lado”. En la dramatización del sueño, aparecen la inseguridad con respecto a si sus contenidos van a resultar aceptables, si alguien va a estar interesado en esos contenidos, y si alguna figura puede brindarle protección y orientación acerca de lo que existe mas allá del estrecho mundo que vivía encerrada en la casa de su madre sin poder salir a jugar con las amigas. Se trabaja la escena relativa al padecimiento con tres años de edad de una poliradiculitis aguda inflamatoria que la mantuvo encamada durante tres meses en el hospital así como el ingreso posterior de la madre con un tumor de la silla turca. Ambas patologías remitieron espontáneamente pero agudizaron la sensación de separación y abandono entre madre e hija. Esto es tratado en las sesiones de sociodrama familiar favoreciéndose el encuentro entre madre e hija y el establecimiento de unos roles familiares mejor desarrollados.

El temor a la propia muerte y a la de la madre y las escenas traumáticas reales condicionan la entrada en situaciones de pánico donde pueden ocurrir síntomas de desrealización y despersonalización en los pacientes fóbicos con trastornos disociativos. El fóbico tiende a establecer una distancia protectora con el terapeuta, pero será la superación de esa distancia gracias al encuentro, lo que supondrá el primer factor terapéutico. Al principio se negará la importancia de las escenas desarrolladas, y se darán explicaciones mentales, ante la dificultad para discriminar las sensaciones de las percepciones. En la relación con el terapeuta el fóbico necesita protección tanto como teme sentirse dependiente y atrapado. Es útil en las escenas hacer interrupciones para señalar de forma discriminada la relación entre lo que el paciente está sintiendo y su percepción y acciones en el ambiente externo de la escena. El paciente fóbico teme sus deseos, pues desea inconscientemente destruir a las personas de las que depende de forma extrema, sean estos los padres o sus propios hijos, lo que les acarrea sentimientos de culpa y sufrimiento debido a la sobreprotección compensatoria. El temor a la catástrofe le hace evitar las situaciones de proyecto futuro que podrían separarle del vínculo del que depende. Esto a veces le hace temer el cambio terapéutico, temer la independencia y pueden interrumpir el tratamiento prematuramente. Suele ser difícil caldear a un paciente fóbico, que tiende a dar explicaciones y a evitar las escenas donde tiene que sentir corporalmente la acción, pues teme que el contacto corporal le haga sentir impulsos hostiles o eróticos que no pueda controlar. Los caldeamientos corporales en base a ejercicios de relajación, pueden provocar ansiedad en algunos pacientes fóbicos. En este caso será mejor emplear técnicas de contacto con objetos intermediarios tipo rodillos de gomaespuma o almohadones, que puedan ser utilizados para apoyar el peso, apretarlos abrazándose a ellos o lanzarlos lejos de sí. Será un factor terapéutico aquí el trabajar con situaciones intermediarias simbólicas, para luego explicitar los deseos reprimidos en la etapa de comentarios. Trabajar al principio con espejos y dobles, permitiéndole que se de cuenta de su realidad psíquica desde afuera, permitirá posteriormente acceder al cambio de roles. Las escenas donde teme una amenaza de daño en relación a sus profundos deseos regresivos, serán frecuentes en sus sueños, y su resolución constituirá un valioso factor terapéutico. Las escenas de proyección al futuro en situaciones temidas funcionan como factor terapéutico en la medida en que el terapeuta pueda realizar interpolaciones de resistencias relativas a sus temores de separación para animar a esta y ganar insight sobre sus proyecciones hostiles.

En la clínica nos encontramos con pacientes **Fóbico-Obsesivos**, que presentan una situación de tensión crónica, con una ansiedad mas controlada. Suelen ser muy autoexigentes y controladas evitando las situaciones emocionales, y utilizando la racionalización como defensa principal. Tienden a presentar trastornos somatoformes ligados al aparato digestivo y al aparato musculoesquelético. En estos pacientes van a aparecer representaciones dramáticas latentes ligadas a la excesiva erotización y/o hostilidad en los vínculos, asociadas al temor a recibir un daño físico por parte de una figura mas poderosa.

Veamos el *Caso Andrés*:

Andrés es un varón de 34 años que presenta ataques de pánico, claustrofobia y fobias de impulsión con respecto a sus hijos pequeños, que se desencadena a raíz del consumo de alcohol y cannabis. En la Historia psicodramática destaca la muerte del abuelo cuando

tenía 8 años, la angustia con respecto a la muerte cuando tenía 17 años y una relación muy competitiva con su hermano mayor. Sueña que no encuentra lugar para aparcar su coche cuando va a buscar un muñeco del que espera recibir un mensaje importante. Al dramatizarlo aparece su deseo frustrado de ser atendido y cuidado por un muñeco que juega con él. Tiene miedo a “no dar la talla”. Lleva en brazos a un bebé que es como un “adulto deforme”. Pronto se puede dramatizar el rol infantil de niño tímido e inhibido en identificación con una madre inhibida y ultra religiosa, y siendo dominado por un hermano mayor que le excluya de los juegos. Se juega una escena donde está compitiendo con este hermano a ver quien aguanta más bofetadas. Cuando se caldea para el rol de inhibido, aparecen tics faciales, los cuales desaparecen típicamente cuando efectúa una descarga hostil. Sueña que compete por meter una moneda en una máquina y ganar el premio. Tiene sueños repetitivos donde le persigue un toro, y otros donde intenta masturbarse en un baño pero no consigue cerrar la puerta. Otro sueño donde su padre había matado a dos caballos y podía ser rechazado por ello. Sueña también con una situación de ansiedad al depender totalmente del piloto del avión en el que viaja. Estos sueños llevan a dramatizaciones de escenas juveniles donde se inhibe ante una chica por temor a ser atacado por los amigos. Llega a soñar con una escena donde su hermano mayor quiere ahogarle. Esto nos lleva a dramatizar escenas infantiles de abusos psicológicos y físicos por parte del hermano y a la fantasía infantil de tener que ser el protector de la madre, de la que se cree el preferido.

Tras trabajar estas situaciones, puede por fin soñar que se defiende y ataca a unos hombres malos, desgarrándoles la cara. Esto nos lleva a trabajar su complejo de inferioridad infantil, y sus dificultades en el Modelo Psicosomático de Ingeridor, pues comía muy mal, estaba muy delgado y se comparaba con otros niños más fuertes. Recuerda un sueño infantil que soñó con seis años donde esta en el pasillo de su casa y una serpiente le va a atacar. Su padre sale a defenderle, pero tiene la cara llena de picaduras de serpiente y está contaminado por lo que no logra hacerlo, así que se despierta muy angustiado. En esa época a veces se levantaba y lloraba sin saber porqué. Al dramatizarlo logra ganar insight dramático respecto a su situación de ser el preferido de la madre y su temor a recibir daño de los hermanos. Sueña entonces que no logra ganar a otros hombres, en una situación donde hay una mujer adúltera. En otro sueño una mujer lo masturba en secreto y en otro su madre y su hermano menor llenan un inodoro de excrementos y cacharros de cocina. Al dramatizarlos, cuando toma el rol de madre, presenta una madre muy ocupada, que no es capaz de tener contacto corporal cálido con él, y que sentada en el inodoro solo le permite acariciarla los pies. Asocia aquí ciertas fantasías sexuales fetichistas con los pies. Este déficit en el Rol psicosomático de contactador, le lleva a cuestionarse su falta de espontaneidad en el contacto físico con otros, debido a sus fantasías eróticas y hostiles, así como su dificultad para mantener la mirada, desviándola siempre hacia la visión de la boca del interlocutor.

Al dramatizar y explorar el cluster fraterno de roles, recuerda como de pequeño tenía fantasías hostiles hacia su hermano menor y hacia una prima que eran bebés. Sueña entonces con unos perseguidores y logra apuñalar a uno de ellos. Sueña también con una competición donde todo es engañoso pues nada, ni las paredes, es lo que parece. A raíz de haber dramatizado una escena donde buscaba refugio para escapar de los perseguidores-competidores, sueña que viaja en el exterior de una nave espacial que va recogiendo pasajeros. Al hacerlos entrar, la nave es “una especie de Útero” que está bastante hinchado y donde el siente que no cabe. Al hacer entrar al último pasajero,

siente que tiene que abrir más el útero aunque le haga daño. Entonces se ve en el exterior junto a su hermano pequeño y siente una amenaza latente. De pronto empiezan a formarse unos muñecos de la nada. Se da forma a un “Rey”. Los muñecos les acosan. Uno se acerca y le invita a saltar por una ventana y “hacer el amor” mientras caen, pero él no se muestra interesado. El factor terapéutico en la dramatización de estos sueños, consiste en la progresiva toma de conciencia, y en el cambio en las atribuciones de las conductas de su rol de niño dañado por el hermano y excluido por la madre que no logra satisfacer suficientemente sus grandes necesidades de dependencia. Se pueden dramatizar los roles compensatorios de perfeccionismo obsesivo y de su necesidad de que los demás le juzguen bien. En el contexto social realiza un acting out, abollando la puerta de un coche que se le había adelantado quitándole una plaza de aparcamiento. Luego sueña que compite con su hermano en una carrera de trenes eléctricos y que su padre le propina tres golpes en la cabeza con un paraguas. Recuerda y dramatiza escenas de inhibición ante chavales violentos de su barrio que le humillaban y le pegaban. Entonces sueña escenas de asesinatos y peleas.

Tras este período logra concretizar fantasías ansiosas nocturnas de ser devorado por los lobos, que se calman si habla y se deja envolver por su mujer. Se trabajan escenas de situaciones intermediarias relativas a la ansiedad devoradora en el Modelo Psicosomático de Ingeridor. Disminuyen sus preocupaciones obsesivas por el futuro y sus fantasías omnipotentes-impotentes. En una escena dramatiza una situación de barrera con los demás a los que percibe como portadores de pinchos y con los que teme contactar. Se defiende con fantasías de dependencia de una figura poderosa que le aloja en una habitación confortable. Puede soñar un sueño en el que unas mujeres tratan de tirarle de una moto y él la emprende a golpes con una vara larga. Este sueño le lleva a trabajar sus fantasías de afirmación fálico-narcisistas ante una madre narcisista sobregigente. Entonces sueña con aviones, meteoritos y avalanchas que caen sobre él. También sueña con su hermano mayor que quiere hacerle daño atacándole como un vampiro, pero se defiende con un cuchillo llenando la escena de sangre. La rivalidad fraterna era alentada por el padre en forma de juegos competitivos entre los hermanos. A raíz de un sueño en el que se afeita la barba porque a su mujer no le gusta, puede recordar como trataba de complacer a la madre negando sus propias necesidades de afirmación masculina. Recuerda la escena en que fue mordido por un perro.

Por primera vez puede hablar de lo crítico y prevenido que era su padre con los niños. Un padre que no tenía “mano izquierda”, que era demasiado ordenado, que reprimía la descarga de impulsos, que tenía un tono de voz amenazante. Sueña entonces con formas de proyectil que le amenazan. Recuerda la culpa que sintió de pequeño cuando tuvo deseos sexuales hacia una prima de su edad. Pero en el contexto social se atreve más a realizar sus deseos y a actuar decididamente para conseguir satisfacerlos en una suerte de reparación de su Modelo Psicosomático de Mingidor. Entonces sueña con una competición en la que lleva un dorsal donde pone “vulva” en sus datos personales. Sueña con una mujer que le invita a hacer el amor en trío con su marido. Al dramatizar esta escena utilizando títeres como objetos intermediarios, aparece la dificultad para la relación triangular, donde evita las escenas faltantes de contacto físico cariñoso con el hombre-padre-hermano-rival. Tiene sueños fetichistas donde besa los pies de una mujer, y un sueño donde tira al suelo y destruye el ordenador portátil de un rival de su trabajo. Cuando se dramatizan estas escenas, y se interpolan resistencias desde el rol de la mujer, aparecen los intentos de negación de la importancia de la mirada de la figura

materna, así como la relación de objeto parcial con el fetiche-pie, como expresión de una fantasía compensatoria de ser el preferido de la madre.

Al volver a la temática del cluster materno, sueña con un restaurante donde falta la comida y con una tortuga que muerde. Al dramatizar la tortuga, pueden desmontarse las fantasías retaliativas oral-sádicas en el Modelo Psicosomático de Ingeridor. En el contexto social cambia de trabajo a un trabajo más independiente por cuenta propia. Busca identificaciones más potentes con figuras fuertes con las que se asocia y se va alejando de las identificaciones oral-dependientes con la madre. En esta fase descubre un “secreto familiar” consistente en que su madre, aparentemente tan fuerte, tiene una dependencia a benzodiazepinas desde hace muchos años. Así cambia la visión de su madre, una madre ansiosa y negadora que se hacía cargo de todo, pero que al intentar proteger exigiendo, no lograba llegar a todo y provocaba frustración.

En esa época y ya cerca del final de su terapia, tuvo un sueño en el que su padre había muerto, y había una bañera de hielo donde ha muerto una mujer. Una pareja pugna por salir por un agujero pequeño en el hielo. Por su competitividad y su egoísmo se van a ahogar pues no caben los dos. El hombre sale pero la mujer se ahoga y él le da masaje en el pecho intentando reanimarla hasta que abandona. Al dramatizar el sueño, aparece la hostilidad latente en el vínculo entre los padres y los intentos de negar sus efectos a través de la ambivalencia. Se emociona al confrontar al padre muerto, un padre frío, brusco, al que hubiese gustado abrazar pero no puede hacerlo. Si abraza a la mujer con la que se identifica y a la que intenta salvar de la hostilidad y la decepción con el hombre-padre que va a lo suyo. Asocia una escena en la que su padre se refugió en el trastero para poder comerse unos langostinos a escondidas sin repartirlos con la familia. A partir de esta escena, se dramatizan varias situaciones en las que se trata de “tapar” algo. Tapar la hostilidad latente, tapar la sexualidad, tapar el temor a las críticas, tapar el deseo de ser elegido, taparse a sí mismo.

Sueña que entierra a unos conocidos y los deja bien enterrados. Asocia la separación de las identificaciones con sus padres. Asocia su sensación de decepción profunda con las mujeres si al abrirse el con ellas, ellas no se abrían con él y se sentía excluido.

Una noche de ansiedad e insomnio fantaseó con una imagen de un pastel blando que se derretía. Al dramatizarlo, adopta una postura fetal y en el cambio de roles abraza y come el pastel. En otro sueño logra protegerse del ataque de un oso hambriento. Desde el papel de oso decide ser libre, no estar encerrado pues ya no va a hacer daño. Sueña que se defiende de su hermano mayor golpeándole con un remo.

Trabajando el “miedo a no dar la talla”, tiene un “lapsus linguae” al decir “tengo miedo a dar la talla”, como expresión de su temor a ser más visible, a afirmarse fálidamente y a que entonces su madre retire la envoltura y pueda ser objeto de la ira del padre. Asocia la escena en la que no se atrevió a pedirle a su mujer que se quedara con él en una ocasión en que se rompió el coche. Sueña que está en el borde de un acantilado donde un amigo le dice que vaya a comer a la ciudad que se ve abajo. Sus hijos juegan en el borde y siente temor. Su madre se cae por el precipicio y al tirarse al agua para rescatarla, la coge en sus brazos y resulta ser una especie de muñequita tipo “barbie” con los brazos estirados, delgada y pequeñita, más pequeña que la palma de su mano. Otros sueños donde no puede incorporar algo, donde desconfía y se siente frágil.

Puede hablar con sus hermanos del déficit el rol psicossomático de contactador en su madre y en toda su familia. Fue celebrado como no habitual el que su hija le dijera a la abuela “te quiero mucho”. En las escenas psicodramáticas el factor terapéutico en esta fase es la reparación de la tendencia vincular conflictiva entre el acercamiento y la huida. Recuerda el clima que existía en las tardes en su casa cuando era pequeño, con su padre ausente, y su madre sobreprotegiéndoles y exigiéndoles en los estudios donde competían. Y él sentía que no podía fallar a la madre. Recuerda que el antecedente inmediato de su primer ataque de pánico fue que había fallado a sus jefes en un trabajo y temía que se dieran cuenta. Asocia como era examinado por la madre e intentaba copiar del libro que ella sostenía. Dice:”en mi casa se poseía a las personas y se amaban las cosas”. Comienza a escribir una narrativa de su vida a través de un cuento en el que se declara la farsa de la lucha por la posesión de las personas y las cosas y los estatus elevados. En el contexto social va desarrollando roles mas espontáneos para conseguir satisfacción en sus necesidades de incorporación y en sus deseos sexuales, proponiendo mas proactivamente. Recuerda una frase que su madre decía: “Tu padre era tan competitivo que yo tenía que dejarle ganar a las cartas”.

Tiene un sueño en el que sale de una ciudad yendo más allá del muro, que al dramatizarlo aparece como la situación actual en la que está ganando más independencia. Con una desaparición total de los síntomas, sin tics faciales, con cambios laborales, con un mayor atrevimiento en sus fantasías y deseos sexuales, con sueños menos competitivos y amenazantes, y con menos necesidades regresivas de apego y resuelto su complejo de inferioridad termina su terapia.

Veamos ahora la dinámica de la patología **Depresiva**. Aquí el paciente se va a presentar con un vínculo compensatorio en el que demanda ser aceptado desde el afuera, sean cuales sean sus contenidos o incluso cuando hay ausencia de ellos. Espera no ser exigido en ningún momento por el otro, y delega en el otro la función de protegerlo y valorarlo, que decida por él lo que es bueno y lo que es malo, lo que sirve y lo que no sirve de si mismo. Existen dificultades en el Modelo Psicossomático de Defecador, con tendencia a desvalorizar sus creaciones, a sentirlas como poco elaboradas, mal expresadas y comunicadas de una manera que suscita el rechazo de los otros. En las Matrices de Identidad familiar se encuentran climas de rechazo, y en los cluster de roles aparece falta de constancia en las figuras parentales que no han resultado aceptadoras de los contenidos originales del sujeto. El odio, la rabia, la culpa y la muerte, van a ser temas recurrentes en las dramatizaciones, así como la revisión del pasado. Aceptar la pérdida de lo que fue depositado en los otros significativos que terminaron su vinculación con el sujeto y volver a valorar la capacidad de creación de contenidos propios y originales y sentir en las escenas su aceptación y valoración por parte de los otros, son los factores terapéuticos que van a funcionar en el psicodrama de los pacientes depresivos. Las técnicas psicodramáticas de elaboración del duelo, ayudando a pasar por las fases de negación, hostilidad, pérdida y legado, serán factores terapéuticos en la medida en que permitan la desidentificación y la reintroyección de lo depositado en el objeto perdido.

Veamos el *caso de Alicia*. Alicia es una mujer de 43 años, soltera, la segunda de cuatro hermanas. Vive con la madre y la hermana 3º la cual presenta un trastorno esquizofrénico crónico. El padre falleció hace 20 años por las complicaciones hepáticas de un alcoholismo. Tiene pocas relaciones sociales y no tiene relaciones sentimentales, estando centrada en su trabajo. Se descompensa depresivamente a raíz de un intento de

suicidio de la hermana esquizofrénica. En la Historia psicodramática aparece una madre que exigía de forma ambiciosa y se decepcionaba del padre, dentro de una relación familiar no contactadora.

Se trabajan psicodramáticamente el rol de “mandona” en relación a la rivalidad fraterna. Pronto aparece la historia familiar del nacimiento de un mortinato anterior a ella y que llevaba su mismo nombre, así como la búsqueda por parte de la madre de un hijo varón que nunca llegó. A raíz de trabajar psicodramáticamente estos temas, sueña que es una forma cuadrada que intenta encajar sin conseguirlo en una forma redonda sinuosa. En la dramatización del sueño explora sus dificultades para “encajar” con los demás, poniéndolo en relación con haber venido a este mundo a sustituir a la hermana muerta. En otro sueño donde discute con su jefe, puede ganar insight dramático sobre la relación de las maniobras descalificadoras del jefe con las maniobras descalificadoras y desconfirmadoras de la madre, que mantenía al padre forcluido.

Comienza a presentar un desarrollo de diversos roles, poniéndose en contacto con su rol sexual y trabajando psicodramáticamente su temor a aparecer ante la madre como una mujer deseante y sensual. Tiene diversos sueños y escenas donde se siente atractiva y atrayente. Puede poner sus síntomas depresivos en relación a la ambivalencia de la madre que descalifica y delega en ella el cuidado de la hermana enferma. Recuerda sus fantasías de ser la preferida del padre y como su madre la reprimió severamente cuando ella tuvo su primera relación sexual con un hombre mayor cuando contaba 18 años. Puede desidealizar al padre al recoger informaciones de familiares que describen a su padre como un alcohólico ausente, hijo menor de una abuela autoritaria de la que nunca llegó a separarse del todo.

A raíz de este trabajo psicodramático sobre los Cluster Materno y Paterno de roles, puede comenzar a separarse de su madre y su hermana sin sentir tanta culpa, y comenzar el proyecto de adquirir una vivienda propia a donde mudarse. Tanto en la relación con el terapeuta, como en las dramatizaciones, como en diversos roles sociales y familiares, comienza a elaborar, expresar y comunicar mejor sus contenidos, en una reparación de su Modelo Psicossomático de Defecador.

Sueña con un bicho negro que la ataca mordiéndola en el cuello mientras esta sentada en el sillón del mirador de la casa familiar. Al dramatizarlo puede ponerse en contacto con la rabia y el orgullo como defensas ante un narcisismo herido, en relación a las expectativas narcisistas proyectadas por la madre. Gana insight sobre el beneficio secundario que obtiene al empastarse en los vínculos, mientras trata de buscar inconscientemente una confirmación de su identidad. Asocia su temor al compromiso y a la erotización del vínculo con los hombres. Cada vez se encuentra más incomoda en la casa materna, con síntomas claustrofóbicos, al tiempo que va relajando sus actitudes controladoras. Tiene una relación sexual ocasional con un hombre y sueña con niños que corren sin control entre el tráfico mientras alguien grita ¡Nooooo!. Suena también con su antiguo amigo Jaime que no respetó los límites que ella le intentó poner. En el ~~sueño~~ sueño va en un coche con él, pero la ropa de hombre que él lleva, no sabe si es de ella o de él. Al dramatizarlo, sufre una catarsis de integración al darse cuenta de que Jaime era el nombre del hijo varón que la madre siempre buscó en sus embarazos y nunca logró. Se siente decepcionada, sin ayuda de nadie, mientras sospecha que su madre intrusiva lee a escondidas el cuaderno donde apunta sus sueños. Puede hablar de como en su casa ella ha tomado el papel del hijo varón deseado por la madre, así como el de sustituta de la hermana muerta que llevaba su mismo nombre. Reconoce su

modelo pseudofemenino, su orientación a la acción, el haber sufrido un clima sobre exigente, el tener más relaciones con amigos y menos con amigas.

En este momento de su proceso terapéutico tiene un sueño muy significativo que la va a hacer avanzar en su terapia: “Alguien mete un fétetro en mi coche. Dos personas me persiguen y quieren robarme en la casa familiar. Estoy en el cementerio y saludo a un hombre llamado Jaime que es hermano del muerto. No recuerdo si le doy la mano o le beso. Al intentar salir del cementerio, mi coche ha desaparecido, otros compañeros de trabajo me esperan fuera, pero una fuerza misteriosa me impide avanzar. Me despierto sudando, angustiada”. Al dramatizarlo, asocia la frase “cargar con el muerto”, y a la fuerza misteriosa con las “fuerzas familiares”. Decide comprarse un piso a pesar de las descalificaciones de la madre, pudiendo rechazarla sin culpa. Sueña con amigas. Desarrolla su rol femenino y reestablece contacto con amigas de hace tiempo. Puede hacer un análisis psicodramático de su relación con una antigua amiga con la que rompió, y darse cuenta del papel “masculino” que jugó, sin tomar su verdadera identidad. Lo asocia al hecho de haber venido al mundo a sustituir a su hermana muerta en el deseo de la madre.

Al hablar con un familiar descubre la historia de la familia paterna con una abuela autoritaria, y agresiones y conflictos entre sus tíos por la empresa familiar. Pero estos constituyen secretos de familia de los que la madre no quiere hablar. Puede desmontar la imagen parental idealizada y hablar con su hermana de la mala relación que había entre los padres. Entonces sueña con ser un gato en una obra de teatro. Aparece el miedo a los animales, pero el deseo de envoltura y contacto, de intimidad real si logra superar la barrera defensiva del “Yo me basto” como expresión de su conflicto narcisista. Sueña que viaja en un avión con hombres que no la ceden el paso y en la dramatización aparece la fantasía de haber sido la preferida del padre. Sueña que está en una habitación donde todo está al revés y asocia su sensación de no tener lugar en este mundo. Este conflicto de identidad va desarrollándose en sucesivos sueños que son provocados por la intensa actividad psicodramática que desarrolla en las sesiones. Sueña que una chica gordita se prueba una minifalda y va sin bragas. La chica chilla porque quiere ser acompañada por un policía que llega tarde. Sueña también que un miembro de un tribunal de oposiciones la pide perdón, pero ella exige que se lo pida a todos. En la dramatización asocia la falta de comunicación abierta en su familia. También sueña que es un ratoncito protagonista de una película.

Toda esta movilización provoca en ella un vértigo tal que realiza intentos de interrumpir las sesiones, lo que es rápidamente interpretado haciendo un análisis psicodramático de las resistencias al cambio, de su intento de negar el conflicto en la relación objetal. Decide continuar.

Puede soñar con que al abrir una puerta desconocida en la casa familiar, descubre una casa nueva y hermosa para ella. También sueña con un lugar nuevo de trabajo donde todos hacen la “V” de la victoria. Sueña que está en una representación teatral donde su madre es una artista famosa. Ella quiere pegar a la madre y la madre rompe contra el suelo una copa de cristal que era de otro hermano-hermana. En la etapa de comentarios de las dramatizaciones de estos sueños, aparece el temor a hacer lo que hacen todos y someterse al poder de otro. Pueden analizarse las relaciones sometedor-sometido típicas del Modelo Psicósomático de Defecador. Comienza a desarrollar roles nuevos aprendiendo deporte y baile. Sale con amigas y conoce algún hombre, aunque con el

miedo a la sexualidad no desarrollada y al amor que siempre teme que sea para otra. Tras los intentos amorosos fallidos vuelve a deprimirse, siente que no es elegida, que no pertenece a ningún grupo, se enfada con su madre y su hermana, dramatiza escenas de rivalidad fraterna, sufre la ausencia del padre, recordando como este se iba el solo a pasar las navidades con su familia de origen. La madre también se deprime y entonces ella toma conciencia de que se ve arrastrada a acompañarla depresivamente tal y como hizo desde su nacimiento para ayudarla a compensar el duelo no elaborado por la hermana muerta que llevaba su mismo nombre.

Decide entonces acudir a los cementerios de la ciudad a buscar la tumba de su hermana mortinata. Descubre indignada que la tarea no es fácil, pues sus padres habían intentado negar el duelo hasta el punto de haber puesto en la ficha de la defunción la dirección del hospital donde nació y no la del domicilio familiar. Allí, en el cementerio, tiene lugar una escena en la que llora y se despidе de su hermana muerta para reivindicar su identidad viva, para apropiarse de su nombre, en una suerte de ritual espontáneo de gran contenido psicodramático. Sus intentos de salir de la identidad basada en la sustitución y la copia, se expresan muy bien en varios sueños donde intenta dibujar una simetría y el dibujo se desmorona o copia otro dibujo y se borra.

Continúa su desarrollo del rol sexual pero sufre anorgasmia que ella misma interpreta como el temor a la dependencia, a que el otro sepa las claves de su goce. El conflicto con su identidad pseudomasculina aparece en unos sueños donde un hombre puede mostrarse torpe y vago, unos hombres discuten y ella se monta en el coche de uno de ellos pero no hay conductor y se cae por el barro con una sensación de tener el esfínter anal apretado y miedo de haber estropeado el coche-falo de su amigo con el que había tenido relación sexual. Estas identificaciones pseudomasculinas fálicas surgen como defensa ante un conflicto en el Modelo Psicósomático de Defecador en relación a la falta de aceptación de sus contenidos originales que la identificarían. De hecho en esta fase final de su terapia aparecen síntomas psicósomáticos en forma de despeños diarreicos y colitis de repetición.

Finalmente entra en una etapa de autonomía, viviendo en su propia casa, logrando relaciones sexuales satisfactorias, desarrollando roles y nuevas relaciones. Superada su depresión se la da el alta tras un año y medio de tratamiento.

Veamos ahora la dinámica del Trastorno **Psicopático**. El mecanismo reparatorio psicopático consiste en una acción irracional en el ambiente mediante la cual el sujeto espera poder proyectar sus pensamientos y sentimientos sobre otros de tal manera que estos los actúen al recibir un “obús” de identificación proyectiva. El sujeto tiende a confundir lo que piensa con lo que sucede en el ambiente externo. Para evitar esa confusión paranoide, actúa agresivamente hacia los otros, estos responden a la agresión actuando de forma defensiva, hostil, y así logra confirmar que la hostilidad que el pensaba y creía percibir, ahora sí que es cierta. En sus matrices de identidad ha vivido climas hostiles que mezclaban indulgencia y represión violenta. En la estructuración de su Modelo Psicósomático de Defecador, se ha sentido desvalorizado en sus contenidos, y al afuera anal no interesado en recibirlos. Es por ello que tiende a “arrojar” sus contenidos de forma masiva y sin elaborar hacia los demás. No es consciente de las implicaciones que su conducta tiene sobre los otros a los que tiende a utilizar en su provecho. En muchas ocasiones en su infancia se sintió pequeño y ahora trata de sentirse grande sometiendo a los demás. La relación objetal sádico-anal define sus

relaciones. El terapeuta tiende a sentirse invadido por pensamientos y sentimientos que el paciente le proyecta masivamente. En la terapia de grupo tiende a atacar los vínculos, a romperlos, pero de una manera oculta, manipulando la información y mintiendo. Transfieren las responsabilidades a otros compeliéndoles a actuar sus propias tendencias proyectadas. Inducen sutilmente a otros (sobre todo a los fóbicos) a actuar de forma impulsiva. Evita las relaciones triangulares y tiene tantas ganas de vencer al terapeuta como miedo a ser condenado por él. Muchas veces logra erotizar de forma oculta a un miembro del grupo induciéndolo a que abandonen juntos el encuadre. No suelen estar en tratamiento mucho tiempo y suelen hacerlo a raíz de un conflicto grave con la sociedad o con la familia que lo trae a tratamiento o a partir de una descompensación severa en el consumo de drogas. La aceptación incondicional junto a la puesta de límites suave pero firme serán fundamentales en el proceso terapéutico de estos trastornos. Son frecuentes las escenas donde después de una acción hostil, pide ser juzgado y condenado e incluso ajusticiado, con el fin de calmar su culpa inconsciente (29). La utilización de las técnicas de espejo y doble es fundamental para que tome conciencia de las implicaciones y consecuencias de su conducta. También dramatizar a cámara lenta en una suerte de psicodanza ralentizada, ayuda a tomar conciencia de los efectos de su conducta corporal sobre el ambiente. La ausencia de un Afuera Anal aceptador que le ayudara a elaborar sus contenidos durante la estructuración del Modelo de Defecador, va a hacer imprescindible la relación con una figura parental proyectada en el terapeuta. Éste debe ayudar a elaborar todo el material de las dramatizaciones de forma exhaustiva. Cualquier ataque al terapeuta o al grupo, o cualquier acción irracional de ocultamiento, debe ser tratada e interpretada inmediatamente. Es importante diagnosticar el contexto exacto en el que tienden a producirse las actuaciones irracionales psicopáticas, a fin de realizar una predicción exacta de cuando se producirá la próxima. De esta manera la conducta se vuelve egodistónica, ya que gran parte de su goce consiste en hacer lo que el sujeto quiere y no lo que otro le ha predicho que sucederá. Un factor terapéutico clave en el tratamiento de los trastornos psicopáticos, es la utilización de la técnica de la Confrontación Interna. En ella se le pide al sujeto que defina un personaje grandioso y dominante y otro personaje que se sienta pequeño y desvalorizado. Se le pide que los confronte psicodramáticamente en una suerte de doble múltiple. Ambos son parte del sujeto y tras confrontarse tratarán, con la ayuda del Yo-auxiliar, de llegar a un pacto en relación a los vínculos y roles en los que participan. Esto facilita la introspección, lo mismo que otras técnicas tipo silla caliente sobre lo que el sujeto destruye y construye. El trastorno psicopático tiene que pasar por una fase de depresión e introspección para poder curarse.

Veamos el *caso de Juan Álvaro*. Se trata de un varón de 33 años recién separado de forma traumática. Consumidor de 4 gramos de cocaína al día, presenta síntomas paranoides y depresivos. Tras tener serios conflictos con su anterior jefe, se instala por su cuenta como empresario, ganando mucho dinero que gasta en cocaína y sexo. En aquella ocasión reaccionó con una dermatitis atópica psicósomática y síntomas depresivo-ansiosos. Es una persona que tiene constantemente peleas por motivos nimios, llegando a dejar heridos de gravedad a sus contrincantes en peleas de tráfico. Pronto aparece en la historia psicodramática, un largo período de timidez infantil, una madre psicopática que le abandona cuando tiene 12 años, y sus defensas de hacerse respetar peleando. Viene a las sesiones con su nueva pareja pero demanda que se le ayude en la separación, pues su ex-mujer lo amenaza con suicidarse y su hijo de 13 años presenta somatizaciones y fracaso escolar. Se organizan sesiones con su ex-mujer y se elabora la historia de la pareja que se conoció con 16 años quedándose ella embarazada

a propósito para salir de una situación familiar penosa en la que su propia madre también había sufrido un embarazo adolescente. Juan Álvaro está sin consumir cocaína y medicado con antidepresivos y ansiolíticos. Puede poner en relación la culpa que siente con respecto a su ex-mujer y su hijo con la culpa inconsciente por la rabia que manifiesta contra su madre por el maltrato infantil. Al trabajar la dependencia a la cocaína pueden elaborarse escenas sobre el conflicto dependencia-independencia y la sensación de abandono. Se dramatizan varias escenas infantiles donde la madre aparece como manipuladora, paranoide y hostil, que nunca le apoyaba y siempre le exigía. Una madre que dominaba al padre. Sueña con tablas y números y relata su preocupación por el dinero malgastado y la necesidad de reflotar su empresa. Trabaja su sensación de soledad y de falta de apoyos familiares. Puede irse de viaje con su hijo y trabajar el rol de padre que no tenía desarrollado. Asocia el no haberse podido identificar con el padre débil.

Pronto aparecen fantasías de venganza sobre un familiar y uno de sus socios a los que acusa de no haberle apoyado. Llega a tener una pelea con ese familiar, pero logra acabar dialogando. Con su socio también puede confrontarlo sin llegar a pegarle. Al dramatizar estas escenas del núcleo hostil, recuerda una escena infantil donde su madre le conminaba a pegar a un adulto con el que ella estaba enfadada. También asocia otra escena, el primer día de colegio cuando otros chicos le pegaron y le robaron la merienda. Al trabajar el síntoma depresivo, focaliza en el pecho un núcleo de pena que imagina de color gris-verdoso y que asocia con sentimientos depresivos cuando sus padres discutían de pequeño. La madre que era todo o nada. Comienza a controlar las conductas psicopáticas a raíz de poder predecir exactamente cuando y como ocurrirán. Sueña que se siente muy tenso ante una mujer hostil, pero que mantiene una buena actitud. Puede deprimirse y llorar con su ex-mujer y otros familiares. En su empresa le intentaron robar, persiguió al ladrón pero al atraparlo no se ensañó golpeándolo sino que lo entregó a la policía. Se continúa trabajando su sensación de falta de envoltura y los aspectos depresivos-rabiosos ante la madre. Tiene una recaída en el consumo de cocaína con síntomas disfóricos. Sueña que esta dentro de una funda con cremallera y un entrenador de fútbol está dentro de otra igual. Ambos tienen cara de preocupación. Les arrastran con una cadena hacia dentro de una nave industrial. Hay sonido de monedas. Siente angustia pero luego se relaja y piensa que en algún sitio le colocarán.

Al dramatizar este sueño aparecen los aspectos prepotentes y de aislamiento narcisista tipo "yo me basto", como defensa ante la madre intrusiva y narcisista que no satisface su necesidad de ser aceptado y valorado, de encontrar un lugar, un continente para sus contenidos. Se trabaja aquí su dificultad para aceptar la interdependencia con el ambiente, y la aceptación de los aspectos gratificantes y frustrantes del objeto. Hay una mejoría notable de sus síntomas psicopáticos y depresivos. Sueña que se caen unas estanterías de su empresa. Asocia el constante temor a la catástrofe, a la ruina. Presenta un síntoma psicósomático consistente en sensación de latigazo eléctrico y contractura de la cintura escapular al irse a dormir y comenzar a relajarse. Cuando se dramatiza, construye una imagen de un hombre encadenado y torturado. Vuelca en ella un contenido relativo a la decepción y construye otra imagen de un viejo solitario, sentado y triste. Cuando se le pide que complemente esta última imagen, actúa un personaje amenazante que acusa al otro de haber ido a su interés y ahora verse solo. Asocia su conflicto dependencia-independencia, e intenta distanciar las sesiones en un intento de huida de la progresiva dependencia que se está estableciendo con el terapeuta. Acepta continuar la terapia pero tiene una recaída psicopática con una pelea de tráfico en la que

destruye a golpes el coche del contrario y dice :”si llega a salir le mato y acabo en la cárcel”. Al dramatizar con títeres la escena, aparece un rol complementario interno donde se siente “pequeño” y sometido. Asocia varias escenas. Con ocho años un compañero del colegio le estaba humillando, y cuando se rebeló, el otro le pegó y le tumbó. Las palabras que pronunciaba su madre: “nunca te dejes avasallar” mientras le incitaba a pelear con todo aquel que la decepcionaba. Como apuntaba en una libreta todos los malos tratos que le inflingía su madre y le decía que cuando fuera mayor se los devolvería.

En el rol laboral se trabaja su falta de confianza en un gerente y la tendencia a querer controlarlo y dominarlo todo sin saber delegar. La cocaína va apareciendo como una huida de la situación de maltrato sufrida y temida. Sueña que está envolviendo una roca de cocaína en un papel cuadriculado y no cabe. Se encuentra en casa de sus padres y su padre entra en la habitación para hablar con él. También sueña que se le caen todos los dientes por tener las encías deterioradas por la coca. Este sueño lo llena de contenidos de disminución de su rabia mordedora contra la madre. La madre que no quería tener hijos. Recuerda la culpa de querer dormir con la madre cuando sus padres discutían y su padre se iba de la casa. En su átomo social puede realizar una escena donde recrimina a su madre su conducta con tranquilidad y firmeza. Se encuentra deprimido. Trabaja una escena en la que recuerda que sus padres nunca le regalaron nada de pequeño, lo que le fue creando una imagen negativa de si mismo y de no pertenecer a ningún lugar.

Tiene dos escenas de discusión de tráfico donde interviene la policía, que logra manejar sin agresiones psicopáticas. Puede atender a su hermano deprimido y a su padre enfermo. Se encuentra menos deprimido. Sueña que va por el campo y le da un golpe con una escoba a un ave oscura que le sobrevuela. La coge en brazos y es una pequeña lechuza herida. Siente culpa porque va a morir. La lechuza le habla y le dice que solo es un golpe en la pierna, se pone a caminar y se queda a su lado sin querer huir. Al dramatizarlo asocia la crueldad infantil con los animales y la escoba con la que le golpeaba su madre, pero rescata el contenido reparador del sueño, en relación a la culpa. Tiene fantasías de consumir cocaína. Se realiza una confrontación interna entre el personaje grandioso que quiere consumir y el niño dañado que se siente humillado. El resultado de esta técnica funciona como prevención de recaída, pues puede acudir a una fiesta y resistirse al consumo de droga y de prostitución.

Continúa manejando mejor las discusiones de tráfico sin pelearse.

En una escena con su madre puede cambiar de roles y al ser entrevistado en ese papel, declara que la madre fue hija de una abuela maltratadora y tuvo que huir a la emigración con 16 años. Puede comprender mejor a la madre. Al relacionarse con la familia de su nueva pareja, vuelve a sentirse sometido y tiene una recaída en el consumo al haber dejado que un amigo dejara una cantidad de droga en su casa. El temor a sentirse atrapado de nuevo por una mujer. Al analizar este vinculo aparece una disociación de roles entre el personaje que necesita del apego, de la envoltura, que sufre eccema y necesita ser abrazado por su compañera, y el personaje duro que ataca primero antes de preguntar. Se dramatizan estos personajes con técnica de confrontación interna. Vuelve a haber recaídas en las peleas y el consumo. Se trabaja la imagen de la dependencia temida y actuada en el consumo. Construye una imagen donde otro tira de él diciéndole: “vas a hacer lo que yo te diga”. La elaboración de esta imagen y su señalamiento en la transferencia, mejora sus deseos de cambio. Se compra un perro al que cuidar y mejora

la relación con su hijo, al tiempo que comienza un plan realista para trasladarse a vivir a otra ciudad.

Sueña que está en un almacén con su padre matando cucarachas los dos juntos. Asocia la labor de limpieza que está haciendo junto al terapeuta en su cabeza. También sueña con una llamada a un cliente donde este se pone paranoide, pero luego se relaja la situación y acaba en un buen negocio. Estos sueños inician una etapa donde disminuye lo paranoide, se va alejando del núcleo paranoide materno, se acerca al vínculo padre-hijo y va aceptando la interdependencia. Sueña que esta en un club de alterne con su actual pareja y evita el consumo de prostitución. Asocia el hecho de que se deprimiera cuando su pareja se fue de viaje, lo que le recordó los abandonos y chantajes de su madre. Sueña también con una secretaria que le da una noticia alarmante sobre temas económicos y lo asocia al carácter parecido al de su madre. En lo real, su madre volvió a llamarle para quejarse de su padre y del mundo en general, pero él pudo manejarlo mejor sin contraidentificarse proyectivamente.

Puede tomar conciencia de sus aspectos misóginos en relación al rechazo a la madre. Vuelve a soñar con la secretaria de carácter parecido a la madre, discutiendo con ella hasta que ella amenaza con marcharse.

En otro sueño se ve en un campo de batalla donde caen bombas. Una mujer le dice que no se preocupe que no se trata de un bombardeo. Pero él la señala un puente derruido. Finalmente piensa que “no va a haber una bomba específica para mí” y continúa su camino. Ve una patrulla de soldados y se esconde pero le descubren y le detienen sin violencia. En la dramatización aparecen los intentos de desmontar el núcleo paranoide y como esta resolviendo sus problemas con menos ansiedad persecutoria. Recuerda la ansiedad de separación en su primera infancia, con el miedo a dormir solo. La madre echaba al padre de la habitación conyugal y le obligaba a él a dormir con ella. En otra época la madre trabajaba de noche y el padre se iba al bar y le dejaban solo. Una noche salió a la terraza a gritar: “¡papá! ¡papá!” y cuando su padre subió del bar le dio una paliza. Cuando nació su hermano, con 8 años, lo dejaban en la cama con el bebé entre las 5 y las 7 de la mañana. La angustia de oírle llorar y no saber que hacer. Recuerda que un día le pegó al bebé. El padre a veces lo llevaba al bar y lo ponía a hacer deberes sobre una máquina tragaperras. Así va comprendiendo como su historia infantil influyó en su sistema paranoide y en su miedo a la soledad. Recuerda que un día ya no aguantó más el maltrato de la madre y la golpeó, Lo mismo hizo con el padre un día que estando borracho lo golpeaba. Recuerda que en el colegio tuvo que acabar peleando con los que le quitaban la merienda y destruirla para que nadie se la comiera.

Sueña que está pegando a sus socios que le provocan pero se detiene por el temor de matarlos. Aparece su ex-mujer y el consume cocaína. Asocia la tensión que le producen las personas que se rechazan como sus padres. Tiene un juicio de faltas y otro por el divorcio. Esta tensión le lleva a una recaída en el consumo y a la aparición de rechazo a su actual pareja. Pero pronto se recupera y comienza una etapa de mejoría y desarrollo de nuevos roles, manejando mejor las escenas donde se siente traicionado o atacado. Continúa con su proyecto de vivir en otra ciudad y ampliar su empresa. Sueña que se casa con su actual pareja. Puede poner límites en su empresa y en su familia, delegando funciones y presenta una etapa de franca mejoría sin consumo ni actuaciones psicopáticas que culmina con el alta tras dos años de tratamiento cuando se decide a instalar su residencia en otra ciudad. Un año después acudió a revisión y continuaba bien sin consumo y sin actuaciones psicopáticas.

Veamos ahora la dinámica del Trastorno **Obsesivo-compulsivo**. El mecanismo reparatorio de ideas obsesivas y/o rituales obsesivos, es instaurado por el Yo para evitar la confusión entre el pensar y el sentir, entre el deber y el placer. Cuando debido a la presencia de un así llamado “anancasma”, de un “debería” muy severo, el sujeto entra en conflicto entre los impulsos corporales agresivos y/o eróticos y las normas instauradas como contenidos mentales, confundiendo el sentir con el pensar, se puede instalar un mecanismo obsesivo consistente en la aparición en la mente de ideas relativas a las dudas y deudas relativas al conflicto. En los pacientes con trastorno obsesivo, ha existido un clima inhibitorio durante la estructuración del Modelo Psicossomático de Mingidor (ver Cap.10), con un resultado de dificultades en la realización de los deseos internos. Pueden verse dificultades para el planeamiento o la fantasía previos a la realización de los deseos, o dificultades en forma de dudas y excesivo control de la voluntad a la hora de iniciar las acciones que llevarían a la realización de deseos. En el imaginario existen impulsos sexuales o agresivos muy temidos pues su realización parecería conllevar una amenaza de sufrir un castigo en forma de daño corporal. Las ideas obsesivas se imponen a la mente del sujeto, que rumia todas las posibilidades relativas a los intentos de control del impulso hostil o erótico temido. El sujeto teme el descontrol, pues ha sufrido un estímulo hostil o erótico muy fuerte, acompañado de una situación de poder tal que le impide la respuesta de descarga corporal inmediata. Los rituales obsesivos de comprobación o de ordenamiento y limpieza perfeccionistas, suponen un intento de control de una fantasía destructiva temida en relación a los propios impulsos hostiles reprimidos. La rigidez, el carácter crítico, las culpas, los pensamientos supersticiosos, las defensas racionalizadoras, el planear sin pasar a la acción, las preocupaciones excesivas, la evitación de las emociones y sentimientos, son intentos de control de sus impulsos hostiles en respuesta a un clima represivo en las matrices de identidad. El obsesivo se aísla y se aparta de las situaciones emocionales para evitar reaccionar a ellas, pero puede sentirse culpable y angustiado. Este conflicto entre las tendencias impulsivas y su represión, aparece siempre en el psicodrama como resultado de la internalización de alguna figura parental que reprime los deseos del sujeto mostrándose exigente y obligándole bajo amenaza. El obsesivo se exige alcanzar una idealización en el futuro, una perfección que le libraría de la amenaza, pero siempre le falta algo para conseguirla, lo que le lleva a los sentimientos de rabia e impotencia. Los padres exigentes hicieron prevalecer su deseo sobre el deseo del niño. El clima de exigencia puede llegar a contaminar la relación transferencial con el terapeuta.

Los factores terapéuticos deberán operar fundamentalmente sobre el conflicto entre el deber y el placer, las exigencias del “debería” sobre si mismo y sobre otros, los impulsos hostiles, y la liberación de la culpa con respecto a los impulsos eróticos. El paciente obsesivo necesita un caldeamiento intenso, especialmente caldeamiento corporal, pero ayudado por estímulos ambientales intensos, pues tiende a minorizarse la confusión entre el pensar y el sentir cuando se logra que focalice la atención en el ambiente. También es útil como factor terapéutico el pedirle que juegue los roles en las dramatizaciones desde una posición de desequilibrio corporal, pues ello conlleva centrar la atención en un foco propioceptivo corporal, ayudándole a sentir y evitar la defensa “narradora”. Debe interrumpirse a menudo al protagonista obsesivo que narra pero no actúa la acción, utilizando un doble para impulsarle a iniciarla. Hacerle que trabaje como yo-auxiliar en las dramatizaciones de otros miembros del grupo, le va acercando al mundo de las emociones y sensaciones de una manera protegida. También las

situaciones intermediarias donde se dramatizan objetos simbólicos o animales o personajes fantásticos en situaciones poco estructuradas, suelen ser útiles para ponerse en contacto con las emociones y los impulsos temidos. La lucha interna entre el deber y el placer debe ser representada con dobles múltiples en confrontación interna, incluyendo técnicas de psicodanza donde se representen corporalmente la lucha de fuerzas entre el “debería” y el impulso o emoción sentidos. Si al subir el caldeamiento de la escena el protagonista obsesivo se resistiera quedándose “fuera” de la escena, esta puede continuar con un espejo, para que se pueda visualizar el conflicto interno. Conviene dramatizar la confrontación interna con el “anancasma”, con la figura superexigente internalizada, para que gane insight dramático sobre sus propias exigencias y disminuya su perfeccionismo..

Veamos ahora el *caso de Santos*. Se trata de un paciente de mediana edad, casado y con dos hijos que consulta por irritabilidad, perfeccionismo, ideación obsesiva, dudas que posponen la toma de decisiones y la tendencia a ser muy exigente con su mujer lo que produce un clima hostil en la pareja con amenaza de separación. Aparece deprimido, con sensación de no disfrutar de la vida. En la historia aparecen unos padres discutidores de clase baja, que le exigieron estudiar una carrera y le hicieron tomar el rol de responsable. Tiene una hermana tres años mayor, que al contrario de él, si se atrevió a cuestionar la ideología familiar marchándose de casa muy pronto. Se sentía muy pegado a su madre en la infancia, madre ~~ala~~ a la que describe como pesimista y angustiada. Se siente muy culpable de un accidente de tráfico hace unos años en el que conduciendo él, perdió el control del vehículo y su mujer resultó con daños en la columna vertebral. Es muy estricto con sus hijos.

Pronto aparece en las dramatizaciones de escenas-síntoma, la necesidad de demostrar que a pesar de haberse casado con una mujer de clase media-alta, él es una persona valiosa por si mismo.

Recuerda la historia traumática de su familia con un abuelo materno fusilado en la guerra civil y ~~un~~ una abuela que muere poco después. Su madre huérfana que entró a servir en una familia con 12 años. La madre austera y ahorradora, temerosa de que todo se pierda, exigente. El padre bebedor y juerguista que discutía constantemente con la madre.

En las imágenes de su átomo social aparecen sus defensas de aislamiento afectivo. Puede recordar como de pequeño le gustaba jugar con el barro y ensuciarse y puede recuperarlo jugando con su hijo a diversos juegos sin importarle tanto el desorden. Sueña que la casa tiene goteras por todos los lados y es imposible controlarlo. Sueña que un coche atropella y aplasta a su mujer. Al dramatizarlos puede entender la naturaleza de sus impulsos hostiles desde el rol de coche y sus deseos de inundarlo todo desde el rol de “goteras”. Al referirse a su mujer comete un lapsus diciendo “mi madre”. Al dramatizarlo aparece la relación insatisfactoria con la madre, que estaba más pendiente de su marido ausente que de él. La hostilidad que sentía hacia su madre por la exigencia y la renuncia a sus deseos. La fantasía de temer parecerse al padre juerguista criticado por la madre si se deja llevar por sus impulsos placenteros. La madre aparece como débil al tiempo que trata de desidentificarse.

En una dramatización reprocha a los padres haber creado un clima tan hostil en la familia.

Sueña de forma repetitiva que esta en una zona de bares de copas y vive aventuras entrando en locales donde se celebran fiestas.

Santos comienza a mostrarse más tolerante con su mujer, dialogando y negociando como no lo hacían sus padres. Toma conciencia de sus necesidades de cariño y contacto físico. Esta situación se ve comprometida por un personaje interno represor y sancionador que protesta inmediatamente ante la aparición de formas desordenadas. Pero puede escuchar a su hijo cuando este compara el tono de voz represor del abuelo paterno con los tonos que emplea el paciente cuando discute con su mujer. Recuerda como su padre se enfado con un hermano (su tío) y le prohibió jugar con sus primos. Siente crueldad en esa actuación. Lo asocia a la situación actual donde esta más preocupado por el cumplimiento de las obligaciones que por gozar jugando con su hijo. Puede llevar a su hijo a una actividad campestre y disfrutar con el como disfrutaba con su primo antes de la prohibición paterna. Puede también liberarse de su trabajo como comerciante asumiendo la pérdida de control y de dinero, para dedicar más tiempo a gozar con su mujer viajando.

Aparece el temor a que se cambie un acuerdo alcanzado y so exigencia de orden y cumplimiento estricto de lo acordado, en relación a la causa de la ruptura de su padre con su tío por no haber respetado un acuerdo en relación a la herencia de los abuelos. En las dramatizaciones trata de construir un rol aceptado satisfactorio y en los soliloquios comete lapsus al decir “dejar de perder” por “dejar de ganar”. El temor a ser perdedor en la lucha de poder en los vínculos, en relación a haberse visto obligado en su infancia. Entiende así como tiene que controlar al hijo de forma autoritaria para evitar sentirse ganado por él. Se autoexige ser duro y exigente por temor a ser demasiado blando en relación a fantasías de pérdida del hijo. De que este se malogre y sentirse culpable. Asocia una escena infantil con sus padres exigentes donde el sintió odio y deseo de que desaparecieran. Esto puede ponerlo en relación a su culpa y los intentos de control obsesivo. A raíz de este insight dramático, puede jugar corporalmente con su hijo a hacerse cosquillas, y obtener de él respuestas espontáneas. Aparece también una mejoría de las relaciones sexuales en la pareja.

Se dramatiza una escena donde el trata de jugar roles aceptados como senderista, motorista, amigo y disfrutador de espectáculos culturales, bajo la represión y amenaza de un Juez interior muy severo que le acusa de “pecar” y se enfada. Logra defender su deseo y disfrutar delante del Juez. Esta dramatización tiene el efecto de hacerle cuestionarse el utilitarismo en sus relaciones. Pero tiene una recaída en sus mecanismos obsesivos de control, como si el Juez interno se resistiera a desaparecer. Sin embargo continúa avanzando en la aceptación de las pérdidas, va utilizando más el “nosotros” y puede unirse mas al objeto sin proyectar el fantasma materno, puede ser más directamente rechazante sin temor a la pelea, y puede desarrollar roles segregados con los amigos donde poder “desmadrarse” y comprobar que no sucede la catástrofe temida. Así va desmontando el rol reactivo de “buen chico esforzado” y puede ir aceptando la posibilidad de ser rechazado si realiza su deseo.

Se investiga dramáticamente el déficit en el “cluster” paterno. La ausencia de la función paterna de poner palabras a lo sentido, percibido o pensado por el otro. Lloro en la sesión cuando habla de llamar a su madre y no poder recibir la ilusión y el apoyo, sino la preocupación y el pesimismo. Comprende a la madre pesimista en relación al asesinato de su abuelo y a la orfandad temprana, y el estar atrapada en una lealtad

invisible a esa madre, con dificultad para distanciarse y buscar su deseo en otro lugar sin sentir culpa. Al dramatizar el rol de madre, aparece la rabia y la impotencia ante el asesinato del abuelo, y las formaciones reactivas de control obsesivo. Finalmente puede identificarse con el abuelo paterno, que se llamaba Santos como él, y que era afable, mediador, y emprendedor. Así va tomando conciencia de como ha asumido oscuramente la proyección masiva del conflicto existencial de su madre. Al dramatizar la “deuda”, aparece la deuda interna con los padres que le permitieron estudiar una carrera, pero cargaron de responsabilidad sus actos.

Sueña con peleas ante situaciones de injusticia en relación a la descarga sobre él de las ansiedades y frustraciones de su madre. Puede rechazar a la madre colgándola el teléfono ante intentos intrusivos de ésta. Al trabajar el síntoma de la duda paralizante y la dificultad para tomar decisiones, aparece una escena latente donde él se sentía paralizado en la infancia ante las discusiones frecuentes de sus padres, tomando conciencia de los mecanismos de su inhibición y rumiación obsesiva. Gana insight sobre su transferencia materna al cometer varios lapsus llamando madre a su mujer. Se dramatizan escenas de la matriz familiar donde el sentía vergüenza por el padre que era bebedor social, y fantasías de unirse a la madre contra él. Pero al mismo tiempo tenía deseos de que el padre estuviera mas presente y mejorara la relación con la madre, a fin de evitar la culpa y cargar con los aspectos insatisfechos de la madre. En diversas escenas logra distanciarse de estas transferencias y resolver sin proyectar. Puede pedir ser cuidado, pero el temor al rechazo le impide la realización de deseos. Sueña que está orinando contra una pared y no puede sacar la orina. Este sueño permite dramatizar las primitivas sensaciones cenestésicas en relación al Rol Psicosomático de Mingidor, donde el excesivo control de la voluntad exigido por el medio (control de esfínteres), dificulta la decisión de iniciar la acción para realizar un deseo (placer uretral). Sueña que está con una figura paterna sustituta esperando al rey. Sueña que está con un presidente de equipo de fútbol. Al dramatizarlos aparece la búsqueda de identificaciones en el cluster paterno de roles. Recuerda la habitación en donde su padre criaba pájaros y como iba con él al marcadillo a cambiar cromos. Rescata la abortada libertad del padre ante la madre impositiva. Al trabajar la relación con la mujer-madre, aparece la proyección sobre la mujer del conflicto entre defenderse-enrocarse marcando territorio (según el Modelo Psicosomático de Mingidor patológico) y seguir esperando a que la mujer venga a cumplimentar su deseo, y otro nuevo rol que comienza a desarrollar en el que puede amar, lanzarse a la acción gratificante, abrazar, ceder, enamorando al otro. Comienza a desarrollar con su mujer nuevos roles conjuntos expresando abiertamente la elección amorosa.

Se dramatiza una escena en la que puede disfrutar en un viaje con un amigo, permitiéndose el disfrutar de un espectáculo erótico. Pero a la vuelta del viaje sueña que su mujer y su suegra se alían contra él. Sueña también que va a orinar al baño de un restaurante, pero no hay paredes ni cortinas. Cuando protesta obsesivamente le dicen que no sea tan “pijotero” y que si tiene tantas ganas que lo haga en cualquier sitio. Tiene otros sueños donde se siente aislado. Se dramatiza el rol de “mear fuera del tiesto” y se siente aliviado al comprobar que no se produce la catástrofe temida si realiza sus impulsos y deseos. En esta época en la que va atreviéndose a realizar deseos sin culpa, sueña que está con una prostituta que le realiza una felación pero luego vomita el semen tragado junto con otros contenidos que tenía en el estómago. Sueña que su mujer no le da la razón. Sueña que en una clase de patinaje no le aceptan, no le dan medios, no le protegen y tiene que protestar. Al dramatizarlos puede reparar su sensación de que sus

deseos son inaceptables y de que él es portador de algo rechazable. Tras un viaje con su mujer en el que puede disfrutar de la relación erótica, puede trabajarse su déficit en el rol psicossomático de contactador, donde presenta una dermatitis atópica y tiene dificultades para ser más pasivo y dejarse acariciar. Su mujer le señala sus defensas anales controladoras y su temor a darle al otro el poder de hacerle gozar. Asocia una escena intermediaria donde se siente “príncipe consorte” cuando quiere ser “el rey”. Cuando se trabaja el rol “escrupuloso” dice querer ser “menos escrupuloso como el marido (sic) de mi mujer” refiriéndose al hermano de su mujer. Se trabaja psicodramáticamente el rol de “alerta y vigilancia”. Puede soñar un sueño erótico pero se preocupa por la excesiva juventud de la chica. Sufre un robo en su domicilio y reacciona con menos defensa obsesiva y más realísticamente. Sueña que viaja con su mujer en un avión de lujo que se estrella y se pregunta si está vivo o muerto. Ve a personajes muertos con una mancha amarilla. Ve a otros que están vivos y finalmente se siente muerto y llora por lo perdido, por sus hijos y su casa. La amenaza de castración aparece en relación al robo sufrido, y vuelve a recaer en ideación obsesiva que requiere ajustes en la medicación. Dentro de su estrés postraumático sueña con ser atacado-robado. La dramatización de estos sueños con técnicas de shock psicodramático (29) permite minimizar las secuelas del estrés postraumático.

Realiza una investigación para recuperar la memoria histórica y las circunstancias en las que su abuelo fue fusilado en la guerra civil y puede trabajarse un genosociopsicodrama investigando psicodramáticamente su árbol genealógico. Descubre como su padre no fue cuidado por una abuela muy estricta. Esta investigación le hace sentirse más liberado y comienza a salir y a disfrutar más de la vida. Comienza a practicar técnicas de relajación y yoga.. El padre empeora de un cáncer y él consigue llevar el tema menos obsesivamente. Tras un periodo de vacaciones, donde logra disfrutar comienza a tener sueños eróticos y sueños donde se siente ninguneado. Sueña que está en una tienda de antigüedades donde le critican los empleados que este pisando el suelo recién fregado y no se decida a comprar. Se enfada y va a tocarse eróticamente con una empleada. Al dramatizar este sueño aparecen escenas nucleares conflictivas en su matriz familiar donde desea autoafirmarse ante la amenaza de sufrir daño, así como otras escenas donde falló la narcisización y el contacto cálido. Vuelve a soñar nuevos sueños en los que seduce a una mujer joven que es su empleada. Mejoran las relaciones amorosas con su mujer. Sueña que se harta de los problemas de su negocio y lo cierra para irse con una mujer a divertirse y disfrutar de la vida.

Se muestra más ilusionado y tolerante en todos sus roles y puede abandonar la medicación. Tras unas sesiones más se le da el alta.

Veamos ahora la dinámica y los factores terapéuticos que operan en los **Trastornos de la Personalidad**. Los trastornos de personalidad suelen ser escasamente diagnosticados debido a que rara vez consultan por sí mismos sino debido a trastornos intercurrentes del eje I, o a situaciones de conflicto socio-familiar. Una vez en la consulta, resulta difícil establecer una vinculación empática y estable, que permita el desarrollo de una relación terapéutica. Como está escasamente motivados es frecuente que interrumpan el tratamiento una vez resuelto o aminorado el conflicto actual. La medicación disponible solo es eficaz para el control de los síntomas afectivos y ansiosos y para la prevención de las descompensaciones psicóticas, pero suele ser mal tolerada y poco aceptada. Así las cosas, el psicoterapeuta se ve enfrentado a una situación clínica difícil y de

pronóstico sombrío dado que no es nada fácil ayudar a realizar cambios duraderos y estables en la estructura de la personalidad.

Cada tipo de trastorno de personalidad requerirá del terapeuta un abordaje distinto con relación a los roles patológicos establecidos y al establecimiento de la demanda de cambio mínimo donde focalizar el inicio del tratamiento. También cada tipo de trastorno hará referencia en su historia psicodramática a distintos tipos de escenas nucleares conflictivas en sus matrices de identidad. Así serán distintas las escenas que aparecerán en un trastorno paranoide donde primarán formas de vinculación cosificadoras y despreciativas a las escenas de la historia de un trastorno por dependencia donde prevalecerán escenas de tipo anulador y fusional o a las escenas de la historia de un trastorno límite o esquizoide donde prevalecerán escenas de doble vínculo y de rechazo del sujeto deseante.

Dentro de esas diferencias en las formas de los vínculos ofrecidos en sus matrices de identidad, lo cual correlacionaría con el fenómeno observable de la prevalencia familiar de determinados rasgos de personalidad y por tanto de un probable factor etiológico de tipo aprendizaje vicario y/o hereditario, en la Teoría Psicodramática nos interesa resaltar como factor etiológico de los trastornos de personalidad una determinada cualidad vincular y una serie de déficit en los vínculos ofertados en las matrices de identidad que nos parecen comunes a todos ellos y que van a ser la guía para el terapeuta a la hora de ofrecer un vínculo rematrizador que favorezca el cambio estructural.

En la teoría psicodramática del desarrollo situamos los trastornos de la personalidad en relación a un déficit en el desarrollo de la etapa de Relación con el Ambiente, con un insuficiente desarrollo del Sí Mismo Psicológico Sincrético en esta etapa, entre los nueve meses y el año de edad aproximadamente, cuando el niño debe desarrollar su autoimagen y su narcisismo aprendiendo la relación existente entre lo que toma del medio y lo que deposita ampliando su exploración del ambiente y enriqueciéndose con las posesiones que identifica consigo mismo (sincretismo) a base de ser ayudado en su separación progresiva a través del gateo y de su conocimiento del ambiente a través del foco cenestésico dental (chupar los objetos y depositarlos sin tragarlos). Esto lo realiza con la ayuda de un yo-auxiliar (padre o madre o pariente) que se vincula con él en función de “doble” y de “espejo” en una relación que manteniendo aun el tipo “corredor” va abriéndose a otros. Esto le permite ganar intimidad con el ambiente, identificarse sincréticamente, reducir su anterior omnipotencia, a cambio de una mayor capacidad para afectar e influir en los yo auxiliares en la medida en que estos estén emocionalmente bien dispuestos. Para ello los yo auxiliares (padres) tienen que sentirse identificados con el hijo pero siendo capaces de amarle y valorarle no sólo en la medida en que se parece a ellos sino sobre todo en su originalidad y diferencia, acompañándole en su exploración del medio y permitiendo una paulatina separación protegida. Esto conducirá a un buen desarrollo del narcisismo, a una narcisización normal.

En los niños que desarrollarán un trastorno de personalidad, los padres fracasan en ofrecer una relación tipo “espejo” y tipo “doble” y en avanzar posteriormente hacia una situación de “reconocimiento del tu”. Estos padres, debido a sus propios rasgos patológicos de personalidad y al déficit en su propio narcisismo, tienden a amar al hijo sólo si cumple sus expectativas narcisistas grandiosas, compensatorias. No son capaces de ponerse en el lugar del otro y hacerle de “doble”. Pretenden mostrarse ante el hijo como figuras idealizadas, mistificadas. De esta forma el niño no puede identificarlas

consigo mismo y se ve obligado a mantenerse separado, no íntimo, permaneciendo en su grandiosidad infantil y en la tendencia a idealizar y desconocer lo otro. Esta incapacidad de los padres para hacer de “doble” está muy bien descrita por Moreno en su libro “Teatro de la Espontaneidad” cuando dice que la función de Doble es la más difícil para el actor espontáneo pues supone el abandono momentáneo pero total de la personalidad privada para poder ser el otro, soñar su sueño, mientras a un tiempo se es capaz de mantener una cierta conciencia de la situación global de la escena incluyéndose a uno mismo, que permita su desarrollo y su progresión hacia situaciones espontáneo-creadoras para todos los participantes. En la Clínica sabemos que la técnica del doble es probablemente la más difícil y la más eficaz a la hora de favorecer el insight dramático. Es difícil sobre todo porque para no levantar resistencias, la intervención del doble debe mantener un buen equilibrio actitudinal y lingüístico entre la resistencia y lo resistido, entre la defensa y lo defendido. Además, desde el punto de vista sociométrico las resistencias de un yo-auxiliar a mostrarse espontáneo como doble pueden provenir de distintas fuentes: la actitud corporal y por tanto caracterológica de el mismo, del auditorio (otros parientes) o del protagonista (niño), así como de la ideología y de los valores de el mismo y de los demás presentes en la escena.

Esta última consideración nos lleva a comentar que aunque estos trastornos tienen su inicio en la etapa señalada, hay otro momento posterior del desarrollo en el que el clima de la matriz familiar se fija especialmente en la personalidad modelándola e influyéndola. Este es el final del desarrollo del Modelo Psicosomático de Mingidor en el inicio de la fase ideológica de la Matriz Familiar. Allí junto a la capacidad para planear y fantasear con control de la voluntad el inicio de acciones para realizar deseos internos, se van a fijar los valores y la ideología familiar a través de rituales de conducta que responden a mitos familiares, así como el clima resultante de la reacción familiar a las características innatas del niño que en esta etapa ya tiende a intentar imponer su voluntad de dominio. Será aquí donde se consoliden los rasgos de personalidad, de carácter, que puedan llegar a constituir un trastorno.

En el tratamiento de los trastornos de personalidad la primera dificultad proviene del hecho de que estas personas necesitan repetir el tipo de vinculación idealizadora que les sirvió como defensa en su matriz de identidad. El objeto esta idealizado o demonizado, tiende a ser percibido como todo bueno o todo malo. Son incapaces de percibir al terapeuta como un “tú” distinto y real, y establecen una relación transferencial proyectando una imagen idealizada de alguno de los padres. Por esto es muy importante que el terapeuta se deje idealizar ya desde la primera sesión, favoreciendo la fantasía del paciente de que del contacto con una persona tan ideal como él querría ser, conseguirá él también ser grandioso tal y como sus padres esperaban. Aunque este es un modo de vinculación que podría parecer antiterapéutico, mistificador, cualquier otra actitud de mayor neutralidad terapéutica impediría que el paciente realizara la imprescindible identificación en espejo con el terapeuta sin la cual no sabría vincularse. Este tipo de vínculo presenta varias dificultades. Una primera dificultad consiste en que no todos los terapeutas van a ser capaces de establecer ese tipo de vinculación especular, activa, haciéndose cargo de las identificaciones proyectivas masivas y sin responder con una actuación irracional sobre la base de contraidentificaciones proyectivas no conscientes. Habrá terapeutas que por una falta de desarrollo de roles psicodramáticos, por una falta de experiencias vitales variopintas, tengan dificultades para ofrecer al paciente un rol complementario de aquel que oferta el paciente como única posibilidad compensatoria de vinculación. Serán terapeutas que tendrán dificultades para mostrarse activos y cercanos

a la experiencia vital inmediata del paciente. En el otro extremo habrá terapeutas muy activos, que practican técnicas de terapia grupal muy ritualizada, con abundantes elementos corporales y aspectos mistificadores cuasi-religiosos e ideológicos, y que se presentan al paciente como una especie de maestro o gurú. Estos últimos serán muy eficaces en el establecimiento inmediato de identificaciones especulares e idealizadoras así como de sensación de afiliación a un grupo, pero fracasarán muy a menudo en la resolución de esa fase especular e idealizadora del vínculo no avanzando a través de una vinculación tipo “doble” hacia la necesaria desidealización del terapeuta, y manteniendo con el paciente un vínculo meramente compensatorio de sus déficits sin ayudarlo a separarse y ser persona, en una estructura sociogenética de tipo afiliación que rayando en el clientelismo sirve sobre todo para compensar y alimentar el narcisismo del terapeuta. No en vano muchas sectas y organizaciones ideológicas y religiosas fundamentalistas dirigidas por líderes fuertes, sirven de refugio a muchas personas que padecen trastornos de la personalidad no diagnosticados.

Otra dificultad en la relación terapéutica con los trastornos de la personalidad, será el establecimiento del foco inicial de trabajo. En el encuadre Psicodramático realizamos un análisis del repertorio de roles aceptados y rechazados, reales y fantásticos del paciente tanto en las entrevistas iniciales como en la historia psicodramática, para luego empezar inmediatamente a complementar uno de los roles aceptados, sea real o fantástico, aquel en el que, como yo-auxiliar, el terapeuta percibe una mayor implicación e identificación en espejo. En muchas ocasiones negociamos con el paciente que rol rechazado es aquel que le produce más dificultades emocionales y/o sociales que motivaron la consulta, para realizar con el un contrato de cambios mínimos a alcanzar.

Al principio la complementariedad especular deberá ser alentada en el yo auxiliar, para poco a poco ir manteniendo el nivel mínimo de frustración tolerable tanto en las escenas del contexto dramático como en las del contexto grupal o bipersonal con el terapeuta. Técnicamente esto se hará a través de la introducción del “doble” que siempre intervendrá con una forma tal que exprese la resistencia y lo resistido a través de formulaciones lingüísticas del tipo: “ahora percibo o pienso o siento tal cosa y eso tiene que ver con lo que realmente soy, pero por otra parte me hace sentirme más seguro seguir percibiendo o pensando o sintiendo esto otro como hasta ahora para así sentirme grande y hacer sentirse grande a esta persona que está conmigo”. La sutileza y la exacta dosificación de la frustración son fundamentales aquí. Estos pacientes toleran muy mal, hasta el extremo de romper el vínculo, la herida narcisista excesiva que supone la desidealización brusca del terapeuta frecuentemente en temas relacionados con los honorarios o las ausencias del terapeuta.

Muchas veces el terapeuta será tratado con hostilidad manifiesta. Esta hostilidad debe ser entendida como una prueba a la que el paciente somete al objeto como si lo mordiera sin tragarlo para depositarlo luego en el ambiente y comprobar que no ha sido destruido y puede pasar a ser una posesión sincrética para él. Si el terapeuta reacciona con calma y transmite el mensaje de que la hostilidad del paciente no lo va a destruir, y de que sigue valorándolo igual que antes del ataque, la situación puede resolverse con un alto valor terapéutico de avance hacia el reconocimiento del “tú”.

La oferta de la relación “yo-tú” debe ser más activa en estos casos y permanente como en todos, pero también como en todos deberá ser alcanzada por el paciente cuando esté ya

preparado para una pre-inversión de roles tras rematrizar en los niveles de “doble” y “relación en corredor”.

La relación en fase de “Doble” con el paciente suele alargarse en el tiempo y dar lugar a momentos de “encuentro” de alta calidad espontáneo-creadora. Otras veces el paciente no parece progresar en sus dificultades psico-sociales, se queja de que la terapia no le está sirviendo de nada, pero sigue acudiendo a las sesiones con una actitud de tipo reto: “a ver qué se te ocurre ahora para tratar de ayudarme, a ver cómo intentas mostrarte potente conmigo, porque yo voy a hacer que te sientas impotente y fracasas”. Esta última defensa debe ser entendida y respetada pues es la manera que tiene el paciente de trabajar especularmente el reconocimiento de su “yo” mientras desidealiza a las figuras parentales disminuyendo así proyectivamente su omnipotencia pero sin amenazar el vínculo.

Estos pacientes un día interrumpen su terapia y realizan de golpe una serie de cambios madurativos en el contexto social, una vez que ya han logrado establecer dentro de sí un objeto bueno del sí mismo, una posesión sincrética que sirva como base para el desarrollo de nuevos roles. Recuerdo un *paciente A.* que tenía 18 años y un trastorno de personalidad mixto evitativo dependiente y con rasgos esquizoides. Otro terapeuta veía a la familia. Mantuvimos una relación de algo más de un año, en el que no faltó a casi ninguna sesión, donde dramatizábamos escenas de su rol de músico y fumador de hachís con su tribu urbana, de su rol de dibujante y graffitero, de su rol de hijo de padres separados, de su rol de hijo de madre sobreprotectora y narcisista, pero donde ningún solo día faltó una frase de despedida: “no sé para que vengo, porque tú te lo flipas cantidad, te lo flipas más que yo”, mientras sonreía. Al interrumpir su terapia sin efectuar cambios durante la misma más que algún tímido desarrollo de algún nuevo rol, modificó su aspecto físico, dejó de abusar del hachís y comenzó estudios formales de arte y dibujo así como estableció nuevas relaciones sociales.

Otro *paciente de 39 años, G.*, con un trastorno paranoide de la personalidad y rasgos antisociales, acudió a terapia forzado por la familia que le ayudaba económicamente. Presentaba fracasos laborales continuos, abuso de drogas, peleas y problemas emocionales. Ayudó mucho a la identificación especular la capacidad del terapeuta de complementar como yo-auxiliar el rol de “colega de Barrio” incluyendo el tocar la guitarra que traía a las sesiones y compartir canciones. Luego pudieron trabajarse roles más conflictivos con la inclusión de dobles y cambios de roles. Finalmente trajo un perro a las sesiones con el que mantenía una relación ambivalente mostrándose cariñoso por primera vez pero propinándole palizas si le desobedecía hasta que un día pudo ganar insight ayudado por un doble y decir :”No puedo pegarte cuando no haces lo que yo quiero porque eso es lo que hacían conmigo mis padres y luego los chavales del barrio. Tiene que haber otra manera”. A partir de ahí pudo entender cómo provocaba él mismo las escenas paranoides, desmontarlas y acceder a otro tipo de trabajo con otro nivel de responsabilidad, lo que le llevó a interrumpir su terapia por dificultades horarias reales.

Otro *paciente de 23 años, H.*, que presentaba un trastorno esquizotípico de la personalidad, y que fue traído por su familia después de peregrinar por muchas otras consultas. Logró establecer la vinculación especular e idealizadora con el terapeuta a base de dramatizar todas las escenas que poblaban su mundo mágico y algo esotérico con múltiples fantasías cuasi-delirantes de tipo omnipotente y grandioso. Pudo poner en relación esas defensas con escenas de su matriz de identidad donde aparecía una madre

con un trastorno depresivo mayor que había sido abandonada en un orfanato tras la muerte de sus padres en la guerra civil, y un padre narcisista y ausente. Más tarde pudo incorporarse a un grupo de terapia en el que había otros varones jóvenes con trastornos psicóticos y de la personalidad, donde pudo ir desmontando las defensas de grandiosidad narcisistas y ser solicitado y valorado por el grupo en roles y habilidades originales que le hacían reconocer cada vez más su verdadero yo y el tú de los otros. Incluso llegó a aceptar tomar medicación para las descompensaciones psicóticas y afectivas que en ocasiones sufría ante momentos de especial confrontación con la realidad que le exigía cambios.

Veamos ahora la dinámica y los factores terapéuticos que operan en el tratamiento psicodramático de las **Psicosis**. Hay algunas pocas cosas claras en el tratamiento Psicodramático de los pacientes psicóticos, que ya le llamaron la atención a Moreno en su clínica de Beacon. La importancia de insertar al paciente en una nueva red vincular, la utilización de los psicofármacos con un criterio de caldeamiento químico, la importancia de que el paciente llegue a entender el significado latente de sus contenidos delirantes y alucinatorios, para lo cual Moreno recomendaba dramatizar el brote lo antes posible con todos sus antecedentes e implicaciones sociométricas, la utilización de técnicas de choque psicodramático, el tratamiento de la familia, etc. Moreno sistematizó este proceso a través de los conceptos de Realización simbólica y Sustitución.

Cuando tomamos en tratamiento a un paciente psicótico tratamos de combinar encuadres de psicodrama individual, grupal y familiar a fin de lograr un objetivo discreto: que la persona logre que su estructura psicótica (sistema límbico disfuncional), permanezca silente, sin síntomas primarios confusionales entre el pensar, percibir y sentir, con ausencia de síntomas positivos ni negativos, con una necesidad de dosis mínimas de medicación, recupere el sentido de proyecto en su vida y sea de nuevo capaz de trabajar para ganarse la vida de forma independiente y capaz de establecer relaciones amorosas con otros.

En este difícil proceso donde tan fácil es fracasar, hay dos elementos que tienen gran importancia: el acompañamiento y la disponibilidad general del terapeuta que establecerá un vínculo como doble y espejo, y el valor de cambio de las crisis si estas son acompañadas psicodramáticamente. Estas crisis pueden ser previstas cuando el sujeto recurre a la exacerbación de sus últimas defensas obsesivas antes de brotarse. Es entonces cuando es muy importante trabajar psicodramáticamente los elementos simbólicos presentes tanto en los contenidos delirantes intrapsíquicos como en las tensiones de las redes sociométricas del encuadre grupal y familiar. Si así se hace aunque no pueda evitarse la crisis, el brote tiende a responder antes a los neurolépticos, y sobre todo tiende a ser entendido cada vez más por el paciente como algo que él ha necesitado crear en ese momento para dar salida a tensiones que ya conoce en el escenario psicodramático, y no como algo proveniente de fuera.

En nuestra experiencia, aquellos pacientes que tras varios años de tratamiento y debido al carácter menos maligno de su trastorno, logran tener una crisis de duración breve (días) que al ser inmediatamente reproducida en el escenario psicodramático, les lleva a la comprensión simbólica de los contenidos latentes de las ideas delirantes, logran dar un paso de gigante en su proceso terapéutico, que les previene de nuevas recaídas. Es así como pueden vivenciar claramente su posicionamiento regresivo ante la invasión masiva del Yo por parte de las ansiedades más primitivas de fusión, devoración, caída,

desmembramiento, petrificación, etc., y los intentos de compensación narcisístico grandiosos, así como su tendencia a actuar y hacerse cargo de las proyecciones masivas de la red de corriente psicológica influyente que efectúa el rechazo sociométrico. En ese momento del proceso, importa mucho la reestructuración del sistema familiar alrededor de los fenómenos de grandiosidad e idealización propios de la proyección narcisista masiva, así como la creación de roles restitutivos nuevos en el encuadre grupal.

Así pues, las crisis pueden servir para oscurecer o para aclarar, para regresar o evolucionar, según sea el acompañamiento Psicodramático que se les dé, dentro de la situación vincular. Parece que lo difícil sería lograr que todos los elementos delirantes de la crisis psicótica, puedan ser traducidos psicodramáticamente a tensiones y ansiedades vinculares concretas referentes a las etapas de doble y espejo.

Las técnicas psicodramáticas de gran movilización corporal son muy útiles, pero debe tenerse en cuenta que con facilidad pueden inducir crisis en los pacientes, por lo que en caso de utilizarlas, el terapeuta debe estar preparado y orientado para aprovechar la crisis en dirección al cambio. También en Sociodrama Familiar pueden utilizarse técnicas que ayudan a provocar una crisis en la estructuración sociométrica, siendo necesaria una cuidadosa evaluación de la conveniencia y de la capacidad del sistema para ir transformando en objetiva la anterior estructuración sociométrica oficial.

Por otra parte, dentro del espectro de las esquizofrenias y otras psicosis, lo mismo que ocurre con algunos trastornos psicósomáticos, existen algunos cuadros y pacientes concretos en los que se observa una especie de acomodación defensiva en el trastorno que al paciente le parece preferible al sufrimiento inevitable y a los riesgos de desestructuración propios de toda crisis. En estos pacientes, tendríamos que refrenar nuestro “furor curandis”, y aceptar su cronicidad como mal menor sin atrevernos a trabajar con las crisis como motor de cambio. Aquí el psicodrama tendría una función más de ayudar al desarrollo psicosocial y minimizar los síntomas negativos.

Vamos a presentar ahora el *caso Rita* de tratamiento Psicodramático combinado para poder apreciar la aplicación del psicodrama y sus factores terapéuticos en función de los requerimientos del caso a partir del diagnóstico clínico Psicodramático.

Paciente diagnosticada de Esquizofrenia a los 20 años con historia de brotes delirantes con ideas megalomaniacas y paranoides. Comienza su tratamiento Psicodramático con 27 años en un periodo interbrotes. Toma neurolépticos, antidepresivos y ansiolíticos según la clínica predominante. Se realiza un encuadre de terapia individual más terapia grupal más terapia familiar. Segunda de dos hermanos, el hermano mayor recibió muy mal su nacimiento, comportándose de forma descalificadora con ella y llegando a cometer abusos sexuales en la pubertad. La madre padece un trastorno esquizoide de la personalidad, padeció una serie de traumas de guerra y también tuvo una relación incestuosa con un hermano. El padre es un hombre débil y emocionalmente ausente. Se comienza trabajando escenas de exclusión y de sentimientos de inferioridad en los grupos de su época escolar así como los sentimientos de culpa por la relación incestuosa con el hermano. Se emplean técnicas de espejo y doble así como títeres como objetos intermediarios. Puede ganar insight dramático sobre el papel compensatorio de su rol fantástico megalomaniaco (“Soy el Mesías”). A las pocas sesiones se encuentra más organizada y normotímica pudiendo comenzar a soñar con relaciones sexuales de componente sometedor-sometido con su actual novio que se convierte en su hermano.

Al trabajar psicodramáticamente la relación objetal sádico-anal, puede realizar escenas rematrizadoras sobre el Modelo Psicósomático de Defecador donde puede ser valorada y ayudada a elaborar sus contenidos y comunicarlos. Se efectúa una técnica de confrontación entre dobles internos. Desde el rol de “Rita la positiva” se muestra asertiva y crítica. Desde el rol de “Rita la negativa” se autoculpa de querer ser la más lista y puede relacionar este rol con las proyecciones narcisistas de la madre que esperaba de ella un personaje grandioso. Clínicamente comienza a deprimirse y en las sesiones de terapia familiar resulta casi imposible contrarrestar la red de corriente psicológica influyente desde la madre intrusiva. Sueña con muertos que han sido vampirizados según la temática delirante de su último brote. Se realiza un test de roles asumiendo como roles aceptados el de Médico, Guía turístico y Profesora. Como roles rechazados aparecen el de Juez, Abogado y Científico que fabrica bombas. Al trabajar psicodramáticamente estos roles puede realizar desarrollos constructivistas en el rol de profesora de idiomas con gran espontaneidad y creatividad. Desde el rol de Juez puede comenzar a juzgar las conductas de sus familiares poniendo en cuestión los sistemas de valores y sintiendo menos culpa al hacerlo. En las sesiones de terapia familiar la madre puede protagonizar escenas de su traumática vida personal. Se dramatiza la escena mítica donde ella vino a nacer para compensar la depresión suicida de su madre por haber perdido a una hija. Su orfandad a los 14 años y los traumas de la guerra.

Al tratar de trabajar su profunda rabia y señalar desde el rol su voluntad de dominio, tiene una reacción transferencial negativa que puede ser dramatizada y dar lugar a la aparición de escenas infantiles de “forcing” alimentario con vómitos y castigos humillantes. Esto resuelve la transferencia y restablece el “tele” positivo. Pueden dramatizarse con títeres como objetos intermediarios algunas de las alucinaciones de su primer brote donde veía a su madre como una vampira que atacaba a toda la familia rodeada de una cohorte de demonios. A partir de aquí puede empezar a criticar su sistema delirante, esta normotímica y crítica con el sistema familiar. Logra restablecer relaciones en el contexto social superando su complejo de inferioridad y restableciendo la unidad en el Yo de partes anteriormente escindidas de su personalidad. En las sesiones de sociodrama familiar la madre puede intentar reducir su tendencia a la simbiosis y sus defensas esquizoides.

Al trabajar síntomas vomitadores a parecen imágenes de avidez y voracidad, con fantasías de chupar el pecho de una mujer. La elaboración de estas fantasías ayuda en la rematrización de la Matriz de Identidad total Indiferenciada y el conflicto de dependencia extrema en el afuera oral. Puede ponerlo en relación al vínculo con su actual novio del que se está separando. En la elaboración del duelo puede reintroyectar los aspectos vitalistas que había proyectado masivamente en la pareja y así no sentirse vacía. Reestablece relaciones con antiguas amigas y en una escena puede decir: “Nunca había sentido la complicidad y el amor de hermana que sentí el otro día con mi amiga. Siempre había pasado de mis amigas por irme con los chicos”. Comienza a realizar un trabajo. En las sesiones de terapia familiar aparece una gran resistencia de la madre que falta a las sesiones ante el temor de que llegue la hora de contarle al padre el “secreto a voces” de la relación incestuosa entre los hermanos. El hermano siempre se negó a acudir a las sesiones y mostraba una conducta psicopática con abuso de drogas.

A raíz de la recriminación transferencial por el abandono vivido durante las vacaciones del terapeuta, sueña que chupa los pechos de una mujer y obtiene un orgasmo al hacer fluir la leche. Al dramatizarlo aparece la sensación de dominio al conseguir la entrega

total del pecho con relación a lo faltante en la relación oral depresiva con la madre. Se trabajan también las escenas de humillación infantiles con acoso moral en el colegio. No se defendía de los insultos ni podía decírselo a los padres. Aquí recuerda una escena infantil donde con cinco años un profesor de música del colegio abusaba sexualmente de ella. Aparecen escenas de odio a los hombres. Sueños de exclusión y pesadillas de casas sucias llenas de bichos. Asocia el cambio de colegio y el aislamiento social con 9 años al irse a vivir a un pequeño pueblo de las afueras. Tiene pesadillas donde su hermano y sus amigas logran salir de la casa familiar pero ella se queda dentro acurrucada en posición fetal. Al trabajar psicodramáticamente la ansiedad de fusión-separación, aparece la hostilidad inconsciente en la transferencia por depender del terapeuta. Al asociar la fusión con la madre, puede realizar una imagen simbiótica que cuando es realizada en espejo, provoca el siguiente comentario: "Mi madre nació para ayudar a mi abuela a no suicidarse por la pérdida de su hija de 14 años por meningitis. Yo nací para ayudar a mi madre a justificar su existencia aislada del mundo. En mi casa nunca ha habido timbre en la puerta. No hacía falta. Nunca nadie venía a visitarnos."

Siete meses después de comenzado el tratamiento ingresa en un grupo de terapia simultaneándolo con las sesiones individuales. En el grupo verbaliza el temor a ser "retorcida" por el grupo y se alía con los pacientes que declaran déficit en las relaciones diádicas. El grupo trabajaba por entonces las fantasías de exclusión y el deseo de ser preferido por el padre en relación a los déficit y conflictos con la madre. Rita tiene la siguiente pesadilla: "Estoy con un amigo que está enamorado de mí pero a mí no me gusta. Aparece mi padre y se tumba en la cama. Yo no quiero que esté y le diría que se fuera porque ya hay alguien que te sustituye. Entro en el baño y están las paredes manchadas de sangre. Intento limpiarlas y no se limpia. Se ducha primero mi amigo, pero al ir a ducharme yo sale sangre en vez de agua. Pienso que allí se ha cometido un crimen y veo una trampilla en el techo, la levanto y me encuentro una cabeza cortada. Me despierto horrorizada."

En la dramatización del sueño llega a asociar otro sueño incestuoso con el padre y al concretizar dramáticamente el lugar donde encuentra la cabeza cortada lo asocia con la cama de su hermano donde sufrió durante varios años las relaciones sexuales incestuosas. Empleando dobles puede concretizarse el intento infructuoso de tapan la rabia y la culpa por aquella situación. Puede descargar rabia contra su madre por no haberla protegido del mitema del incesto que ella misma había sufrido y por haberse negado a su petición con 15 años de consultar con un especialista.

En la terapia de grupo puede trabajar la escena de auto imagen grandiosa narcisista de otro paciente brindando una complementariedad limitadora desde el rol de "el que construye la luz dentro de lo cotidiano". También protagoniza la dramatización de una pesadilla que tuvo con 16 años justo antes de su primer brote psicótico: "Iba con mi padre a un restaurante. Mi padre se quedaba abajo y yo subía sola al piso de arriba. Estaba oscuro. Me sentaba junto a una ventana. Apoyaban una escalera en la ventana y veía subir a un hombre gordo con una horca y a una mujer delgada con un hacha. Venían a matarme". En la dramatización asocia los personajes perseguidores a su madre y su hermano. También asocia una escena infantil en la que su madre cortaba la cabeza de una paloma herida. En la terapia de familia decide contratar una persona de ayuda doméstica ante la incapacidad de la madre para poner orden y limpieza en la casa. En las sesiones individuales puede expresar sus fantasías persecutorias de que alguien la ataque. Asocia y dramatiza las alucinaciones de su primer brote en las que

vio a su madre bebiendo un vaso de sangre y toda la casa llena de monstruos. Esta dramatización la ayuda a entender el significado latente de sus ideas delirantes. Logra comenzar una relación amorosa con una sexualidad normal y se reencuentra con antiguas amigas reparando los vínculos. A raíz de recordar sus ideas de grandiosidad delirante y dramatizar el rol de “Mesías” puede soñar que la incitan a un juego grandioso de pasar por el aire un precipicio, pero le dan instrucciones confusas y aparecen dos hombres hostiles.”Entonces tomo conciencia de que no tengo que demostrar nada, de que me voy a matar a lo tonto y doy por terminado el juego”.

Puede por primera vez hablar con el hermano de las relaciones sexuales que mantuvieron y entenderlas en el contexto de la situación familiar disfuncional. Esto ayuda a la desculpabilización. En la terapia familiar se trabaja con la madre como protagonista pero esta presenta una gran resistencia al cambio, e intensifica sus maniobras culpabilizadoras proyectivas ante el temor de que se destape el “Secreto familiar”. Esto desestabiliza a Rita que comienza a consumir cannabis y a presentar síntomas depresivos, anorexia, insomnio, rituales obsesivos de comprobación, alucinaciones auditivas de reproche, sentimientos de odio, etc. Un fracaso en una entrevista para un nuevo trabajo de más categoría termina de desestabilizarla y realiza un brote de corta duración y que responde bien a la medicación. Las ideas delirantes de este brote se centraban en su convencimiento de que ella debía morir para salvar la vida de su padre y evitar que su madre le vampirizaba. El hermano se desestabiliza también y presenta conductas psicopáticas de amenaza.

Toda la situación puede poco a poco ser comprendida como la reacción defensiva ante el temor de actuar la admonición materna sobre el secreto a voces”: Si tu padre se entera de lo que pasó con tu hermano se muere ~~del~~ de un infarto”. Mantiene las ideas delirantes de ser elegida por Dios para poner paz en su casa. La madre puede relatar como ella se sintió desbordada por la conducta celosa del hermano que ya teniendo Rita 10 meses intentó destruirla golpeándola en la cabeza con una piedra. En otras dos ocasiones intentó meterle un cuchillo de plástico duro por la boca e intentó sofocarla. En el grupo puede poner en relación sus fantasías grandiosas con formaciones reactivas ante las situaciones infantiles donde fue humillada sistemáticamente en su colegio. Al comenzar a soñar tras el brote, sueña que está en el garaje de la casa de su madre y está todo sucio y lleno de bichos. En otro sueño hay una araña monstruosa en ese garaje pero su hermano se la come. En otro sueño ve el pene de su padre y le parece muy pequeño. Puede autocriticar sus ideas delirantes y comenzar una mejor comunicación con la madre en las sesiones familiares. Recuerda tensiones sociométricas con amigos previas al brote. Trabaja su odio interno, la soledad infantil, las rabietas, la frustración porque su madre no jugaba con ella. En las sesiones familiares puede apoyarse el que la madre restablezca alguna relación social. Aparecen sueños devoradores y temores obsesivos de catástrofe mientras muestra conductas hostiles con los padres. Sueña que un coche la va a chocar de frente, que un primo de la edad de su hermano eyacula en su cara y recuerda un sueño de los 12 años en la época de los abusos sexuales, en el que un hombre la viola y ella le clava un cuchillo en la espalda que la atraviesa a ella también. Sueña que su madre tiene otro bebé. Sueña que tiene que calmar a un loco grande que quiere relaciones sexuales y lo hace sometándose sexualmente para luego contárselo a la madre.

Tras seis meses de elaboración de los traumas sexuales y de sometimiento latentes en el brote logra estabilizarse con dosis mínimas de neurolépticos. La madre puede trabajar

sus miedos a la noche y a la soledad con fantasías de desenterramiento de su propia madre que vendría a atacarla, así como reconocer que la agresividad de su hijo hacia ella se parece a la que ella expresaba con su propio padre. Rita comienza a llevar una vida más independiente con relaciones amorosas satisfactorias y relaciones de trabajo donde se siente realizada, pasando más tiempo fuera de la casa familiar. En ese momento, su hermano es abandonado por la novia y realiza un intento de suicidio. Pero continúa negándose a acudir a las sesiones de terapia familiar y rechaza cualquier ayuda psicológica. Dos meses después consuma su suicidio. Se ayuda a la familia a elaborar el duelo, la culpa y el sentimiento de fracaso. Rita puede expresar que se siente “aliviada por la muerte de un tirano” y “apenada porque haya tenido que ser así”. Recuerda las fantasías infantiles de que su hermano se matara en un accidente. La madre reacciona con frialdad y el padre siente un gran fracaso. Puede realizar escenas de despedida con el hermano, pero la vuelven a asaltar pesadillas de tener relaciones sexuales con un vampiro o con un caníbal. Se retoma el tema de la culpa por haber accedido a las relaciones sexuales con el hermano en su búsqueda inconsciente de sentirse valorada y vencer a las mujeres rivales. Sueña que es una vaca y que la cortan el cuello para hacerla comestible. En las sesiones de familia se puede dramatizar el tema de la muerte, apareciendo una escena en la que el padre (lo mismo que la madre) nació para sustituir a una hermana muerta durante la guerra y fue separado de su madre tempranamente al ser esta encarcelada. En las sesiones individuales puede dramatizarse otra escena del mitema incestuoso, en la que Rita seduce y besa a un tío suyo. Sueña que un rinoceronte copula salvajemente y hace estallar a una hembra que se convierte en una elefanta bonita, con trompa. Sueña que una mujer corta el pelo de su padre y él tiene que pagar una gran suma por ello. En la elaboración de estas dramatizaciones gana insight dramático sobre su tendencia al sometimiento masoquista y a la búsqueda de identidad a través de la identificación con el padre como ideal masculino que logre separarla de la fusión con la madre. Recuerda los gestos de enfado exagerados de sus padres cuando ella frustraba sus expectativas narcisistas.

Comienza a soñar con una casa propia, con el hermano al que perdona, con defenderse de situaciones devoradoras, con hacer el amor con ella misma que tiene un pene y el temor a que el padre se lo corte. Cuando comienza a plantearse la posibilidad de que comience a vivir fuera de casa de sus padres, la madre muestra una gran resistencia volviendo a sus actitudes manipuladoras y culpabilizadoras. Sueña que ayuda a una chica a curarla de su ojo infectado en una situación persecutoria donde sus padres no la protegen. Asocia la mirada infectada en relación a los contenidos persecutorios proyectados por la madre. Sueña que descubre una zona nueva en casa de sus padres y piensa en arreglarla para que sea su casa independiente. Sueña que su madre la secuestra. Sueña que su madre es una niña y ella tiene que llevarla de la mano. En las dramatizaciones muestra gran angustia y culpa si tiene que separarse de la madre. Pero finalmente logra salir de la casa familiar e independizarse. Pronto aparecen pesadillas de estar usurpando el lugar del hermano. En la terapia familiar la madre puede trabajar su propia historia traumática infantil. Rita realiza un viaje al extranjero y luego comienza un nuevo trabajo. En esta época comienza a faltar a las sesiones, y a ocultar una serie de síntomas de pensamiento mágico así como una relación con un chico seropositivo psicopático que la manipula con ideas esotéricas y finalmente tiene relaciones sexuales sin protección. Esto precipita una descompensación con alucinaciones sensoriales y sensaciones de presencia y Ansiedades Devoradoras, así como ideas autoreferenciales. Sufre el que será su último brote y es acompañada en el ingreso, reproduciendo psicodramáticamente los sucesos inmediatamente anteriores al

brote. Así aparece que el chico psicopático era percibido como un extraterrestre que la daría un hijo que sería el salvador de la guerra. Y entender que esas defensas grandiosas eran la huida delirante del miedo a tener que vivir de forma independiente. Temor a hacer daño a los padres y a perder a su niña interior. Percibía a su amante como una reencarnación de su hermano. Al responder rápidamente a la medicación puede soñar que su hermano la atrapa y su madre la libera, soñar que su amante era Dios y la descalificaba y la quería volver loca. Recordar como en su delirio se había comido la pierna de su amante con su vagina devoradora. Soñar con una mujer de pechos envidiables y luego en el espejo comprobar que los suyos son también bonitos. Critica los aspectos de la madre infantil y desarrolla muy bien su rol profesional al salir del hospital. Sueña que se confronta con su hermano. En las sesiones familiares la madre puede relatar que al dar el pecho a Rita se sentía muy incomoda pues “ para mí el pecho es un órgano erótico”. Rita sueña que una mujer le pide que la masturbe, pero ella se niega y se va con un chico a un concierto. Puede soñar que su madre se muere y soportar la angustia. Sueña que tiene un gran pene y logra fascinar a todos. Estos avances hacia el reconocimiento del Yo y hacia la rematrización de la Matriz de Identidad total diferenciada, la ayudan a lograr una metarepresentación de sí misma y de los demás, a reconocer sus propios deseos e intenciones, a una conducta más propositiva y a una mejor representación simbólica de su experiencia corporal. Analiza los síntomas prodrómicos de los brotes y aprende a manejar la medicación preventivamente. Termina sus sesiones individuales y familiares y continúa tres años más con terapia de grupo donde va elaborando su maduración psicológica a través de la pertenencia y el desarrollo de relaciones triangulares. Logra establecer relaciones amorosas y laborales estables y puede por fin contar a su padre el “secreto” de la relación incestuosa con el hermano. No necesita medicación sino ocasionalmente y es dada de alta tras cinco años sin brote. Un sueño del final de su terapia cuando estaba trabajando ciertas dificultades en las relaciones triangulares, expone muy bien el resumen de su viaje terapéutico: “Estoy en el mar. Soy un pez y estoy rodeada de peces monstruosos que me van a devorar. Tengo que salir de allí. Se desata un maremoto y una ola gigantesca me acerca a la costa pero temo estrellarme contra un edificio. Finalmente me veo saliendo del agua y caminando por tierra firme. Temo no tener un aspecto humano y ser rechazada. Me acerco a unos jugadores de voley y observo que me miran con normalidad por lo que me tranquilizo y me siento humana como ellos. Voy avanzando por la tierra firme encontrando a otras personas y situaciones.”

BIBLIOGRAFÍA REVISADA

- 1.- MORENO, J. L. *Fundamentos de la Sociometría*. Ed. Paidós. Buenos Aires.1956.
- 2.- MORENO, J. L. *Psicoterapia de Grupo y Psicodrama*. Ed. Fondo de Cultura Económica. Méjico. 1980.
- 3.- ÁLVAREZ VALCARCE, P. *Psicodrama y Sociodrama. Teoría de la Técnica. Las Técnicas de Sociodrama Familiar*. Informaciones Psiquiátricas n° 140. 2° Trimestre 1995 (accesible en www.psicodrama.info).
- 4.- MORENO, J. L. *El Teatro de la Espontaneidad*. Ed.Vancu. Buenos Aires. 1977.
- 5.- MORENO, J. L. *Psicomúsica y Sociodrama*. Ed. Hormé. Buenos Aires. 1977.
- 6.- RUECH, J. *Comunicación Terapéutica*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1964.
- 7.- MORENO, J.L. *Psicodrama*. Ed. Hormé. Buenos Aires. 1965.

- 8.- COREY, G. *Teoría y Práctica de la Terapia Grupal*. Ed. Desclee de Brower. Bilbao.1995.
- 9.- ESPINA BARRIO, J. A. *Psicodrama. Nacimiento y Desarrollo*. Ed. Amaru. Salamanca. 2001.
- 10.- GARRRIDO MARTÍN, E. *Jacob Levi Moreno. Psicología del Encuentro*. Ed. Sociedad de Educación Atenas.1978.
- 11.- MORENO, J. L. *Las bases de la psicoterapia*. Ed. Hormé. Buenos Aires. 1962.
- 12.- ÁLVAREZ VALCARCE, P. *Psicodrama y Esquizofrenia Crónica. Un estudio clínico y sociométrico*. Rev. de la AEN Vol. VIII, nº 24, 1988.
- 13.- GRINBERG, L. *Teoría de la Identificación*. Ed. Tecnipublicaciones.1985.
- 14.- DÍAS, V. *Análise Psicodramática. Teoría da programação Cenestesica*. Ed. Ágora. Sao Paulo.1994.
- 15.- QUINTANA, C. *Dinámica en los Grupos de acción. En Avances en Sicodrama*. Ed. Celcius. Buenos Aires. 1988.
- 16.- ÁLVAREZ VALCARCE, P. *Teatro de la Locura, el rito y la transgresión*. Rev. Informaciones Psiquiátricas nº 132, 2º Trimestre 1993.
- 17.- BALLY, G. *El Juego como expresión de libertad*. Ed. F.C.E. México, 1958.
- 18.- ZUBIRI, X. *Cinco lecciones de filosofía*. Ed. Alianza. Madrid 1989.
- 19.- BERTALANFFY, L.V. *Teoría General de los Sistemas*. Ed. F.C.E Madrid, 1981.
- 20.- MENEGAZZO, C. M. *Magia, Mito y psicodrama*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1981
- 21.- KIPPER, D.A. & RITCHIE, T.D. *The effectiveness of Psychodramatic Techniques: A metanalysis*. En *Group Dynamics: Theory, research and practice*. 2003, Vol.7, nº1, 13-25.
- 22.- MARTÍNEZ BOUQUET, C., MOCCIO, F., y PAWLOVSKY, E. *Psicodrama Psicoanalítico en grupos*. Ed. Kagieman. Buenos Aires.1975.
- 23.- MOCCIO, F., PAWLOVSKY, E. y MARTÍNEZ BOUQUET, C. *Psicodrama. Cuando y por qué dramatizar*. Ed. Fundamentos. Madrid 1981.
- 24.- RODRIGUÉ, E. *El contexto del proceso analítico*. Ed. Paidós.Bs.As. 1966.
- 25.- BOUR, P. *El psicodrama y la vida*. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.1977.
- 26.- ROJAS BERMÚDEZ, J. G. *Que es el psicodrama?*. Ed. Celcius. Buenos Aires.1984.
- 27.- EIBL-EIBESFELDT, I. *Amor y Odio*. Ed SigloXXI. México.1972.
- 28.- SACKS, J. M. *Psicodrama*. En KAPLAN, H. I. y SADOCK, B.J. *Terapia de Grupo*. Ed. Panamericana. 3ª Edición. 1996.
- 29.- ÁLVAREZ VALCARCE, P. *El Psicodrama en la Unidad de Agudos del Hospital Psiquiátrico. Aspectos técnicos diferenciales*. Informaciones Psiquiátricas nº 95, 1º Trimestre 1984.
- 30.- MORENO, J. L., MORENO Z.T., y MORENO, J. D. *The discovery of the spontaneous man with special emphasis upon the technique of role reversal*. Group Psychotherapy, 8. 103-129, 1955.
- 31.- MORENO, J. L. *The significance of double and role reversal for cosmic man*. Group Psychotherapy and Psychodrama,28, p.p.55-59.1975.
- 32.- GOLDMAN, E. E. y MORRISON, D. S. *Psychodrama: Experience and process*.Dubuque,Iowa, Kendall/Hunt 1984.
- 33.- ÁLVAREZ VALCARCE, P. *Teoría del Sociodrama Familiar*. Informaciones Psiquiátricas nº 140, 2º Trimestre,1995 (disponible en www.psicodrama.info).
- 34.- ÁLVAREZ VALCARCE, P. *Axiología y Axiodrama*. Actas de la XII Reunión Nacional de la Asoc. Esp. De Psicodrama, A Coruña 1996. Actas del 1º Congreso Iberoamericano de Psicodrama. Ed. Instituto de Estudios Iberoamericanos. Universidad de Salamanca.1997 (disponible en www.psicodrama.info)

- 35.- MORENO, J. L. *Who shall survive?*. Ed. Beacon House. N.Y. 1954.
- 36.- AGUIAR, M. *Teatro espontáneo e psicodrama*. Ed. Agora. Sao Paulo.1998.
- 37.- MÄRTENS,A., MREINO, C. Y VALLARINO, M. *Experiencia de Juego Dramático con un grupo de prevención infantil*. Actas de la XIV Reunión de la A.E.P. Padilla Libros Editorial. Sevilla. 1998.
- 38.- GROPIUS,W. *The theatre of Bauhaus*. London. Methuen.1979.
- 39.- ÁLVAREZ VALCARCE, P., MÄRTENS,A., HERNÁNDEZ, B. *Taller de Psicodanza. 1º Congreso Iberoamericano de psicodrama*. Salamanca 1997.
- 40.- FOUCAULT, M. *The History of sexuality*.Vol.2. New York. Random House. 1986.
- 41.- EIBL-EIBESFELDT, I. *El Hombre preprogramado*. Ed. Alianza Universidad. 1984.
- 42.- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenología de la percepción*. Ed Península.1975.
- 43.- BERGSON, H. *Matière et Memorie*. París. Alcan. 1896.
- 44.- ARNHEIM, R. *Visual Thinking*. University of California Press.1969.
- 45.- ANZIEU, D. *El Yo piel*. Ed Biblioteca Nueva 1985 y Las Envolturas psíquicas. Ed. Biblioteca nueva.1993.
- 46.- MONTAGU, A. *El sentido del tacto*. Ed. Aguilar. Madrid, 1981.
- 47.- SPITZ, R. *El primer año de vida del niño*. Ed. F.C.E. México, 1969.
- 48.- BYKOV, K. M. y KUSTIN, I. T. *Patología cortico-visceral*. Ed. Atlante. Madrid 1968.
- 49.- FREIRE, C. A. *O corpo reflete o seu drama*. Ed. Agora. Sao Paulo.2000.
- 50.- LEVI-STRAUSS, C. *Antropología estructural*. Ed. Altaya. Madrid.1994.
- 51.- PIAGET, J. *Logique et connaissance scientifique*. Ed. Galimard. París.1967.
- 52.- MINUCHIN, S. y FISHMAN, H.CH. *Técnicas de terapia familiar*. Ed. Paidós.1984.