

9.4. Psicodrama en el Medio Clínico

ALVAREZ VALCARCE, PABLO. 9.4 Psicodrama en el medio clínico. 9.4.1 Realización de la Historia Psicodramática (pag.521-522). 9.4.2 Diagnóstico Clínico psicodramático (pag.522-526). En APLICACIONES DEL PSICODRAMA. Capítulo 9 del MANUAL DE FORMACION DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICODRAMA Coordinadora General: Marisol Filgueira Bouza. Editado en: www.lulu.com/es . 2009

9.4.1 Realización de la Historia Psicodramática. Pablo Álvarez Valcarce.

Al comenzar un tratamiento psicoterapéutico psicodramático deben hacerse como en cualquier psicoterapia unas entrevistas de encuentro (ver Cáp. 6), de contrato y diagnósticas. El diagnóstico clínico encuadrará al paciente en una de las categorías de la Psicopatología tipo DSM-IV o CIE-10. Este proceso llevará a evaluar la necesidad de otras pruebas diagnósticas para descartar otras patologías concomitantes y la conveniencia de emplear medicación para el control de los síntomas si estos fueran muy invalidantes. A lo largo de estas entrevistas iniciales se recogen datos para configurar una Historia Biopatográfica, donde puedan resaltarse los trastornos y eventos patológicos y traumáticos que pudieran tener una relevancia clínica. Hasta aquí todo será muy parecido al procedimiento clínico habitual.

En el encuadre psicodramático puede realizarse además la llamada Historia Psicodramática (1). Ésta consiste en un procedimiento donde el paciente va creando en el escenario una secuencia de imágenes y escenas de su vida desde el nacimiento hasta la edad actual, de un modo espontáneo y subjetivo. Se le señala al paciente un recorrido por la periferia del escenario como el recorrido de su vida, marcándole el lugar de inicio como el nacimiento y el lugar final como su edad actual. Se le pide que se coloque en el lugar del nacimiento y que realice tres veces el recorrido. En el primer recorrido se le pide que se imagine el momento de su nacimiento cerrando los ojos. Luego debe comenzar a andar despacio a lo largo del recorrido. Se observa su manera de caminar y en los momentos en que se observe una discontinuidad en su ritmo de andar (desequilibrios, titubeos, paradas, etc.) se le pide que diga que edad tiene en ese momento. Se anota y se le pide que continúe así, anotando las edades en cada parada hasta el final del recorrido. En el segundo recorrido se le vuelve a colocar en el lugar de su nacimiento y se le pide que realice un gesto o postura que simbolice como se siente en ese momento de su vida. Se le pide que continúe el recorrido y en cada lugar de la edad que dijo en el primer recorrido se le vuelve a pedir un gesto o postura para expresar como se siente. Se anotan todos los gestos en su edad correspondiente. Tanto en este segundo recorrido como en el tercero, el paciente puede “saltarse” determinada edad o incluir otras. Estas serán edades significativas a explorar. En el tercer recorrido, se le pide que verbalice en cada edad donde está, con ~~que~~ otras personas, como se siente y que está pasando en la escena que imagina así como cualquier otra asociación libre que pueda hacer. Se toma nota. De esta manera se tienen una serie de escenas significativas de la memoria subjetiva del paciente a lo largo de su vida.

En las diferentes escenas de la Historia Psicodramática pueden observarse la coincidencia de determinados gestos y posturas en dos o más escenas del recorrido vital.

Estas coincidencias son significativas pues expresan la evolución en el tiempo del mismo tipo de escena nuclear conflictiva o deficitaria de las matrices de identidad, que van a funcionar como motivaciones para determinados roles patológicos actuales. Deben agruparse pues las escenas en grupos según su composición plástica formal. Cada grupo de escenas representa un tipo de relación objetal retaliativa o compensatoria de un conflicto o un déficit. Por ejemplo, podrían observarse diferentes grados de presencia o ausencia de los racimos de roles materno, paterno y fraterno así como diferentes formas vinculares con relación al apego, a la hostilidad, y a las diferentes matrices de identidad. Pueden aparecer en el recuerdo escenas traumáticas que se hallaban preconscientes.

Muchas veces la realización de la Historia Psicodramática es un acto terapéutico en sí mismo, al brindar al paciente la apercepción simultánea de todo un conjunto de escenas vitales relacionadas entre sí que le constituyen como sujeto y poder narrarlas actualizando su recuerdo en una estructura narrativa. A partir de ese material recogido, puede comenzarse el trabajo terapéutico (ver Cáp.7) pidiendo al paciente que realice imágenes y dramatizaciones de esas escenas significativas que pondrá en relación con escenas y roles patológicos actuales por los que consulta, para una mejor comprensión y deconstrucción de las identificaciones proyectivas en juego.

Esta técnica puede realizarse tanto en psicodrama bipersonal como en psicodrama grupal, así como puede realizarse la Historia Sociodramática de los miembros de una pareja, una familia o una institución. Como en todo procedimiento psicodramático, en la realización de la Historia Psicodramática debe procederse con un caldeamiento adecuado para introducir al protagonista en un estado de conciencia tal que le permita introducirse con gran concentración en los recuerdos de su vida a través de la imaginación. El análisis de las resistencias a la acción espontánea provenientes de la propia actitud corporal, de la presencia de los otros, de la propia ideología, etc., será esclarecedor con respecto a la relación entre roles defensa y roles defendidos. Las escenas de la Historia Psicodramática quedan registradas para volver a trabajarlas durante el proceso terapéutico cada vez que en el material actual de una sesión aparezcan roles o formas vinculares que estén agrupados en racimo con alguna de las escenas nucleares conflictivas de la historia.

A través del análisis de los gestos, posturas y actitudes en las escenas de la Historia Psicodramática, pueden también diagnosticarse los déficits o porosidades en los roles y modelos psicosomáticos del Núcleo del Yo (1).

9.4.2 Diagnóstico Clínico Psicodramático. Pablo Álvarez Valcarce.

Tras el diagnóstico clínico nosológico y psicopatológico, y ya desde la realización de la Historia Psicodramática, el diagnóstico estructural psicodramático es un proceso que va realizándose a través de dramatizaciones exploratorias al mismo tiempo que el proceso de tratamiento avanza. Dependiendo de la Escuela Psicodramática (ver Cap. 10) se hará énfasis en uno u otro aspecto. En un primer momento interesa evaluar las defensas conscientes e inconscientes del paciente, que van a afectar a la transferencia como defensas del carácter. Este modo básico de vinculación defensiva a través de roles estereotipados deberá ser el primer objeto de tratamiento. Podremos tener roles idealizadores, hostiles, seductores, impotenzadores, etc., que tratarán de producir estancamientos y fijaciones del vínculo terapéutico en el adentro o en el afuera.

El diagnóstico clínico en psicodrama es un diagnóstico vincular. Desde la perspectiva de las **Relaciones Objetales**, ya en las escenas e imágenes de la Historia Psicodramática, como en las dramatizaciones exploratorias iniciales, pueden leerse formas inconscientes reprimidas de vincularse, que fueron fantaseadas como maneras gratificantes compensatorias o de ataque retaliativo cuando el sujeto era frustrado de forma excesiva para su tolerancia a la frustración en los primeros años de vida durante la estructuración de sus roles y modelos psicósomáticos (ver Cáp. 10) en las Matrices de Identidad inmerso en los vínculos con los padres y hermanos. Estas formas aparecen como roles estereotipados, repetitivos, restándole compromiso al vínculo, con confusiones con respecto a las partes propias y del otro, alteraciones en la percepción que será parcial y formas de tipo pseudo-rol que mantienen disparidad entre forma y contenido y requieren un gran desgaste neurofisiológico para mantenerse. Así podrán diagnosticarse Formas de relación de Objeto Narcisistas cuando aparece el miedo a vincularse de forma íntima y conductas del tipo “Yo me Basto”. Formas de relación de objeto Oral cuando en el vínculo se fuerza el ser atendido y cuidado pasivamente o el ser el proveedor inagotable del otro. Formas de relación Sádico-Anal, cuando se enfatizan formas de tipo “sometedor-sometido”. Y también formas de vinculación Fálico-Uretrales, cuando se enfatizan las formas masculinas de penetración en el ambiente y conquista del medio en detrimento de formas femeninas pasivas de acogimiento.

Desde la perspectiva de **los Modelos psicósomáticos (1)** (ver Cáp. 10), en las escenas aparecerán formas dramáticas relativas a conflictos o déficit de estructuración de los llamados Roles psicósomáticos de Ingeridor, Defecador, relación con el Ambiente y Mingidor. En los pacientes con déficit de estructuración del Modelo Psicósomático de Ingeridor, aparecerán en la escena formas dramáticas, imágenes y roles en los que se aprecia una dificultad para aceptar la incorporación de contenidos, con una demanda constante de atención y dependencia desde los otros, pero sin lograr la satisfacción y quietud buscadas. El sistema de miedo está sobreactivado en detrimento del sistema de apego. Podrán observarse roles evitativos e interrupciones de la acción con síntomas somatoformes ante el aumento de la tensión de campo en la escena. En las situaciones intermediarias a través de roles fantásticos se tenderá a elegir objetos que puedan ser libres y evitar ser atrapados, u objetos vistosos que llamen la atención para recibir algo de los otros. En los juegos de caldeo corporal se tenderán a buscar posturas de decúbito supino en posiciones centrales de la trama vincular del escenario. En las representaciones de roles y caldeos verbales, podrá aparecer una forma de habla “en chorro” para forzar la atención del interlocutor impidiéndole que interrumpa, o un habla llena de contenidos intelectualizados no originales que será pausada y reflexiva produciendo en los otros una impresión de pesadez y viscosidad. Los pacientes Ingeridores, serán muy hábiles en brindar explicaciones racionalizadoras pues los focos de atención producidos por los iniciadores mentales no están sujetos a confusión. Sin embargo, el empleo de iniciadores corporales en los pacientes fóbicos provocará una confusión del foco atencional desplazándolo al ambiente que será percibido como cargado de tensión y provocará roles evitativos. El empleo de iniciadores ambientales en los pacientes histéricos provocará una confusión del foco atencional desplazándolo hacia el cuerpo que será percibido como cargado de tensión y provocará quejas somáticas.

En los pacientes con déficit en la estructuración del Modelo Psicósomático de Defecador, aparecerán en la escena formas dramáticas, roles e imágenes en los que se

aprecia una dificultad para transmitir mensajes relativos a contenidos propios originales, con sensaciones de pobreza de contenidos, deficiente elaboración de los mismos y dificultades de expresión y comunicación hacia los otros que son percibidos como no interesados o descalificadores. Podrán aparecer formas depresivas de sometimiento o formas psicopáticas de lucha contra el sometimiento. En las situaciones intermediarias a través de roles fantásticos se tenderá a elegir objetos que puedan ser aceptados y cuidados o bien objetos que sean fuertes y dominadores forzando la aceptación por parte de los otros de los contenidos propios expresados de forma masiva y sin elaborar. En los juegos de caldeamiento corporal se tenderán a buscar posturas de tipo sentado, agachado en cuclillas o “a gatas”, en lugares intermedios de la trama vincular del escenario desde donde se pueda tener acceso a ser acogido o aceptado por los otros tratando de interesarles. En las representaciones de roles y caldeamientos verbales, podrá aparecer un habla eufórica y agitada, realizando muchas acciones al mismo tiempo con una conducta cargada de ansiedad con la intención secundaria de lograr comunicar un mensaje relativo a un contenido propio para su aceptación forzada por los otros. También podrá aparecer un rol de tipo “chupador” con comportamientos y mensajes basados en la carencia y en la queja en los depresivos, o un rol de tipo “mordedor” basado en la ironía y el sarcasmo en los psicopáticos. Ambos roles se perciben con la intención secundaria de tratar de exteriorizar algún contenido interno que se vivencia como no aceptable. Los pacientes Defecadores serán muy hábiles en sentir corporalmente lo que está pasando o se está pensando en la escena, pues los focos de atención producidos por los iniciadores corporales no están sujetos a confusión. Sin embargo el empleo de iniciadores ambientales en los pacientes depresivos provocará una confusión del foco atencional desplazándolo hacia lo mental con la aparición de elucubraciones depresivas autodesvalorizadoras. El empleo de iniciadores mentales en los pacientes psicopáticos provocará una confusión del foco atencional desplazándolo hacia el ambiente que será percibido como amenazante y cargado de tensión y provocará actuaciones irracionales de hostilidad psicopática. Lo que se piensa tiende a confundirse con lo que se percibe.

En los pacientes con déficit en la estructuración del Modelo Psicosomático de Relación con el Ambiente, aparecerán en la escena formas dramáticas, imágenes y roles en los que se aprecia una falta de intimidad con los otros, una autoimagen grandiosa omnipotente y una tendencia a la idealización del rol complementario. Podrán verse roles defensa que impregnan toda la personalidad de forma rígida y estereotipada con actitudes de aislamiento social y tendencia a la desconfianza básica y a refugiarse en roles fantásticos, o actitudes de tipo evitativo y pasivo-agresivas o actitudes abiertamente antisociales. Estos pacientes son fácilmente heridos en su frágil narcisismo durante las dramatizaciones exploratorias y mantienen una actitud corporal rígida y defensiva, teniendo dificultades para intercambiar roles y demandando una relación en espejo. Aparecerán actitudes de soberbia tipo “Yo me basto solo” y en las interacciones podrá apreciarse una falta de conciencia de la relación entre lo que se da y lo que se recibe. Estos trastornos de la personalidad podrán presentar otros déficits concomitantes en otros modelos psicosomáticos, pero la característica fundamental es una actitud transferencial negativa y una falta de reactividad a todos los iniciadores.

En los pacientes con déficit en la estructuración del Modelo Psicosomático de Mingidor, aparecerán en la escena formas dramáticas, imágenes y roles relativos a dificultades en el proceso de fantasía, rigidez de planeamientos, excesivo control de la voluntad, conflicto entre el deber y el placer y dudas paralizantes a la hora de tomar la decisión de

iniciar la acción de un rol que logre satisfacer sus deseos. Se enfatizarán roles de control y actitudes verbales narradoras para evitar el descontrol de los impulsos temidos les verá interrumpir la acción constantemente para dar explicaciones. Podrán aparecer narraciones llenas de ideas obsesivas y conductas corporales repetitivas de tipo ritual obsesivo. Cuando realizan técnicas de tipo doble, suelen aparecer roles del tipo “Yo te obligo” como un rol complementario interno patológico. Suelen mostrar una gran dificultad para los juegos corporales de caldeamiento intenso pues tienden a confundir los iniciadores corporales con lo que piensan sobre la situación, temiendo el descontrol y reaccionando con pensamientos obsesivos. En las situaciones intermediarias tendrán dificultades para caldearse en roles fantásticos y tenderán a elegir objetos y roles desde los que puedan mantener una actitud de control sobre la situación. En los juegos corporales y en la toma de roles tenderán a mantener una postura de pie en lugares periféricos de la trama vincular que enfatizen el control visual de la escena, y teniendo muchas dificultades para jugar en el suelo y acercarse corporalmente a los otros. En las interacciones verbales tienden a no comunicar sus verdaderos contenidos, comunicando sus deseos de planeamiento y ejecución de acciones, hablando de lo que desean hacer pero sin llegar a hacerlo efectivamente. Otras veces tratan de incorporar afecto, información y conocimientos, preparándose durante mucho tiempo para ejecutar alguna acción, en lugar de planear y ejecutar directamente. Buscarán en la escena iniciadores ambientales pues el foco atencional ambiental no tienden a confundirlo. Sin embargo tenderán a confundir lo que sienten y lo que piensan.

Finalmente habrá pacientes con déficit en todos los roles psicossomáticos que presentarán formas dramáticas y roles con dificultades para distinguir entre lo que pasa en el ambiente, lo que se siente y lo que se piensa, presentando síntomas de confusión psicótica. Se enfatizarán roles refugio delirantes y una tendencia a confundir los contenidos propios con los del otro en las interacciones. Podrán aparecer roles escindidos del resto de la personalidad que podrán tener características de alucinaciones auditivas o visuales amenazantes. En estos pacientes será importante el trabajo con objetos intermediarios tipo títeres, máscaras, telas y cuerdas para simbolizar su mundo interno y facilitar la expresión de sus contenidos desestructurados pero en una situación donde se minimiza el impacto de los iniciadores para evitar la confusión. Para que la acción continúe necesitarán constantemente del empleo de dobles y espejos por parte del yo-auxiliar.

Desde la perspectiva de las **Matrices de Identidad**, el diagnóstico psicodramático se basa en la apreciación de hasta que punto las estructuras vinculares propias de cada matriz se han desarrollado adecuadamente o presentan déficit o conflictos. Los pacientes psicóticos presentan trastornos en el sistema vincular de la Matriz de Identidad Total Indiferenciada, con evidentes dificultades para el reconocimiento del propio Yo que se confunde con el No-Yo. En los grupos presentarán formas de comunicación masivas con dificultades para discriminar los focos atencionales y tendencia a sentirse intruidos por los contenidos de los otros a través de fenómenos de identificación proyectiva masivos. La ansiedad persecutoria dificulta la vinculación y el ensimismamiento y dilatación crónica de su espacio de seguridad psicológica o Si Mismo Psicológico Sincrético (ver Cáp.10) dificulta la actuación de roles. En las dramatizaciones tienden a confundir fantasía con realidad y por su dificultad para reconocer al TU como alguien separado son incapaces de ponerse en el lugar del otro. Cuando se les pide que cambien de roles tienden a quedarse bloqueados o bien expresan sus propios contenidos desde el rol complementario. En las escenas, la única manera de

que progrese la dramatización es a base de emplear todo tipo de técnicas de Espejo. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad, con otros trastornos graves de la personalidad y en general con trastornos del Self y dificultades y conflictos en la estructuración de su Narcisismo normal, van a presentar dificultades en el sistema vincular propio de la Matriz de Identidad Total Diferenciada. Estos pacientes sí van a ser capaces de reconocer su propio Yo, pero tienen dificultades en reconocer el TU, y en los casos menos graves aunque puedan reconocerlo en parte, son incapaces de establecer una Relación en Corredor con el Yo-auxiliar. Esta relación en corredor corresponde ya a la Etapa de Diferenciación entre fantasía y realidad donde el niño puede jugar con el Yo-auxiliar en un espacio Transicional o Intermediario toda una serie de interacciones lúdicas de alta concentración atencional en el otro dando comienzo a la Fase Mimética de la Matriz Familiar. Por eso estos pacientes establecen con el Yo-auxiliar una relación transferencial de tipo Espejo-Doble con tendencia a la idealización-decepción. Para que las dramatizaciones progresen con espontaneidad deben emplearse todo tipo de técnicas de Doble (2). En los pacientes neuróticos en general se van a apreciar diferentes conflictos y déficit en los sistemas vinculares propios de la Matriz de Identidad Familiar en sus fases Mimética, Mitopoyética e Ideológica (3) así como de la Matriz de identidad Social. Se apreciarán en las dramatizaciones diferentes dificultades para el Intercambio de Papeles, roles estereotipados que han sido asumidos oscuramente en relación a Mitos Familiares, y roles patológicos reactivos que tratan de oponerse ideológicamente a los otros para reafirmar la identidad. La capacidad para las relaciones triangulares o grupales verdaderas está disminuida con tendencia a los sentimientos de exclusión, y en los grupos de neuróticos existen dificultades para las estructuraciones sociométricas de Jerarquización y Circularización, permaneciendo en niveles sociogénicos bajos (ver Cáp. 8). Son capaces de Intercambiar roles, pero deben emplearse Interpolaciones de Resistencias y Dobles para ayudar a desmontar las relaciones transferenciales y favorecer los vínculos “tele” a fin de avanzar hacia la vinculación triangular. Las dificultades interpersonales y la rematrización de las estructuras vinculares que faltaron en las matrices de identidad son los objetivos del tratamiento (ver Cáp. 7).

Desde el punto de vista de los **Cluster o Racimos de Roles** el diagnóstico psicodramático se basa en la evaluación de los conflictos y déficit que hayan podido darse en los agrupamientos de roles Materno, Paterno y Fraternal. En el cluster de roles Materno se debe canalizar la calidad afectiva con el hijo ya desde el deseo de tenerlo, complementando adecuadamente el sistema de apego, el sistema de miedo y el sistema de exploración. Establecer en el primer año de vida una buena respuesta sonriente, acompañar la angustia de separación y ayudar a establecer el “no” frustrando de manera adecuada a la capacidad de tolerancia. Acompañar al hijo desde la heteronomía hacia la autonomía en el proceso de individuación-separación es labor fundamental de este cluster. El rol de Madre puede verse superpuesto por distintos roles patológicos tales como los roles hostil, impaciente, castigador, perfeccionista, hipercrítico, negligente, sobreprotector, narcisista, etc. Otra distorsión la constituye el establecimiento con los hijos de un vínculo a través de un rol compensatorio que trata inútilmente de ocultar un déficit en el rol de pareja. En el Cluster de roles Paterno está implícita la capacidad de transmitir a la pareja confianza, apoyo, compañerismo y seguridad afectiva a través de los cambios orgánicos que la maternidad conlleva. El vínculo padre-hijo tiene características de conexión con el afuera, de exploración, de orientación a la acción, de autonomía. El padre debe llegar a constituirse como una continuación del afuera anal propio del modelo psicossomático de defecador, y ser una presencia regular y constante

hacia donde el niño dirige sus esfuerzos para depositar sus creaciones siendo ayudado a elaborarlas, expresarlas adecuadamente y comunicarlas. El hijo necesita poder contar siempre con su padre. Para ello el padre debe ganarse el respeto, la estima y la admiración del hijo. Si el padre no logra pronunciar el “no” frustrante como ayuda a limitar la desmesura y el desorden en la elaboración creativa y se convierte en un padre temido, el niño crecerá con temor a los demás, e inseguridad de que sus creaciones vayan a ser bien recibidas. Roles patológicos que se superponen con el rol de Padre son el rol de sobornador, el rol de rival, el sobreexigente, el autoritario, etc. Puede también establecer vínculo a través de un rol compensatorio o simplemente estar ausente afectivamente no teniendo fuerza para entrar a ayudar en el proceso de separación de la madre y el hijo. Ambos, padre y madre pueden establecer con el hijo una relación de objeto narcisista sin respetar el propio narcisismo del hijo. Las diferencias entre el hijo deseado y el hijo real son a veces determinantes (4). En el Cluster de roles Fraternal se van a dar diferentes equilibrios entre las actitudes cooperativas y las actitudes competitivas. Van a darse distorsiones debidas a sentimientos de inferioridad debidos a inferioridades orgánicas (déficit por trauma perinatal o hereditario) o a una posición desfavorable con respecto a los hermanos (nacimientos muy seguidos, no ser deseado, ser esperado de otro sexo, llegar a compensar a otro hermano mortinato, etc.). Estas situaciones van a exacerbar la voluntad de dominio con el desarrollo de roles patológicos de rivalidad intensa, temor a la lucha, competición, abuso, sometimiento y ausencia de cooperación. Todos estos elementos van quedando clarificados cuando se emplean los métodos sociométricos de acción en el diagnóstico sistemático de la interacción en un grupo pequeño (4).

BIBLIOGRAFIA

1. -J.G. Rojas-Bermudez. Teoría y Técnica Psicodramáticas. Ed. Paidós
2. -Pablo Alvarez Valcarce. El Psicodrama en los Trastornos de Personalidad. La Vinculación tipo ”espejo” y “doble”. Actas del XIX congreso de la AEP. Salamanca 2003
3. -C. M. Menegazzo. Magia, Mito y Psicodrama. Ed Paidós.1981
4. - Pablo Alvarez Valcarce. Psicodrama y Sociodrama. Teoría de la técnica. Las Técnicas de Sociodrama Familiar. Rev. Informaciones Psiquiátricas nº 140,2º Trimestre 1995
5. -Pablo Alvarez Valcarce. Acompañamiento Psicodramático de las crisis como proceso terapéutico en los pacientes psicóticos. Actas del XVIII Congreso de la AEP. Granada 2002